



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GESTIÓN EN SERVICIOS DE SALUD**

**SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN RELACIÓN A
LA ATENCIÓN RECIBIDA DEL SERVICIO DE
ENFERMERÍA. CENTROS DE PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN DEL MINISTERIO DE SALUD
PÚBLICA (MSP)**

Autor:
Lic. Enf. Rosa Sangiovanni

Tutor:
Mg. Josefina Verde

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2005

RESUMEN

El presente estudio responde a requisitos curriculares de la Maestría en Gestión de Servicios de Salud de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República.

El mismo se llevó a cabo entre los meses de enero y diciembre del año 2004.

El estudio de la Satisfacción de quienes reciben las prestaciones asistenciales, forma parte de una línea de investigación de la Cátedra de Administración de la Facultad de Enfermería, en el marco de la Acreditación de los Servicios de Salud.

La gestión de los Servicios de Salud implica inexorablemente una evaluación como etapa del proceso administrativo que permite identificar los resultados y su pertinencia con los objetivos planificados.

La evaluación implica medir el proceso global y los resultados obtenidos en relación a los productos o servicios y la satisfacción de los prestadores y los destinatarios.

El *objetivo* de esta investigación es conocer cual es el grado de satisfacción de los usuarios asistidos por el Equipo de Enfermería en los Centros de Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud (MSP) como indicador de mejora de la calidad de los servicios y como contribución al cambio de modelo de atención brindados.

Se trata de un *estudio descriptivo de corte transversal* para lo cual se aplica una encuesta anónima autoadministrada en una muestra de la población que reciben atención del Equipo de Enfermería y se asisten en los Centros de Primer Nivel de Atención en los Programas: Captación y seguimiento del Recién Nacido y lactantes menores de un año; Embarazo Adolescente; Embarazo de Bajo Riesgo y Usuarios con Patologías Crónicas (Hipertensión y Diabetes).

Entre los *resultados* encontrados se destaca una ponderación de máxima satisfacción con respecto a los servicios brindados por el Equipo de Enfermería ubicándose la población en los niveles máximos de acuerdo. No existieron diferencias significativas de ponderación en los servicios brindados por el Equipo de Enfermería entre las poblaciones de los Programas estudiados.

Las *conclusiones* en relación a este estudio muestran que el posicionamiento adoptado por los usuarios incluidos en los programas de atención en relación al Servicio de Enfermería brindado, se mostró altamente favorable (5-Muy de Acuerdo) y que estos niveles se alcanzan cuando existe un servicio de enfermería que mantiene un estrecho relacionamiento con el usuario establecido en la relación asistencial.

Palabras Claves: Satisfacción del usuario, Primer Nivel de Atención, Servicio de Enfermería

INDICE

	Página
INTRODUCCIÓN.....	4
OBJETIVO GENERAL.....	6
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	6
MARCO REFERENCIAL.....	7
ANTECEDENTES.....	7
CONTEXTO.....	8
MARCO TEÓRICO.....	14
MATERIAL Y MÉTODO.....	27
RESULTADOS.....	31
DISCUSIÓN.....	42
CONCLUSIONES.....	43
BIBLIOGRAFÍA.....	45
APÉNDICE	
ANEXO 1	49
ANEXO 2	50
ANEXO 3	53
ANEXO 4	54
ANEXO 5	55

INTRODUCCIÓN

El presente estudio responde a requisitos curriculares de la Maestría en Gestión de Servicios de Salud de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República.

Busca conocer la satisfacción del usuario asistido por el equipo de enfermería en centros de primer nivel de atención en el año 2004. Surge el interés por necesidades planteadas por el propio equipo de enfermería y las autoridades locales de los diferentes Departamentos como insumo en la evaluación de la calidad de sus servicios así como una contribución en la aplicación metodología de calidad en la Academia.

Una de las preocupaciones que afectan a las empresas de salud es optimizar y elevar la calidad de sus servicios. La calidad en la atención se define como el logro de los máximos beneficios posibles en la atención brindada con el menor riesgo para los usuarios ⁽¹⁾ Con la introducción del concepto usuario interno y usuario externo en la gestión de calidad aparece la idea de medir satisfacción, tanto del que brinda el servicio como del que lo recibe. El concepto de calidad para estos dos actores tiene dos exponentes: la calidad percibida y la calidad objetiva.⁽²⁾

La calidad objetiva es la superioridad o excelencia que se puede medir y verificar a través de estándares prefijados en términos técnicos.

La excelencia de la calidad percibida como grado máximo es un juicio que el usuario hace ponderando como superior u óptimo el servicio recibido. Para este trabajo vamos a considerar que la calidad puede percibirse con una escala que va desde valores positivos a negativos (Modelo SERVQUAL modificado).⁽²⁾

En este contexto, la calidad objetiva está determinada por la calidad técnica, en tanto la calidad percibida o calidad funcional, es un proceso de evaluación que realiza el usuario a través de las expectativas que trae, de su experiencia personal y que se miden a través de la percepción que tiene en relación al servicio recibido expresado en los diferentes grados de satisfacción.

La Satisfacción es construida por el individuo contextualizado por factores tales como: relación interpersonal, trato humano, información, comunicación, seguridad que se le brinda, celeridad en los cuidados, entre otros.⁽¹⁾⁽²⁾

El Equipo de Enfermería en los Centros de Primer Nivel de Atención del MSP está integrado por profesionales y auxiliares enfermeros del MSP y del Interno de Enfermería que integra el equipo desde el año 2002 ⁽¹⁸⁾ El Profesional de Enfermería ocupa hoy las direcciones de Enfermería en los Centros de Salud con poblaciones de más de 10.000 habitantes. La asistencia directa de Enfermería desde el año 2002 se brinda a través del Auxiliar y del Interno de enfermería, que es el estudiante que se encuentra en el último semestre de la carrera de Licenciatura en Enfermería, realizando el ejercicio pre-profesional.

Es el Interno quien bajo la dirección del Profesional planifica, organiza y evalúa los cuidados, integrando en ellos al Auxiliar de Enfermería. Es el referente directo para el usuario y la cara visible del equipo de enfermería. Es quien en todas las etapas del proceso asistencial mantiene un estrecho relacionamiento con el usuario que le permite evaluar la satisfacción por la prestación recibida.

La población destinataria del Servicio brindado por el equipo de Enfermería puede categorizarse según los Programas priorizados por el MSP: captación del RN y seguimiento del lactante menor de un año, Programa de Embarazo Normal (Bajo Riesgo) y Programa de Embarazo Adolescente y Programa de Usuarios con Patología Crónica (hipertensión y diabetes) en Centros de Primer Nivel de Atención.

Esto unido al interés de las instituciones e inserto en los acuerdos generales del convenio MSP – UDELAR, permitió plantear el problema como: ¿Cuál es la prevalencia de usuarios satisfechos en relación a la atención recibida por el Equipo de Enfermería en los Centros de Primer Nivel de

Atención del MSP?, Medida en la población de los programas priorizados por el MSP, por ser esta la que ha mantenido un relacionamiento constante, y permanente con el Equipo de Enfermería a través del recurso Interno.

Se planteo el propósito de conocer la calidad percibida a través del grado de satisfacción expresado por el usuario destinatario de las prestaciones del Equipo de Enfermería como base del aporte necesario en la Evaluación de la Calidad Total de los Servicios de Salud, en el contexto del Programa de Garantía de Calidad. Se realizó un estudio descriptivo, tomando el período 2004, en 17 centros de 6 departamentos del país.

Se llevó adelante la investigación con el apoyo y colaboración del equipo local de Enfermería quien actúo en estrecha relación con los investigadores.

Se procedió al análisis cuali- cuantitativo de la información, planteando las conclusiones y sugerencias para continuar con próximas investigaciones dentro de la línea de investigación definida.

OBJETIVO GENERAL

- ▣ Evaluar la prestación de los Servicios brindados por el Equipo de Enfermería en los programas de Captación y Seguimiento del RN y Lactantes menores de un año, Embarazo Normal (Bajo Riesgo) y Embarazo Adolescente y Usuarios con Patologías Crónicas (Hipertensión y Diabetes) pertenecientes a los Centros de Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud Pública (MSP) en el periodo comprendido entre el mes de enero y el mes de diciembre del año 2004.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ▣ Clasificar la satisfacción de la población en una escala de menor a mayor, en relación con el servicio de enfermería.
- ▣ Analizar la escala de satisfacción como medida de conocimiento y reorganización de las prestaciones actuales y futuras.

MARCO REFERENCIAL

1.- ANTECEDENTES

Se realizó una búsqueda de antecedentes en bases electrónicas (Fundación Index, Scielo, BVS, Cochrane Plus en español). Se utilizó el idioma español y los términos MESH empleados fueron: Evaluación, evaluación percibida, satisfacción, opinión del usuario, Programa de calidad en centros de salud, Evaluación de programas materno infantil, Hipertensión Arterial.

El estudio más antiguo que se conoce que mide calidad asistencial tomando el punto de vista del cliente data de 1950 realizado por Rose Lanb Coser en el Hospital Mont Hermon (citado por Cuesta Gomez)⁽²⁾ cuyo resultado arrojaron dos conclusiones: 1) los pacientes solicitaban de los médicos competencia profesional y 2) mejorar las relaciones interpersonales con los clientes. Luego le siguen otros como el estudio realizado en el Hospital del Bronx Nueva York en 1961 cuyas conclusiones tienen que ver con exigencias por parte de los clientes de médicos competentes y relaciones médico-paciente humanizada. A la misma conclusión llegan los estudios realizados por Cartwright en Inglaterra y Gales en 1964; por Friedman en 1966 en una encuesta nacional en EE.UU. por Fisher en un Hospital de la Universidad de Oklahoma en 1971 y por Robert Wood Johnson en 1978.⁽²⁾

Las Revistas de Enfermería consultadas fueron: ROL, Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, Enfermería Clínica, Control de Calidad Asistencial, Gestión Hospitalaria, y la Revista Médica de Atención Primaria.

Entre la bibliografía consultada en España y Latinoamérica se encuentra una vasta lista de estudios de satisfacción realizados en variadas instituciones, todos apuntan a un mismo objetivo: conocer la satisfacción de los usuarios una vez recibido el servicio. Entre los estudios consultados aparecen mediciones en el área de 2^{do} nivel de atención (hospitalización) y escasos en el 1^{er} nivel de atención. Tomando en cuenta que conocer el grado de satisfacción integra un aspecto fundamental de la calidad asistencial y que los servicios de enfermería por su característica de contacto directo y continuo con el usuario las 24 horas los 365 días del año, representan la cara visible de las instituciones, es que la mayor parte de los estudios se encuentran en esta área.

En el contexto Iberoamericano existen experiencias de medición de la satisfacción del usuario en Chile, Argentina, Colombia, Venezuela, Perú y México; algunos de ellos son estudios, otros forman parte de programas de mejora continua de la calidad, con la aplicación de instrumentos validados y probados y forman parte de una sistemática de medición una vez que el usuario es dado de alta.

En la Revista Enfermería Clínica se relevaron tres estudios, de los cuales dos de ellos consistían en validar cuestionarios de satisfacción del personal de enfermería y personal en general, uno en centros de salud y otro para ser aplicado en cirugía mayor ambulatoria. Los resultados obtenidos en el primer estudio luego de la prueba piloto muestra resultados altamente favorables en relación a la atención recibida por parte de enfermería. El segundo estudio arroja resultados favorables en relación a la atención recibida por el usuario durante la estancia hospitalaria y en domicilio por parte del personal sanitario. En ambos estudios se aplicaron instrumentos de satisfacción basados en el modelo SERVQUAL modificado. El tercer estudio midió la percepción de la imagen de enfermería en diferentes centros de atención de primer nivel los cuales presentaban diferentes estructuras organizativas. Los resultados obtenidos muestran que existen diferencias de la percepción en cuanto a la atención recibida según los centros y la edad de los usuarios.

En la Revista Gestión Hospitalaria se encontraron dos trabajos, ambos realizados en 2^o nivel de atención (hospital). En uno de ellos se evalúa la calidad de atención de todo el personal que asiste al usuario: médicos, enfermeras, administrativos, hostelería. El 98% de los usuarios manifiesta que el trata de enfermería es el más valorado. En este estudio también aparece enfermería como el personal mejor valorado por el usuario en el contexto de la calidad asistencial.

En la Revista Control de Calidad Asistencial aparecen dos estudios uno de satisfacción y otro de opinión; el primero se trata de una encuesta de satisfacción de pacientes de una unidad de

hospitalización a domicilio. Mide la atención recibida tanto por médicos como por enfermeras de la población asistida. El segundo estudio mide la opinión de los usuarios a través de un programa de mejora de la práctica de enfermería. Se toman en cuenta aspectos generales de información, hostelería y relación enfermera-paciente. El estudio muestra cortes evaluatorios de tres años consecutivos.

En el ámbito estatal no existen normas ni instrumentos validados que orienten a su aplicación y permitan obtener resultados concretos de la gestión de cuidados de enfermería. Sin embargo, entre los antecedentes nacionales existe la elaboración de estándares nacionales para los servicios de enfermería el cual plantea la medición de la satisfacción del usuario y la familia en el programa de atención a la salud. Estos estándares pueden ser aplicados en cualquier nivel de atención y de complejidad.

En el ámbito nacional, los estudios que se han encontrado son muy escasos y aislados, correspondiente uno al Hospital Universitario en la Consulta Externa realizado por pasantes de la Especialidad en Administración de la Escuela de Graduados, ⁽¹⁵⁾ otro un servicio de 3^{er} nivel de atención pediátrico de una institución perteneciente al sector privado en el cual se indaga sobre la percepción de los padres sobre la atención que reciben sus hijos por parte de enfermería, ⁽¹⁵⁾ un estudio similar se realizó en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátrico del Hospital de Niños, en este caso se utilizó una metodología cualitativa ⁽²⁷⁾.

2.- CONTEXTO:

a.- Línea de Investigación de la Cátedra

La Organización Mundial de la Salud (OPS) y el Ministerio de Salud Pública (MSP) impulsan el desarrollo de políticas que apuntan a la racionalización y mejora de las acciones orientadas a la atención de la salud de las poblaciones. Dentro de ellas se inscriben los Programas de Garantía de Calidad y Acreditación de Servicios de Salud, como forma de establecer parámetros de referencia sobre diferentes componentes de estructura, de los procesos y resultados de las prestaciones sanitarias.

El informe del grupo de trabajo multisectorial ⁽³¹⁾ convocado por la máxima autoridad ministerial, frente a la grave crisis del sector (29 de marzo del 2001), expresa en el literal h) Calidad de los servicios: *“Los proyectos de reconversión deberán prever la revisión y adecuación de los sistemas de información vigentes en los servicios, para permitir la adecuación control y gestión de calidad asistencial”*.

El Instituto Nacional de Enfermería a través de la Cátedra de Administración viene trabajando en ese sentido desde el año 1990. Esta línea de trabajo ha tenido como estrategia, integrar al colectivo de Enfermería profesional en diferentes proyectos y actividades. Los cursos de formación permanente y publicaciones como: “Bases Científicas de la Administración”, “Manual de Estándares para la Acreditación de Servicios de Enfermería”, “GESTIÓN de Servicios de SALUD-Experiencias Nacionales”. Proyectos de investigación como: “Registros con identidad metodológica” y “Los Servicios de Enfermería se preparan para Acreditar Calidad”, avalada por CSIC, como proyecto de iniciación en el año 2000, son una muestra de los avances en el tema. En relación a la última investigación mencionada, los resultados primarios del estudio exploratorio realizado en 25 servicios de todo el país, muestra:

- ▶ El marcado interés y motivación de los grupos de Enfermería de las instituciones participantes para desarrollar políticas y acciones tendientes a la mejora de la Calidad Asistencial y de la Gestión de los Servicios.
- ▶ Debilidades estructurales de los sistemas de información con los que operan, situación que dificulta el proceso de cambio.

- ▶ En el 100% de los servicios participantes existe un registro parcial de actividades de Enfermería en la Historia Clínica.
- ▶ Al mismo tiempo el 100% evidencia una alta dispersión de datos y fuentes no estructuradas, que no permiten dimensionar el proceso productivo de uno de los servicios de mayor magnitud e impacto en la asistencia hospitalaria.

Este fenómeno, incompatible con la gestión científica, debe ser revertido en el corto plazo para encaminar los cambios profundos que requiere la Administración de Servicios de Salud, tanto en el Subsector Público como Privado.

El resumen ejecutivo ⁽²⁹⁾ sintetiza los resultados alcanzados en el proyecto: “LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA SE PREPARAN PARA ACREDITAR CALIDAD”. Se desarrolla en el año 2001, bajo la dirección de la Cátedra de Administración del INDE, con el apoyo del Colegio de Enfermeros del Uruguay y la financiación de la Comisión Sectorial de Investigación Científica de la UDELAR.

La muestra incluyó 60 hospitales (públicos y privados) de todo el país, de acuerdo a los criterios de regionalización establecidos por el Ministerio de Salud Pública. Se obtuvo respuesta de 26 servicios asistenciales, lo que representa el 43 % de la muestra. En este informe preliminar, se integran 21 servicios, dado que los cinco restantes llegaron fuera de los plazos previstos por el equipo de investigación.

En lo referente a los alcances, se destaca:

- a) Identificación de un escenario global que se ubica entre los niveles mínimo e intermedio de calidad, determinado por el procedimiento AUTOEVALUACIÓN, llevado a cabo por los equipos de enfermería asistenciales.
- b) Definición de los atributos de : “utilidad “ y “esencialidad” del contenido de los ESTANDARES, desde la perspectiva crítica del enfermero asistencial.
- c) Ampliación del margen de difusión y compromiso del cuerpo de enfermería, con las políticas de Garantía de Calidad y Acreditación.
- d) Aproximación a las fortalezas y debilidades de los servicios de enfermería , para encarar la implementación de programas de Garantía de calidad y Acreditación.
- e) Detección de intereses profesionales, para contribuir al proceso de actualización y formación posbásica.

Finalmente, la metodología empleada se sustentó en un enfoque participativo que involucró a 127 profesionales de todo el país, demostrando el importante nivel de adhesión a la propuesta .

Se destaca, como aporte fundamental de este estudio, la necesidad de generar un **sistema de información unificado** que permita medir y controlar el nivel de calidad de los servicios de enfermería en todo el país, como forma de viabilizar un Programa Nacional de Garantía de Calidad y Acreditación en Uruguay.

De los resultados obtenidos se destaca en el marco del Programa de Atención a la Salud, el sub programa “Relacionamiento con el usuario”, con el fin de alertar sobre la importancia de identificar la satisfacción del usuario. Esta surge como una necesidad de los equipos de enfermería utilizándolo como indicador que permitirá contribuir al objetivo ultimo de mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios:

I. PROGRAMA ATENCIÓN A LA SALUD

a) SUBPROGRAMA RELACIONAMIENTO CON EL USUARIO

* estándar comunicación

Los servicios se perciben sin dificultad significativa ya que ninguna reporta insuficiencia y un 76% se ubica en un nivel intermedio de desarrollo

* estándar organización y participación

Al igual que en el estándar anterior, no se identifican dificultades importantes por parte de los servicios.

* estándar satisfacción del usuario

La respuesta mayoritaria se ubica en un nivel mínimo de desarrollo (38%), mientras que un 19%, se percibe en un nivel de insuficiencia.

b.- Internado obligatorio de Enfermería.

La Comisión Mixta-MSP-ASSE-F. ENFERMERÍA, de acuerdo a la normativa vigente, ha establecido los requisitos mínimos necesarios (de infraestructura y funcionamiento) para habilitar a una Unidad Asistencial a recibir Internos de Enfermería.

En su informe de Actuación (18), en su Marco de Referencia expresa “ Por Ley 17.296, artículo 370 se faculta al Ministerio de Salud Pública a contratar estudiantes de enfermería en régimen de internado.”

Por Decreto del P.E. de fecha 8 de febrero de 2003, se reglamenta el mismo y en su marco, se implanta en las Unidades Asistenciales del primer nivel de atención de Montevideo e Interior, el 1º de abril del año 2003.

Los objetivos que expresa son :

- ▣ Fortalecer la formación profesional, desde el punto de vista práctico.
- ▣ Contribuir a la profesionalización de la enfermería en dependencias de ASSE, en particular en el primer nivel de atención.
- ▣ Contribuir a mejorar la calidad de la atención brindada, en particular en la ejecución y seguimiento de programas y actividades de promoción y prevención en salud.

Las actividades realizadas, vinculadas a la gestión del Internado en el periodo 2003-2004, se refieren

* Respecto a la programación:

- ▣ Definir los criterios y requisitos que deben cumplir los UUAA para incorporarse a la experiencia.
- ▣ Acordar áreas programáticas de inserción del Interno, en el marco de las prioridades definidas por el MSP-ASSE.
- ▣ Seleccionar las UUAA a incorporarse al programa teniendo en cuenta:

Las prioridades de atención de la población usuaria de ASSE en el primer nivel de atención
La capacidad actual de supervisión en la oferta de servicios a ese nivel.
La capacidad de tutoría en la formación del interno por parte del Instituto Nacional de Enfermería.

Respecto a la capacitación de los supervisores se propone realizar jornadas de capacitación docente dirigidas a las Licenciadas de Enfermería de ASSE designadas para la supervisión operativa del Internado, previo el inicio de cada generación. En total 2, en marzo de los años 2003 y 2004.

*Respecto a la supervisión y evaluación del Internado:

- ▶ Realizar visitas de supervisión y evaluación periódicas a las Unidades incluidas en la experiencia y de otras aspirantes de ser incorporadas a la experiencia. (Año 2003-2004).
- ▶ Realizar jornadas de evaluación antes de iniciar y al final de cada rotación con objetivo específico de compartir las experiencias vividas, proponer ajustes y/o cambios. (Nov. 2003).
- ▶ Organizar y supervisar la presentación y difusión de las experiencias y sus resultados por parte de los Internos, a actores locales y autoridades de ambas instituciones (en este caso con la presentación de las experiencias seleccionadas por el equipo docente).

Esta experiencia ha sido largamente anhelada por la Facultad de Enfermería y ASSE. Con ella se aspira a:

- ▶ Mejorar la Calidad Asistencial de los servicios de ASSE, con la incorporación de personal capacitado.
- ▶ Fortalecer la gestión y capacidad de resolución del Primer Nivel de Atención, con vistas a generar y contribuir al cambio y reorientación del modelo de atención.

Los resultados alcanzados hasta el momento han permitido conocer y/o reconocer los ámbitos de acción de enfermería y la trascendencia de su labor, en particular, en la promoción y prevención de la salud, tanto a nivel individual como colectivo. Esto refuerza la necesidad de capitalizar y extender su inserción al resto de las UUAA del país (lo cual debe preverse presupuestalmente), lo que sin duda redundara en una mayor satisfacción de las necesidades de nuestros usuarios tanto externos como internos.

c.- Reglamentación

Se establece el Decreto que regula en 8 artículos el Internado de Licenciadas en Enfermería, según lo dispuesto por el artículo 370 de la Ley N° 17296 del 21 de febrero de 2001.(Anexo1)
El mencionado artículo faculta al Ministerio de Salud Pública a contratar anualmente estudiantes de la Licenciatura de Enfermería de la Universidad de la República en carácter de "Internado".

El Decreto otorga al Ministerio de Salud Pública la potestad de fijar anualmente la distribución de las plazas asignadas (estableciéndose que su número no será superior a 100) entre las Unidades que integran la red asistencial de la Administración Nacional de Servicios del Estado, priorizando las correspondientes al primer nivel de atención.

Se determinan las fechas de inicio en los meses de abril y octubre de cada año. Se define una carga horaria de 30 horas semanales en funciones asistenciales, y se fija el monto de la remuneración, que podrá ser actualizado por el Ministerio de Salud Pública en el mismo porcentaje que la retribución de los funcionarios públicos.

Se asigna a la Facultad de Enfermería la potestad de establecer el orden de precedencia para la elección de puestos de trabajo, el que será determinado por concurso de escolaridad. Se define la participación de un delegado de la Administración de Servicios de Salud del Estado.

Dada la naturaleza del Programa, se define que la supervisión y evaluación del desempeño de los Internos se realizara en forma conjunta entre el Licenciado de Enfermería de la unidad respectiva y los docentes del Instituto Nacional de Enfermería que coordinan el Programa del Internado.

d.- Componente académico

En nuestro país y desde la reapertura democrática, el Instituto Nacional de Enfermería como institución formadora de Licenciados en Enfermería desarrollaba el programa básico correspondiente al plan 71 aprobado para el nivel licenciatura en el que no se preveía el Internado para los estudiantes de la carrera. Es a partir del programa básico plan 93 donde se incorpora el Internado y la figura de Interno en Enfermería.

El mismo comenzó a desarrollarse en el año 1999, en Montevideo, Salto, Paysandú, Canelones y Tacuarembó.

La Facultad de Enfermería elaboró en el año 1998 el “Programa Internado”, como resultado de la actividad de un grupo integrado por docentes, estudiantes y egresados.

El principal cometido fue establecer los lineamientos generales del perfil del Interno en enfermería y su forma de relacionamiento interinstitucional.

La nueva figura corresponde al estudiante de la Licenciatura de Enfermería del INDE que se inserta en el último semestre de la carrera correspondiente al cuarto ciclo, incorporada a partir del nuevo plan de estudios: Plan 93. (Anexo 2)

En su expresión está concebido como un módulo integrador de los contenidos académicos obtenidos en los ciclos anteriores.

El objetivo es “permitir una instancia integradora que le permite a la Institución, la formación de un profesional involucrado con la realidad, capaz de analizarla y transformarla a través de un desempeño crítico-científico”.

Para cumplirlo, se establece como estrategia la incorporación a los cuadros de enfermería de cualquiera de las instituciones prestadoras de servicios, donde puede asumir responsabilidades profesionales supervisadas por los profesionales de la Institución a quienes se les concibe con un rol docente (“Licenciadas en Enfermería Docentes- Asistenciales.”)

Se exige como requisito la existencia de convenios interinstitucionales que den marco a la producción de acciones de salud así como al proceso educacional.

El impacto esperado es el incremento del nivel científico de la atención, lo que significa mejorar la calidad de la prestación de los servicios de Enfermería como producto de la necesaria integración teórico- práctica, así como la incorporación de la Investigación que todo interno de enfermería deberá realizar en coordinación con la Institución Asistencial y Docente.

El Programa destaca algunos antecedentes que favorecen la propuesta:

* Referencias en otras carreras Universitarias como por ejemplo en Medicina, cuya práctica está normada por el M.S.P. y Facultad de Medicina.

* A nivel Internacional destaca experiencias en el ámbito de Enfermería sobre todo en Colombia y México que profundizan la articulación teórico –práctica del estudiante con el fin de superar la formación paralela y fragmentada.

Se destaca la experiencia de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Guayaquil con su internado rotativo que se desarrolla al final de la carrera con una duración de 1 año cuyo objetivo está vinculado con mejorar la formación del estudiante.

* Diversas experiencias docente-asistenciales para el desarrollo de la actividad académica del estudiante de grado y de formación permanente.

* Convenios interinstitucionales con diversas estrategias de apoyo Asistencial –Docente.

* Diversos proyectos de extensión que vinculan la Institución Docente con prestigiosas organizaciones del medio.

Se establecen como propósitos:

“Fortalecer el aprendizaje teórico-práctico del Interno de Enfermería en la práctica profesional, ubicándolo en situaciones concretas que le permitan iniciarlo en el quehacer profesional.
Proporcionar experiencias clínicas que permitan complementar los conocimientos, habilidades y destrezas del Interno para su futuro desempeño profesional.
Reforzar los conocimientos, habilidades y destrezas adquiridas por los estudiantes, en los años de formación para consolidarlos, previo a su actuación profesional.
Promover la participación del Interno en las áreas de atención comunitaria y hospitalaria, en el área pública o privada.
Incentivar en el Interno el sentido de responsabilidad humana y social en el ámbito profesional, al desarrollar las actividades de atención integral a usuarios sanos, enfermos, familia y comunidad.
Desarrollar actividades de enseñanza e investigación en el proceso de enseñanza-aprendizaje de los Internos, con el fin de prepararlos integralmente para el desarrollo de sus funciones futuras.
Participar en la optimización de la calidad de atención de enfermería en los servicios de salud.
Proporcionar el desarrollo de las acciones de salud en equipos multiprofesionales y de enfermería, estimulando el desarrollo científico-tecnológico de sus integrantes.
Participar en programas de educación a trabajadores y estudiantes de enfermería, así como en Programas dirigidos al usuario y su familia.”

Se establece el criterio de selección de las áreas clínicas:

“ En las Instituciones Hospitalarias, se desarrollará en unidades de organización simple, con una población definida.

En el primer nivel de atención, el Internado, podrá desarrollarse en Centros de Salud, policlínicas zonales, en Montevideo y/o Interior del país. Dentro de las Instituciones Hospitalarias, insertos en la consulta externa, en un programa o sub-programa.

La realización del Internado en áreas de cuidados Intensivos o de alta especialización serán en carácter de excepcionalidad y bajo estricta supervisión de enfermería profesional del área asistencial.

El tamaño poblacional en cualquiera de las áreas será definido de acuerdo al programa.”

Se consigna que el Internado tendrá carácter remunerado, y se establece que el monto será el determinado por las partes.

Se confiere la responsabilidad académica a la Cátedra de Administración quien tiene sus límites de actuación en el marco normativo Inter-institucional y el perfil del Interno.

Las Instituciones Asistenciales deben contar con una estructura mínima de: Jefatura y supervisión de

Enfermería, actuando en coordinación con la Institución formadora a través de un Docente Asistencial local designado a tal fin. El Interno de enfermería realizará 30 horas semanales.

Deberá ajustarse a las normativas de la Institución, en tanto a horarios y disposiciones internas, en acuerdo con la Institución Formadora.

La Institución formadora a su vez, garantiza la realización de cursos de formación para todas aquellas Licenciadas Enfermeras involucradas con el desarrollo del programa.

MARCO TEÓRICO

La **calidad de un servicio** puede ser entendida como el conjunto de prestaciones complementarias que el usuario espera de la prestación principal ⁽¹⁾

Si referimos la calidad a la prestación, ésta puede definirse como el conjunto de características del producto que brinda la organización y que satisface las necesidades de sus usuarios ⁽²⁾

La calidad de la atención sanitaria según Cuesta Gómez ⁽²⁾ consta de tres atributos: componente técnico, componente entorno y componente social. Otros autores plantean dos componentes: calidad intrínseca o científico-técnica y calidad extrínseca o percibida ⁽³⁾

En una organización, la calidad puede estar dirigida a diferentes aspectos de la actividad que ésta desarrolla, entre ellos el servicio que brinda a los usuarios ⁽⁴⁾

Entre otros conceptos, la calidad de servicio tal como lo plantea Ruiz-Olalla, ésta se entiende:

“como una forma de actitud relacionada pero no equivalente con la satisfacción, que resulta de la comparación de expectativas con las percepciones del usuario. Por lo tanto la calidad percibida de un servicio dado será el resultado de un proceso de evaluación, donde el cliente compara sus expectativas con el servicio que recibe” ⁽¹⁾ En esta definición aparecen dos aspectos: la calidad percibida versus la calidad objetiva.

La **satisfacción de los usuarios** con los servicios que reciben está estrechamente relacionado con la calidad del servicio que reciben, de tal manera que estos términos se confunden cuando se los lleva al plano operativo o de la práctica. Según una definición de Tse y Winston citado por Ruiz-Olalla: *“es la respuesta del consumidor a la evaluación que realiza entre las expectativas previas y el rendimiento percibido del producto después de consumido”* ⁽¹⁾ Los aspectos conceptuales de la calidad han venido sufriendo transformaciones en las últimas décadas. Estas transformaciones van desde modelos de tipo inspectivo y de control donde se implantaban estándares y especificaciones hasta un modelo de gestión de calidad total ⁽¹⁾⁽³⁾

Dentro de este cambio de modelo resulta fundamental para la enfermería profesional, conocer la satisfacción de los usuarios en relación a los cuidados brindados por el servicio de enfermería. Esto permite conocer cual es la oferta de servicios y adecuarla a las necesidades y expectativas que los usuarios traen al momento de recibir el servicio ⁽⁵⁾

La satisfacción de los usuarios en relación con la atención brindada por enfermería no sólo es importante para evaluar los servicios ofertados sino que es además un indicador de resultado en relación a adhesión a tratamientos y mejora de la salud ⁽⁶⁾

Dentro del espectro de la investigación sobre satisfacción del usuario, en las últimas décadas, los países desarrollados, han desplegado un abanico de metodologías, abarcando todas las áreas de la atención sanitaria (hospitalización, primer nivel, servicios complejos) ⁽⁷⁾

Si bien los instrumentos de evaluación de la calidad y satisfacción de los usuarios en el área de la atención sanitaria han sido tomados del área industrial, se acepta el criterio que la satisfacción es un factor esencial para evaluar las organizaciones y servicios sanitarios ⁽⁵⁾

Las **encuestas de satisfacción** son una herramienta poderosa para evaluar la adecuación de la atención brindada por el servicio de enfermería a los usuarios y representan un valioso instrumento de gestión ⁽⁸⁾

Los instrumentos más usados han sido los cuestionarios sencillos y fáciles de responder encontrándose también en las investigaciones otros métodos tales como la entrevista, la observación directa, el buzón de quejas, pero el más usado es sin duda la encuesta. La construcción de una encuesta resulta un trabajo complejo que requiere de capacitación técnica, ya que las encuestas presentan algunas dificultades al momento de diseñarlas ⁽⁵⁾. En las revisiones bibliográficas se han encontrado múltiples cuestionarios de satisfacción en atención primaria que no han sido validados ni publicados sus cuestionarios.

Indicadores Externos de la Calidad de Servicios

Las medidas externas de la calidad son aquellas que se basan en medir la opinión manifestada expresamente por los clientes sobre el servicio que reciben. Se trata de medir la calidad del servicio propiamente dicha o lo que definimos en su momento como calidad percibida. El instrumento que se crea para llevar a cabo este tipo de medidas es el SERVQUAL, ideado para valorar la calidad del servicio según el grado de ajuste de la prestación de ese servicio a las expectativas del cliente.

El **SERVQUAL** es una herramienta desarrollada por Valerie A. Zeithaml, A.Parasuraman y Leonard L. Berry, como uno de sus resultados obtenidos de una investigación iniciada en 1983, con el apoyo del Marketing Science Institute de Cambridge, Massachussets, la cual constituye una de las primeras investigaciones formales en materia de Calidad en el Servicio.⁽¹⁾

El modelo propuesto por los autores, es conocido como "Modelo de Discrepancias" y sugiere que la diferencia entre las expectativas generales de los clientes y sus percepciones respecto al servicio de un proveedor específico pueden constituir una medida de la calidad en el servicio.

El **modelo SERVQUAL** sirve de instrumento para medir la calidad del servicio desde el punto de vista del usuario. Es un instrumento complejo y completo de medición de la percepción de los usuarios en relación a la calidad del servicio percibido.

Zeithalm Parasuraman y Berry, a través de sus extensos estudios sobre la calidad en el servicio, han identificado cinco dimensiones que los clientes utilizan para juzgar a una compañía de servicios. Estas dimensiones son:

Elementos tangibles: se refiere a la apariencia física de las instalaciones, equipos, personal y materiales de comunicación.

Fiabilidad: muestra la habilidad que tiene la organización (o institución) para ejecutar el Servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.

Capacidad de respuesta: alude a la disposición de ayudar a los clientes para proveerlos de un servicio rápido

Seguridad: conocimientos y atención mostrados por personal y habilidad de los mismos para inspirar confianza y credibilidad.

Empatía: atención individualizada que ofrecen las empresas a sus consumidores.

El SERVQUAL como indicador externo de la calidad del Servicio

Como definición de calidad del servicio se toma la diferencia entre expectativas y las percepciones de los usuarios. En estudios realizados en empresas de diferentes ramos (rubros) PZB (citado por Gomez, Olalla)⁽¹⁾ se encontró que entre los factores que influyen en las expectativas de los usuarios están la comunicación boca a boca, las necesidades personales, las experiencias y la comunicación externa de las instituciones hacia sus usuarios. Por último aparecen las diez dimensiones de evaluación que utilizan los usuarios para calificar la calidad del servicio. La elaboración del instrumento concluyó luego de finalizada la investigación en donde aparecen dos partes diferenciadas: la primera dedicada a las expectativas que aparecen en 22 afirmaciones dirigida a identificar las expectativas generales de los clientes sobre un servicio concreto; la segunda dedicada a las percepciones formada por las mismas 22 afirmaciones anteriores donde la única diferencia está en que no hacen referencia a un servicio específico sino a lo que reciben de una empresa concreta que pertenecen a dicho servicio.

Este instrumento ha sido contrastado y validado empíricamente en varias ocasiones, pero no tiene características de rígido e inalterable, sino que por el contrario puede y debe ser ajustado a las necesidades del sector en el que se quiere llevar a cabo la medición. Cada una de las 44 declaraciones (22 mas 22) deben ir acompañada de una escala de Likert de siete puntos que varía desde 1 (fuertemente en desacuerdo) hasta 7 (fuertemente de acuerdo)⁽¹⁾

La aplicación correcta de este instrumento puede convertirse en una fuente inagotable de información útil para la toma de decisiones estratégicas.

El uso reiterado en el tiempo del indicador SERVQUAL permite obtener una visión clara de la evolución que sufre la calidad del servicio en una organización del punto de vista de sus clientes y establece si la causa de esa situación es producto de las expectativas o si por el contrario se debe a las percepciones. También permite evaluar las percepciones de los clientes internos sobre la calidad mediante una adaptación eficaz del cuestionario.

A continuación se presentan los dos modelos de cuestionarios, uno de ellos que mide las expectativas y el otro las percepciones:

Cuestionario 1 de 22 afirmaciones para las Expectativas como ideal o perfecto

Instrucciones: basándose en su experiencia como usuario de los servicios que ofrece el (servicio X) por favor, valore para cada característica descrita en la escala mostrada a continuación, lo que mejor describe un *servicio ideal o perfecto*. Si usted cree que una característica no debe ser esencial para considerar como ideal o perfecta a un (servicio X) ponga un 1 en la línea destinada al efecto. Si cree que la característica es esencial, ponga un 7. Si sus convicciones al respecto no son tan definitivas, haga un círculo alrededor de uno de los número intermedios. No hay respuestas correctas o incorrectas, solo nos interesa que nos indique un número que refleje con precisión lo que piensa respecto a las características que debería reunir un (servicio X) de excelente calidad. 1- fuertemente en desacuerdo; 7- fuertemente de acuerdo.

1- El (servicio X) ideal o perfecto tiene equipos de apariencia moderna

1 2 3 4 5 6 7

2 -Las instalaciones físicas del (servicio X) ideal o perfecto son visualmente atractivas

1 2 3 4 5 6 7

3 -Los empleados de (servicio X) ideales o perfectas tienen apariencia pulcra

1 2 3 4 5 6 7

4 -En un (servicio X) ideal o perfecto, los elementos materiales relacionados con el servicio son visualmente atractivos

1 2 3 4 5 6 7

5- Cuando los (servicio X) ideales o perfectos prometen hacer algo en cierto tiempo, lo hacen

2 3 4 5 6 7

6- Cuando un cliente tiene un problema, el (servicio X) ideal o perfecta muestra un sincero interés en solucionarlo

2 3 4 5 6 7

7- El (servicio X) ideal o perfecto realiza bien el servicio la primera vez

2 3 4 5 6 7

8- El (servicio X) ideal o perfecto concluye el servicio en el tiempo prometido

2 3 4 5 6 7

9- El (servicio X) ideal o perfecto no comete errores

2 3 4 5 6 7

10- El (servicio X) ideal o perfecto comunica a los clientes cuando concluirá la realización del servicio

2 3 4 5 6 7

11- En un (servicio X) los empleados ofrecen un servicio rápido

2 3 4 5 6 7

12- En un (servicio X) ideal o perfecto los empleados siempre están dispuestos a ayudar a los clientes

2 3 4 5 6 7

13- En un (servicio X) ideal o perfecto los empleados nunca están demasiado ocupados para responder a las preguntas de los clientes

2 3 4 5 6 7

14- El comportamiento de los empleados de un (servicio X) ideal o perfecto transmite confianza a los clientes

2 3 4 5 6 7

15- Los clientes del (servicio X) ideal o perfecto se sienten seguros en su relación con ellos

2 3 4 5 6 7

16- En un (servicio X) ideal o perfecto los empleados son siempre amables con los clientes

1 2 3 4 5 6 7

17- En un (servicio X) ideal o perfecto los empleados tienen conocimientos suficientes para responder a las preguntas de los clientes

2 3 4 5 6 7

18- El (servicio X) ideal o perfecto da a sus clientes una atención individualizada

2 3 4 5 6 7

19- El (servicio X) ideal o perfecto tiene horarios de trabajo convenientes para todos sus clientes

2 3 4 5 6 7

20-Un (servicio X) ideal o perfecto tiene empleados que ofrecen una atención personalizada a sus clientes

2 3 4 5 6 7

21-Un (servicio X) ideal o perfecto se preocupa por los mejores intereses de sus clientes

2 3 4 5 6 7

22-Los empleados de un (servicio X) ideal o perfecto comprenden las necesidades específicas de sus clientes

1 2 3 4 5 6 7

Cuestionario 2 de 22 afirmaciones para las Percepciones

Instrucciones: el siguiente grupo de afirmaciones se refiere a lo que usted piensa sobre el (servicio X). Para cada declaración indíquenos, por favor, hasta que punto considera que el (servicio X) posee las características descritas en cada afirmación. También en este caso, también en este caso trazar un círculo alrededor del número 1 significa que usted está fuertemente en desacuerdo con que el (servicio X) tiene esa característica y rodear el número 7 significa que está fuertemente en acuerdo con esa afirmación. Usted puede trazar un círculo alrededor de cualquiera de los números intermedios que mejor representen sus convicciones al respecto. No hay respuestas correctas o incorrectas, solo nos interesa que nos indique un número que refleje con precisión la percepción que usted tiene del (servicio X).

1- El (servicio X) tienen equipos de apariencia moderna

1 2 3 4 5 6 7

2 -Las instalaciones físicas del (servicio X) son visualmente atractivas

1 2 3 4 5 6 7

3 -Los empleados (servicio X) tienen apariencia pulcra

1 2 3 4 5 6 7

4 -En un (servicio X) los elementos materiales relacionados con el servicio son visualmente atractivos

1 2 3 4 5 6 7

5- Cuando los (servicio X) prometen hacer algo en cierto tiempo, lo hacen

1 2 3 4 5 6 7

6- Cuando un cliente tiene un problema, el (servicio X) muestra un sincero interés en solucionarlo

1 2 3 4 5 6 7

7- El (servicio X) realiza bien el servicio la primera vez

1 2 3 4 5 6 7

8- El (servicio X) concluye el servicio en el tiempo prometido

1 2 3 4 5 6 7

9- El (servicio X) no comete errores

1 2 3 4 5 6 7

10- El (servicio X) comunica a los clientes cuando concluirá la realización del servicio

1 2 3 4 5 6 7

11- En un (servicio X) los empleados ofrecen un servicio rápido

1 2 3 4 5 6 7

12- En un (servicio X) los empleados siempre están dispuestos a ayudar a los clientes

1 2 3 4 5 6 7

13- En un (servicio X) los empleados nunca están demasiado ocupados para responder a las preguntas de los clientes

1 2 3 4 5 6 7

14- El comportamiento de los empleados de un (servicio X) transmite confianza a los clientes

1 2 3 4 5 6 7

15- Los clientes del (servicio X) se sienten seguros en su relación con ellos

1 2 3 4 5 6 7

16- En un (servicio X) los empleados son siempre amables con los clientes

1 2 3 4 5 6 7

17- En un (servicio X) los empleados tienen conocimientos suficientes para responder a las preguntas de los clientes

1 2 3 4 5 6 7

18- El (servicio X) da a sus clientes una atención individualizada

1 2 3 4 5 6 7

19-El (servicio X) tiene horarios de trabajo convenientes para todos sus clientes

1 2 3 4 5 6 7

20-Un (servicio X) tiene empleados que ofrecen una atención personalizada a sus clientes

1 2 3 4 5 6 7

21-Un (servicio X) se preocupa por los mejores intereses de sus clientes

1 2 3 4 5 6 7

22-Los empleados de un (servicio X) comprenden las necesidades específicas de sus clientes

1 2 3 4 5 6 7

El **modelo SERVQUAL se modifica** sobre la base de antecedentes internacionales y criterios conceptuales referidos a:

- ▶ Explicitación de los autores a su modificación en ámbitos diferentes de aplicación
- ▶ Definición de población de referencia ubicado en el sector salud
- ▶ Características definitorias de las áreas de referencia con poblaciones carenciadas de nivel socio-económicos deficitarios
- ▶ Tiempos de permanencia históricamente estudiados y que inhabilitan para su consentimiento a un relevamiento extenso.

Estos criterios se conceptualizaron entonces en 5 afirmaciones que avalados teóricamente en la literatura es adaptada por la Cátedra de Administración de la Facultad de Enfermería

Se incluye en este instrumento modificado una pregunta abierta que busca dimensionar en general aspectos positivos y negativos.

Se busca la ratificación o rectificación del usuario en relación con las dimensiones preestablecidas categorizadas, así como la posibilidad de inclusión de aspectos no contemplados en el SERVQUAL original y en el modificado

En el marco de la reestructura del Sector Salud, el Comité Técnico de Enfermería del MSP* ha planteado **la conformación el Equipo de Enfermería** que debe actuar en el área de Primer Nivel de Atención y las competencias de cada uno de los actores. De esta manera se define al **Equipo de Enfermería Comunitaria** como un grupo de trabajo integrado por un Licenciado en enfermería, un Interno de enfermería y un Auxiliar de enfermería destinado a la atención en terreno de un grupo poblacional de 1500 a 1800 personas, correspondientes a un área geográfica común.

El aporte del **Equipo de Enfermería** a la atención integral del individuo, familia y sociedad en el contexto de la atención primaria de salud tiene determinados objetivos:

- plantear un marco conceptual que sustente la atención de enfermería
- centrar el objeto de atención en el individuo, familia y sociedad, con un aporte específico de atención a la salud con identidad profesional
- establecer una metodología de trabajo y actividades asistenciales que constituyen la atención de enfermería
- proponer un modelo organizativo que establezca la atención de enfermería
- establecer requisitos necesarios para llevar a cabo la atención de enfermería.

La integración del Interno de enfermería al equipo está avalado por la literatura la cual incorpora a los estudiantes avanzados en los equipos de gestión.⁽²⁾

La formación de los Licenciados en enfermería en nuestro país ha sido renovada en el año 1993, este Plan de Estudios se basó en el **“Método de análisis prospectivo”** cuya orientación pedagógica fue recomendada por la OMS-OPS para los centros formadores de recursos humanos para la salud. Tomando en cuenta la larga tradición de la enfermería nacional en el área comunitaria y basado en estudios de nivel nacional y regional permitió actualizar el plan de estudios de acuerdo a las necesidades asistenciales de la población.

Los ejes curriculares de la formación básica contiene los siguientes componentes estratégicos:

1) Atención Primaria de Salud : 2) Metodología Científica; 3) Administración.

La definición del Perfil de Competencias del licenciado plantea la reafirmación de la concepción multidisciplinaria en donde los integrantes del equipo de salud aportan a un producto colectivo definido mediante metas y objetivos desde su ámbito de acción. Partiendo de esta base , el objeto de estudio para el equipo de salud es el mismo: personas, familias, grupos, comunidades.

El centro de las competencias del licenciado está en la atención integral a las *“necesidades humanas básicas”* mediante del Proceso de Atención de Enfermería como el método específico del área profesional. Con la aplicación del método, el Licenciado diagnostica, define un plan de intervenciones y evalúa resultados. En este proceso Asistencial integra las funciones de Docencia, Investigación y Administración.

El Perfil de Competencias del Licenciado en Enfermería en el Primer Nivel de Atención, entendiéndose por competencias *“aptitud de un individuo para desempeñar una misma función productiva en diferentes contextos y con base en los requerimientos de calidad esperados por el sector productivo. Esta aptitud se logra con la adquisición y desarrollo de conocimientos, habilidades y capacidades que son expresadas en el saber, el hacer y el saber hacer”* (Conocer, 1997) quedan definidas de esta manera:

- ▣ Identifica necesidades y demandas de cuidados de enfermería en la población objetivo, mediante diagnóstico comunitario sistémico
- ▣ Actúa como proveedor de cuidados integrales, continuos y personalizados, considerando a las personas como ser humano integral, formando parte de la familia y de una comunidad
- ▣ Caracteriza y clasifica a la población objetivo de acuerdo a criterios de riesgo biológico, psicosocial y ambiental
- ▣ Desarrolla los programas de atención de enfermería, aplicando el Proceso de Atención de Enfermería a lo largo del ciclo vital, mediante el control del individuo sano y el seguimiento de las personas con capacidades diferentes
- ▣ Dirige la asistencia de enfermería integrando a los colaboradores en los programas locales, teniendo en cuenta los principios éticos y los recursos disponibles
- ▣ Presta cuidados directos a pacientes sanos y enfermos en diferentes ámbitos y modalidades (hogar, centros laborales, centros educativos y otros conglomerados) con pautas protocolizadas
- ▣ Apoyo profesional continuo en domicilio a pacientes con proceso irreversibles y pronóstico de muerte
- ▣ Orienta a familiares, acompañantes o agentes, para integrarlos a actividades de apoyo en los programas.
- ▣ Desarrolla acciones de vigilancia epidemiológica en los grupos poblacionales definidos por el equipo sanitario
- ▣ Educación sanitaria a grupos para la creación de hábitos saludables y técnicas de autocuidado y cuidado familiar, en proceso de enfermedad
- ▣ Coordina recursos comunitarios disponibles y promueve la movilización de esfuerzos, mediante el trabajo participativo e integrado con los líderes y grupos organizados
- ▣ Coordina actividades interdisciplinarias e intersectoriales

- Genera mecanismos de accesibilidad a los servicios de atención sanitaria, para los grupos postergados o marginados
- Genera e implementa mecanismos de referencia y contra referencia que favorezcan la continuidad del proceso asistencial y el fortalecimiento de la red.
- Desarrolla investigaciones interdisciplinarias y propias que apunten a generar soluciones a los problemas reales de la población
- Participa en la docencia formal de nivel básico y pos básico de centros formadores de recursos humanos de enfermería
- Sistematiza la información (estadística y banco de datos) de las intervenciones de enfermería y evalúa resultados en los diferentes programas desarrollados
- Mide la productividad de enfermería por programa a través de la consulta de enfermería, visita domiciliaria, tratamientos u otras unidades de producción
- Evalúa los componentes de *calidad técnica y satisfacción* de la población usuaria de los diferentes programas

Internado es el período curricular de ejercicio pre-profesional cuya duración será de un semestre y sin cuya aprobación no podrá el estudiante del INDE, acceder al título de Licenciado en Enfermería. Puede desarrollarse en las Instituciones en las cuales se tenga convenio y/o en todas aquellas con las que se puedan firmar pre-acuerdos que den marco a la propuesta. Las mismas podrán ser públicas o privadas, en capital o Interior del país.

Interno es el estudiante del Instituto Nacional de Enfermería, que tiene cursado y aprobado todas las materias integradas e independientes del primero, segundo y tercer ciclo, estando en condiciones de cursar el cuarto ciclo correspondiente al INTERNADO.

El perfil del Interno de la carrera Licenciatura en Enfermería del Plan de Estudios 1993, están definidas en el Programa Internado y se explicitan de la siguiente manera:

- Aplicar el proceso administrativo en una unidad de enfermería o programa, dispuesta para atender una población limitada en número y complejidad, con los recursos acordes al programa.
- Realizar el diagnóstico primario de la unidad o programa que administra, incluyendo: - Situación de Salud de la población a su cargo.- Recursos que dispone (materiales, Humanos, tiempo, financieros), dinámica de trabajo, resultado de la atención ofrecida.
- Realiza un proyecto de Trabajo dirigido a la reorganización estandarizada de la asistencia de la población bajo su responsabilidad, en concordancia con los recursos materiales disponibles y el equipo de enfermería destinado a la unidad.
- Asume el rol co-dirigente del equipo de enfermería, bajo las normativas Institucionales establecidas, favoreciendo la participación del usuario y su núcleo familiar, así como la integración del personal de la unidad.
- Realiza asistencia personalizada, aplicando el plan de atención, de acuerdo a los recursos disponibles, en el marco de los Programas definidos.
- Realiza actividades de coordinación para el funcionamiento de la unidad, intra e intersectorial.
- Conoce y aplica la normativa Institucional, dentro del área de su responsabilidad.
- Busca mecanismos de comunicación que favorezcan el trabajo interdisciplinario desde su rol profesional.
- Representa el equipo de enfermería operativo ante la organización de enfermería, en la medida que compete a su rol, por la administración del área asignada.
- Participa en el abordaje de situaciones de carácter jurídico legal, conjuntamente con la Licenciada del servicio, según su competencia, en acciones propias del equipo de enfermería.

Las Funciones del Auxiliar de enfermería de un Centro de Salud están definidas por el MSP (Ordenanza 721-Resolución Poder ejecutivo 524/970):

- Cumplir con el Reglamento Interno del Departamento de Enfermería y las disposiciones administrativas del establecimiento
- Verificar diariamente el Plan de Actividades y las tareas asignadas por la Enfermera Profesional del sector y/o del establecimiento
- Preparar los consultorios para exámenes médicos y/o tratamientos, colaborando en el mantenimiento del orden, higiene y confort de su área de trabajo
- Verificar la existencia de material, equipo y papelería, según servicio a brindar, haciendo canje y suministro y comunicar a la Enfermera las faltas o deterioros que encontrare al tomar la guardia
- Recibir de la Oficina de Recepción la carpeta familiar o historia clínica de los consultantes, controlando que se hayan registrado los exámenes de diagnóstico indicados en la anterior consulta
- Interrogar al paciente y registrar en su historia los datos que corresponden a Enfermería, según normas del establecimiento
- Proporcionar al paciente, la orientación y seguridad necesarios, a los efectos de obtener su participación en los exámenes y/o tratamientos a efectuarse
- Practicar los controles necesarios, de acuerdo a normas del establecimiento, según tipo de paciente, registrándolos en la ficha individual
- Colaborar en el examen y/o tratamiento médico cuando sea necesario
- Orientar al paciente sobre los tratamientos y cuidados específicos basados en las indicaciones médicas, adecuándolos a los recursos disponible en el hogar

Cuando se habla de las **funciones de la Enfermería en Atención Primaria** ⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾ y que estas no queden como algo teórico, aislado y alejado de la realidad, es necesario partir de conceptos como historia de la enfermedad o situaciones de salud como el control del niño sano, embarazo, salud de la mujer, salud del adulto.

Las etapas de: Promoción, Prevención, Curación, Rehabilitación, Reinserción y las actividades de enfermería que se desprenden de ellas pueden ser entendidas dentro del proceso salud-enfermedad. Momento de máxima salud: situación utópica ya que no existe la salud absoluta, sin embargo siempre es posible elevar el nivel de salud. La promoción es el momento de reforzar aspectos positivos de buena salud que evitan riesgos futuros:

- Alimentación
- Higiene general
- Higiene de alimentos
- Salud del medio ambiente
- Salud laboral
- Salud escolar
- Protección al embarazo

En cuanto a prevención inespecífica, la enfermera tiene funciones muy destacadas tales como:

- Higiene buco dental
- Lavado de manos
- Control de los alimentos
- Control de las aguas
- Prevención de accidentes laborales
- Prevención de accidentes escolares

El ámbito específico para realizar esta función es sin duda la Consulta de Enfermería. Pero también debe utilizar la Visita Domiciliaria y el Trabajo Comunitario.

En cuanto a Prevención específica encontramos las actividades del Programa de Inmunizaciones, de control de Salud del Niño, del embarazo, de la mujer. Elaborará un sistema de registros basado en la historia clínica el cual tendrá la hoja de control y seguimiento por parte de Enfermería. Tanto para el plan de vacunaciones como para el control del niño sano, del embarazo, de la mujer, del adulto y demás programas.

Para los períodos prepatogénicos, en las cuales el diagnóstico se realiza a través de exámenes para clínicos ya que la sintomatología es escasa o ausente, la enfermera identificará la población de riesgo, establecerá un programa de captación y seguimiento. Dígase mediante educación sanitaria en programas específicos de Hipertensión, Factores de riesgo. Estas actividades las realiza tanto en el Centro, como en la Visita o en coordinación con otras instituciones comunitarias.

En la Fase patogénica y con síntomas de enfermedad, la función principal es la de Curación, con actividades de investigación, diagnóstico y tratamiento adecuado, tanto al individuo, familia y en la comunidad. En todos estos ámbitos el rol de enfermería y los aportes al tratamiento son fundamentales.

En la Rehabilitación, la enfermera apoyará al usuario hasta su total recuperación física y psíquica que tenía antes de contraer la enfermedad.

En la fase de Resolución encontramos; la curación, la cronicidad y la muerte. La sociedad actual sobre todo en los países desarrollados, ha dado paso a las enfermedades que se denominan prevenibles, una vez instauradas pasan a ser crónicas y en este aspecto se debe ayudar a los pacientes a que vivan de la forma más saludable su enfermedad. Los subprogramas de crónicos pueden corresponder Hipertensión, Diabetes, reumatismo, etc. La enfermera en estos programas tiene una actividad específica que es:

- *la sistematización de los datos
- *control de signos
- *recoger muestras para exámenes
- *control de tratamiento medicamentoso
- *educación sanitaria al usuario y la familia
- *evaluación de resultados

Cuando se diagnostica una enfermedad crónica y se determina el tratamiento, el principal objetivo del profesional de enfermería es lograr que el individuo y la familia se adapten a convivir con la enfermedad crónica. Esto supone: dieta adecuada, plan de ejercicios, tratamiento farmacológico que efectuará con el apoyo de la familia sin que esto implique para el usuario un sentimiento de marginalidad.

En cuanto a las minusvalías la enfermera participará en un programa de reinserción social de acuerdo a la potencialidad de los usuarios. Estos programas requieren de otros profesionales en un trabajo en equipo. En relación a la muerte, la enfermera la enfermera tiene un rol fundamental en ayudar tanto al usuario a una muerte digna como de apoyo a la familia a sobrellevar ese momento. Orientará al usuario si está en condiciones de comprender, a resolver su situación de documentación, a brindarle apoyo espiritual según sus creencias. La familia y el usuario deben interpretar que se sienten cuidados por la enfermera.

El marco conceptual que sustenta la **atención de enfermería** se caracteriza por el enfoque holístico-ecológico en su relación hombre ambiente, donde no es posible separar los componentes físicos, sociales, emocionales con relación a su salud.

El proceso vital se entiende como una experiencia del hombre en interacción permanente con el medio, en un proceso dinámico que le permite al individuo una adaptación a ese medio que lo rodea. En este medio el hombre intenta satisfacer sus necesidades hasta alcanzar niveles de autorrealización. Este proceso implica los diferentes momentos del ciclo vital del individuo, desde su concepción hasta su muerte, integrado a la familia y comunidad.. En este contexto tanto el individuo como la familia y la sociedad son objeto de atención de enfermería. El equipo de enfermería debe orientar sus cuidados hacia el individuo, la familia y la sociedad a resolver los problemas que pueden afectar su salud. El proceso de atención de enfermería es la herramienta (el

método de enfermería) que le permite a la enfermera resolver de una forma ordenada y sistemática cualquier problema que se presente en el ámbito de su práctica profesional ⁽⁹⁾

Las **actividades** que conforman la **atención de enfermería** están directamente relacionadas con las funciones que ésta desempeña: asistenciales, docencia, investigación y gestión. Estas actividades pueden definirse de acuerdo al tipo de actividad: de promoción, de prevención, de curación, de rehabilitación, de reinserción, derivados del cuidado de pacientes terminales. De acuerdo con el objeto de atención existen actividades con el individuo, la familia, la comunidad, grupos específicos de población. Según el ámbito de atención existen actividades en el centro de salud, en el domicilio y en la comunidad ⁽¹⁰⁾

En este contexto, la enfermera no solo dirige sus acciones al usuario, éstas también deben ir dirigidas a la familia y la sociedad. En este sentido la familia, el usuario y la comunidad toda deben percibir y transmitir que se sienten cuidados por la Enfermera y su equipo ⁽⁹⁾ En su accionar, la enfermera deberá desplegar modelos conceptuales de enfermería que le permitan interactuar con la persona, la familia y el entorno. Las teorías que se adaptan a este enfoque son las que se basan en el interaccionismo, humanismo, existencialismo y en las necesidades básicas para conceptualizar al individuo. Estas teorías se identifican porque definen la enfermería como un **proceso de interacción que implica ayuda y cuidados** ⁽¹⁷⁾ La **relación de ayuda** constituye la interacción que facilita el crecimiento personal y descubrimiento de recursos ocultos del individuo en tratamiento. En esta relación, la enfermera captará las necesidades del otro, con la finalidad de ayudarlo a percibir su situación de salud por la que transita.. Esta relación de ayuda que comienza desde el saludo inicial y transita por el proceso terapéutico es ampliamente valorada por el usuario como muy satisfactoria ⁽²³⁾

Cualquiera fuera el ámbito, la herramienta a desarrollar para la atención es la **Consulta de Enfermería**, la cual se define como la atención personalizada, integral y continuada que brinda la enfermera al individuo y la familia. A través de esta herramienta el profesional de enfermería integra programas dirigidos a la población bajo su responsabilidad. De esta manera, la enfermera por medio de la consulta atiende a un grupo de población que surge de la consulta médica, otra opción de atención es a grupos de población integrados en un programa ⁽⁹⁾

La Visita Domiciliaria de Enfermería en Atención Primaria

Es una actividad habitual de la Enfermera en algunos países desarrollados cuyos objetivos fundamentales son: el seguimiento de las familias y la resolución de casos. La enfermera toma el caso, visita a la familia según el protocolo, recoge los datos, realiza un diagnóstico y propone un plan para solucionarlo. ⁽⁹⁾⁽¹⁰⁾

La Visita Domiciliaria (VD) puede tener un contenido de aviso cuando no se puede trasladar el paciente, puede tener un contenido preciso mas amplio de asistencia continuada en caso de usuarios con pronóstico de larga convalecencia. La visita domiciliaria puede convertirse en un área de investigación para la enfermera; la casa, el hogar es el generador de salud o enfermedad, depende de la situación, por lo tanto la enfermera debe desarrollar sus destrezas no solo en el interrogatorio sino también en la observación.

Sin embargo, la relación enfermera-paciente en el contexto actual de la APS en algunos países se está replanteando esta actividad en lo que tiene que ver con: relación costo-beneficio, dependencia familiar, fiscalización del comportamiento familiar por el sistema sanitario. De acuerdo a estos enfoques se priorizarán las VD a:

- *Recién Nacidos
- *Posquirúrgicos
- *Familias con pacientes encamados de larga data
- *pacientes terminales
- *Niños con recurrencias de patologías de causas sanitarias

Metodologías de las Visitas

- Aviso de ser posible
- Objetivo claro y específico
- Duración de no mas de 20'
- Resolver el problema en el Centro de ser posible
- Registro (observación)
- Informar al equipo

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza un **estudio descriptivo de corte transversal** en una población de usuarios de los Centros de Primer Nivel de Atención del MSP en el período enero-diciembre de 2004. Los Centros seleccionados corresponden a seis Departamentos: tres en la zona Norte y tres en la zona sur del país.

El **universo** está conformado por todos los usuarios que reciben atención por parte del Equipo de Enfermería en los Programas de captación del RN y seguimiento del lactante menor de un año, embarazo normal (bajo riesgo), embarazo adolescente y usuarios con patologías crónicas (hipertensión y diabetes) que se lleven a cabo en los Centros de Primer Nivel de Atención dependientes del MSP

La **selección de la muestra** se realizó en dos etapas:

1^{er} Etapa: se realiza una selección por conglomerado (Departamentos y Centros de Primer Nivel de Atención) por conveniencia teniendo como criterio que los Centros contaran con Equipos de Enfermería (Licenciada en enfermería, Interno de Enfermería y Auxiliar de Enfermería) y los datos fueran accesibles.

Se seleccionan diecisiete Centros del Primer Nivel de Atención de un total de treinta y tres, en seis Departamentos de un total de diez en todo el país.

2^{da} Etapa: se realiza un **muestreo aleatorio** seleccionando los encuestados por sorteo, sobre la base de los números entregados para la consulta diaria.

Estimado a razón de 15 usuarios por semana por programa. Se toma al usuario por intervalo de selección igual a 5 (quinto, décimo y décimo quinto) por día que se planificaban en la consulta semanal por programa.

Se estima el **tamaño muestral** por método estadístico informático EPI INFO 6.0 para un total de 384.000 usuarios por año en el total de los 4 programas en los 17 centros. Tomando una prevalencia de usuarios satisfechos de 90% basada en datos de estudios internacionales previos, con un peor resultado de 80% para un nivel de confianza de 95% siendo necesarios 572 usuarios del total de la población que recibieron atención del equipo de enfermería en los programas y centros seleccionados durante un año.

Se toman como **criterios de inclusión:** haber recibido atención por parte del equipo de enfermería que incluya al Interno, formar parte de los programas seleccionados y tener capacidad de entendimiento del idioma español (saber leer y escribir). Correcta visión con o sin ayuda (lentes)

Los **instrumentos** se envían en un total de 50 por correo a cada uno de los 17 centros participantes, buscando obtener 850 para una muestra de 572 en un período de tiempo de 17 semanas.

Los Administrativos de los centros son quienes entregan el instrumento al usuario 5, 10 y 15 y comprueban si los cuestionarios están correctamente llenados. Luego de ser completado, el usuario lo deposita en una urna que se fija para ese fin..

Se realizan talleres informativos en un número de 6, uno por departamento, con el equipo de Enfermería y administrativos de los centros seleccionados con el fin de explicitar los criterios de participación de la población, el instructivo e instrumento. Se obtiene el compromiso del colectivo para ser considerados en la puesta en práctica de la investigación.

Las **encuestas** se realizan a la población definida en los 4 programas en fase de asistencia y seguimiento con un mínimo de 5 consultas y / o visitas realizadas por parte del Interno. Se buscó asegurar un tiempo de contacto con el usuario para que este pudiera evaluar la prestación: seis meses en cada uno de los Programas.

Se utiliza **una encuesta basada en el modelo SERVQUAL** al que se le realizó modificaciones, tomando diferentes antecedentes de aplicación en el sector salud y en consideración de las características esperadas en la población del sector público, para ser aplicado a una empresa de servicios de salud (anexo 3). Del modelo original que consta de 22 afirmaciones para medir las percepciones con una escala que va del total desacuerdo al total acuerdo: 1 a 5 (escala de Likert modificada) se seleccionan cinco afirmaciones con sus respectivas escalas. Para obtener mayor información se agrega dos preguntas abiertas sin escala para que el usuario plantee los aspectos positivos y negativos con respecto a la atención recibida.

El **instrumento** consta de tres partes:

- 1) recoge información de la muestra: edad, sexo, nivel de instrucción, programa de referencia, centro en el que se asiste.
- 2) contiene cinco afirmaciones que orientan a valorar la satisfacción con respecto a la atención recibida por parte del equipo de enfermería a través de la escala de 1 a 5.
- 3) plantean dos a preguntas abiertas con dos categorías: una en la cual el usuario manifiesta aspectos gratificantes y otra en la cual manifiesta aspectos negativos de la atención que recibe. (Anexo3)

Se realiza una **prueba de campo** a una muestra de treinta usuarios no incluida en la población a estudiar. Esta permitió validar el instrumento y la escala de medición:

5 - Muy de acuerdo

4 - De acuerdo

3 - Mediano acuerdo

2 - Mínimo acuerdo

1 - Desacuerdo

Se obtienen respuestas pertinentes en forma y contenido, así como formularios completados en su totalidad, definiéndose su utilización sin modificaciones.

Aspectos éticos

Esta investigación se enmarca en el convenio marco entre MSP _ UDELAR. La ley presupuestal 2001 que crea y norma la figura del Interno y en la reglamentación que posibilita el alcance del perfil del interno en los aspectos de medición de calidad de la prestación a través de la satisfacción de la población.

Se explica al paciente el objetivo de la investigación. Se le plantea la posibilidad de negarse a participar, y se establece el compromiso de que los datos y seguimiento de la investigación le serán informados. Se le informa que los datos que aporte se mantendrán en absoluto anonimato. Se le proporciona un instrumento para poder obtener su consentimiento (Anexo 4)

VARIABLES

Satisfacción :

Expresión que realiza el usuario sobre la atención recibida. Es una variable compleja que tiene aspectos cualitativos y cuantitativos. Podemos aproximarnos a su conocimiento a través de ciertos indicadores que serán operacionalizados con los criterios empleados por el instrumento adoptado:

- § Celeridad con que se realizan los cuidados
- § Trato recibido en la atención
- § Apariencia física de la Enfermera
- § Capacitación técnica del personal
- § Nivel de respuesta a sus necesidades

Operacionalización

Cuantitativamente: medida a través de 5 gradientes de acuerdo, en las 5 afirmaciones.

Cualitativamente: medido a través de lo expresado por el usuario en las pregunta abiertas

Se formularon dos preguntas abiertas relacionadas con:

- a) aspectos gratificantes en relación a los servicios brindados por el equipo de enfermería y
- b) aspectos negativos en relación a los servicios brindados por el equipo de enfermería

Las preguntas abiertas se analizaron mediante el análisis de contenido con un abordaje cuali-cuantitativo, para lo cual se tomaron en cuenta los postulados de Bardin, ⁽³⁰⁾ el cual define el análisis de contenido como “un conjunto de técnicas en la búsqueda de obtener inferencia de conocimiento relacionado con las condiciones de producción, recepción de los mensajes vertidos en las encuestas”. Bardin plantea tres secuencias para el análisis de contenido:

Preanálisis. Fase de selección del material obtenido el cual es sometido a análisis y construcción de las categorías para la interpretación final

Exploración del material, en donde la respuesta a la pregunta de la encuesta es tomada literalmente para poder ser utilizada en la fase de análisis de datos

Resultado. Inferencia e interpretación. Este paso se realizó manualmente, para lo cual se construyó una matriz central y posteriormente se utilizó un cuadro con las categorías construidas de acuerdo a las respuestas planteadas por los usuarios

Usuario:

Se analizó a partir de las siguientes variables

Edad: tiempo transcurrido desde el momento del nacimiento a la fecha de la encuesta. Se medirá en años cumplidos.

Operacionalización: lo que expresa el usuario

Sexo: conjunto de características fisiológicas y anatómicas que distinguen al macho de la hembra.

Operacionalización: características que se observan externamente

Categorías: masculino, femenino

Nivel de Instrucción: años de estudios cumplidos en el sistema formal

Operacionalización: lo que expresa el usuario

Categorías: Primaria Incompleta, Primaria Completa, Secundaria Incompleta, Secundaria Completa, Terciaria Incompleta, Terciaria Completa

Programa en el que se asiste: conjunto organizado, coherente e integrado de actividades, servicios o procesos expresados en un conjunto de proyectos coordinados entre sí que tienen naturaleza similar

Operacionalización: servicio/s empleado/s por el usuario

Categorías: Programas de captación del RN y seguimiento del lactante menor de un año, Programa embarazo normal (bajo riesgo), Programa embarazo adolescente, Programa de usuarios con patologías crónicas (hipertensión y diabetes)

Servicio de Enfermería: Conjunto de prestaciones proporcionadas por el equipo de enfermería

Operacionalización: Programas usufructuados y los productos que se ofertan en cada uno de ellos

RESULTADOS

Características y Definición de la Población de Estudio

La población de estudio la conformaron 710 cuestionarios llenados por 710 usuarios representativos de los 17 centros seleccionados en un período de tiempo de 10 meses para completar la información requerida.

En el entendido que la muestra estaba definida en 572 se define analizar el total de los formularios recibidos.

La distribución de la población está integrada por:

- Programa de captación del Recién Nacido (RN) y Lactante menor de un año(L) **237 madres**,
- Programa Embarazo Normal (Bajo Riesgo) **62 mujeres**,
- Programa Embarazo Adolescente(EA) **179 mujeres**
- Programa de atención a Usuarios con Patología Crónica(UPC) 221 de los cuales **151 son mujeres** y 81 son hombres.

En los Programas: RN y L, E.BR y EA son usuarias de sexo femenino cuyas edades oscilan entre: <19; 20 – 44.

El nivel de instrucción se ubica mayoritariamente en Primaria Completa con **410 usuarios** y **224 usuarios** con Secundaria Incompleta.

En el P. UPC el nivel de instrucción se ubica mayoritariamente en Primaria Completa / Secundaria Incompleta. En este Programa los usuarios se ubican en su mayoría en las edades 45 – 64 años.

En la totalidad de la población asistida, el sexo femenino aparece mayoritariamente: **629 mujeres** y 81 hombres.

TABLA 1

Características socio-económicas-culturales de la muestra

	P.RN yL *	P.Emb.B.R **	P.Emb. Ad.* **	P.Crónicos	Total
Tamaño de la muestra	237	62	179	232	710
Edad					
Media	27.1	26.6	16.5	59.1	34.8
Moda	21	20	17	48	17
Desv. Stand.	6.13	5.86	1.56	13.8	19.43
Rango	16-43	18-40	13-21	45-94	13-94
Sexo	%	%	%	%	%
Mujeres	100	100	100	62.5	88.6
Hombres	-	-	-	38.4	11.4
Nivel de Instrucción					
Analfabeto	-	-	-	0.3	0.7
Primaria Completa	55.7	50.0	55.3	63.8	57.7
Primaria Incompleta	3.4	8.1	5.6	19.8	9.4
Secundaria Completa	0.4	-	-	-	0.1
Secundaria Incompleta	40.1	40.3	39.5	15.3	31.5
Terciaria Completa	0.4	-	-	-	0.1
Terciaria Incompleta	-	1.6	-	-	0.3

Los datos están expresados en porcentajes

*Programa de Captación del Recién Nacido y Lactante menor de un año

**Programa de Embarazo de Bajo Riesgo (Normal)

***Programa de Embarazo Adolescente

Como se puede observar en la Tabla 1 las características de edad, sexo y nivel de instrucción son diferentes en los cuatro Programas de Atención: Programas de Embarazo tanto Normal o de Bajo

Riesgo como el Programa de Embarazo Adolescente y las madres pertenecientes al Programa de Captación del RN y Lactante menor de un año y Programa de Usuarios con Patologías Crónicas No existen diferencias significativas en cuanto a la edad de las usuarias de los Programas de Embarazo Normal y Captación del RN y Lactante. Si existen diferencias en relación a la edad entre los programas mencionados y el de Embarazo Adolescente y entre los programas antes mencionados y el programa de Crónicos.

En cuanto al sexo, existe diferencia entre los usuarios pertenecientes a los programas de atención a la mujer embarazada y a la madre puérpera y madre de lactantes y el programa de crónicos; sin embargo dentro de este programa son mayoritarias las mujeres que los hombres.

No existe diferencia significativa en cuanto al nivel de instrucción en los usuarios pertenecientes a los cuatro programas; se encuentra mas elevado el valor de primaria completa en los usuarios del Programa de Usuarios con Patologías Crónicas y algo mas elevada los usuarios que cursaron secundaria incompleta en los Programas de Embarazo de Bajo Riesgo, Embarazo Adolescente y Recién Nacido y Lactante.

TABLA 2

Puntuación obtenida según la escala en relación a la población asistida

	P.RN y L	P.Emb. BR	P.Emb. Adoles	P Crónicos
Tamaño de la muestra	237	62	179	232
(1-2) Desacuerdo Mínimo acuerdo	n =2 % =0.84	n =1 % = 1.6	-	n = 2 % = 0.86
(3) Mediano Acuerdo	n = 6 % = 2.5	n = 1 % =1.6	n = 4 % = 2.1	n = 6 % = 2.6
(4) Acuerdo	n = 46 % = 19.4	n = 4 % = 6.4	n = 38 % = 21.3	n = 44 % = 18.9
(5) Muy de acuerdo	n = 183 % = 77.2	n =56 % = 90.3	n = 137 % = 76	n = 180 % = 78.5

Como muestra la Tabla 2, el posicionamiento de los usuarios estuvo ubicado en el gradiente 4 y 5 (Acuerdo – Muy de Acuerdo) en todos los Programas de atención con un porcentaje que oscila en el 80 % . No se consideraron los niveles 1 y 2 porque sus valores no son significativos (oscilan en el 0.1%).

GRAFICO 1

Distribución del nivel de acuerdo adoptado por los usuarios asistidos por el Servicio de Enfermería en el P. RN y L

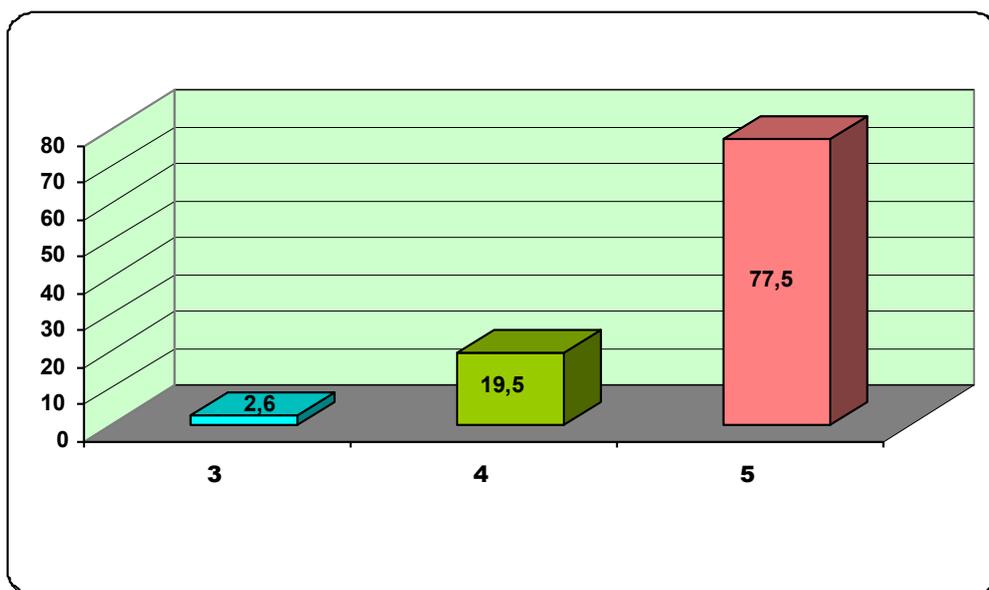


GRAFICO 2

Distribución del nivel de acuerdo en que se ubicaron los usuarios asistidos por el Servicio de Enfermería en el P. Emb. BR

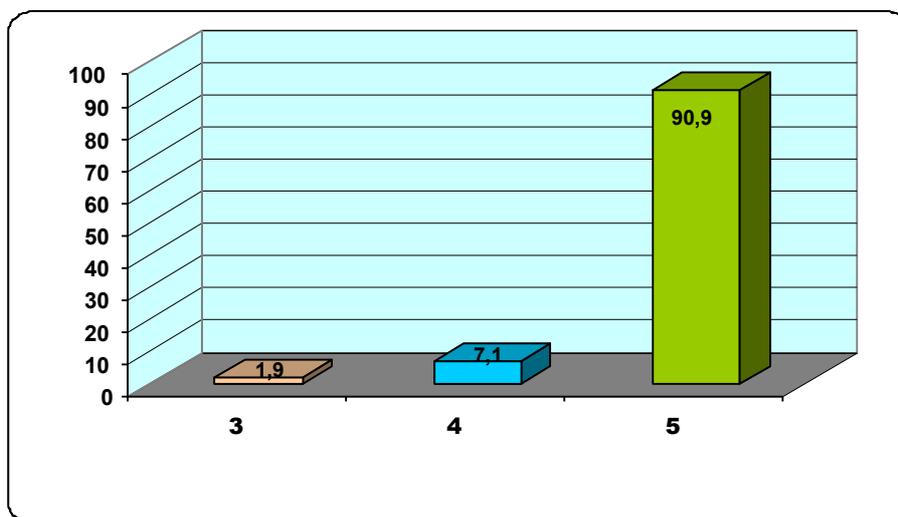


GRAFICO 3

Distribución del grado de satisfacción manifestado por los usuarios asistidos por el Servicio de Enfermería en el P. Emb. Adoles.

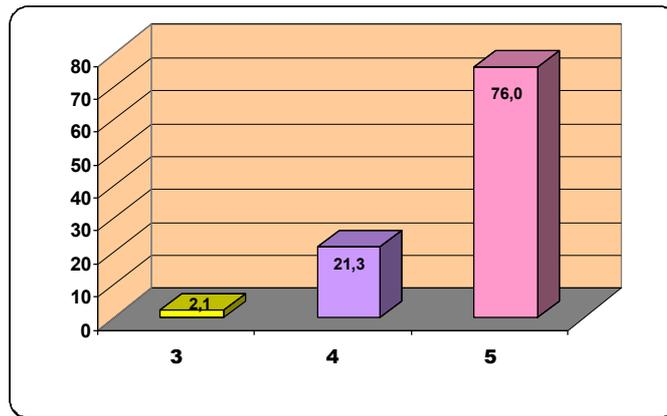


GRAFICO 4

Distribución del nivel de acuerdo adoptado por los usuarios en relación al Servicio de Enfermería en el P. Crónicos

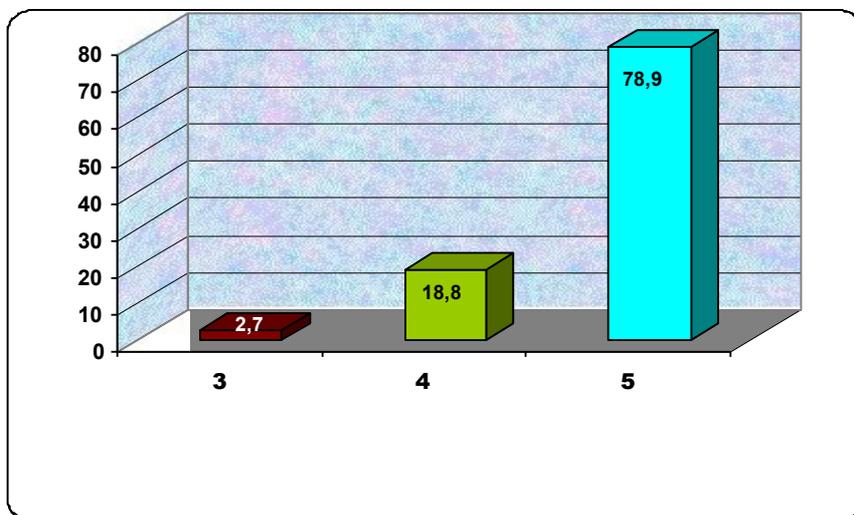


GRAFICO 5

Distribución del nivel de acuerdo manifestado por la población general en relación al Servicio de Enfermería en los Centros de Primer Nivel de Atención

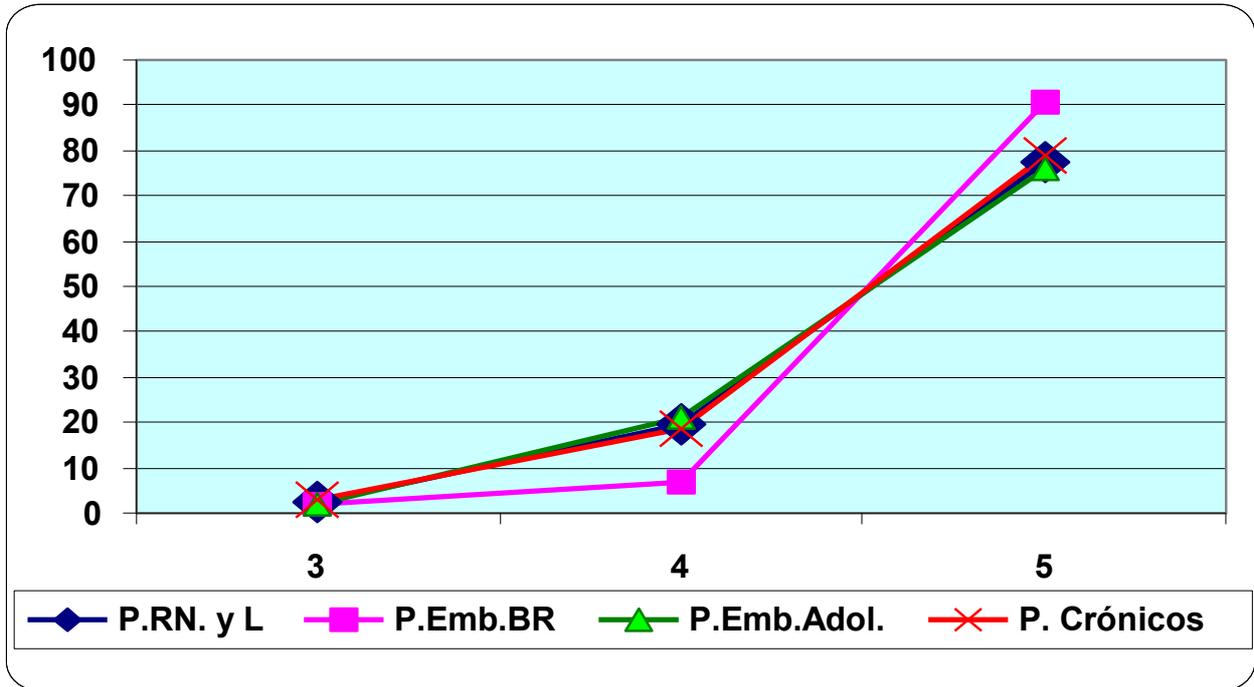


TABLA 3

Gradientes de acuerdo de satisfacción según las afirmaciones planteadas en relación a la población asistida

	P. RN y L	P.Emb.BR	P. Emb Adoles	P.Crónicos	Total
Tamaño de la muestra	237	62	179	232	710
1-La Sala de espera se encuentra en condiciones optimas de mantenimiento:					
\bar{X}	4.68	4.67	4.67	4.64	4.66
D E	0.55	0.64	0.54	0.62	0.58
I C 95 %	3.59 – 5.77	3.42 – 5.92	3.64 – 5.70	3.43 – 5.85	3.53 – 5.79
2-Las Enfermeras Se encuentran arregladas y presentables:					
\bar{X}	4.81	4.86	4.71	4.87	4.83
D E	0.45	0.17	0.44	0.36	0.41
I C 95 %	3.93 – 5.69	4.51 – 5.21	3.85 – 5.77	4.17 – 5.57	4.03 – 5.63
3-La Equipo de Enfermería conoce sus necesidades las satisface y proporciona respuesta a todas sus dudas:					
\bar{X}	4.70	4.96	4.78	4.73	4.75
D E	0.55	0.17	0.45	0.50	0.49
I C 95 %	3.63 - - 5.77	4.63 – 5.29	3.90 – 5.66	3.75 – 5.71	3.79 – 5.71
4-El Equipo de Enfermería realiza cuidados con seguridad y conocimientos de forma competente:					
\bar{X}	4.80	4.93	4.81	4.81	4.82
D E	0.43	0.24	0.43	0.43	0.41
I C 95 %	3.96 – 5.64	4.46 – 5.40	3.97 – 5.65	3.97 – 5.65	4.02 -562
5-La respuesta de Enfermería a sus problemas se realiza sin demora:					
\bar{X}	4.71	4.90	4.87	4.70	4.71
D E	0.52	.029	0.52	0.54	0.51
I C 95 %	3.70 – 5.72	4.34 – 5.46	3.86 – 5.88	3.65 – 5.75	3.72 – 5.70

La Tabla 3 muestra que no existen diferencias significativas entre los gradientes de acuerdo y las afirmaciones planteadas en los usuarios asistidos en los diferentes Programas.

No se encontró diferencias significativas entre las variables socio-económica-culturales y los gradientes de satisfacción analizados.

Teniendo en cuenta las declaraciones de los usuarios y tomando el esquema de análisis propuesto por Bardin, se estructuraron categorías para los aspectos positivos y categorías para los aspectos negativos en cuanto a los servicios brindados por el Equipo de Enfermería.

CUADRO 1

CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS DE LOS ASPECTOS GRATIFICANTES IDENTIFICADOS POR EL USUARIO

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
Buena Comunicación	Explicación correcta de dudas Escuchar al otro Información adecuada
Disposición y capacidad resolutive	Solucionan problemas Prestan ayuda Apoyo permanente
Competencia técnica	Profesionalismo en los procedimientos Inspiran confianza Manejo de los conocimientos
Cualidades humanas e Interrelaciones	Amables Trato humano Calidez humana
Dedicación	Esmero
Responsabilidad	Responsables en todas las situaciones
Todo	Todo
Sin respuesta	Sin respuesta
Integridad en el seguimiento	Seguimiento permanente a los pacientes La Visita Domiciliaria Las Citas telefónicas
Capacidad para motivar	Formar grupos de trabajo y ayuda La Consulta de Enfermería Hacer pensar a los demás

La categoría **“Buena Comunicación”** comprende *“Explicación correcta de las dudas”*, *“Escuchar al otro”* e *“Información adecuada”*. Los participantes manifestaron que los integrantes del equipo de enfermería *“explican claramente cuando se les plantea una duda”* que *“todo lo que enseñan se aprende y lo pueden aplicar”*. Otro aspecto que destacan es la situación de *“siempre escuchan, saben escuchar. Poder decirle mis cosas, se siente como una amiga, le hablo como a mi hermana”*; la situación de escucha se presenta como muy valorada por los participantes.

Los usuarios participantes son mayoritariamente mujeres, de edades jóvenes provenientes de estratos sociales carenciados, donde su situación de marginación en muchas oportunidades parte del propio entorno familiar. Es por esta razón que encuentran en el equipo de enfermería comprensión y apoyo. La escucha implica una técnica en que no solo se oye, se escucha con todos los sentidos esto implica entender el mensaje en su totalidad, tanto verbal como no verbal.

En cuanto a la categoría **“Disposición”** y **“Capacidad resolutive”**, las subcategorías planteadas a través de las manifestaciones *“tienen muy buena disposición hacia la solución de los problemas que se les plantea”* expresado también como *“están cuando se las necesita”*, *“uno se siente apoyado permanentemente”*. Como se expresó anteriormente se trata de una población carenciada,

la cual busca en el servicio de enfermería no solo solución a sus problemas de salud sino alguien que los escuche y que permita al individuo expresarse sin temor a ser juzgado ni rechazado..

Dentro de la categoría “**Competencia técnica**”, los participantes identifican claramente a los integrantes del equipo a través de las actividades y servicios que éstos brindan, en este sentido las manifestaciones vertidas expresan lo que percibe el usuario al recibir los cuidados focalizando en la figura del Interno expresiones tales como “*son muy profesionales y competentes cuando atienden en las consultas*” y “*la atención que brindan es excelente*”, “*saben cuidar a las personas*”. Identifican como muy buenos “los conocimientos que brindan en las charlas, en la visita domiciliaria” Sea cual sea su área de trabajo los enfermeros han constatado que los usuarios solicitan de los mismos ser escuchados y comprendidos, esto explica que el usuario no solamente necesita cuidados efectivos del punto de vista técnico, sino que los otros aspectos son fundamentales para brindar servicios de calidad

En la categoría “**Cualidades humanas**” las manifestaciones fueron “*su manera de ser es amable, paciente; son atentas, simpáticas, amables*”.

Desde la categoría “**Dedicación**”, los usuarios manifestaron aspectos como “*se esmeran mucho en el tratamiento que ofrecen*” el usuario si bien no es capaz de identificar posibles fallas técnicas en el proceso terapéutico si es capaz de identificar ese vínculo que se establece entre él y la enfermera y permiten la satisfacción de sus necesidades.

Cundo se establece la categoría “**Responsabilidad**”, las manifestaciones se traducen en “*se siente que están comprometidos con lo que hacen, uno se siente seguro*” esta cualidad que los usuarios identifican en el equipo de enfermería estaría determinado por la celeridad con que se atiende sus necesidades, por el esmero que se pone frente a una situación terapéutica, por la calidad de los cuidados que se brindan y que el usuario identifica en el equipo.

Las categorías “**Todo**” y “**Sin respuestas**” se pueden unificar interpretando que el usuario en la relación interpersonal que establece con el equipo de enfermería no encuentra elementos negativos a destacar y que interfieran en la prestación de los cuidados. El usuario no encuentra elementos desde la planta física u otros elementos que intervienen en la prestación de servicios que interfieran para recibir cuidados adecuados y seguros.

Entre los aspectos que caracterizan el hacer de Enfermería, en cualquiera de las áreas que ésta se desempeña, se encuentra el identificar problemas, plantear las soluciones posibles y establecer un plan de seguimiento que le permita monitorear el plan establecido. El seguimiento del binomio madre-hijo, el embarazo y el usuario con patologías crónicas en los programas aplicados en el Primer Nivel de Atención por parte de enfermería permiten mediante herramientas como la Consulta de Enfermería, la Visita Domiciliaria, el seguimiento telefónico, establecer un relacionamiento interpersonal que el usuario interpreta como preocupación por parte del equipo en resolver sus problemas de salud.

En la categoría “**Capacidad para motivar**”, el usuario traslada expresiones tales como “*tienen la capacidad de reunirnos para poder ayudarnos entre nosotros*”, “*poder decir nuestras cosas a otras personas que tienen el mismo problema*”, “*nos hacen pensar*”. El trabajo comunitario, con técnicas participativas constituyen una herramienta muy utilizada por enfermería como un mecanismo de intercambio de experiencias entre los participantes que favorecen el encuentro de soluciones que resuelven situaciones personales.

CUADRO 2

CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS DE LOS ASPECTOS NEGATIVOS IDENTIFICADOS POR EL USUARIO

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS
Sin respuesta	Sin respuesta No se
Nada	Nada Sin quejas
Problemas con la planta física	Poco espacio Muchas personas en las consultas Falta de consultorios para las charlas
Tiempos	La espera Brevidad de las visitas domiciliarias Demora en la atención Charlas cortas
Problemas de coordinación	Visitas sin acuerdo previo Rotación del personal Llamadas telefónicas
Falta de recursos	Falta de materiales para la atención Falta de medicamentos

Las categorías “*Sin respuesta*” y “*Nada*” se consideran positivas en el entendido que el usuario no encuentra elementos negativos en la atención que le brinda el servicio de enfermería. Dentro de esta categoría se encuentran las expresiones “*no tengo nada que decir*”, “*no tengo quejas*”.

En la categoría “*Problemas con la planta física*” aparecen manifestaciones referidas a la falta de espacio en las salas de espera previo a las consultas. Las instalaciones de los establecimientos del MSP en algunos casos datan de mediados del siglo pasado, las cuales no han sido readecuadas al cambio que ha sufrido la demanda de servicios, lo que ha ocasionado que los espacios utilizados por los usuarios no sean los más adecuados de ahí surgen expresiones tales como “hay mucha gente en las consultas” referida tanto a los espacios físicos como al volumen de las consultas.

En lo que respecta a los servicios de enfermería las declaraciones están referidas a “*falta de consultorios para las charlas*” estos espacios, tanto en lo que se refiere a actividades educativas como actividades asistenciales llevadas a cabo por el Interno de enfermería son muy valoradas por el usuario. Éstos espacios de intercambio entre la población y el equipo de enfermería constituyen los momentos en que se establecen los vínculos necesarios para una relación asistencial efectiva.

La categoría “*Tiempos*” incluye subcategorías como “*la espera*”, “*demora en la atención*” las expresiones en estos casos están referidas a la demanda de servicios médicos que no pueden ser contempladas en los tiempos que el propio usuario exige y que el servicio no puede dar respuesta dada la distribución de las consultas. En estos casos el usuario no plantea disconformidad con el servicio de enfermería, las manifestaciones están referidas a la falta de coordinación entre las consultas médicas.

Dentro de esta categoría aparece la subcategoría “*charlas cortas*”, con manifestaciones como “*falta tiempo para conversar*”, estas expresiones de disconformidad pueden interpretarse positivamente. El usuario requiere de tiempos para el intercambio de dudas, sentimientos, vivencias con el equipo de enfermería, necesario para el establecimiento de los vínculos que permitan un intercambio asistencial. Tanto las madres con sus bebés, como las embarazadas adolescentes y jóvenes que se encuentran dentro de la población objetivo encuentran en estos espacios los momentos de escucha oportunos para transmitir sus estados de ánimo, experiencias de vida y vivencias, “*las visitas que hacen a tu casa son cortas*”

En la dimensión **“Problemas de coordinación”**, las subcategorías *“visita sin acuerdo previo”*, *“llamadas telefónicas”*, *“visitas a domicilio”* expresan declaraciones que podrían ser interpretadas como invasión por parte del equipo de enfermería. Como se ha expresado anteriormente la población que se asiste en el sector público está constituido por madres y niños pequeños, embarazadas y población adulta mayor pertenecientes en su gran mayoría a los sectores mas carenciados de la población total los cuales utilizan los servicios asistenciales frente a situaciones agudas de salud. Esta población presenta escasa cultura de controles en salud, por tanto el seguimiento exhaustivo que realiza el equipo de enfermería puede ser interpretado como una invasión a sus formas de encarar los procesos de salud-enfermedad, *“que vengan a tu casa”*, *“que te llamen por teléfono”*.

En la categoría **“Falta de recursos”**, la subcategoría *“pocos medicamentos”* es la más sentida por la población. Si bien el servicio brindado por el MSP es gratuito, en ocasiones la medicación es suficiente o no se encuentra cuando se necesita. Dentro de las expresiones más frecuentes de los usuarios se encontró *“no hay medicamentos”*, *“faltan medicamentos”* como las más valoradas y sentidas por los usuarios.

Las preguntas abiertas plantean un abanico de información enriquecedor para el equipo de enfermería. La producción elaborada por la población plantea un desafío para el equipo estableciendo cuestiones profundas en el relacionamiento con la población, en el establecimiento de los vínculos que permitan reflexionar sobre estrategias de abordaje a la población objetivo. Los resultados que aparecen plantean la necesidad de continuar fortaleciendo los aspectos positivos y reformular acciones tendientes a mejorar los aspectos negativos.

Tabla 4

Distribución de respuestas de los usuarios según categorías de aspectos negativos

Respuestas	P.RNyL		P.Emb.BR		P.Emb.Adole		P.Crónicos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sin respuesta	172	35.7	42	33.3	148	40.8	225	47.9	587	40.8
Nada	224	46.5	58	46.0	83	22.9	196	41.7	561	39
Problemas c/ la planta física	4	0.8	3	2.3	30	8.2	12	2.5	49	3.4
Tiempos	42	8.7	12	9.5	70	19.3	18	3.8	142	9.9
Problemas de coordinación	20	4.1	6	4.7	10	2.7	14	2.9	50	3.5
Falta de recursos	19	3.9	5	3.9	21	5.8	4	0.8	49	3.2
Total	481	100	126	100	362	100	469	100	1478	100

Tabla 5

Distribución de respuestas de los usuarios según categorías de aspectos gratificantes

Respuestas	P.RNyL		P.Emb.BR		Emb.Adoles		P.Crónicos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Buena comunicación	124	17.4	48	26.0	192	35.6	115	16.4	479	22.5
Disposición y capacidad resolutiva	138	19.4	48	26.6	36	6.6	72	10.3	294	13.8
Competencia técnica	165	23.2	24	13.0	105	19.5	189	27.0	483	22.7
Cualidades humanas e interrelaciones	102	14.3	24	13.0	84	15.6	120	17.1	330	15.5
Dedicación	45	6.3	18	9.7	9	1.6	30	4.2	102	4.8
Responsabilidad	36	5.0	6	3.2	12	2.2	33	4.7	87	4.1
Todo	36	5.0	6	3.2	42	7.8	76	10.8	160	7.5
Sin respuesta	24	3.3	7	3.8	37	6.8	15	2.1	83	3.9
Integridad en el seguimiento	33	4.6	3	1.6	9	1.6	28	4.0	73	3.4
Capacidad para motivar	6	0.8	-	-	12	2.2	21	3.0	39	1.8
Total	709	100	184	100	538	100	699	100	2130	100

Las categorías utilizadas responden a subcategorías. En la categoría Buena Comunicación el usuario se expresó: “Explican claramente frente a las dudas”; “Escuchan, saben escuchar”

Entre las categorías para los aspectos positivos se destaca además la categoría Cualidades Humanas e interrelaciones, en la cual el usuario manifiesta expresiones tales como: “El trato humano, correcto, agradable en cualquier situación”

Entre las categorías con carácter negativo que aparecen con mayor porcentaje se encuentran “Sin respuesta” y “Nada” las cuales se interpretan como que no encuentran aspectos negativos en la atención. En la categoría “Tiempos” las manifestaciones que se destacan están referidas a “La espera” en la demora para ser atendidos en la consulta médica, “Brevedad en la visita domiciliaria” tomando la Visita Domiciliaria como un aspecto muy valorado por el usuario en la que los tiempos destinados para la misma resultan insuficientes para el usuario. Entre las expresiones aparece: “Las charlas cortas” referida a las actividades educativas que realiza el Equipo de Enfermería liderado por la Licenciada y llevado a cabo por el Interno de Enfermería las cuales han sido muy valorado por el usuario.

DISCUSIÓN

De los 710 usuarios encuestados se obtuvo el 100 % de respuestas, sin necesidad de descartar cuestionarios por falta de información.

Existió por parte de la población un elevado interés en participar de la encuesta y brindar su opinión en torno a la calidad del Servicio que ofreció Enfermería.

La población perteneciente a los 17 Centros de Primer Nivel donde se aplicó el instrumento, se corresponde a las de mayor vulnerabilidad del estrato social. Sin embargo no existieron diferencias en las respuestas ni confusión en el planteo de las afirmaciones, lo que muestra una consistencia interna del instrumento. Así mismo la validez del contenido del cuestionario quedó demostrada al plantear las dimensiones del modelo SERVQUAL en las variables indagadas en el cuestionario estructurado en donde el usuario expresó su alta conformidad con el Servicio ofrecido. De igual manera las expresiones que realizan los pacientes en la pregunta abierta, muestran claramente como lo plantea la bibliografía consultada y el instrumento en sí mismo que el trato humano, la competencia técnica, la atención personalizada, la escucha, el apoyo, la respuesta inmediata a los problemas y necesidades planteados, son los elementos más valorados por los usuarios. Queda demostrado así mismo que el usuario hace visible estos aspectos a través de la figura de un estudiante altamente calificado como es el Interno de Enfermería integrando el Equipo y acompañando a la Licenciada en la gestión y evaluación de los Programas de atención a la salud.

La población sobre la que se mide la calidad es, en su mayoría (tres de los programas) joven. Solo en el Programa de Crónicos presenta diferencias sustantivas. Iguales características se destacan para la variable sexo, con exclusividad del sexo femenino para los tres primeros programas y una frecuencia importante en el Programa de Crónicos.

Las diferencias en el nivel de instrucción muestran mayor escolarización para los tres primeros programas (Tabla 1).

Estas características nos permiten identificar dos sub-poblaciones con diferente perfil. No obstante, estas diferencias no repercuten en las percepciones sobre la calidad del Servicio brindado como se aprecia en la Tabla 3, solo se advierte una pequeña divergencia en la ponderación 4 y 5 la que afecta no al Programa de Crónicos sino al P. Emb. BR, es decir que esta diferencia prescinde de las características generales de la población. No obstante consideramos estos resultados con cierta precaución debido a que de todos los programas es el que ha obtenido menor tamaño muestral. Cuando se analizan cada una de las afirmaciones se identifica que para todos los casos y todos los programas, el nivel es casi de excelencia, puntuando la media entre 4 y 5. En ninguna situación el IC se situó por debajo de 3. Esto indica la ausencia de disconformidad con el Servicio de Enfermería.

En algunas situaciones la puntuación del límite inferior del IC destaca para la afirmación 2) La Enfermeras se encuentran arregladas y presentables para los P. Emb. BR y P. Crónicos; para la afirmación 3) el Equipo de Enfermería conoce sus necesidades las satisface y proporciona respuesta a todas sus dudas en el P. Emb. BR.; para la afirmación 4) La Interna de Licenciatura realiza cuidados con seguridad y conocimientos de forma competente; para el P. Emb. BR. y para la afirmación 5) La respuesta de Enfermería a sus problemas se realiza sin demora para el P. Emb. BR, escasa significación con el límite superior del IC en relación con los otros programas. Parece que este Programa (Emb. BR) es el que muestra mayor satisfacción.

Si unimos las respuestas “Sin respuesta” y “Nada” (Tabla 4) obtenemos casi el 78 % de respuestas que traducen la carencia de aspectos negativos en la atención. Del resto 20 %, la mitad corresponde a un problema con los tiempos lo que traduce problemas de organización. Si bien no es un problema que responda directamente al personal de enfermería, se considera importante su discusión con el resto de los integrantes del equipo de salud a efectos de mejorar la organización.

Las respuestas para el resto de las categorías se distribuyen en forma homogénea. Los “problemas

de coordinación” podrían vincularse a fallas de comunicación y se considera posible instrumentar mecanismos que lo corrijan. Los problemas con la planta física se refieren a dificultades de espacio

en relación al volumen de consultas y se propone plantear a integrantes del equipo de dirección mecanismos de organización que mejoren este aspecto. En cuanto a la falta de recursos se aprecia que estos están relacionados con las previsiones que se realizan según el consumo histórico, lo que no permite incrementar los mismos frente a situaciones inesperadas como por ejemplo aumento de la demanda.

Si se observa la Tabla 5, los aspectos más destacados han sido la Comunicación y la Competencia técnica. En segundo lugar se destaca Cualidades humanas e interrelaciones; si unimos las categorías Comunicación y Cualidades humanas e interrelaciones totalizarían un 38 %. En tanto las categorías se forman con lo expresado por los usuarios los valores que traducen estos aspectos aparecen como los que tienen mayor valoración. En próximas aplicaciones del instrumento se pueden incluir como preguntas estructuradas.

CONCLUSIONES

La consistencia interna y la validez del instrumento quedó demostrada y su utilización puede ser generalizada en la población que se asiste en el área de Primer Nivel de Atención

El posicionamiento adoptado por los usuarios incluidos en los programas de atención en relación al Servicio de Enfermería brindado, se mostró altamente favorable (5-Muy de Acuerdo).

Como muestra la investigación realizada, estos niveles se alcanzan cuando existe un servicio de enfermería que mantiene un estrecho relacionamiento con el usuario establecido en la relación asistencial y es capaz de interpretar y dar respuestas inmediatas a sus necesidades a través de las funciones que Enfermería Profesional desarrolla con las herramientas de la Consulta de Enfermería y la Visita Domiciliaria

Este hecho queda reflejado cuando la relación asistencial resulta adecuada y permite mantener una atención personalizada.

Con la implementación del convenio entre Facultad de Enfermería y el Ministerio de Salud Pública la relación Enfermería profesional – Usuario se vio altamente favorecida y mejorada. La relación Interno de Enfermería-Usuario permitió implementar con mayor eficacia la tecnología de la Educación Sanitaria en la cual el profesional de enfermería despliega estrategias no solo de asistencia, sino además de docencia e investigación, aspectos que integran la formación curricular del Interno de Licenciatura.

Si se toman en cuenta las manifestaciones de los usuarios vertidas en la pregunta abierta, se percibe la necesidad que el usuario tiene en relación a la presencia de un profesional que contemple no solo los aspectos fisiopatológicos, sino además los de apoyo y ayuda.

Los resultados obtenidos muestran la necesidad de mantener este Servicio de Enfermería constituido por la Enfermera Profesional, el Interno de Licenciatura en Enfermería y el Auxiliar de Enfermería como la unidad de enfermería necesaria e imprescindible para mantener una atención adecuada y de alta calidad a los requerimientos de la población asistida en los Centros de Primer Nivel de Atención de la red pública del país.

Los resultados no pueden compararse con la satisfacción del Servicio sin el Interno ya que no existen antecedentes de evaluaciones previas.

Las principales dificultades serán abordadas en conjunto por el Equipo de Enfermería trasladando a otros profesionales lo que corresponda, a efectos de cumplir con el propósito de la evaluación: retroalimentar los Programas y de ese modo asegurar la calidad.

Sería conveniente en próximas indagaciones relacionar este aspecto de la satisfacción con el apego del público a los Programas, para ver si es condición suficiente para cumplir los objetivos de los mismos.

Entre los aportes que se realizan se sugiere que el cuestionario de satisfacción se podría complementar con Evaluaciones del propio Servicio de Enfermería utilizando los Estándares Nacionales de Acreditación. Se sugiere además la utilización de otros instrumentos como las auditorías internas que permiten evaluar Servicios.

BIBLIOGRAFÍA

- 1-. Ruiz Olalla, Maria del Carmen. Calidad del Servicio a través de Indicadores Externos. Asociación Española de Contabilidad y Administración de Empresas. Ediciones Gráficas Ortega. Madrid.
- 2-. Cuesta Gomez, A. et al. Calidad de la Asistencia Hospitalaria. Ediciones Doyma. Barcelona. 1987
- 3-. Otero Ochoa, L. A. y col. Dimensiones de la satisfacción en las unidades VIH/SIDA de los hospitales públicos de la comunidad de Madrid. Gestión Hospitalaria 2001; 12 (4): 161-174
- 4-. Jiménez y Villegas, María del Carmen y col: Satisfacción del usuario como indicador de calidad. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológico. Mayo-Agosto 2003; 11 (2): 58-65
- 5-. García Fernandez, F. y col. Construcción y validación de un cuestionario para valorar la satisfacción de los usuarios de cirugía mayor ambulatoria. Enfermería Clínica, Julio-Agosto 2001; 11 (4): 146-154
- 6-. Duarte Climents, G. y col. Enfermera amable, paciente satisfecho. Validación de una nueva escala de satisfacción de los usuarios. Enfermería Clínica. 2003; 13 (1): 7-15
- 7-. Martinez, M. y col. Satisfacción del usuario en atención primaria: comparación entre distintos modelos asistenciales. Atención Primaria. Abril 1991; 8 (4): 289-292
- 8-. Pita Fernández, S, y col. Encuesta de satisfacción de pacientes en la Unidad de Hospitalización a Domicilio. Control de Calidad Asistencial. 1991 3: 75-78
- 9-. Gonzalez Dagnino, Alfonso. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de la Gestión de la Atención Primaria. Teoría y Práctica de la Atención Primaria en España. Serie: Atención Primaria. Edita: INSALUD. Secretaría General. Servicio de Documentación y Publicaciones. Madrid 1990.
- 10-. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de la Gestión de la Atención Primaria.: Organización del Equipo de Atención Primaria Serie: Atención Primaria. Edita: INSALUD. Secretaría General. Servicio de Documentación y Publicaciones. Madrid 1990.
- 11-. Programa Curricular del Internado de la Cátedra de Administración de los Servicios de Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad de la República. 1993.
- 12-. Gonzalez, I. Funciones-Actividades-Tareas del Personal de Enfermería. Ministerio de Salud Pública. Administración de los Servicios de Salud del Estado. Departamento Central de Enfermería. Montevideo. Uruguay. 1989
- 13-. Tipos de establecimiento de Atención Médica del Ministerio de Salud Pública. Niveles de Complejidad. Ministerio de Salud Pública-Uruguay. División Programas Nacionales. 1989
- 14-. Planificación de la Red Asistencial de A.S.S.E.. Ministerio de Salud Pública. Administración de los Servicios de Salud del Estado. Uruguay, Abril 2002

- 15.-Cabrera Puente, A. y col. : Gestión de servicios de salud. Experiencias nacionales. Universidad de la República. Instituto Nacional de Enfermería. Cátedra de Administración, Montevideo, 2001
- 16.-Programas Prioritarios de Salud. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. Montevideo, Uruguay 1994
- 17.-Fernández Mérida, Ma C.: Modelo de Hildegar Peplau y relación de ayuda. Enfermería Clínica, Enero-Febrero 1998; 8(1): 28-32
- 18.- Ley 17.296, Artículo 37 (Faculta al Ministerio de Salud Pública a contratar estudiantes de enfermería en régimen de Internado) Por Decreto del Poder Ejecutivo de fecha 8 de febrero de 2003 se reglamenta el mismo (se adjunta) y en su marco se implanta en las Unidades Asistenciales del Primer Nivel de Atención de Montevideo e Interior, 1º de abril del año 2003
- 19.-Rico Camejo, E.; Concepción Alfonso, Ma I.: Nivel de satisfacción de los pacientes que acuden a un policlínico principal de urgencias. Artículos Originales. Policlínico “Pedro Borrás Astorga”. Pinar del Río. Cuba. Mayo 2003
- 20.-Sanz Penon, C.: Impacto de la opinión de los pacientes en la mejora de la práctica de enfermería. Control de Calidad Asistencial, 1991; 2: 53-55
- 21.-Calero, Ma José y col.: Calidad Asistencial. Evaluación de resultados: satisfacción del usuario. Revista ROL, 1991; 154: 33-40
- 22.-Fontanals Ribas, A. y Col.: Relación de ayuda en los cuidados enfermeros. Revista ROL, 1994; 190: 67-71
- 23.-Jover Sancho, C.: Relación de ayuda en el ingreso hospitalario. Revista ROL, 1995; 206:23-29
- 24.-Vazquez, Ma A. y col.: Percepción por el usuario de la imagen de enfermería. Enfermería Clínica, Mayo-Junio 1997; 7(3): 105-111
- 25.-Garrido Díaz, A. y Col. : Evaluación de la calidad percibida en el servicio de oftalmología de un hospital universitario, Gestión Hospitalaria, 2002; 13(3): 105-110
- 26.-Olloqui Mundet, J. : Reforma de la atención primaria y satisfacción del usuario. Atención Primaria, Septiembre 2002; 10(4): 705-706
- 27.-Sangiovanni, R. y col.: Calidad de Atención de Enfermería en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Percepción de los padres. Órgano de la Sociedad Uruguaya de Neonatología y Pediatría Intensiva, 2001; 4(4):31-36
- 28.-Pritchard, Peter y col. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Gestión de la Atención Primaria: Gestión en Atención Primaria. Serie. Atención Primaria. Edita: INSALUD. Secretaria General. Servicio de Documentación y Publicaciones. Madrid, 1990
- 29.- Universidad de La República. Facultad de Enfermería. Cátedra de Administración de los Servicios de Enfermería con el apoyo del CEDU (Colegio de Enfermeros del Uruguay). Proyecto de Investigación aprobado y financiado por CSIC (Comisión Sectorial de Investigación Científica): Los Servicios de Enfermería se preparan para Acreditar Calidad. Montevideo 2001.

30-. Bardin,L. El Análisis de Contenido. Ediciones Akal. S.A. Madrid. España. 1986.

31-. Grupo Multisectorial de Trabajo citado por el Ministerio de Salud Pública. Trabajo inédito. Sin publicar. Montevideo.2001.

APÉNDICE

ANEXO 1

VISTO: Lo dispuesto por el artículo 370 de la Ley N° 17296 del 21 de febrero de 2001.

RESULTANDO:

Que el mencionado artículo faculta al Ministerio de Salud Pública a contratar anualmente estudiantes de la Licenciatura de Enfermería de la Universidad de la República en carácter de “Internado”.

Que es de interés del Ministerio de Salud Pública y del Instituto Nacional de Enfermería en el marco de sus respectivas competencias, disponer formalmente de dicho recurso en el ámbito de la red asistencial de la Administración de Servicios de Salud del Estado.

CONSIDERANDO:

Que es necesario reglamentar lo dispuesto en tal sentido por la ley 17296.

ATENTO:

1. A lo precedentemente expuesto; EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA
DECRETA

Artículo 1°. El Ministerio de Salud Pública fijará anualmente la distribución de las plazas asignadas, cuyo número no será superior a 100, entre las Unidades que integran la red asistencial de la Administración Nacional de Servicios del Estado, priorizando las correspondientes al primer nivel de atención.

Artículo 2°. La duración del internado de enfermería será de 6 meses, con fecha de inicio en los meses de abril y octubre de cada año.

Artículo 3°. El régimen de internado tendrá una carga horaria de 30 horas semanales en funciones asistenciales, percibiendo por tal concepto mensualmente una partida nominal de \$ 2700. Este monto podrá ser actualizado por el Ministerio de Salud Pública en el mismo porcentaje que la retribución de los funcionarios públicos.

Artículo 4°. Podrán acceder a estos puestos los estudiantes de la mencionada licenciatura, que hayan aprobado en forma completa el tercer ciclo del plan de estudios vigentes.

Artículo 5°. El orden de procedencia para la elección de puestos de trabajo será determinado por concurso de escolaridad, que realizara el Instituto Nacional de Enfermería de la Universidad de la República con la participación de un delegado de la Administración de Servicios de Salud del Estado.

Artículo 6°. La designación de internos será realizada mediante Resolución Ministerial, por un periodo de 6 meses, el que podrá prorrogarse por 6 meses mas y por única vez y solo cuando el número de plazas disponibles, exceda el número de postulantes.

Artículo 7°. La selección de temas o áreas de investigación a abordar por el estudiante, de acuerdo a las exigencias curriculares deben coincidir con el interés de la unidad asistencial en la que se desempeña el interno y por lo tanto contar con la aprobación del supervisor.

Artículo 8°. La supervisión y evaluación del desempeño de los internos se realizara en forma conjunta entre el Licenciado de Enfermería de la unidad respectiva y los docentes del Instituto Nacional de Enfermería que coordinan el Programa del Internado.

Artículo 9°. Comuníquese, publíquese.....

ANEXO 2

REQUISITOS GENERALES

DEL PROGRAMA DE INTERNADO.

Se denomina **Internado** al período curricular de ejercicio pre-profesional cuya duración será de un semestre y sin cuya aprobación no podrá el estudiante del INDE, acceder al título de Licenciado en Enfermería.

Podrá desarrollarse en las Instituciones en las cuales se tenga convenio y/o en todas aquellas con las que se puedan firmar pre-acuerdos que den marco a la propuesta. Las mismas podrán ser públicas o privadas, en capital o Interior del país.

Las áreas clínicas corresponderán a:

- En las Instituciones Hospitalarias, se desarrollará en unidades de organización simple, con una población definida.

En el primer nivel de atención, el Internado, podrá desarrollarse en Centros de Salud, policlínicas zonales, en Montevideo y/o interior del país. Dentro de las Instituciones Hospitalarias, insertos en la consulta externa, en un programa o sub-programa.

La realización del Internado en áreas de cuidados Intensivos o de alta especialización serán en carácter de excepcionalidad y bajo estricta supervisión de enfermería profesional del área asistencial.

El tamaño poblacional en cualquiera de las áreas será definido de acuerdo al programa.

***El Internado tendrá carácter remunerado, el monto será el determinado por las partes, las excepciones estarán previstas en el Decreto Gral del Internado.**

2-DEL INTERNO DEL INDE

INTERNO es el estudiante del Instituto Nacional de Enfermería, que tiene cursado y aprobado todas las materias integradas e independientes del primero, segundo y tercer ciclo, estando en condiciones de cursar el cuarto ciclo correspondiente al INTERNADO.

La provisión de cargos de Internos será realizada por el INDE, quien establecerá la nómina, de acuerdo al resultado del proceso de concurso.

El orden de precedencia establecido por el concurso, le dará al interno la posibilidad de elección de las plazas de internado. Siempre existirá un número de plazas de internado que garantice la continuación y finalización de la carrera de Licenciatura.

En caso que hayan más cargos vacantes, que postulantes y suplencias, la Institución podrá optar por mantener el excedente de los cargos destinados a prorrogar a los Internos del período anterior, por un plazo no mayor al establecido en la ordenanza de pasantías de la Universidad de la República.

3- DEL RECURSO DOCENTE ASISTENCIAL

La Cátedra de Administración del INDE, tendrá la responsabilidad del desarrollo del Programa Internado, de acuerdo al marco normativo Inter-institucional y el perfil del Interno.

El Servicio Asistencial actuará en coordinación con la Institución formadora a través de un Docente Asistencial local designado a tal fin.

Todas las Instituciones Asistenciales deberán contar con una estructura mínima de: Jefatura y supervisión de enfermería que garanticen el desarrollo del programa.

La Institución Formadora (INDE), garantizará la realización de cursos de formación para todas aquellas Licenciadas Enfermeras involucradas con el desarrollo del programa.

La Institución Formadora garantizará dos plazas para las Instituciones Asistenciales, en todos los cursos de formación permanente, Especialidades, Maestrías y Doctorados, como contrapartida al apoyo del programa de Internado.

PERFIL DEL INTERNO.

Aplicar el proceso administrativo en una unidad de enfermería o programa, dispuesta para atender una población limitada en número y complejidad, con los recursos acordes al programa.

Realizar el diagnóstico primario de la unidad o programa que administra, incluyendo: - Situación de Salud de la población a su cargo.- Recursos que dispone (materiales, Humanos, tiempo, financieros), dinámica de trabajo, resultado de la atención ofrecida.

Realiza un proyecto de Trabajo dirigido a la reorganización estandarizada de la asistencia de la población bajo su responsabilidad, en concordancia con los recursos materiales disponibles y el equipo de enfermería destinado a la unidad.

Asume el Rol codirigente del equipo de enfermería, bajo las normativas Institucionales establecidas, favoreciendo la participación del usuario y su núcleo familiar, así como la integración del personal de la unidad.

Realiza asistencia personalizada, aplicando el plan de atención, de acuerdo a los recursos disponibles.

Realiza actividades de coordinación para el funcionamiento de la unidad, intra e inter- sectorial.

Conoce y aplica la normativa Institucional, dentro del área de su responsabilidad.

Busca mecanismos de comunicación que favorezcan el trabajo interdisciplinario desde su rol profesional.

Representa el equipo de enfermería operativo ante la organización de enfermería, en la medida que compete a su rol, por la administración del área asignada.

Participa en el abordaje de situaciones de carácter jurídico legal, conjuntamente con la Licenciada del servicio, según su competencia, en acciones propias del equipo de enfermería. _

4-A LOS EFECTOS DE LA DURACION.

El programa Internado se desarrollará durante el año escolar, dividido en dos semestres.

El ejercicio del cargo será parte de la actividad curricular, deberá cumplir con el programa y alcanzar el perfil del Interno. No podrá usufructuar licencias por ningún concepto, las inasistencias se admitirán de acuerdo a lo establecido en el plan 93.

La suspensión del desarrollo del programa admitirá solamente las causas establecidas en el decreto de pasantías de la Universidad de la República.

El Interno de enfermería realizará 30 horas semanales. Deberá ajustarse a las normativas de la Institución, en tanto a horarios y disposiciones internas, en acuerdo con la Institución Formadora.

5-DE LA EVALUACION.

*La evaluación y acreditación se realizará a través del alcance del perfil, por parte de cada estudiante valorado por:

- Jefe y Supervisor de enfermería de la Institución Asistencial responsable del Interno.

-Docente del INDE, local y/o central, quien deberá seguir la evaluación del estudiante, a través de:

visitas de enfermería

Participación en las instancias de seminario obligatorias.

Tutorías programadas para el estudiante.

Trabajo final, de su proceso asistencial, educativo y de investigación.

La evaluación final se realizará entre la Institución Formadora y la Institución Asistencial y su aprobación se calificará con puntaje y nota, siendo el mínimo de aprobación la calificación de 06 - BUENO.

ANEXO 3

CUESTIONARIO DE GRADO DE SATISFACCIÓN

POLICLÍNICA-----

Edad---- Sexo---- Nivel de Instrucción----- Programa-----

Encierre con un círculo la opción que considere representa su grado de satisfacción con las siguientes afirmaciones:

- Puntuación. 1_ desacuerdo
2_ mínimo acuerdo
3_ mediano acuerdo
4_ acuerdo
5_ máximo acuerdo

1) La sala de espera se mantiene en condiciones óptimas de mantenimiento

1 2 3 4 5

2) Las Enfermeras siempre se encuentran arregladas y presentables

1 2 3 4 5

3) El Equipo de Enfermería que la/lo asiste conoce sus necesidades, las satisface y proporciona respuesta a todas sus dudas

1 2 3 4 5

4) El Equipo de Enfermería que lo/la asiste realiza cuidados con seguridad y conocimientos de forma competente

1 2 3 4 5

5) La respuesta de Enfermería a sus problemas se realiza sin demora

1 2 3 4 5

6) a)Plantee que le resultó mas negativo del servicio de Enfermería que presta la Interna

b)Plantee que fue lo mas gratificante del servicio de Enfermería que le brindó la Interna

ANEXO 4

CONSENTIMIENTO DEL USUARIO

De mi mayor consideración:

Estamos realizando una investigación sobre cual es el grado de satisfacción del usuario una vez que egresa de un Centro de Atención de Salud de Primer Nivel. Se desea saber si la atención recibida está de acuerdo con lo que el usuario esperaba, con el propósito de mejorar nuestros servicios atendiendo sus requerimientos.

Para tal fin se realizará una encuesta en el momento en que el usuario finaliza la atención recibida en la consulta.

Su participación es voluntaria y puede negarse si así lo desea. Deseamos asegurarle que toda la información aportada será utilizada estrictamente para esta investigación y será considerada confidencial. Desde ya le agradecemos su interés y participación.

Sinceramente:

Lic. Rosa Sangiovanni

Firma.....

Fecha.....

Marco teórico

Calidad Asistencial y satisfacción del usuario

Cuesta Gómez

El nivel de calidad de un producto o servicio en la industria es el grado de aproximación de una de sus características a las de su prototipo. Este concepto de calidad exige la definición previa de las características exigidas en el servicio hospitalario a prestar. Es decir, es necesario definir los aspectos ideales o características óptimas de los componentes del servicio que el usuario debe recibir estableciendo no solo el alcance de sus derechos, sino los detalles científicos, humanos y técnicos que se esperan.

El grado en que las características del servicio prestado se aproxime a las del prototipo ideal u óptimo definirá el grado de calidad alcanzado.

La gestión de calidad es por consiguiente hallar siempre el equilibrio entre los medios utilizados en la prestación de los servicios hospitalarios y las necesidades cubiertas en los pacientes tratados hasta su alta.

La definición que aceptamos como válida en este momento puede ser la siguiente: se dice que la atención hospitalaria tiene mayor o menor grado de calidad en la medida en que los atributos se aproximan a los del prototipo. En función de cómo se establezca el prototipo se suele hablar de calidad absoluta, calidad individualizada y calidad social.

La calidad absoluta, según la terminología de Vuori y Donabedian, es aquella que establece el grado en que se ha conseguido restaurar la salud del paciente hospitalario teniendo en cuenta solamente lo que la ciencia y la tecnología médica puede lograr. Viene condicionada por la naturaleza del problema de salud que debe afrontarse, por los avances científicos y tecnológicos que condicionan el proceso de atención y por el “arte” de la medicina y profesiones afines.

La calidad individualizada es aquella cuyo prototipo se compone de una serie de atributos entre los cuales los correspondientes a las expectativas y valoraciones del paciente sobre beneficios y riesgos que comporta la asistencia son de importancia relevante. Esta forma de concebir la calidad se basa en que el objetivo de la atención es mejorar el bienestar del paciente.

La definición social de la calidad de la atención hospitalaria comporta la suma de nuevos factores a la definición de calidad individualizada. El coste aquí no es individual sino social y corresponde a algún tipo de seguro. Además del beneficio individual debe de considerarse también el que produzca a nivel de toda la población.

Los atributos básicos de la calidad de la asistencia sanitaria desde el punto de vista conceptual son tres: componente técnico, componente social y componente del entorno.

El componente técnico del grado de calidad logrado en la asistencia hospitalaria, corresponde a la situación en que se encuentra la ciencia y la tecnología médica respecto al problema de salud del que se trate.

El componente social viene condicionado por la relación interpersonal entre el médico y las demás profesiones que prestan asistencia y el paciente. Es la parte del “arte” que comporta el ejercicio profesional.

El componente entorno es lo que Donabedian llama las “amenidades”. Tiene que ver con el grado de confort logrado en relación con el que se podría alcanzar a través de la correcta iluminación y decoración, los servicios de hostelería, el sistema de información, la situación de intimidad en la que se atiende al paciente, entre otros.

Ruiz-Olalla Corcuera

Gestión de Calidad Total

La gestión de la calidad total (o TQM) es una filosofía directiva que supone la participación general del personal de la empresa cualquiera que sea su nivel, con el objetivo de satisfacer al cliente y de mejorar continuamente.

Para suministrar un producto o servicio de calidad hay que conocer previamente las necesidades de los usuarios a los que se pretende servir, para pasar en una segunda fase a diseñar cuidadosamente todos los procesos que componen la organización intentando evitar en su ejecución errores, duplicidades, actividades que no añadan valor, tiempos muertos, con la ayuda de los trabajadores que juegan un papel preponderante.

Los conceptos de servicio y calidad de servicio.

En un principio, el seguimiento de la calidad se realizaba en los centros de inspección y control, donde se implantaban los correspondientes estándares o especificaciones para asegurar que los productos se elaboraban correctamente. El principal objetivo en estos casos consistía en alcanzar niveles aceptables de errores en la fase de producción. Más tarde el concepto de calidad se hizo extensivo a toda la organización, de manera que todas las personas de la empresa participaban en su gestión.

Actualmente se ha avanzado un poco más, ya que los productos y servicios no solo tienen que ser aptos para el uso que se les asignó, sino que además tienen que igualar e incluso sobrepasar en la medida de lo posible las expectativas que los clientes han depositado en ellos.

Aquí se trata de calidad de servicio, que engloba cualquier otra consideración que se quiera hacer de la misma, como sucede con el control estadístico de calidad, calidad total, círculos de calidad y calidad de vida.

Satisfacción del usuario

En los procesos productivos las salidas pueden ser tanto productos como servicios. Las características de los servicios para algunos autores es la intangibilidad del punto de vista económico. Sin embargo en los últimos años algunos autores plantean que frente a las dificultades de la competitividad tecnológica, se deberá prestar mayor atención en destinar recursos al valor agregado que se da al servicio como una fuente de superioridad competitiva.

La satisfacción de un cliente implica el conocimiento del mismo, definir sus necesidades y expectativas. Implica un profundo conocimiento de la demanda para ofrecer una oferta acorde. Los servicios deben pensar en términos de cliente y ponerse en el lugar del mismo para poder diseñar servicios que satisfagan sus necesidades y expectativas.

El concepto de servicio contiene actividades destinadas a satisfacer necesidades de los clientes que normalmente se caracterizan por ser intangibles.

El servicio como tal se ha convertido prácticamente en la única característica diferenciadora con respecto a la competencia ya que cualquier otra es fácilmente imitable.

La calidad del servicio.

Conjunto de prestaciones accesorias que el cliente espera y que acompañan a la prestación principal, por lo tanto se basa en el punto de vista de los clientes. Por lo tanto las empresas que compiten entre sí, dado que ofrecen el mismo servicio y parecen semejantes, los clientes no lo sienten de esa manera. La diferencia está en que no suministran la misma calidad. La calidad del

servicio se ha convertido en el aspecto más poderoso y diferenciador con que cuentan para imponerse en el mercado.

Algunas características de la calidad del servicio en sus orígenes: las percepciones de la calidad del servicio surge de comparar las expectativas del cliente con el desempeño actual del servicio recibido; las evaluaciones sobre la calidad se hacen teniendo en cuenta tanto el resultado del proceso como la forma en que se desarrolla el mismo.

Haciendo una revisión conceptual en profundidad de la calidad del servicio, aparecen dos aspectos: ***la calidad percibida versus la calidad objetiva.***

En cuanto a la calidad percibida algunos autores la definen como algo superior o excelente, como el juicio del consumidor sobre la superioridad o excelencia general de un producto, por lo tanto depende de las respuestas subjetivas de los usuarios. En cuanto a la calidad objetiva, se trata de la superioridad medible o verificable de algunos estándares ideales predeterminados, es el término que se utiliza para describir la superioridad técnica o excelencia de los productos. Otros autores la llaman calidad humana y calidad mecánica. La calidad del servicio también ha sido descrita como una forma de actitud relacionada pero no equivalente con la satisfacción, que resulta de la comparación de expectativas con percepciones. Por lo tanto la calidad percibida de un servicio dado será el resultado de un proceso de evaluación, donde el cliente compara sus expectativas con el servicio que recibe.

Criterios utilizados por los clientes para juzgar la calidad del servicio.

Se trata de la dimensionalidad, concepto que define los aspectos más valorados y sobre los que el usuario centra la atención en el momento de definir la calidad del servicio. El servicio se lleva a cabo por medio de interacciones entre cliente y vendedor, lo que ocurre en estas interacciones tendrá un fuerte impacto sobre los servicios percibidos, dando lugar a dos dimensiones de la calidad: calidad técnica y calidad funcional. La calidad técnica el cliente valorará el resultado técnico del proceso, es decir que es lo que recibe y puede ser medida de una manera bastante objetiva como una dimensión técnica del producto. En cuanto a la calidad funcional, dado que el servicio se desempeña con la acción recíproca de los clientes, la dimensión técnica de la calidad no engloba la calidad total percibida por los usuarios, se toma en cuenta la accesibilidad al servicio, el relacionamiento, lo que dicen, como lo dicen.

Desde esta perspectiva, la calidad del servicio adquiere importancia en como se desarrolla y como se recibe el proceso productivo y no solamente el que se recibe. Cuando se trata de valorar el servicio percibido por un consumidor se tendrá en cuenta un conjunto de dimensiones tanto de naturaleza técnica como funcional. En cuanto a la dimensionalidad, los criterios básicos utilizados por los clientes para juzgar la calidad del servicio se reducen a diez aspectos. Estudios posteriores redujeron estas diez dimensiones a cinco, sobre las cuales se desarrolló el modelo SERVQUAL, modelo que sirve de instrumento para medir la calidad del servicio desde el punto de vista del cliente.

Los diez aspectos sobre la dimensionalidad identificados y sus correspondientes definiciones: ***Elementos tangibles:*** se refiere a la apariencia física de las instalaciones, equipos, personal y materiales de comunicación.

Fiabilidad: muestra la habilidad que tiene la organización (o institución) para ejecutar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa

Capacidad de respuesta: alude a la disposición de ayudar a los clientes para proveerlos de un servicio rápido

Personalidad: apunta a la posesión de las destrezas requerida y al conocimiento necesario para la ejecución del servicio.

Cortesía: se refiere a la atención, consideración, respeto y amabilidad del personal de contacto hacia los clientes.

Credibilidad: envuelve conceptos como veracidad, creencia y honestidad en el servicio que se presta.

Seguridad: indica inexistencia de peligros, riesgos o dudas.

Accesibilidad: apunta a la facilidad de contactar con las personas y con la organización en general así como en la consecución de un acceso cómodo en horarios, proximidad, etc.

Comunicación: mantiene a los clientes informados utilizando un lenguaje comprensible para ellos. También consiste en saber escuchar lo que tiene que decir.

Comprensión del cliente: hay que hacer un esfuerzo por conocerlos a ellos y a sus necesidades.

Estas dimensiones son generales, por lo tanto sirven para cualquier tipo de servicio. Finalmente luego de estudios estadísticos posterior a la aplicación de instrumentos durante una investigación se depuraron algunos aspectos que tenían cierta correlación quedando en cinco:

Elementos tangibles: definición anterior

Fiabilidad: definición anterior.

Capacidad de respuesta: definición anterior

Seguridad: conocimientos y atención mostrados por personal y habilidad de los mismos para inspirar confianza y credibilidad. Agrupa las dimensiones que anteriormente definimos como comunicación, credibilidad, seguridad, profesionalidad y cortesía.

Empatía: atención individualizada que ofrecen las empresas a sus consumidores. Agrupa los anteriores aspectos de comprensión y accesibilidad.

A partir de la selección de las cinco dimensiones se concluyó con la elaboración de un instrumento, el SERVQUAL que permitió medir la percepción de la calidad de los servicios y otros que sí son válidos cuando se aplican para evaluar la calidad en cualquier servicio.

Modelo conceptual de calidad del servicio

Modelo es la representación simplificada de la realidad que toma en consideración aquellos elementos básicos capaces por sí solos de explicar convenientemente el comportamiento de la misma. Debe hacerse una distinción entre modelos conceptuales que tratan de explicar teóricamente la calidad del servicio y los instrumentos de medida que han surgido al amparo de dichos modelos (donde se aplican de forma práctica los conocimientos desarrollados previamente en la teoría). Los usuarios evalúan que un servicio alcanza un nivel alto cuando las percepciones igualan o sobrepasan las expectativas.

Los indicadores de calidad

Los indicadores son valores numéricos que miden el comportamiento y evolución de una actividad, área o proceso concreto, con el objetivo de controlar y servir de referencia para la mejora. Los indicadores pueden clasificarse de muy diversas formas. Una de las más comunes en los entornos relacionados con la calidad es la que se distingue en función de su ámbito de actuación:

Internos: se utilizan para control dentro de la empresa, teniendo como objetivo el servir de apoyo a la monitorización del desarrollo del proceso de gestión de la calidad total.

Externos: tienen como objetivo medir la calidad fuera de la empresa, a través de la satisfacción del cliente externo. Es deseable que posean un grado de sensibilidad que los haga capaces de medir los distintos grados de satisfacción.

Passos Nogueira

La calidad puede ser expresada por tres elementos que si bien son subjetivos, se manifiestan a través de un modo objetivo diferente de producir las cosas:

*la preocupación de crear y mantener conciencia sobre las propiedades de los productos (bienes y servicios) que se generan, disminuyendo su variabilidad cuando se adoptan determinados patrones o especificaciones técnicas

*la preocupación en satisfacer demandas explícitas y necesidades no declaradas pero previsibles de los consumidores

*la presencia de este tipo de orientación en la totalidad de la organización involucrando a la gerencia, a los técnicos y a los trabajadores.

Fases de la evolución de la calidad en las empresas

La calidad presupuesta como excelencia de los agentes

Fase de la producción con énfasis en el grado de capacitación científica y tecnológica de los agentes.

La calidad en este caso es supuesta como atributo de los agentes y de los medios con los que ellos trabajan

El control departamental de la calidad

Las empresas son llevadas a instituir un control interno de los productos, con conceptos estrictamente técnicos como los de conformidad y confiabilidad por la preocupación en características objetivas y previsibles de los productos, sin embargo la atención está más enfatizada en el producto que en el cliente. En el caso de las empresas de salud, la producción de insumos, medicación, sueros, equipos, está sometido a ese control interno de calidad.

La garantía de calidad

La garantía de calidad representa un avance en relación al control, pero le falta colocar la preocupación en la detección preventiva de fallas o defectos de los productos. En el área de la salud, el concepto de garantía de calidad tiene connotaciones un poco diferentes de aquellos asociados a las actividades industriales. Se refiere a la elaboración de estrategias tanto para la evaluación de calidad como para la implementación de normas y patrones de conductas clínicas a través de programas locales o nacionales.

Existen claras diferencias conceptuales de garantía de garantía de calidad en el área de la salud: no existe racionalidad departamental y el objeto del control de calidad es el conjunto de actividades clínicas que se alcancen con eficacia.

La gestión o control de calidad total

En esta fase la calidad es controlada por el conjunto de la empresa y por lo tanto deja de ser una atribución de especialistas y áreas departamentales. La tarea colectiva se centra en el perfeccionamiento continuo de los productos y el aumento de la satisfacción del cliente.

Los japoneses consideran que en la etapa superior del CCT, el concepto de garantía de calidad es incrementado para abarcar las relaciones de confianza entre producto y consumidor. La garantía de calidad de acuerdo a Ishikawa, es el alma del CCT y significa que el consumidor, al comprar un producto, puede confiar en que va a usarlo con satisfacción por largo tiempo. Los conceptos que hoy día se utilizan son aquellos que unifican con fines analíticos, las funciones de la industria y del sector servicios: a) el valor del uso final es el producto; b) las diversas actividades técnicas y administrativas necesarias para dar origen a los productos son los procesos.

La metodología del CCT muestra que los procesos se articulan entre cliente interno produciendo algo que satisfaga al cliente externo o mejor aún superar sus expectativas. Estos dos conceptos producto y proceso fueron motivo de estudio durante siglos y se basan en las necesidades del hombre y su trabajo en la sociedad. La calidad como resultado significa que la calidad no es mas algo presupuesto en los agentes, debido a su alto nivel de formación o de calificación, sino algo que los involucrados en los actos de salud estarán constantemente preocupados por obtener y perfeccionar para dar mayor satisfacción a los que necesitan de esos servicios. Por lo tanto se

admite que la preocupación científica del cuerpo de profesionales y la alta tecnología de los equipos usados no garantizan la calidad del acto.

La calidad como resultado es expresión objetiva de ciertas condiciones subjetivas tales como:

*una preocupación en crear y mantener entre los integrantes de equipos de salud, gerentes y trabajadores, una conciencia en cuanto a las propiedades, beneficios y perjuicios de los servicios prestados, recurriendo por ello a metodologías estadísticas específicas

*una preocupación en satisfacer demandas explícitas y necesidades emergentes de los usuarios de los servicios de salud.

El concepto de servicio

La expresión servicios de salud tiene la característica de estar profundamente enraizada en el lenguaje técnico de todos los que trabajan en el campo de la salud y al mismo tiempo de estar ampliamente difundido en el lenguaje popular. La idea de servicio de salud se apoya en otro concepto aparentemente más genérico: el concepto de servicio.

Los servicios se definen esencialmente por su utilidad inmediata: en primer lugar sirven en una relación de exterioridad con el usuario para recuperar un bien, para preservar un conjunto de bienes. Los servicios de consumo constituyen aquí el objeto básico de discusión, dado que a ellos se subordinan las actividades de prestación de servicios de salud. Existe aún hoy una polémica en torno al carácter productivo o improductivo del trabajo en servicios, es decir si producen o no lo que los economistas llaman valor.

La legitimación de los derechos del consumidor de servicios de salud

La preocupación con la calidad en la prestación de servicios de salud dentro de la colectividad institucional de prestadores y usuarios un doble proceso de reindividualización: del prestador que usufructuará el derecho de enorgullecerse de su trabajo y del paciente que reasumirá el derecho de opinar y escoger entre procedimientos alternativos, concientizado del riesgo que incluye cada uno de ellos y predispuesto a colaborar con su capacidad de discriminación en el propio proceso de diagnóstico y terapia.

Avedis Donabedian que es el más renombrado investigador de los problemas de garantía de calidad en salud, subraya que la contribución del consumidor al acto de salud se da simultáneamente en las tres dimensiones en que tal acto puede ser desdoblado: en el trabajo técnico, en la relación interpersonal y en las comodidades que rodean al cuidado. En cada una de estas dimensiones, el consumidor vivencia algo que sumado, hace de él alguien capaz de contribuir en la definición de lo que sea la calidad y en la propia evaluación de la calidad en la atención que se le es prestada.

Donabedian no deja de tener en cuenta los argumentos usuales acerca de la fragilidad y de la parcialidad del juicio del consumidor de salud, temas tales como el de la tecnicidad esencial del acto y la tendencia a sobreestimar tanto el valor de la asistencia de por sí cuanto los aspectos simplemente “cosméticos” del cuidado.

Calero García - Fernández Roa

Acto de ejercer control y lo que es dar calidad. Control es el proceso para observar el desarrollo en ejecución de un programa y tener una evaluación continua, entre lo planificado y lo ejecutado para poder aplicar medidas correctoras a las desviaciones.

El control de la calidad asistencial tiene como objetivo garantizar la calidad de las atenciones y las actuaciones sanitarias, mediante la detección de problemas, su evaluación y estudio y como consecuencia, la implantación de medidas de mejora. La denominación de control de calidad en el área sanitaria ha evolucionado hacia el concepto actual de mejora continua de la calidad asistencial que se puede definir como una actividad profesional y científica que utiliza elementos de la teoría de la evaluación, de las ciencias de gestión y de la estadística, para lograr que el trabajo de los

profesionales de la sanidad sea cada vez de mayor calidad científico-técnica y que los pacientes reciban unos servicios adecuados a sus necesidades y deseos.

En el área de la salud y específicamente en enfermería no tiene el mismo significado calidad prestada por profesionales esforzados en lograrlo, que calidad recibida por usuarios con sus expectativas puestas en su derecho a la máxima calidad de la prestación de cuidados.

Donabedian dividió los métodos de control y análisis en:

*Método de análisis de la estructura; evalúa la calidad a partir de los medios empleados en la asistencia y de la organización de la institución asistencial. Se basa en el análisis de los recursos físicos y humanos y de los servicios prestados (datos de actividad asistencial). La adecuada correlación entre recursos y actividad, será el rendimiento. Son los elementos de control de más fácil aplicación.

*Método de análisis del proceso; surgen en parte como reacción de los profesionales sanitarios frente a la evaluación puramente estructural. Son métodos que pretenden analizar los aspectos dinámicos del proceso asistencial. Su instrumento básico es el análisis de la documentación clínica. En los últimos años se han utilizado nuevos sistemas que intentan valorar proceso asistencial de manera mas amplia, continua y sistemática.

*Método de análisis del resultado; intentan valorar la mejora lograda con la asistencia en el nivel de salud del paciente. Son los que permiten una aproximación mas directa al paciente. Son los de mayor dificultad de aplicación por su relatividad al tener que definir previamente los estándares esperados. En estos están incluidos los estudios de satisfacción de usuarios y de profesionales. El diseño de un sistema de mejora continua de la calidad en enfermería se podría analizar desde los aspectos que son comunes para todos los servicios de un centro hospitalario y que responden a las líneas antes mencionadas: 1) actividad de los servicios, en donde se valoran los aspectos cuantitativos de la asistencia; 2) proceso asistencial de los pacientes, las comisiones se encargarán de evaluar y analizar los datos asistenciales de áreas concretas, según los objetivos planteados en cada comisión y efectuando las recomendaciones oportunas para su mejora; 3) utilización de recursos humanos y materiales, en los actuales momentos de restricción de presupuestos asistenciales, los programas de control de calidad revisen la utilización de recursos de la institución, su rentabilidad, fundamentalmente en lo que tiene que ver con los procesos realizados a los usuarios y a los protocolos establecidos en las unidades; 4) satisfacción del personal y del usuario; se pretende analizar la opinión del usuario en relación a los servicios prestados por enfermería, teniendo en cuenta que el personal de enfermería supone un porcentaje elevado del personal de cualquier centro hospitalario y que dedica 24 horas al día de atención directa al paciente. La mayoría de las opiniones del paciente en cuanto a su estancia en el hospital están referidas a la relación con el equipo de enfermería. La forma de medir este relacionamiento se puede realizar mediante: buzón de usuarios y encuestas, estudios de satisfacción y estudios de expectativas. La misma importancia tiene la satisfacción del personal en cuanto a su desarrollo profesional, valorando sus propias opiniones.

Estudios de satisfacción y opinión

Los estudios de satisfacción forman parte de los métodos de análisis del resultado, que intentan valorar la mejoría lograda con la asistencia en el nivel de salud del paciente.

La satisfacción de los profesionales es un elemento imprescindible en la mejora de la calidad de cualquier empresa: un alto nivel de satisfacción con su trabajo incide directamente en una mejor atención asistencial.

Hay varios factores que determinan la opinión del usuario como componentes de calidad:

*las expectativas del usuario sobre el sistema de salud y sobre el profesional que lo atiende

*las condiciones reales del sistema sanitario

*el tipo de relación interpersonal que se establece entre el paciente y el profesional (Aranaz, Palazón y Mira, 1987).

Hasta ahora se ha trabajado sobre la opinión del posthospitalizado a través de encuestas de satisfacción y reclamaciones. Sin embargo da la impresión de que estas se hacen más para cumplir un objetivo institucional que para incluir la información que de ellas se deriva como criterios de calidad. El trabajar con expectativas nos permite enfocar en la medida de lo posible nuestra actuación hacia las demandas del usuario; actuando con antelación podemos aumentar la satisfacción, mientras que si actuamos a posterioridad solo podemos medirla. En un ámbito hospitalario, nos encontramos en el análisis de las demandas del usuario con respecto a ese entorno, basándonos en los aspectos siguientes:

+las demandas que considera fundamental en relación al hábitat hospitalario, según Suñol Sola (1988)

+las consecuencias estresantes de la hospitalización y su relación con la percepción de la calidad asistencial mediante la escala de Volicer y Bohannon (1975) modificada y reducida por Calero y Col. (1991).

A partir de la amplia información recogida a través de estos instrumentos de trabajo se podrá valorar y tener un amplio conocimiento sobre las expectativas y percepciones del cliente y establecer objetivos operativos de las diferentes unidades, encaminados y adecuados a las necesidades del cliente/usuario y así obtener un mayor nivel de satisfacción.

Cabrera, Gutiérrez, Marcolini, Vitancurt

Características de la atención de enfermería: Trato íntimo

Llamado así por la Nurse Dora Ibarburu, Profesora Emérita tratando de adjetivar el nivel de relacionamiento y vinculación social, física y psicológica que encierra cualquier prestación de enfermería, Por lo general las operaciones con los usuarios tienen carácter invasivo, doloroso, molesto y en algunas oportunidades gratificantes. A veces es necesario transgredir los límites de la privacidad llegando a suplir actividades cotidianas que los individuos realizan habitualmente por sus propios medios: caminar, comer, higienizarse, hablar entre otras. Esto lleva a sentimientos y sensaciones diversas generando altos niveles de tensión en la relación enfermero-usuario que operan como factores condicionantes de la satisfacción mutua.

La Profesora Licenciada Alma Carrasco (Especialista en Salud Mental), lo llama Gestión de Sentimientos en el proceso de trabajo de enfermería. En su planteo no solamente alude al relacionamiento con el usuario sino que también coloca el tema de los sentimientos en la vinculación horizontal y vertical de los diferentes actores en el aparato productivo de la empresa de salud. Lo íntimo también alude a la información privada que los usuarios depositan en el personal de enfermería. La interacción enfermero-usuario requiere datos sobre hábitos, costumbres y creencias que hacen a la caracterización de la calidad de vida de las personas. En este aspecto, se presenta con frecuencia el rol de enfermería en carácter de “confidente” o intermediario de conflictos familiares, conyugales o con otros integrantes del equipo de salud.

CENTRO DE SALUD (definición del INSALUD)

El Centro de Salud tiene un área de influencia o territorio y presta servicios de salud a la población que allí habita. La red de Atención Primaria se organiza según el principio de territorialidad y número de habitantes.

El territorio corresponde al que habitan entre 20.000 y 25.000 personas, pudiendo haber territorios con menor población.

Los factores que definen el territorio o zona de salud que le corresponden a un centro y número de salud que le corresponden a un centro y número de habitantes que va a atender tienen que ver con: la división administrativa, el aislamiento de la población, los tipos de trabajo de la población.

También depende esto si se trata de un centro de zona urbana o zona rural. Generalmente la primera zonificación de una ciudad o provincia, se hará en base a la experiencia (ensayo y error).

La atención del Centro debe ser:

- a) accesible
- b) coordinada
- c) descentralizada
- d) normada e integral