



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

Calidad del Cuidado de Enfermería percibida por pacientes hospitalizados en una Institución de III nivel de Barranquilla

Claudia Andrea Lenis Victoria

Universidad Nacional de Colombia convenio Universidad Simón Bolívar

Facultad de Enfermería, Maestría en Enfermería

Bogotá D.C, Colombia

2013

Calidad del Cuidado de Enfermería percibida por pacientes hospitalizados en una Institución de III nivel de Barranquilla

Claudia Andrea Lenis Victoria

Tesis de investigación presentada(o) como requisito parcial para optar al título de:
Magíster en Enfermería con énfasis en Gerencia en Salud y Enfermería

Director (a):

Fred Gustavo Manrique Abril
Especialista en Gerencia Social
Magíster y Doctor en Salud Pública
PhD en Investigación Clínica

Línea de Investigación:

Cuidado y Práctica de Enfermería

Grupo de Investigación:

Grupo de Gerencia en Salud y Enfermería

Universidad Nacional de Colombia convenio Universidad Simón Bolívar

Facultad de Enfermería, Maestría en Enfermería

Bogotá D.C, Colombia

2013

(Dedicatoria o lema)

A DIOS TODOPODEROSO creador de todas las cosas y del conocimiento, que con su inmenso amor y misericordia me ha dado la fortaleza, sabiduría y el discernimiento para continuar cuando estuve a punto de desfallecer. Gracias por trazar el camino por el que mis pies avanzan y en el que mi mente y corazón viven la felicidad.

A mi madre, por su gran amor, apoyo y compensación, en los momentos difíciles, por los valores que me ha inculcado y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida, quien con su demostración de una madre ejemplar, me ha enseñado a no desfallecer y siempre perseverar.

A **Yeis Miguel Borré**, por sus grandes aportes, y por ser ante todo un amigo incondicional de gran espíritu y calidad humana, gracias por brindarme tus consejos y apoyo en la Maestría cuando más los necesitaba.

Claudia Lenis

Agradecimientos

A la Universidad Simón Bolívar – Barranquilla especialmente al Programa de Enfermería, por la oportunidad de desarrollar mis habilidades en el contexto del conocimiento y cualificarme a nivel profesional.

A la Universidad Nacional de Colombia – Bogotá, Maestría en Enfermería, por permitirme subir un escalón más en mi campo de aplicación.

Al Dr. Fred Manrique Abril, Director del presente trabajo de investigación, por ofrecerme sus sabios conocimientos y colaboración para terminarlo con éxito.

A mis familiares, amigos y compañeros por creer siempre en mí y ofrecerme su valiosa colaboración en los momentos más oportunos.

A todas aquellas personas que contribuyeron y me brindaron todo su apoyo incondicional para poder llevar a cabo el presente trabajo investigativo.

Resumen

Objetivo: Determinar la calidad del cuidado de enfermería percibida por los pacientes hospitalizados en una institución de III nivel de Barranquilla.

Materiales y Métodos: Se desarrolló un estudio de tipo descriptivo, transversal, cuantitativo en el que se encuestaron 147 pacientes con orden de egreso del servicio de hospitalización de una clínica de III nivel en Barranquilla. El cuestionario utilizado fue el CUCASE versión en castellano, guardando el rigor ético, científico y metodológico correspondiente.

Resultados: Se observó que la satisfacción de las experiencias de los cuidados recibidos del personal de enfermería el 15% le da un sentido positivo y en un 11% es negativo, según la escala Likert, en la dimensión de la experiencia de los cuidados, a la dedicación de tiempo el 66% manifestó estaba en desacuerdo mientras que el 28.6% muy en desacuerdo, esta dimensión con una calificación 90% el establecimiento de una buena relación con el personal de enfermería y provisión de intimidad por parte del personal de enfermería. La satisfacción en cuidados de enfermería percibidos recibió una percepción positiva en un 91.9% y grado de intimidad las enfermeras un 80%.

Discusión y Conclusiones: Los pacientes tienen una percepción positiva sobre el cuidado de enfermería recibido con una puntuación de 93,22 para la dimensión de experiencia con el cuidado y 79.7 para la dimensión de satisfacción; lo cual indica que la calidad del cuidado de enfermería, desde la óptica del paciente, está relacionada con la relación enfermera paciente, la comunicación y la relación interpersonal de apoyo emocional en actividades e intervenciones de enfermería. Existe un factor sobresaliente en aplicación del cuidado con la amabilidad, las buenas relaciones de los pacientes y la provisión intimidad suministrada al paciente.

Palabras Clave: Calidad del cuidado, calidad de la atención de salud, Pacientes, Enfermería, hospitalización. (Fuente: DeCS, Bireme)

Abstract

Objective: To determine the quality of nursing care perceived by patients hospitalized in an institution of tertiary level of Barranquilla.

Materials and Methods: A study was descriptive, cross-sectional quantitative in which 147 patients were surveyed by hospital discharge from service a Level III clinic in Barranquilla. The questionnaire used was CUCASE Castilian version, keeping the ethical and scientific rigor and methodological question.

Results: We observed that the satisfaction of the experiences of care received from nursing staff 15% gives a positive and 11% negative, according to the Likert scale, the dimension of the experience of care, to dedication of time 66% said it disagreed while 28.6% strongly disagree, this dimension with a score 90% to establish a good relationship with the nursing staff and provision of privacy by the nursing staff. The nursing satisfaction perceived received a positive perception in 91.9% and degree of intimacy nurses 80%.

Conclusions: Patients have a positive perception of nursing care received a score of 93.22 for the dimension of care experience and 79.7 for the dimension of satisfaction, which indicates that the quality of nursing care from the perspective the patient, is related to the nurse patient communication and interpersonal emotional support nursing activities and interventions. There is an outstanding factor under care with kindness, good relations of patients and delivered to the patient privacy provisions.

Keywords: Quality of care, quality of health care, patients, nursing, hospitalization (Source: Descriptors MeSH).

Contenido

	Pág.
Resumen	IX
Lista de figuras	XIII
Lista de tablas	XIV
Introducción	1
1. Capítulo 1: Marco Referencial	3
1.1 Planteamiento del problema	3
1.1.1 Descripción y Delimitación del Problema.....	3
1.1.2 Formulación del problema.....	6
1.2 Objetivos.....	7
1.2.1 Objetivo General	7
1.2.2 Objetivos Específicos.....	7
1.3 Propósitos.....	7
1.4 Justificación	8
2. Capítulo 2: Marco Normativo	13
3. Capítulo 3: Marco Teórico	15
3.1 Definición de conceptos principales.....	15
3.1.1 Calidad.....	15
3.1.2 Cuidado.....	18
3.1.3 Calidad y Cuidado de Enfermería.....	18
3.1.4 Enfermería	20
3.1.5 Percepción.....	21
3.1.6 Satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería	21
3.1.7 La experiencia del paciente con los cuidados de enfermería.....	22
3.1.8 Modelo de Efectividad del Rol de Enfermería.....	23
4. Capítulo 4: Marco de Diseño	25
4.1 Tipo de Estudio.....	25
4.2 Universo	25
4.3 Población.....	25
4.4 Muestra	25
4.5 Criterios de Inclusión	26
4.6 Criterios de Exclusión	26
4.7 Fuente de Información	26
4.8 Instrumento.....	26

4.9	Procedimiento para la Recolección de la información.....	28
4.10	Procesamiento de la información	29
4.11	Riesgos del Diseño	29
4.12	Consideraciones Éticas	30
4.13	Limitaciones del diseño	31
4.14	Aportes y Difusión de Resultados.....	31
5.	Capítulo 5: Plan de Análisis, Resultados y Discusión	33
5.1	Plan de Análisis.....	33
5.2	Resultados	34
5.2.1	Datos Personales y preguntas generales.....	34
5.2.2	Resultados según dimensiones: Experiencia y Satisfacción	38
5.2.2.1	Experiencia con los cuidados de Enfermería	38
5.2.2.2	Satisfacción con los cuidados de Enfermería.....	40
5.2.3	Relación de las variables sociodemográficas y las dimensiones del CUCACE	42
5.3	Discusión.....	45
6.	Capítulo 6: Conclusión y Recomendaciones	51
6.1	Conclusión	51
6.2	Recomendaciones.....	52
	Anexo A: Cuestionario CUCACE	55
	Anexo B: Consentimiento Informado	67
	Anexo C: Autorización del CUCACE y Autorización Institucional	69
	Bibliografía	77

Lista de figuras

	Pág.
Figura 5-1: Distribución por edad de la población estudiada.....	35
Figura 5-2: Valoración del cuidado recibido en el servicio por parte del paciente	37
Figura 5-3: Percepción del cuidado según dimensiones: experiencia y satisfacción	41

Lista de tablas

	Pág.
Tabla 5-1: Recodificación de respuestas positivas y negativas del CUCACE	33
Tabla 5-2: Porcentajes de sexo según categorización de la edad.....	35
Tabla 5-3: Media de edad según distribución por sexo	36
Tabla 5-4: Valoración de la estancia en el servicio por parte del paciente	37
Tabla 5-5: Valoración de los pacientes acerca de la mejoría en el cuidado	38
Tabla 5-6: Resultados de calidad del cuidado según la dimensión de experiencia	39
Tabla 5-7: Resultados de calidad del cuidado según la dimensión de satisfacción.....	40
Tabla 5-8: Resultados de calidad del cuidado según experiencia y satisfacción.....	41
Tabla 5-9: Correlación entre resultados de experiencia y satisfacción	42
Tabla 5-10: ANOVA: variables sociodemográficas categóricas y la satisfacción	43
Tabla 5-11: Relación entre variables sociodemográficas, satisfacción y experiencia	44

Introducción

“La lección práctica más importante que pueda darse a las enfermeras, es enseñarles a observar - cómo observar, qué síntomas indican una mejoría del enfermo, y cuáles lo contrario, cuáles tienen importancia y cuáles no, cuáles son señal evidente de negligencia y qué clase de negligencia -. Todo ello es lo que debe formar parte, y esencial, del entrenamiento de toda enfermera”.¹

Florence Nightingale (1820 - 1910)

Concebir la calidad como un aspecto único ligado a algo particular ha sido difícil, debido a que muchos la consideran, incluso, una utopía, un sueño inalcanzable, o un horizonte al que nunca se llega. Este pensamiento ha permitido develar la calidad como un concepto trascendente a lo largo de la historia en su definición y aplicación. Sus primeros abordajes fueron en el ámbito industrial y empresarial, por mano de teóricos, estudiosos investigadores, y grandes empresarios. El punto de vista desde el que muchos la veían se podía comprobar a través de las características del servicio y/o producto que se ofertara a un consumidor determinado, aspecto que fue dando los indicios de los diferentes enfoques propuestos por teóricos reconocidos, dentro de los cuales se encuentran Shewarth, Juran, Deming, Ishikawa y Crosby.

El más reconocido teórico de la calidad a nivel de salud ha sido el Dr. Avedis Donabedian, quien con sus postulados tocantes al tema de calidad asistencial, ha permitido permear todos los aspectos misionales de estructura, proceso y resultados de las organizaciones de salud.

Las conceptualizaciones que se plantean desde las teorías de calidad, articuladas con las teorías administrativas y gerenciales, son las que han dado los parámetros para concebir la calidad como un concepto ligado a la atención en salud, y a mirar de cerca la aplicabilidad de los diversos enfoques en las diferentes instituciones prestadoras de servicios de salud. Sin embargo, la calidad en salud está basada en un enfoque de

¹ Nightingale F. Notas de enfermería: qué es y qué no es. Barcelona: Salvat; 1990. p. 104.

mejora continua, en el que muchos actores se convierten en juez y partes que permiten conocer los puntos específicos de la atención que requieren mejoría.

Enfermería, por ser una disciplina profesional, una ciencia aplicada del área de la salud y una ciencia humana, se ha interesado por investigar y develar conocimiento propio en materia de cuidado, y más específicamente en materia de cuidado. El cuidado, conceptualizado desde las propias teorías de enfermería, y concebido como el eje central, característica unificadora de la profesión de enfermería, se articula con las teorías administrativas, gerenciales y de calidad para brindar mejores resultados a quienes lo necesiten, lo requieren y son parte de su objeto, esto es, el individuo, la familia y la comunidad.

En este sentido, enfermeras como Diane Irvine y Soraya Sidani, en la década de los noventa, propusieron un modelo administrativo de enfermería, con el fin de identificar la actuación de enfermería como recurso que se encuentra inmerso en las organizaciones de salud. El modelo propuesto tiene que ver con la efectividad de las intervenciones de enfermería desde el enfoque de estructura, proceso y resultado presentado por el Dr. Donabedian; no obstante, su mayor énfasis está dado desde la dimensión procesos, en donde se evidencian tres roles: dependiente, independiente e interdependiente.

Se conoce que la dimensión “procesos” tiene que ver con todos aquellos aspectos de cuidado directo al paciente, en el que tienen sentido múltiples variables, dentro de ellas se encuentran: la amabilidad, la cordialidad, la responsabilidad, el llamado de cuidado, la presencia auténtica y otras más; las cuales juntas confluyen y evidencian la riqueza de las intervenciones de enfermería basada en sus propias teorías y tecnologías.

Todo ello, direccionado al ser humano que, en su proceso de salud-enfermedad, experimenta una situación de vida compartida en el que la percepción por parte de él, juega un papel fundamental en medio de un entorno hospitalario en el que no desearía estar.

Por tal motivo, la presente investigación está orientada a determinar la calidad del cuidado de enfermería desde la percepción de los usuarios, con el fin de conocer, medir y evaluar cuál es la calidad del cuidado de Enfermería que el paciente/cliente/usuario percibe durante su experiencia, y que posteriormente, determinarán su satisfacción o no satisfacción.

1. Capítulo 1: Marco Referencial

1.1 Planteamiento del problema

1.1.1 Descripción y Delimitación del Problema

La satisfacción de los usuarios, en cuanto a necesidades y expectativas, ha sido una forma de evaluar la calidad en la prestación de servicios de salud², puesto que la percepción del usuario permite conocer cada aspecto del cuidado debido a su experiencia en los servicios.

Enfermería es una disciplina profesional³ que hace parte del equipo interdisciplinario de salud, incluso es considerada como el personal de mayor número en las instituciones⁴, cuyas acciones son significativamente visibles por permanecer mayor tiempo y establecer de forma continua contacto directo con los usuarios del servicio de salud. Dicha característica le permite brindar, con responsabilidad, cuidado permanente, individualizado, continuo, integral y humano, teniendo en cuenta las creencias y valores de cada ser humano; sin embargo, para ello debe contar con actitudes y comportamientos que sean coherentes con las expectativas de la persona cuidada.

Es por ello que la calidad en enfermería, se constituye en un proceso cuyo objetivo va encaminado a alcanzar un alto nivel de excelencia en la prestación del cuidado, pero para obtener este logro, es necesario tener en cuenta que la presencia, la permanencia, la continuidad y la contingencia, son condiciones específicas y distintivas de ese cuidado. Además, se constituyen en insumos centrales de la atención de salud, a través de la cual

² BAUTISTA, LM. Percepción de la calidad del cuidado de Enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. Aquichan. 2009; 8(1): 74- 84.

³ DURÁN, MM. Enfermería: Desarrollo teórico e investigativo. 1ª ed. Santafé de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1998. p. 19.

⁴ VEGA, Y. Introducción de la asignatura Modelos Administrativos en Enfermería. Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. 2010.

es posible proveer protección, confort y apoyo libre de amenazas a la integridad de las personas bajo cuidado⁵. No obstante, Donabedian, considera que la calidad del cuidado está determinada por el nivel de conocimiento del personal de enfermería, la edad, la gravedad del paciente, y los equipos disponibles. Aspectos que se relacionan con la estructura, el proceso, y el resultado planteados en su teoría⁶.

Con base en lo anterior y teniendo en cuenta la propuesta teórica de Donabedian, las investigadoras Irvine y Sidani han desarrollado un modelo administrativo de enfermería. En dicho modelo, las autoras proponen la relación entre las diferentes funciones de enfermería con la atención de salud y los resultados esperados teniendo en cuenta la efectividad de las intervenciones; permitiendo evaluar la contribución de enfermería a la calidad del cuidado desde estas tres aproximaciones. Para ello, hicieron uso de algunos instrumentos orientados a medir particularmente el componente proceso, en el cual se evidencian tres roles por parte del profesional de Enfermería: dependiente, independiente, e interdependiente.

El rol dependiente está asociado a intervenciones dirigidas o iniciadas por otro profesional de la salud o una respuesta a un diagnóstico médico pero llevada a cabo por enfermería; El rol independiente hace referencia a las actividades y responsabilidades propiamente de enfermería como: actividades de evaluación, toma de decisiones, intervenciones, seguimiento; incluyendo la clasificación de las intervenciones que dan respuesta a un diagnóstico y a la acción autónoma de enfermería, basada en fundamentos científicos y ejecutadas en bienestar del paciente; El rol interdependiente hace referencia a las actividades y funciones en las que enfermería participa de forma parcial o total junto a otros profesionales de la salud⁷.

En Colombia se han desarrollado estudios acerca del tema en mención, con el fin de mejorar la calidad del cuidado de enfermería, dichos estudios contemplan la evaluación de la estructura, el proceso y el resultado; sin embargo, pese a ello, la calidad del cuidado en la práctica diaria de enfermería carece de integralidad, continuidad e individualidad.

⁵ MALVAREZ, S. Enfermería y Seguridad de los Pacientes: Notas conceptuales. Organización Panamericana de la Salud. Pág. 1.

⁶ DONABEDIAN, Avedis. An introduction to quality assurance in health care. New York, Oxford University Press. 2003. p. 46.

⁷ IRVINE, D. SIDANI, S. KEATINGS, M. DOIDGE, D. An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *Journal of Advanced Nursing*. 2002; 38(1): 29-39.

Ariza y Daza, en un estudio realizado en Bogotá, evalúan la calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado, basándose en el modelo de estructura, proceso y resultado de Donabedian; No obstante, afirman que la única medida directa de la calidad de la atención es mediante el análisis de los resultados, pero sin omitir aspectos de estructura y proceso⁸.

Por otro lado, Bautista⁹ y Torres¹⁰ expresan que el cuidado que brinda enfermería no ha sido valorado específicamente, debido a que las instituciones de salud no cuentan con las herramientas adecuadas para hacerlo, lo cual ha generado un creciente interés por crear y validar instrumentos confiables que permitan evaluar y medir la calidad del cuidado de enfermería dentro de las instituciones de salud.

Según lo planteado por Sierra y Colaboradores, es evidente que enfermería lleva una tendencia a desvirtuarse de su razón de ser y quehacer como cuidador, debido a la sobrecarga de pacientes en los turnos, la modalidad de contratación, la falta de recursos y de medidas de bioseguridad¹¹, la asignación de actividades que no son de su competencia, la coordinación y administración de recursos del entorno que hacen parte del cuidado pero que no lo constituyen en su totalidad, desvinculando el cuidado directo y personalizado. Por tal razón, no tienen claridad de sus funciones, por lo que no hay un adecuado desempeño de los roles, hay poca autonomía, falta de empoderamiento profesional y sentido de pertinencia con la profesión; esto trae como consecuencia malos abordajes en la interacción de cuidados que inciden en la satisfacción de los usuarios y en la calidad del mismo.

En este sentido, las inconsistencias más evidentes durante la prestación del cuidado de enfermería están constituidas por eventos adversos como infecciones intrahospitalarias y nosocomiales, las infiltraciones venosas, las úlceras por decúbito, las caídas, la falta de información al paciente al realizar los procedimientos clínicos, el poco interés por el bienestar del paciente, las consecuencias del mal manejo y administración de

⁸ ARIZA C, DAZA R. Calidad del cuidado de Enfermería al paciente hospitalizado. 1ª. ed. Bogotá. Pontificia Universidad Javeriana. 2008. ISBN. 978-958-716-119-9. p. 40.

⁹ BAUTISTA, LM. Óp. cit., p. 76.

¹⁰ TORRES, CC. Percepción de la calidad del Cuidado de Enfermería en pacientes hospitalizados. *Revista Avances en Enfermería*. 2010; 28(2): p. 99.

¹¹ SIERRA, MT y Cols. Percepción del cuidado de Enfermería en diferentes Instituciones Hospitalarias de la Ciudad de Bogotá. *Av. Enfermería*. 2006; 24(1): 68-72.

medicamentos, el trato poco amable, y otras más que dejan como resultado la insatisfacción del paciente.

Rocha en el año 2008, manifiesta que la práctica de un cuidado seguro se inicia con la convicción y sustento del conjunto de valores que constituyen, ordenan y desenvuelven el cuidado, y se sigue de una estructura científica integrada por un marco referencial y una metodología que posibilita que el cuidado de enfermería sea aprendido, practicado, evaluado y enriquecido en los servicios de salud.¹²

En la actualidad, en Barranquilla y el departamento del Atlántico, existen pocos trabajos investigativos que evalúen la calidad del cuidado brindado por enfermería desde la percepción de los usuarios. Por tanto, se considera de vital importancia el planteamiento de la presente investigación, por medio de la cual se pretende encontrar resultados confiables que permitan mejorar la calidad del cuidado de enfermería. De igual forma, para que dichos resultados puedan servir de insumo y referencia a futuras investigaciones sobre el tema en instituciones de salud.

Teniendo en cuenta lo anterior, en esta investigación se plantea el siguiente interrogante:

1.1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la calidad del cuidado de enfermería percibida por los pacientes hospitalizados en una institución de III nivel de Barranquilla?

¹² ROCHA PK. Construção e validação de um instrumento para avaliação de modelos de cuidado de enfermagem. [Tese]. Universidade Federal de Santa Catarina; Brasil: 2008. Disponible en: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/91449/261745.pdf?sequence=1>

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Determinar la calidad del cuidado de enfermería percibida por los pacientes hospitalizados en una institución de III nivel de Barranquilla.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Determinar la experiencia de los pacientes con el cuidado brindado por Enfermería.
- Determinar el nivel de satisfacción de los pacientes con el cuidado de Enfermería.
- Comparar el nivel de satisfacción de los pacientes y sus experiencias de acuerdo con las variables sociodemográficas.

1.3 Propósitos

- Brindar elementos a los profesionales de enfermería, que generen una reflexión sobre su quehacer profesional. Además, contribuir a la mejora continua del cuidado de enfermería en las instituciones.
- Generar un cambio en la práctica del cuidado que permita tener en cuenta no solo los aspectos que la enfermera considera importantes sino, además, lo que el paciente considera más significativo para su cuidado.
- Promover la calidad para garantizar la integralidad y continuidad de los cuidados de enfermería.
- Aportar resultados de investigación que sirvan de referencia para futuros estudios.
- Contribuir al fortalecimiento de la línea de investigación de Gerencia en salud y Enfermería de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia.

1.4 Justificación

La sociedad actual vive el advenimiento de la globalización como un sistema complejo que trae consigo un sinnúmero de acontecimientos donde el ser humano se podría ver beneficiado, pero también afectado, debido a la vertiginosa evolución de los mismos. Esta situación no solo la experimenta la sociedad, sino también el competitivo sistema empresarial en el desarrollo y logro de sus objetivos misionales.

Tal competitividad ha puesto en marcha un nuevo enfoque basado en la participación del consumidor como agente primordial para la mejora en la prestación de servicios; en donde la satisfacción del consumidor se relaciona con los resultados deseados que ponen de manifiesto el impacto positivo de la empresa en medio de la sociedad. Por tal razón, desde hace varias décadas algunos estudiosos de la calidad como Shewhart, Deming, Juran, Ishikawa y Crosby, han estructurado todo un proceso teórico con el fin de demostrar que la calidad es central a todo aspecto de la gerencia, la administración, y el marketing¹³. Sin embargo, sus aportes fueron al sector industrial y empresarial.

En el ámbito de la salud, el Dr. Donabedian fue uno de los pioneros en utilizar el concepto de calidad en las organizaciones de salud, mediante la evaluación de tres pilares fundamentales: estructura, proceso y resultados, para determinar calidad en los servicios.¹⁴

La calidad en salud ha estado ligada a la concepción misma de salud, puesto que el fin último de la calidad es optimizar los recursos del entorno para alcanzar el máximo bienestar de los usuarios que reciben el servicio. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como: *“El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”*.¹⁵

Lo cual indica que toda persona tiene derecho a disfrutar del más alto nivel de salud, pero para cumplir con esta visión es importante saber cuáles son las posibilidades o los obstáculos que impiden el proceso encaminado a la satisfacción de las necesidades y expectativas en salud de las personas.

¹³ HOYER, R. HOYER, B. “Qué es calidad”, Quality Progress, julio de 2001. Disponible en: <http://www.eulatic.org/docs/CalidadCAPR.pdf>

¹⁴ DONABEDIAN, A. La Calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada? *Revista Calidad Asistencial*. 2001; 16:580-587.

¹⁵ Constitución de la Organización Mundial de la Salud adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York entre el 19 de junio y el 22 de julio de 1946. Suplemento de la 45ª. edición, octubre de 2006.

En México, con el programa *Cruzada nacional para la calidad de la salud*¹⁶, se planteó como objetivo mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de salud en las instituciones, con el enfoque en la mejora de la calidad clínica y la calidad percibida por los usuarios. Para lograr este propósito, se hizo necesario definir, medir y evaluar el cuidado de enfermería con base en la percepción de los usuarios del servicio de salud. En este sentido, Jiménez y Colaboradores¹⁷, afirman que la calidad consiste en cumplir con las expectativas del usuario, donde prevalece el respeto, la confianza y el trabajo en equipo. De acuerdo con Salcedo y Colaboradores, la calidad es un constructo que encierra elementos subjetivos y objetivos¹⁸, por tanto, su evaluación puede ser cualitativa o cuantitativa. De igual forma, plantean que la calidad del cuidado se puede evaluar teniendo en cuenta la cortesía, y participación de enfermería durante el diagnóstico y tratamiento, idiosincrasia, trato amable, información sobre el padecimiento, educación para el cuidado, intimidad y pudor, seguridad y confianza, satisfacción con el equipo y las instalaciones.

Sierra y Colaboradores realizaron un estudio basado en la percepción del cuidado de enfermería en diferentes instituciones hospitalarias de la ciudad de Bogotá, y encontraron que el 38% de los pacientes afirmaron estar muy satisfechos, respecto al factor de ayuda. Resultado que, según los autores, estimula más al profesional de enfermería a cuidar al paciente como un ser integral.¹⁹

Ariza y Daza²⁰ determinaron la estructura, el proceso y el impacto del cuidado de enfermería en un hospital de III nivel en la ciudad de Bogotá. La estructura, mediante la evaluación de la planeación, el personal, la información, los suministros, la inversión y la investigación; El proceso, a través de la evaluación de los procedimientos de revisión de historias clínicas y de administración de medicamentos; y el impacto, fue evaluado mediante el grado de satisfacción del paciente.

¹⁶La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud en México. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/cnalsalud.pdf>

¹⁷ JIMÉNEZ M. y Cols. Satisfacción del usuario como indicador de calidad. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2003; 2:58–65.

¹⁸ SALCEDO, RA y Cols. La percepción de los adultos mayores de la calidad de la atención de enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2007; 15(1):19–23.

¹⁹ SIERRA, MT y Cols. Óp. cit.

²⁰ ARIZA C, DAZA R. Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado en un Hospital de Tercer Nivel en Bogotá. *Actualizaciones en Enfermería*. 2005; 8(3):8-14.

Partiendo de estas premisas, es necesario considerar al paciente como un elemento importante para la evaluación del cuidado que brinda enfermería, puesto que es el principal receptor de dicho cuidado. El paciente ha pasado de ser una persona pasiva a una persona activa, con capacidades para valorar tanto el cuidado de enfermería, como la atención en salud en general. Por consiguiente, su opinión suministra información valiosa con la cual se pueden generar cambios en la institución, que satisfagan sus necesidades y expectativas.

Bautista²¹ afirma que para enfermería es importante conocer cuáles son los comportamientos que perciben los usuarios, debido a que permiten identificar los aspectos significativos para alcanzar la calidad del cuidado y diseñar acciones para la mejora del mismo. No obstante, para conocer dichos comportamientos se requiere el uso de instrumentos válidos y fiables que evidencien resultados precisos y congruentes con la realidad práctica; de manera que se puedan implementar acciones de mejora en los servicios de salud.

En este sentido, la literatura muestra el desarrollo de variados instrumentos que se han diseñado con el fin de medir la percepción que los pacientes tienen con relación al cuidado que brinda Enfermería en la práctica asistencial. Uno de ellos, es el Cuestionario de Calidad del Cuidado de Enfermería (CUCACE) validado al castellano y al gallego por Alonso y colaboradores²² del original: Newcastle Satisfaction with Nursing Scales (NSNS) diseñado en Escocia.²³

Según Alonso y colaboradores, el CUCACE es un cuestionario que supera los conceptos de satisfacción genéricos medidos con otros instrumentos.²⁴

En Colombia, el cuestionario CUCACE fue validado por primera vez en Bucaramanga. La validación fue realizada por Torres en el 2010²⁵. El estudio muestra que el CUCACE alcanzó resultados de aceptabilidad en cuanto a claridad, precisión y comprensión: una puntuación media de 66,14 sobre 100 para la dimensión de experiencia con el cuidado, y

²¹ Óp. Cit., BAUTISTA, LM. 2008 p.

²² ALONSO, R. BLANCO, MA. GAYOSO, P. Validación de un cuestionario de calidad de cuidados de Enfermería. Revista Calidad Asistencial. España. 2005; 20(5): 246-50.

²³ THOMAS, LH. MCCOLL, E. PRIEST, J. BOND, S. BOYS, RJ. Newcastle satisfaction with nursing scales: An instrument for quality assessments of nurse care. Quality in health care. Vol 5(2). January 1996. p. 67-72.

²⁴ Ibid. ALONSO y Cols., 2005. p. 249.

²⁵ Óp. Cit., TORRES, CC. 2010 p. 103.

de 72,41 para la dimensión de satisfacción con los cuidados. De igual forma, alcanzó confiabilidad alfa de cronbach de 0.90.

A partir de allí fue utilizado, nuevamente, por la misma autora en otras investigaciones^{26,27}. Por tanto, no existe evidencia de que el instrumento haya sido usado en otra región de Colombia, sin embargo, Torres garantiza su fiabilidad para medir el constructo, así como su aplicación y reproducción en poblaciones similares.²⁸

El cuestionario CUCACE mide la calidad del cuidado de enfermería desde dos aspectos sustanciales: la experiencia y la satisfacción del paciente. La experiencia hace referencia a los aspectos percibidos por el paciente durante la estancia hospitalaria. Dichos aspectos tienen que ver con las acciones propias que ejecuta el profesional de Enfermería en el proceso de cuidado. La satisfacción se refiere al resultado final y al sentimiento que expresa el paciente posterior al cuidado recibido. Por tanto, es evidente que el cuestionario CUCACE mide los aspectos que hacen parte del componente “Proceso” mencionado por Irvine y Sidani.²⁹

De acuerdo a su experiencia, el paciente tiene la capacidad de percibir el cuidado que Enfermería le proporciona en el servicio. Sin embargo, dicha percepción no es capaz de identificar si las acciones forman parte del rol dependiente, independiente o interdependiente, sino que se enfoca en la conducta general durante el proceso de cuidado de Enfermería.

²⁶ TORRES, Claudia, BUITRAGO, Marcela. percepción de la calidad de los cuidados de Enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados, Rev. Cuid. 2011. Vol. 2, Núm. 2, p.138- 148.

²⁷ TORRES, CC. Valoración de aspectos cualitativos del cuidado de Enfermería en pacientes hospitalizados. Rev. Cuid. 2010; 1(1): 10-18.

²⁸ Óp. Cit., TORRES, CC. 2010 p. 100.

²⁹ Óp. Cit., IRVINE y Cols. 2002 p. 31.

2. Capítulo 2: Marco Normativo

En Colombia el Estado tiene como propósito fundamental mejorar la calidad de la atención en salud. Este propósito lo ha venido evidenciando con las reformas normativas que dan lugar al Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud (SOGCS), que reglamenta a las instituciones prestadoras de salud y determina cuáles son los requisitos indispensables que deben tener para brindar una atención de calidad. Por eso, hoy en día es notorio ver que la calidad se ha vuelto cotidiana a todo aspecto de la gerencia. Las instituciones de salud se han preocupado por dar cumplimiento y se han dado cuenta de lo importante que es dar evidencia a sus usuarios y a la sociedad misma sobre la calidad de sus servicios, con el objeto de alcanzar grandes posiciones dentro del mercado y lograr sus metas y objetivos misionales.

Lo anterior indica que la calidad en los servicios de salud ha sido una preocupación permanente del sistema de salud. Hoy día, con la reforma de la seguridad social dados por la Ley 1122 de 2007 y la Ley 1438 de 2011, brindar calidad se constituye en un aspecto fundamental para las instituciones de salud, puesto que la calidad es un requisito indispensable para cumplir con la legislación actual, garantizar la supervivencia económica y la competitividad institucional.

Con relación al Decreto 2174 del 28 de noviembre de 1996, la calidad de la atención en salud estaba dada por el conjunto de características técnico-científicas, humanas, financieras y materiales que debía tener la Seguridad Social en Salud, bajo la responsabilidad de las personas e instituciones que integran el sistema y la correcta utilización de los servicios por parte de los usuarios.³⁰ Sin embargo, las instituciones de salud tienen hoy más que nunca la responsabilidad de evaluar la calidad de la atención, para responder efectivamente a las metas de salud y al reto de la competitividad en el mercado. Para ello, el Estado ha redefinido el Sistema de Calidad en salud mediante la implementación del Decreto 1011 de 2006 por el cual define el SOGCS, en su artículo 2

³⁰ REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ministerio de Salud. Decreto No. 2174 de noviembre 28 de 1996.

define la *Calidad de la atención de salud* como: “*la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios*”³¹

En Colombia, el ejercicio profesional de enfermería está reglamentado por la Ley 266 de 1996³², que contempla el principio de calidad dentro de sus principios fundamentales, orientando a que el profesional de enfermería preste un cuidado eficiente y efectivo a la persona, familia y comunidad, que se verá reflejado en la satisfacción del usuario del servicio y de igual forma la satisfacción propia del profesional de enfermería que presta dicho servicio.

La Ley 266 de 1994 ha sido complementada con la creación de la Ley 911 de 2004³³, bajo la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica de la profesión y se define el acto del cuidado de enfermería como la esencia de la profesión. Este se debe dar a partir de la comunicación y la relación interpersonal entre la enfermera y el paciente y dictamina que el profesional de enfermería debe brindar un cuidado integral y de calidad a quien le preste el servicio.

³¹ REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006. Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud del SGSSS.

³² REPÚBLICA DE COLOMBIA. Congreso de la República. Ley 266 de 1996, por la cual se Reglamenta la Profesión de Enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones.

³³ REPÚBLICA DE COLOMBIA. Congreso de la República Ley 911 de 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica de la Profesión de Enfermería en Colombia.

3. Capítulo 3: Marco Teórico

3.1 Definición de conceptos principales

3.1.1 Calidad

De acuerdo con el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, la palabra Calidad viene del latín *qualitas* o *qualitatis*, que significa: propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor³⁴. Al hablar de las propiedades inherentes a algo, también se puede hacer referencia a objetos, situaciones o circunstancias que le confiere capacidad de satisfacer las necesidades explícitas o implícitas de un individuo que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida del mismo.

El término calidad tiene diversas definiciones que dependen de las necesidades y del contexto donde se vaya a utilizar, pero su gran objetivo es responder a las necesidades o expectativas de un cliente, usuario y paciente con equidad, efectividad, y eficacia.

La calidad se ha convertido en un asunto de gran interés a escala mundial, incluso, un gran número de organizaciones y expertos en el tema, han tratado de buscar una definición global para el concepto de calidad; sin embargo, lo cierto es que no existe una definición específica que pueda considerarse como la más correcta, todas las definiciones propuestas que se han declarado en la historia, desde algún punto de vista, han sido aceptadas.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) la calidad es *“El conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención de salud óptima, teniendo en cuenta todos los conocimientos técnico - científicos del personal médico, para así lograr el máximo nivel de satisfacción del paciente”*³⁵.

³⁴ Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua – 22^a ed. Madrid. Real Academia Española. 2001. Disponible en: <http://rae.es/recursos/diccionarios/drae>

³⁵ Proyecto de Salud y Nutrición Básica, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, University Research. Co, Lic.; Gestión de la Calidad Módulo II; Lima. Editorial del MINSA; 1999.

Según Deming³⁶, calidad es traducir las necesidades futuras de los usuarios en características medibles; solo así un producto puede ser diseñado y fabricado para dar satisfacción a un precio que el cliente pagará. La calidad puede estar definida sólo en términos del agente. El Dr. Ishikawa³⁷, quien es considerado el pionero de los círculos y el control de calidad, manifiesta que la calidad la define el cliente y se muestra con hechos y datos. Más específicamente, calidad es calidad del trabajo, calidad del servicio, calidad de la información, calidad del proceso, calidad de las personas, calidad del sistema, calidad de la compañía, calidad de objetivos, etc.

Orrego y Ortiz³⁸ hacen aportes al concepto de calidad, refiriendo que la ética es de gran importancia para las dimensiones de la calidad, puesto que se deben establecer normas de calidad desde la aplicación de los conocimientos técnico-científicos, hasta al momento de tener una relación interpersonal con el paciente en el momento de brindar el cuidado de enfermería.

Si bien es cierto, la calidad es entender al cliente (paciente) que es quien define la calidad del servicio, es el resultado que se espera de la atención prestada logrando un equilibrio entre los riesgos y los beneficios. Donabedian plantea que la calidad de la atención es el cambio en el estado de salud actual y futuro del paciente, que puede atribuirse al cuidado precedente en salud, logrando los mayores beneficios, con los menores riesgos posibles al paciente³⁹.

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

- **Componente técnico:** hace referencia al conjunto de elementos que forma parte del proceso de prestación de servicios de salud, como la expresión y la adecuación de la asistencia que se presta y los avances científicos, la capacidad de los profesionales; la estructura física, servicios; que implica la ejecución de todos los procedimientos a través de seis aspectos fundamentales: Eficiencia, Competencia Profesional, Eficacia, Continuidad, Accesibilidad y Seguridad.

³⁶ DEMING WE, MEDINA JN. Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis. Ediciones Díaz de Santos; 1989.

³⁷ ISHIKAWA, Kaoru. ¿Qué es control total de la calidad?: La modalidad japonesa. Bogotá: Editorial Norma. 1986. p. 53.

³⁸ ORREGO, S. ORTIZ AC. Calidad de atención en enfermería. En: Revista Investigación y Educación en Enfermería. Medellín: Universidad de Antioquia. 2001, p 19.

³⁹ DONABEDIAN, Avedis. Óp. Cit., p. 21

- **Componente interpersonal:** se refiere a las relaciones que se presentan entre el profesional y el paciente, así como la circulación de la información de carácter logístico y sanitario. Es decir es el grado de interacción y comunicación que se da entre el paciente y el personal de salud, que involucra una adecuada relación interpersonal donde debe existir confianza y respeto, empatía, cordialidad, claridad en el lenguaje y veracidad en la información que brinde influyendo de modo determinante en la satisfacción del paciente.
- **Componente del entorno (confort):** está dado por las condiciones de comodidad que se ofrece en un establecimiento de salud, es el conjunto de cosas y circunstancias que permiten al paciente sentirse a gusto, incluye aspectos como: el orden, la ventilación e iluminación, el suministro adecuado de alimentos, el cuidado de la privacidad, los servicios públicos adecuados (teléfono, señalización, limpieza y orden de los ambientes)⁴⁰.

De igual forma, establece algunas características de calidad en la atención de salud:

“El modelo de atención a la salud reconoce la satisfacción del usuario mediante la prestación de servicios convenientes, aceptables y agradables, se valoran las preferencias del paciente informado tanto en lo relativo a los resultados como al proceso, lo que constituye un ingrediente esencial en cualquier definición de calidad de la atención a la salud”⁴¹.

Según Callizo y Ramón (2009)⁴², la calidad de la atención se define como la satisfacción de las necesidades y expectativas de los pacientes con el menor consumo de recursos, y de acuerdo al conocimiento científico. Ramírez y colaboradores (1996)⁴³, definen la calidad de la atención como el obtener el máximo beneficio con el mínimo de riesgos, a través de la utilización adecuada del recurso y de la tecnología vigente, para lograr la

⁴⁰ DONABEDIAN, Avedis. Garantía y calidad de la atención médica. Instituto Nacional de Salud Pública, México. 1990. p. 9-13.

⁴¹ DONABEDIAN, Avedis. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. En: *Calidad de atención a la salud*. México: Instituto Nacional de Salud Pública. Vol. 2, N° 3, Feb.1995. p. 8.

⁴² CALLIZO A, RAMÓN J. La calidad como herramienta de gestión. Actuaciones para mejorar la eficiencia en la atención neurológica. *Neurología*. 2009; 24:292. 6.

⁴³ RAMÍREZ AM et al. Hacia una estrategia de garantía de calidad: satisfacción en la utilización de los servicios médicos. *Cad. Saúde Pública*. 1996; 12(3).

satisfacción de las expectativas del paciente, del proveedor del servicio y de los directivos, en un marco de democracia, humanismo y equidad.

“La calidad de la atención es el encuentro paciente – proveedor, debe definirse como el grado en el que los medios más deseables se utilizan para alcanzar las mayores mejoras posibles en salud, juzgado por la expectativa de resultados que se podrían atribuir a la atención en el presente”⁴⁴.

3.1.2 Cuidado

El cuidado surge cuando la existencia del otro adquiere relevancia y emerge la disposición de participar de su existencia, incluyendo los significados de desvelo, solicitud, y preocupación, inquietud e implicación afectiva con el otro, cuyas condiciones conmueven y movilizan a la acción. Así, cuidar también es pensar. El significado de preocupación e inquietud se vincula con el concepto de cuidado como pensamiento en el otro. Malvárez refiere que Descartes afirmaba cogito, ergo, sum. Es decir, pienso, luego existo. Heidegger en una versión mejorada querría significar cuidado, luego existo⁴⁵.

El cuidado se encuentra en la raíz primaria del ser humano y representa un modo de ser esencial, presente, irreductible, constituyente y base posibilitadora de la existencia humana. Cuidar es más que un acto, una actitud y un valor.

El cuidado es un acto de reciprocidad interactivo e integrativo. Cuidar demanda la entrega del profesional de enfermería, hasta el punto de percibir la misma realidad del paciente, donde se envuelve lo objetivo y lo subjetivo en un todo coherente⁴⁶.

3.1.3 Calidad y Cuidado de Enfermería

La historia ha dado a la profesión de enfermería el privilegio del encargo social del cuidado y la ubica hoy en día en un lugar destacado de aporte al bienestar y la seguridad humana, otorgando al cuidado su condición de imprescindible que lo identifica como insumo esencial para la salud. El cuidado de enfermería goza socialmente del espacio común de la confianza, la protección, la esperanza y la capacidad de solidaridad; siendo

⁴⁴ DONABEDIAN, A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Pública de México* 1990, vol. 32, N° 2, p. 113-117

⁴⁵ MALVÁREZ, S. El reto de cuidar a un mundo globalizado. Citado por Malvárez Silvina. *Enfermería y seguridad de los pacientes: notas conceptuales*. Ed. Organización Panamericana de la salud. 2011.

⁴⁶ PINTO, N. Indicadores de Cuidado. , Bogotá: Actualizaciones en Enfermería, Vol. 4, No 1, marzo 2001

el cuidado un acto humanizado de enfermería fundamentado en teorías propias, conocimientos y tecnología de las ciencias biológicas, sociales y humanas que identifica, prioriza y decide una intervención eficiente y eficaz para obtener un resultado de satisfacción del individuo o colectivos que puede ser medido por indicadores.

A partir de ello y haciendo un recorrido por las teorías de enfermería, se puede decir que desde las primeras proposiciones de Nightingale y Henderson, hasta las más actuales conceptualizaciones de la Enfermería en sus diferentes variaciones, contiene alusiones al cuidado.

El cuidado de enfermería es definido como un servicio de personal calificado, orientado a la identificación y satisfacción de necesidades en salud, y que este personal está en capacidad de satisfacer las perspectivas del desarrollo humano, y los satisfactores que conciernen a la profesión⁴⁷.

Por tal razón, el cuidado es la esencia de enfermería, es brindar protección a una necesidad humana, con el fin de preservar la dignidad del otro. En este sentido, Alacoque considera que el conocimiento teórico del cuidar empezó en enfermería en la década de los 50 con Madeleine Leininger, quien defendió la concepción de que el cuidado es una necesidad humana esencial, y el cuidar es la esencia de enfermería y es un modo de lograr salud, bienestar y la conservación de las culturas y de la civilización⁴⁸. De igual forma, considera que el cuidado de Enfermería constituye un objetivo distintivo, dominante, primordial y unificador, que hace referencia a los fenómenos abstractos que están relacionados con experiencias de asistencia y apoyo para con los demás que requieren mejorar su estado de salud⁴⁹.

Sin embargo, Santiago considera que la primera gran teórica, ejemplo y mito de la enfermería es Florence Nightingale, quien delineó los primeros conceptos de la profesión,

⁴⁷ ORTIZ, AC. Dimensiones del Servicio de Enfermería. Investí .Edu. enfermería. Volumen XXI, núm. 1, 2003, Pág. 86-98. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=105217879009>

⁴⁸ ALACOQUE, E. et al. Análisis de Investigaciones brasileñas enfocadas en el cuidado de enfermería. años 2001-2003. <http://www.CIENCIAENFERMERIA> XI (2):35-46 2005 I.S.S.N. 0717. 2079.

⁴⁹ MARRINER, A. ALLIGOOD, M. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Elsevier España: ISBN. 978-84-8086-201-1. 2007.

reveló caminos de la investigación científica, y enfatizó la observación sistemática como instrumento para la implementación del cuidado⁵⁰.

Según Ariza⁵¹, el cuidado de enfermería es un conjunto de funciones fundamentadas en la relación interpersonal y en el dominio de lo técnico-científico, orientado a comprender al otro en el entorno en que se desenvuelve, interviene en una forma importante en la prevención, curación y rehabilitación de la persona en el proceso salud-enfermedad, razón por la cual su calidad cobra importancia y motiva hacia su búsqueda permanente.

En esta misma línea, Martínez y colaboradores, refieren que en este proceso se establece la interacción entre el personal de enfermería y el paciente⁵².

3.1.4 Enfermería

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

Virginia Henderson, conceptualiza la enfermería como “el conjunto de actividades que contribuyen a recuperar la independencia del ser humano lo más rápidamente posible”⁵³.

Y Callista Roy la define como una ciencia y una práctica que amplía la capacidad de adaptación y mejora la transformación del entorno⁵⁴.

Según la normatividad colombiana, la enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyo objetivo principal es dar cuidado integral en salud a la persona, la familia y la comunidad, ayudándolo a desarrollar al máximo los potenciales individuales y colectivos teniendo en cuenta el entorno, sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico y social que influye en la salud y en el bienestar, para mantener prácticas de vida saludables que permitan salvaguardar un estado óptimo de salud en todas las etapas de la vida⁵⁵.

⁵⁰ SANTIAGO, MM. La interdisciplinariedad en la producción de conocimiento de Enfermería. Citado por ALACOQUE, E. et al. Análisis de Investigaciones brasileñas enfocadas en el cuidado de enfermería años 2001-2003. Ciencia y Enfermería XI (2):35-46 2005 ISSN. 0717. 2079.

⁵¹ ARIZA C, DAZA R. Óp. cit. 2005.

⁵² MARTÍNEZ M et al. Calidad de los servicios de enfermería: ¿utopía o realidad? Rev. Desarrollo científico en enfermería. 2001, Vol. 9 Núm. 3: p. 68–75.

⁵³ MARRINER, Ann. Teorías de la Enfermería de importancia histórica. En: MARRINER, Ann. RAILE, Martha. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Barcelona. Elsevier. 2007. p. 55.

⁵⁴ PHILLIPS, Kenneth. Modelo de Adaptación. En: MARRINER, Ann. RAILE, Martha. Modelos y teorías en Enfermería. Barcelona. Elsevier. 2007. p. 360.

⁵⁵ Congreso de la República de Colombia. Ley 266 de 1996. Capítulo 1. Art. 1.

Además, añade que el ejercicio de la profesión de enfermería tiene como propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona. La enfermería fundamenta su práctica en los conocimientos sólidos y actualizados de las ciencias biológicas, sociales y humanísticas, y en sus propias teorías y tecnologías⁵⁶.

3.1.5 Percepción

Proviene del término latino perceptivo, que se refiere a la acción o efecto de percibir⁵⁷.

Es un proceso mental que le permite al individuo elaborar e interpretar la información que observa en su entorno con la ayuda de los sentidos.

3.1.6 Satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería

La práctica de medir la satisfacción del usuario con relación al cuidado recibido del personal de enfermería, se ha convertido en un método de vital importancia para la valoración de los servicios de salud, debido a que a partir de la evaluación continua del cuidado, se implementan acciones para fortalecer las intervenciones y mejorar los resultados.

Aunque la satisfacción del paciente es un concepto multidimensional y multifactorial. Diferentes autores lo han considerado un buen punto de partida para la evaluación de la calidad. Autores como Ware y Snyder, consideran que la satisfacción del paciente está dada por la accesibilidad al servicio, la disponibilidad de los recursos, la continuidad y eficacia de los cuidados, la humanización, la prestación y acceso de información al paciente, las competencias del profesional y el ambiente favorable para brindar los cuidados⁵⁸.

Melum y Sinioris, consideran que las quejas y los requerimientos de los usuarios permiten que los proveedores de los servicios definan los estándares de calidad

⁵⁶ BELMONTE, Teresa, Aspectos socioculturales del servicio Enfermero. Un análisis antropológico a través de la gestión de los cuidados. Revista Enfermería Global 2003; vol. 4, p. 2.

⁵⁷ Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua – 22^a ed. Madrid. Real Academia Española. 2001. Disponible en: <http://rae.es/recursos/diccionarios/drae>

⁵⁸ WARE J, SNYDER M. Dimensions of patient attitudes regarding doctors and medical care service. Med Care 1975;13: 669-682.

adecuados para cada servicio⁵⁹, mientras que Irvine y Sidani, manifiestan que la satisfacción está dada por la relación enfermera – paciente y la percepción del paciente con los cuidados recibidos⁶⁰.

Las acciones de Enfermería, son susceptibles de ser percibidas y evaluadas por el paciente, debido a que el personal de Enfermería es el que establece mayor contacto con los pacientes durante el cuidado. Por ello, lograr la satisfacción del paciente, es un resultado de mucho interés para Enfermería, y se convierte en un indicador esencial para determinar la calidad del cuidado de Enfermería.

3.1.7 La experiencia del paciente con los cuidados de enfermería

Con el planteamiento de los postulados de Oliver y Parasuranam y colaboradores, se ha entendido que el consumidor posee la capacidad de juzgar la calidad con la que se brinda un servicio, debido a la experiencia que éste vivencia durante el proceso de atención⁶¹. Estos postulados han sido retomados en salud, para considerar que la opinión de los pacientes tiene mucho valor a la hora de evaluar el servicio de salud.

Es por ello que la opinión de los pacientes sobre el cuidado recibido por el personal de enfermería se evidencia en la satisfacción o insatisfacción del mismo; siendo este un indicador importante de la calidad.

Por tanto, para Enfermería es importante que durante la estancia hospitalaria del paciente en el servicio se le brinde un cuidado acorde con sus necesidades y expectativas, de manera que la experiencia que el paciente viva en la institución, sea agradable, satisfecha y de confort.

A partir de lo anterior, es importante resaltar que Enfermería debe preocuparse por estudiar la calidad del cuidado que brinda. Una manera de hacerlo es a través de la percepción del paciente. Esto le permite establecer cambios en su práctica cotidiana y un equilibrio entre los aspectos que la enfermera considere importantes y los que el paciente considere significativos para su cuidado⁶².

⁵⁹ MELUM, MM. SINIORIS, MK. Total quality management: The health care pioneers. Mishawaka; Amer Hospital Pub: 1992.

⁶⁰ SIDANI, S. Effects of Patient-Centered Care on Patient Outcomes: An Evaluation. Research and Theory for Nursing Practice. 2008; 22(1): 24-37.

⁶¹ PARASURAMAN A, ZEITHAML V, BERRY L. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of Service Quality. J Retail 1988; 64: 12-40.

⁶² Óp. Cit., TORRES, CC. 2010 p. 99.

El cuestionario CUCACE, validado por Alonso y colaboradores, contempla la dimensión “experiencias” como un elemento sustancial y susceptible de ser evaluado por el paciente⁶³. Dicha experiencia tiene que ver con el tiempo que permanece el paciente en el interior de la institución recibiendo el servicio de salud, desde que ingresa hasta que egresa, y es la que le permite ser el evaluador principal del servicio. Sin embargo, la experiencia está determinada directamente por los días de estancia, el tipo de patología y la comunicación.

3.1.8 Modelo de Efectividad del Rol de Enfermería

Dentro del cuerpo de conocimiento de Enfermería, se ha venido trabajando en cuestiones relacionadas con la satisfacción, percepción, la calidad del cuidado y las experiencias del paciente con el mismo. No obstante, el desarrollo desde este ámbito ha sido un poco más lento y rezagado.

Es común observar el volumen de teorías enfermeras que se orientan hacia las formas de lograr en el paciente una serie de resultados relacionados con las respuestas humanas y las interacciones enfermero-paciente, pero la satisfacción y la percepción como entes ligados a las acciones de cuidado, han sido áreas poco teorizadas.

Investigadoras como Diane Irvine y Souraya Sidani, han propuesto un modelo administrativo que permite evaluar la calidad del cuidado de Enfermería en las instituciones. Para ello, las investigadoras proponen un marco teórico basado en los postulados del Dr. Donabedian, quien consideraba que la calidad de la atención en salud debía ser medida según aspectos de estructura, proceso y resultado.

El modelo propuesto por Irvine y Sidani evalúa la calidad del cuidado de Enfermería desde estas mismas tres dimensiones.

El componente “**estructura**” consta del nivel de experiencia, el conocimiento, las competencias del personal de enfermería, la edad, el estado físico, y de salud del paciente, la organización y las variables de dotación, disponibilidad y asignación del personal de enfermería; las cuales influyen en los procesos y los resultados del cuidado, afectando o modificando la calidad del cuidado prestada por las enfermeras.

El componente “**proceso**” consta de todas aquellas acciones que el profesional de Enfermería lleva a cabo durante su desempeño, mediante el desarrollo de roles o

⁶³ Óp. Cit., ALONSO y Cols. 2005. p. 247.

funciones. En este sentido, dichas acciones pueden estar condicionadas de forma dependiente, independiente e interdependiente. El rol independiente, se refiere a las intervenciones que son propias de enfermería y no requiere una orden del médico u otro profesional de la salud, incluye las actividades de evaluación, toma de decisiones, intervención y seguimiento del proceso de enfermería.

Bajo este rol, el profesional de Enfermería fundamenta sus acciones basado en el pensamiento crítico, reflexivo y creativo. De igual forma, pone a prueba sus conocimientos teórico-disciplinares, y planifica con argumentos lógicos y científicos cada una de las intervenciones implementadas por la toma de decisiones.

El componente “**resultado**” de la relación paciente-enfermería, se define como un estado general del paciente, el comportamiento, la percepción y la satisfacción del mismo con los cuidados de enfermería⁶⁴.

De esta manera, el modelo de efectividad del rol se articula con la intencionalidad final del cuestionario CUCACE. Es decir, aunque el CUCACE no fue validado teniendo en cuenta los aspectos teóricos propuestos por Irvine y Sidani, el análisis crítico de los ítems muestra que la estructura del instrumento, de una u otra forma, es sensible a medir el constructo teórico expresado en el modelo de efectividad del rol de Enfermería, específicamente la dimensión “Proceso” en el rol independiente.

⁶⁴ Óp. Cit., IRVINE y cols. 2002 p. 30.

4. Capítulo 4: Marco de Diseño

4.1 Tipo de Estudio

Se desarrolló un estudio descriptivo, de corte transversal, con abordaje cuantitativo, el cual tuvo como finalidad determinar la calidad del cuidado de enfermería percibida por los pacientes hospitalizados en una institución de III nivel de Barranquilla.

4.2 Universo

El universo estuvo conformado por el total de pacientes egresados de la institución centro de estudio, cuyo número aproximado es de 422 egresos por mes⁶⁵.

4.3 Población

Estuvo definida por los pacientes que egresaron, de los servicios de hospitalización de la institución centro de estudio.

4.4 Muestra

Se calculó en el programa Epidat versión 2011, teniendo en cuenta el parámetro aproximado de 422 pacientes que egresan mensualmente de la institución, una prevalencia de calidad esperada de 72.41, y peor resultado de 66.15. El primero para satisfacción con los cuidados, y el segundo, para experiencias con el cuidado, según estudio similar realizado por Torres en Bucaramanga⁶⁶.

Se estimó un error del 5% y un intervalo de confianza del 95%. El tamaño muestral final para este estudio fue (**n= 147**) pacientes, los cuales fueron seleccionados al momento del

⁶⁵ Base de datos suministrada por institución centro de estudio. Barranquilla 2012

⁶⁶ TORRES, C. Óp. cit. 2010. p. 98-110.

egreso hasta completar el tamaño de la muestra. No obstante, debían cumplir con los criterios de inclusión establecidos y firmar el consentimiento informado.

4.5 Criterios de Inclusión

- ✓ Pacientes mayores de 18 años
- ✓ Pacientes hospitalizados por más de 2 días en la Institución
- ✓ Pacientes con orden de egreso (alta hospitalaria).
- ✓ Pacientes que voluntariamente aceptaran diligenciar el instrumento y firmaran el consentimiento informado
- ✓ Pacientes que hablaran, o por lo menos, entendieran el idioma español

4.6 Criterios de Exclusión

- ✓ Pacientes con alteraciones del estado de conciencia (Glasgow menor de 15/15).
- ✓ Pacientes con trastornos del lenguaje
- ✓ Pacientes con menos de 24 horas de hospitalización
- ✓ Pacientes sedados por acción medicamentosa
- ✓ Pacientes a quienes su estado de salud les impidiera concentrarse
- ✓ Pacientes que no sabían leer y escribir
- ✓ Pacientes de muy avanzada edad con incapacidad (deterioro cognitivo) para diligenciar el cuestionario y el consentimiento informado

4.7 Fuente de Información

La fuente de información fue primaria. Es decir, la suministrada directamente por cada uno de los pacientes con orden de alta hospitalaria y que cumplieron con los criterios de inclusión, participando de forma voluntaria en la investigación y firmando el consentimiento informado.

4.8 Instrumento

El instrumento seleccionado fue el CUCACE (Cuestionario de Calidad del Cuidado de Enfermería) versión en castellano del NSNS (The Newcastle Satisfaction with Nursing Scales). Este instrumento se utiliza para recoger datos de pacientes individuales. El cuestionario consta de tres secciones.

- Experiencia con los cuidados de enfermería: Esta sección consta de 26 preguntas, 14 de ellas formuladas en sentido positivo y 12 en sentido negativo con siete opciones de respuesta (escala tipo Likert). Tiene una puntuación sobre 100, correspondiendo el máximo puntaje al mejor cuidado posible.
- Satisfacción con los cuidados de enfermería: en esta sección se pide al paciente su opinión sobre el cuidado recibido por parte del personal de Enfermería durante su estancia en el servicio. Este apartado consta de 19 preguntas con 5 opciones de respuestas (escala Likert). Tiene una puntuación de 100, siendo el máximo puntaje la completa satisfacción.
- Variables sociodemográficas: esta se centra en los datos personales del encuestado: edad, sexo, nivel educativo y días de estancia en el servicio. Además, posee tres preguntas relacionadas con el mejoramiento del cuidado recibido por el personal de Enfermería.

Este instrumento fue seleccionado para recoger la información, debido a que permite medir la calidad desde la percepción del paciente con relación al cuidado percibido, y cuyo uso ha demostrado ser confiable para medir dicho constructo. De igual forma, destaca que los aspectos humanos de la dispensación del cuidado, las palabras, las miradas, y los gestos, también son susceptibles de ser evaluados⁶⁷. El cuestionario en su versión original muestra fiabilidad alfa de cronbach de 0.92 para la primera parte que mide “experiencia con los cuidados de enfermería”; y 0.97 para la segunda parte que explora la “satisfacción con los cuidados de enfermería”⁶⁸.

La validación al castellano realizada por Alonso y colaboradores en el 2005, muestra fiabilidad alfa de cronbach de 0.85 para la “experiencia con los cuidados de enfermería”;

⁶⁷ ALONSO, R. BLANCO, MA. GANOSO, P. Validación de un cuestionario de calidad de cuidados de Enfermería. Revista Calidad Asistencial. España. 2005. Vol. 20, No. 5., p. 246-250.

⁶⁸ THOMAS, LH. MCCOLL, E. PRIEST, J. BOND, S. BOYS, R.J. Newcastle satisfaction with nursing scales: an instrument for quality assessments of nurse care. In: Quality in health care. 1996. Vol. 5, No. 2, p. 67-72.

y 0.97 para la “satisfacción con los cuidados de enfermería”, alcanzando fiabilidad total de 0.90⁶⁹.

En Colombia, la versión en español fue adaptada y validada por primera vez en Bucaramanga, por Torres en el año 2010. El resultado de fiabilidad mostró un alfa de cronbach de 0.83 para la dimensión de “experiencia con los cuidados de enfermería”, y 0.95 para la dimensión “satisfacción con los cuidados de enfermería”⁷⁰. De allí en adelante, el cuestionario ha demostrado tener validez y fiabilidad para medir calidad del cuidado de enfermería en otros servicios diferente a hospitalización; tal es el caso de unidades de oncología⁷¹; demostrándose así su utilidad para medir el constructo de calidad del cuidado de enfermería evaluado en este estudio.

La revisión bibliográfica indica que esta es la cuarta vez que se utiliza este instrumento para medir calidad del cuidado de Enfermería en Colombia, y la primera vez que se usa en la costa caribe colombiana después de su validación en Bucaramanga.

4.9 Procedimiento para la Recolección de la información

La recolección fue realizada por el mismo investigador, guardando el rigor ético y metodológico correspondiente. Durante el proceso, se entregó el consentimiento informado y el cuestionario CUCACE a cada uno de los pacientes que tenían orden de egreso y cumplían con los criterios de inclusión, previa explicación de la investigación y su participación en ella. De igual forma, se le explicó a cada paciente la importancia de responder el cuestionario sin ayuda y en privado. Para ello, se buscaron los mecanismos para que el paciente estuviera en un ambiente adecuado y se le pidió cortésmente a los familiares, amigos u otros acompañantes que no interviniesen en el proceso.

A los pacientes que no fueron capaces de completar el cuestionario por sí mismos, el investigador les brindó todo el soporte posible, sin alterar el proceso de intimidad y la información suministrada, con el fin de disminuir el sesgo de no respuesta.

⁶⁹ ALONSO, R. pág. 249.

⁷⁰ TORRES, C. pág.102

⁷¹ TORRES, Claudia, BUITRAGO, Marcela. percepción de la calidad de los cuidados de Enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados, Revista de Investigación Cuidarte. 2011. Vol. 2, Núm. 2. p. 138-148.

Después de diligenciado el cuestionario y el consentimiento informado, los documentos fueron guardados en un sobre de Manila y sellados delante del paciente para preservar la confidencialidad de la información.

Registro de cuestionarios. Se creó un registro de todos los pacientes participantes que incluyó: nombre del paciente, edad, género, y su aprobación para participar. Dicho registro fue de uso exclusivo por el investigador para motivos de identificación solamente. En el caso de los pacientes que no quisieron participar, se anotó el motivo de su no participación. A cada paciente participante se le asignó un código de identificación que identificara tanto el cuestionario como el registro. El número de códigos de los pacientes se asignó de manera consecutiva empezando por el 001 y finalizando con el 147.

Revisión de los cuestionarios. Se tuvo en cuenta que estuviesen diligenciados en su totalidad y con claridad. En la planeación de la recolección se tuvo previsto que aquellos cuestionarios devueltos totalmente en blanco, se registrarían como no respondidos. Sin embargo, es importante resaltar que en la presente investigación no se presentó dicho inconveniente, debido a que todos los cuestionarios fueron diligenciados en su totalidad y de forma correcta.

4.10 Procesamiento de la información

Los datos se recogieron de acuerdo con el manual del CUCACE y se procesaron mediante un cuadro de ordenamiento de datos en Excel y el programa SPSS para posteriormente ser graficados y analizados.

4.11 Riesgos del Diseño

Con el fin de disminuir los riesgos en la investigación, se programó un encuentro con las directivas de la Institución. Durante la reunión se les explicó el objetivo, el propósito, las ventajas, desventajas, e importancia que tiene el hecho de evaluar la calidad del cuidado de enfermería desde la percepción de los pacientes. De igual manera, se dialogó con los pacientes que egresaron del servicio de hospitalización para explicarles el propósito y la importancia del estudio y decirles que su participación era totalmente voluntaria, y que de ninguna manera afectaría el cuidado recibido en la institución.

4.12 Consideraciones Éticas

Para lograr el desarrollo del objetivo propuesto en esta investigación, se tuvieron en cuenta los aspectos éticos consagrados en la Resolución 008430 de 1993 y la Ley 911 de 2004, por considerarse fundamentales para el progreso del estudio.

Propiedad intelectual y derechos de autor: El derecho de autor es la protección que le otorga el estado al creador de obras literarias o artísticas desde el momento de su creación, amparados según la Constitución Política de Colombia por la Ley 23 de 1982, Código Civil art. 671, Ley 44 de 1993, Ley 603 del 2000, Decreto 1360 de 1989, Decreto 460 de 1995 y Decreto 162 de 1996, los cuales se tuvieron en cuenta a lo largo de toda la revisión de literatura y de la investigación. En todo momento fueron referenciados los autores de los conceptos utilizados, y se reconoció la paternidad sobre la creación de una obra o artículo.

También se tuvo en cuenta el Respeto por la integridad de la obra y Autonomía. Es decir no se deformó, mutiló o modificó la información utilizada, de manera que no se atentó contra el decoro de la obra o la reputación del autor. La participación de los pacientes fue totalmente voluntaria y se les indicó que se podían retirarse del estudio en cualquier momento si así lo deseaban. Se utilizó el consentimiento informado para comunicar a cada participante, toda la información relacionada con la investigación, así como las posibles dudas que tuviera al respecto.

Se mantuvo el Respeto por la dignidad humana: Se le dio al paciente la libertad de elegir y determinar sus propias acciones. Se respetó la capacidad del individuo de auto determinarse y el derecho de que se le reconozca como persona autónoma capaz de tomar sus propias decisiones. Es decir, que cada paciente tuvo la oportunidad de decidir acerca de su participación en la investigación sin que ello signifique problemas o dificultades posteriores.

No maleficencia: se le informó a los participantes, mediante el consentimiento informado, que esta investigación no les causaría ningún daño físico, moral ni espiritual. Además, se les explicó que su información personal no se incluiría en el cuestionario.

Al finalizar la investigación quedaron consignados, en el informe final, los créditos institucionales, asesores y colaboradores. Igualmente los agradecimientos a todas aquellas personas o entidades que aportaron al desarrollo de la investigación.

El principio de veracidad se tuvo en cuenta para la publicación de los resultados, bajo el cual la investigadora se comprometió, con honestidad y honradez intelectual, a no alterar y/o manipular los resultados obtenidos, sino que dará a conocer a la comunidad científica

y académica, los resultados reales de la investigación.

Las personas que ayudaron en el análisis de los cuestionarios, identificaron a los encuestados por el número del cuestionario pero no les fue revelada la identidad de los participantes, con el fin de preservar y garantizar la confidencialidad de la información personal de los participantes.

Se guardó la Reciprocidad, incentivando a los participantes que con sus aportes brindados en esta investigación ayudarían al mejoramiento del quehacer del profesional de enfermería en cuanto al cuidado que ellos reciben en la institución.

4.13 Limitaciones del diseño

- ✓ La literatura muestra un uso indeterminado de los conceptos: Calidad del Cuidado, Calidad de la Atención y Calidad del Servicio de Enfermería, aspecto que inicialmente dificultó la interpretación de los antecedentes. Sin embargo, para superar este inconveniente, se hizo una revisión minuciosa de la literatura con el fin de clarificar el contexto del anglosajón “CARE” con los conceptos castellanos “CUIDADO” y “ATENCIÓN”.
- ✓ Inicialmente se tenía previsto realizar el estudio en una institución de IV nivel de complejidad, puesto que cuenta con la mayoría de los servicios especializados que permiten acceder a una población más numerosa. Sin embargo, por cuestiones administrativas no fue viable. Por tanto, se decidió realizar el estudio en una institución de III nivel de complejidad, cuyo número de pacientes es limitado y el indicador giro cama es más lento.
- ✓ Una vez dada la autorización institucional para la realización del estudio, se tuvo inconvenientes con las estadísticas de hospitalización. Esta dificultad se superó gracias al apoyo de los directivos de la institución.

4.14 Aportes y Difusión de Resultados

Posterior a la formulación, diseño, ejecución, análisis, evaluación y aprobación del presente estudio de investigación se procedió a la difusión de los resultados como aporte a la Institución donde se desarrolló el estudio, al conocimiento, a la disciplina, y a la sociedad en general.

1. Una vez culminó la investigación, se dieron a conocer los resultados primeramente a la institución centro de estudio, para que conocieran los puntos débiles del cuidado de Enfermería, en los que se requiere mejorar.

2. Se tiene presente la elaboración de un artículo científico derivado de la investigación para publicación en revista nacional o internacional indexada, que sirva como insumo de conocimiento y referencia a próximos y futuros estudios de investigación relacionados con el tema de calidad del cuidado de Enfermería.

5. Capítulo 5: Plan de Análisis, Resultados y Discusión

5.1 Plan de Análisis

El presente plan de análisis se expone teniendo en cuenta las instrucciones expresadas en el manual de utilización del cuestionario CUCACE.

Para obtener el resultado global de la experiencia con los cuidados de enfermería (sección 1), es necesario recodificar los valores originales de las respuestas de la escala tipo Likert y convertirlos de (1-7) a (0-6). De igual forma, para obtener el resultado global de satisfacción con los cuidados de Enfermería (sección 2), es necesario recodificar los valores de las respuestas de la escala Likert y convertirlos de (1-5) a (0-4).

El cálculo del resultado global de las experiencias con los cuidados de Enfermería se obtiene de las preguntas 1 a la 26 de la sección 1; y el cálculo del resultado global de satisfacción, se obtiene de las preguntas 1 a la 19 de la sección 2.

Tabla 5-1: Recodificación de respuestas positivas y negativas del CUCACE

PREGUNTAS		VALOR ORIGINAL	VALOR RECODIFICADO
PREGUNTAS POSITIVAS	1, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 25, 26.	1	0
		2	1
		3	2
		4	3
		5	4
		6	5
		7	6
PREGUNTAS NEGATIVAS	2,3,4,5,6,7,8,9,14,15,20,24.	1	6
		2	5
		3	4
		4	3
		5	2
		6	1
		7	0

Fuente: Manual de utilización del Cuestionario CUCACE

Posteriormente, se suman los resultados y se dividen entre el número de respuestas validas, el rango de los valores va desde 0 a 100. El mejor resultado posible indica una mejor experiencia con los cuidados de Enfermería y un mayor nivel de satisfacción con los mismos.

Para el análisis de los resultados del cuidado recibido por las enfermeras en la unidad y la valoración de la estancia en la misma, se presentan los resultados de las preguntas en las siete categorías de las que consta.

Se tiene planeado realizar tablas de frecuencia absoluta y relativa para el análisis de las variables categóricas. Para las variables continuas se tiene planeado el uso de medidas de tendencia central (media, mediana, moda), y medidas de dispersión (rango y desviación estándar). Para las variables sociodemográficas, análisis bivariado.

Para comparar el nivel de satisfacción de los pacientes, sus experiencias y la mejora en el cuidado de acuerdo con las variables sociodemográficas, se tiene pensado utilizar ANOVA de un factor.

5.2 Resultados

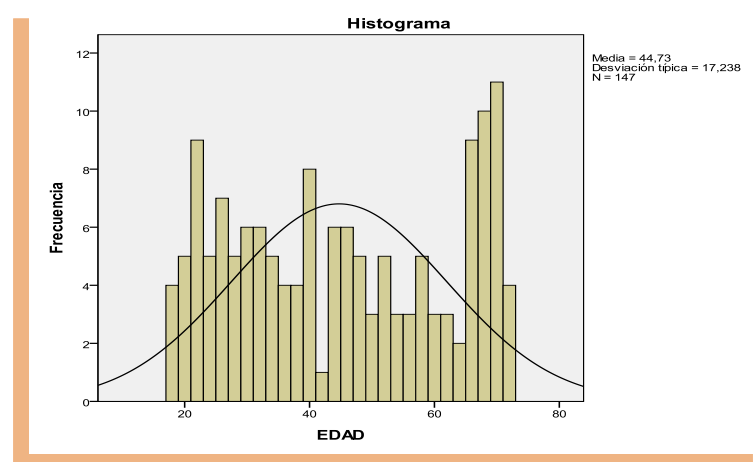
El cuestionario CUCACE está dividido en tres secciones. La primera sección hace referencia a Experiencia con el cuidado, La segunda sección a la Satisfacción con los cuidados, y la tercera sección a los datos personales de los participantes y algunas preguntas de índole general.

Para efectos de interpretación, a continuación se presentan los resultados descriptivos en orden inverso. Es decir, se precisan, primeramente, los resultados de los datos personales y las preguntas de índole general. Luego los resultados según experiencia y satisfacción con los cuidados de Enfermería, y finalmente, los resultados de asociación entre las variables sociodemográficas y las dimensiones del CUCACE.

5.2.1 Datos Personales y preguntas generales

La figura 5-1 muestra que los datos obtenidos de la variable edad, en los 147 pacientes encuestados, no siguieron una distribución normal. Se observa una media de edad de 44,73 años y una desviación estándar de 17,23.

Figura 5-1: Distribución por edad de la población estudiada



Fuente: Cuestionario CUCACE aplicado a los pacientes en la institución centro de estudio. 2013

En la tabla 5-2, se observa que las mujeres y los hombres entre 25 y 50 años, tuvieron la mayor representatividad de la población, seguido por las mujeres y los hombres mayores o iguales a 51 años. En total, de los 147 pacientes, el 58,5% eran mujeres y el 41,5% eran hombres. Sin embargo, este dato indica que el 84,3% de la población estudiada era mayoritariamente adulta, corroborando la media de edad de 44,73 años y la falta de normalidad en los datos.

Tabla 5-2: Porcentajes de sexo según categorización de la edad

Sexo	Edad							
	< 25 años		Entre 25 y 50 años		≥ 51 años		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mujer	15	10,2	39	26,53	32	21,77	86	58,5
Hombre	8	5,44	27	18,37	26	17,69	61	41,5
Total	23	15,64	66	44,9	58	39,46	147	100

Fuente: Cuestionario CUCACE aplicado a los pacientes en la institución centro de estudio. 2013

No obstante, al analizar las medias de edad frente al sexo, se observa que tanto las mujeres como los hombres tuvieron el mismo rango mínimo y máximo de edades. Es decir, tanto para las 86 mujeres como para los 61 hombres, la edad mínima fue de 18 años y la máxima de 72 años, con una edad promedio de 44,7 años y 45 años respectivamente. Este hallazgo es interesante, puesto que a pesar de que el valor absoluto de la población no fue equitativa entre hombres y mujeres, los rangos mínimos y máximos de las edades si lo son. **(Tabla 5-3)**

Tabla 5-3: Media de edad según distribución por sexo

Sexo	n	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Mujer	86	18	72	44,7	17,33
Hombre	61	18	72	45	17,18
Total	147	18	72	44,73	17.238

Fuente: Cuestionario CUCACE aplicado a los pacientes en la institución centro de estudio. 2013

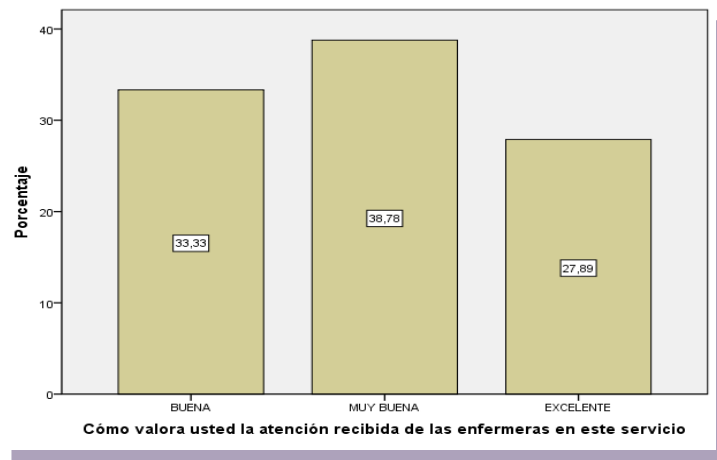
En cuanto a los resultados de estancia hospitalaria, se encontró que el número mínimo de días de estancia fue de 2 días y máximo de 19 días en el servicio de hospitalización, para un promedio de 7,62 días de estancia (DE: 3,67). Resultado de interés, en la medida en que corrobora la validez de los hallazgos obtenidos en las dimensiones de experiencia y satisfacción con el cuidado de Enfermería; porque a mayor días de estancia hospitalaria, más oportunidad de recibir cuidados de Enfermería y vivir la experiencia en el servicio.

Con relación al nivel educativo de la población participante, se encontró que un 27% de la población estudiada tiene estudios primarios incompletos, 22% llegó por lo menos a quinto de primaria, 14% manifestó tener un bachillerato incompleto, 27% logró terminar sus estudios secundarios, y solo el 11% dijo tener estudios superiores, ya sean técnicos o universitarios. Lo anterior indica que aunque la mayoría de la población de estudio se encuentra entre el rango etario >25 años, no ha tenido la oportunidad de terminar, por lo menos, los estudios de nivel básico y secundario, los cuales se espera que sean culminados hasta la mayoría de edad.

Con relación a las preguntas de índole general, se halló que del 100% de los pacientes encuestados, el 38,8% afirma haber recibido un cuidado de Enfermería muy bueno, el 33,3% buena, y el 27,9% excelente. Este resultado muestra que los pacientes valoran como positivo el cuidado de Enfermería recibida en el servicio de hospitalización de la institución. **(Figura 5-2)**

Con respecto a la pregunta: **¿Cómo valoraría su estancia en esta unidad?** se observó que el total de los pacientes le da una valoración positiva. No obstante, cabe resaltar que dentro de esta categoría, prevalece el tipo de respuesta "Muy buena" con un 51%. **(Tabla 5- 4)**

Figura 5-2: Valoración del cuidado recibido en el servicio por parte del paciente



Fuente: Cuestionario CUCACE aplicado a los pacientes en la institución centro de estudio. 2013

La pregunta sobre: **¿El cuidado de las enfermeras podría ser mejorado en algún aspecto?** alcanzó valoraciones altas. El 96,6% de los pacientes respondió que NO, mientras que solo el 3,4% dijo que SI. **(Tabla 5-5)** Este resultado revela que la mayoría de los pacientes vieron cumplidas sus expectativas frente al cuidado recibido por Enfermería durante su experiencia en el servicio de hospitalización.

Tabla 5-4: Valoración de la estancia en el servicio por parte del paciente

¿Cómo valoraría su estancia en esta unidad?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
BUENA	31	21,1	21,1	21,1
MUY BUENA	75	51	51	72,1
EXCELENTE	41	27,9	27,9	100
TOTAL	147	100	100	

Fuente: Cuestionario CUCACE aplicado a los pacientes en la institución centro de estudio. 2013

Dentro de los aspectos mayormente valorados se encontró: la buena comunicación basada en la confianza, la cual les generaba buenas relaciones y los hacía sentir tranquilos; indicando que este tipo de comportamiento en el personal de Enfermería, ayuda a la evolución de su estado de salud.

Tabla 5-5: Valoración de los pacientes acerca de la mejoría en el cuidado

¿El cuidado de las enfermeras podría ser mejorada en algún aspecto?	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
NO	142	96,6	96,6	96,6
SI	5	3,4	3,4	100
TOTAL	147	100	100	

Fuente: Cuestionario CUCACE aplicado a los pacientes en la institución centro de estudio. 2013

5.2.2 Resultados según dimensiones: Experiencia y Satisfacción

5.2.2.1 Experiencia con los cuidados de Enfermería

La primera sección del cuestionario CUCACE valora la experiencia de los pacientes hospitalizados con el cuidado recibido por parte del personal de enfermería durante la estancia en el servicio. Este apartado está conformado por 26 preguntas: 14 formuladas en sentido positivo y 12 en sentido negativo. **(Tabla 5-6)**

Todas las preguntas poseen 7 opciones de respuesta de 1-7 (escala tipo Likert). Sin embargo, para el análisis, dichas respuestas fueron recodificadas de 0-6, de acuerdo a las sugerencias descritas en el manual del CUCACE. Posterior a este procedimiento, se sumaron los puntajes recodificados por cada una de las preguntas seleccionadas como válidas, y finalmente, se agruparon en tres niveles: positivo, neutro y negativo, con el fin de facilitar la interpretación de los datos. **(Tabla 5-6)**

La tabla 6 muestra, en detalle, cada uno de los ítems de la escala que evalúa la dimensión de experiencia con los cuidados. Sin embargo, se observa que en la pregunta 22 se obtuvo un puntaje negativo por debajo del 70%. Dicha pregunta está relacionada con la dedicación de tiempo. En este sentido, el 66% de los pacientes se encontró completamente en desacuerdo, el 28,6% muy en desacuerdo, y el 5,4% un poco en desacuerdo **(Tabla 5-6)**. Hallazgo que muestra la poca dedicación que el profesional de Enfermería le brinda al paciente durante la estancia hospitalaria. Este resultado fue confirmado por cada uno de los pacientes, cuando expresaban que las enfermeras no le dedicaban tiempo, debido a que tenían muchos otros pacientes por atender.

En general, la escala de experiencias con el cuidado muestra puntajes altos, en la medida en que las preguntas formuladas en sentido positivo y negativo, están por encima del 70%. Es decir, la mayoría de los pacientes dieron respuesta *“Completamente de acuerdo”* en los ítems positivos y *“Completamente en desacuerdo”* en los ítems negativos. No obstante, cabe resaltar, que las preguntas 21 y 23 relacionadas con la

intimidación del paciente y el trabajo en equipo entre enfermeras y médicos, tuvieron puntajes relativamente bajo en relación al resto de ítems. (Tabla 5-6)

De igual forma, otro hallazgo interesante, es el hecho de que en toda la escala de experiencias con el cuidado de Enfermería, ninguno de las respuestas arrojó resultados neutros.

Tabla 5-6: Resultados de calidad del cuidado según la dimensión de experiencia

Item	Frecuencia														
	Positivo						NEUTRO		NEGATIVO						
	Un poco de acuerdo	%	Muy de acuerdo	%	Completamente de acuerdo	%	Ni de acuerdo - ni en desacuerdo	%	Completamente en desacuerdo	%	Muy en desacuerdo	%	Un poco en desacuerdo	%	
PREGUNTAS FORMULADAS EN SENTIDO POSITIVO	1. Era fácil relacionarse con las enfermeras...	0	0	33	22,4	114	77,6	0	0	0	0	0	0	0	
	10. a pesar de lo ocupadas buscaban tiempo...	0	0	9	6,1	138	93,9	0	0	0	0	0	0	0	
	11. yo veía las enfermeras como amigas...	0	0	17	11,6	130	88,4	0	0	0	0	0	0	0	
	12. Las enfermeras pasaban tiempo apoyan...	0	0	22	15	125	85	0	0	0	0	0	0	0	
	13. me visitaban regularmente.....	0	0	29	19,7	118	80,3	0	0	0	0	0	0	0	
	16. me explicaban lo que me estaba pasando...	0	0	34	23,1	113	76,9	0	0	0	0	0	0	0	
	17. me explicaban lo que iban a hacer.....	0	0	28	19	119	81	0	0	0	0	0	0	0	
	18. le decían al sgte turnos lo que pasaba...	0	0	9	6,1	138	93,9	0	0	0	0	0	0	0	
	19. sabían que hacer sin depender de los med...	0	0	42	28,6	105	71,4	0	0	0	0	0	0	0	
	21. Las enfermeras se aseguraban de	0	0	57	38,8	90	61,2	0	0	0	0	0	0	0	
	22. Las enfermeras tenían tiempo para	0	0	0	0	0	0	0	0	97	66	42	28,6	8	5,4
	23. los médicos y las enfermeras trabajaban.....	0	0	83	56,5	64	43,5	0	0	0	0	0	0	0	
	25. sabían y hacían lo mejor....	0	0	8	5,4	139	94,6	0	0	0	0	0	0	0	
	26. Había un buen ambiente en el servicio...	0	0	18	12,2	129	87,8	0	0	0	0	0	0	0	
PREGUNTAS FORMULADAS EN SENTIDO NEGATIVO	2. favorecían a unos enfermos sobre otros	0	0	0	0	0	0	0	0	129	88	18	12,2	0	
	3. no me informaban suficiente sobre mi tto...	0	0	0	0	0	0	0	0	110	75	37	25,2	0	
	4. parecían despreocupadas con mi cuidado...	0	0	0	0	0	0	0	0	111	76	36	24,5	0	
	5. tardaban mucho tiempo en llegar cuando....	0	0	0	0	0	0	0	0	106	72	41	27,9	0	
	6. Las enfermeras me daban información...	0	0	0	0	0	0	0	0	125	85	22	15	0	
	7. no sabían lo que estaba padeciendo....	0	0	0	0	0	0	0	0	112	76	33	22,4	0	
	8. apagan la luces demasiado tarde en la noche	0	0	0	0	0	0	0	0	140	95	7	4,8	0	
	9. me mandan hacer cosas sin estar....	0	0	0	0	0	0	0	0	125	85	22	15	0	
	14. permitían que las situaciones las desbor...	0	0	0	0	0	0	0	0	110	75	37	25,2	0	
	15. no tenían interés en mi como persona	0	0	0	0	0	0	0	0	105	71	42	28,6	0	
20. acostumbraban irse y olvidar lo que....	0	0	0	0	0	0	0	0	96	65	51	34,7	0		
24. no parecían saber lo que sus compañeras ...	0	0	0	0	0	0	0	0	142	97	5	3,4	0		

Fuente: Cuestionario CUCACE aplicado a los pacientes en la institución centro de estudio. 2013

5.2.2.2 Satisfacción con los cuidados de Enfermería

La satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería se obtiene de la pregunta 1 a la 19 de la sección 2 del cuestionario. Teniendo en cuenta la recodificación recomendada por el manual del CUCACE, los resultados se agruparon en tres niveles: positivo, neutro y negativo. Siendo positivo (“muy y completamente satisfecho”), neutro (“bastante satisfecho”), y negativo (“nada y poco satisfecho”).

Tabla 5-7: Resultados de calidad del cuidado según la dimensión de satisfacción

	Item	Frecuencia			Porcentaje		
		Positivo	Neutro	Negativo	Positivo	Neutro	Negativo
1	La cantidad de tiempo que las Enfermeras pasan con usted.	130	17	0	88,4	11,6	0%
2	La capacidad de las Enfermeras para hacer bien su trabajo.	114	33	0	77,5	22,4	0%
3	Habla siempre una Enfermera cerca si la necesitaba.	112	35	0	76,2	23,8	0%
4	El número de Enfermeras que conocían sus cuidados.	116	31	0	78,9	21,1	0%
5	La rapidez con la que acudían cuando las llamaba.	111	36	0	75,6	24,5	0%
6	La manera en que las Enfermeras le hacían sentir como en casa.	124	23	0	84,4	15,6	0%
7	La cantidad de información que las Enfermeras le daban acerca de su situación y tratamiento.	101	46	0	68,7	31,3	0%
8	La frecuencia con la que las Enfermeras comprobaban que se encontraba bien.	95	52	0	64,6	35,4	0%
9	La amabilidad de las Enfermeras.	99	48	0	67,4	32,7	0%
10	La manera en que las Enfermeras le explicaban las cosas.	125	22	0	85	15,0	0%
11	La forma en que las Enfermeras informaban a su familia.	126	21	0	85,8	14,3	0%
12	El modo de hacer su trabajo las Enfermeras.	131	16	0	89,1	10,9	0%
13	El tipo de información que las Enfermeras daban acerca de su situación y tratamiento.	109	38	0	74,2	25,9	0%
14	El trato que recibió de las Enfermeras como persona.	110	37	0	74,8	25,2	0%
15	La forma como las Enfermeras escuchaban sus preocupaciones.	105	42	0	71,4	28,6	0%
16	La cantidad de libertad que le fue dada en la planta.	96	51	0	65,3	34,7	0%
17	La disponibilidad de las Enfermeras a responder a sus demandas.	107	40	0	72,8	27,2	0%
18	El grado de intimidad que le proporcionaron las Enfermeras.	135	12	0	91,9	8,2	0%
19	La conciencia de las Enfermeras sobre sus necesidades.	112	35	0	76,2	23,8	0%

Fuente: Cuestionario CUCACE aplicado a los pacientes en la institución centro de estudio. 2013

En la tabla 5-7 se observa el conjunto de datos de satisfacción de los pacientes con los cuidados de Enfermería. El resultado más alto se encontró en la pregunta 18 “el grado de

intimidad que le proporcionan las enfermeras” con un 91.9%. El comportamiento del resto de los datos muestra resultados altamente positivos que están por encima del 60%.

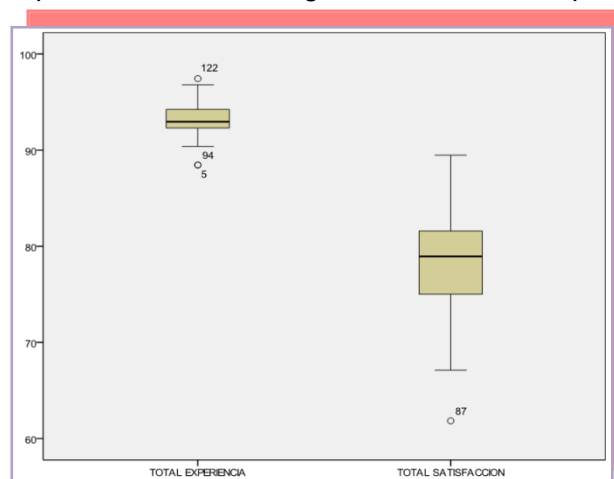
Por otra parte, se observa que, a diferencia de la escala de experiencias con el cuidado, en la escala de la satisfacción los pacientes manifestaron un aumento en las respuestas de tipo neutro. No obstante, cabe resaltar que ninguno de los pacientes encuestados manifestó resultados negativos que denotaran insatisfacción con los cuidados. Resultado coherente con los hallados en la sección 1 de experiencia con los cuidados.

Tabla 5-8: Resultados de calidad del cuidado según experiencia y satisfacción

DIMENSIONES	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
TOTAL EXPERIENCIA	147	88,46	97,44	93,224	1,46698
TOTAL SALTISFACCION	147	61,84	89,47	78,1239	5,17006

Fuente: Cuestionario CUCACE aplicado a los pacientes en la institución centro de estudio. 2013

Figura 5-3: Percepción del cuidado según dimensiones: experiencia y satisfacción



Fuente: Cuestionario CUCACE aplicado a los pacientes en la institución centro de estudio. 2013

En la tabla 5-8 y en la figura 5-3 se observa cómo en la dimensión de experiencia con los cuidados de enfermería se obtuvo una media de 93,22 puntos y una desviación estándar de 1,46698, lo cual indica que en general los pacientes tienen una percepción positiva con los cuidados de enfermería.

En cuanto a la satisfacción con el cuidado de enfermería se obtuvo un resultado global de 78.12 puntos sobre 100 y una desviación estándar de 5,17006, indicando satisfacción positiva. Es decir, los pacientes tuvieron una percepción positiva en cuanto a la satisfacción con el cuidado de enfermería.

Tabla 5-9: Correlación entre resultados de experiencia y satisfacción

DIMENSIONES		EXPERIENCIA	SATISFACCION
EXPERIENCIA	Correlación de Pearson	1	,216**
	Sig. (bilateral)		0,009
	N	147	147
SATISFACCION	Correlación de Pearson	,216**	1
	Sig. (bilateral)	0,009	
	N	147	147

**La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)

En la tabla 5-9 se observa que existe correlación positiva entre la experiencia y la satisfacción con los cuidados de Enfermería, puesto que el coeficiente de correlación de Pearson es >0 ($r= 0.216$). Es decir, que al aumentar el tiempo de experiencia con los cuidados de Enfermería en el servicio de hospitalización mediante los días de estancia, aumenta también la satisfacción con los mismos. Además, se evidencia significancia al observar que el valor “p” es menor a 0,05 (0.009), pero la asociación es débil porque el grado de correlación es menor que 0.3 ($r<0.3$).

5.2.3 Relación de las variables sociodemográficas y las dimensiones del CUCACE

En la tabla 5-10 se resume, al aplicar ANOVA de un factor, que existe relación entre la variable satisfacción con el cuidado y el sexo de los participantes, observándose que el nivel de significancia alcanzó un valor “p” <0 ($p<0,05$). Lo anterior indica que el sexo influye de manera significativa en el nivel de satisfacción que pueda llegar a sentir cada paciente.

Tabla 5-10: ANOVA: variables sociodemográficas categóricas y la satisfacción

Variable	Media	DS	F	P
Sexo				
Femenino	74,77	4,71	5,72	0,025
Masculino	76,96	5,14		
Edad				
< 25 años	76,05	4,18	0,82	0,726
Entre 25 y 50 años	78,82	5,17		
>= 51 años	78,24	5,39		
Nivel de Estudios				
Primaria	78,25	5,41	0,09	0,964
Bachiller	77,97	5,08		
Técnico	79,82	3,66		
Universitarios	76,89	6,05		

Fuente: Cuestionario CUCACE aplicado a los pacientes en la institución centro de estudio. 2013

La tabla 5-11 muestra que al asociar la variable edad con las dimensiones: satisfacción y experiencia, se observa que en los tres grupos etarios, a pesar de que el número de pacientes es diferente, hubo altos niveles de satisfacción y mejor experiencia con el cuidado de Enfermería. Esto indica que para este estudio, el ser joven o ser adulto no interfiere en los niveles de satisfacción relacionada con los cuidados de Enfermería.

Con relación al nivel educativo, se observa que el comportamiento es similar; lo cual evidencia que aunque algunos pacientes tenían bajos, y otros, altos de niveles de escolaridad, la mayoría tuvo la capacidad de percibir el cuidado de Enfermería y mostrar niveles altos de satisfacción posterior a la experiencia en el servicio.

Tabla 5-11: Relación entre variables sociodemográficas, satisfacción y experiencia

Variables		TOTAL SALTISFACCION	TOTAL EXPERIENCIA
Sexo			
HOMBRE	Media	79,76	93,67
	N	61	61
	Desv. típ.	4,71	1,25
MUJER	Media	76,95	92,9
	N	86	86
	Desv. típ.	5,18	1,52
Total	Media	78,12	93,22
	N	147	147
	Desv. típ.	5,17	1,46
Edad			
MENOR DE 25	Media	76,05	93,18
	N	25	25
	Desv. típ.	4,17	1,55
DE 25 A 50	Media	78,82	93,08
	N	64	64
	Desv. típ.	5,17	1,39
MAYOR A 51	Media	78,24	93,39
	N	58	58
	Desv. típ.	5,38	1,51
Total	Media	78,12	93,22
	N	147	147
	Desv. típ.	5,17	1,46
Estudio			
BACHILLE	Media	77,97	93,06
	N	76,00	76,00
	Desv. típ.	5,08	1,28
PRIMARIA	Media	78,25	93,42
	N	53,00	53,00
	Desv. típ.	5,41	1,56
TECNICOS	Media	79,83	94,16
	N	9,00	9,00
	Desv. típ.	3,66	1,22
UNIVERSI	Media	76,90	92,45
	N	9,00	9,00
	Desv. típ.	6,07	2,14
Total	Media	78,12	93,22
	N	147,00	147,00
	Desv. típ.	5,17	1,47

Fuente: Cuestionario CUCACE aplicado a los pacientes en la institución centro de estudio. 2013

5.3 Discusión

Este es uno de los primeros estudios que utiliza el cuestionario CUCACE como instrumentos para la recolección de la información, después de su validación en Bucaramanga – Colombia. Por tanto, los resultados podrían ser comparados con los estudios de investigación previos realizados por Torres^{72,73}, Torres y Buitrago⁷⁴, Alonso y Colaboradores⁷⁵, y Thomas y Colaboradores⁷⁶. Sin embargo, teniendo en cuenta que el fenómeno de calidad del cuidado es un tema de mucho interés para la práctica profesional, también es factible que los resultados del presente estudio se comparen con otros estudios de investigación, que aunque no hayan utilizado el mismo instrumento, muestran resultados confrontables; por ejemplo, los estudios realizados por Bautista⁷⁷ y Ariza y Daza⁷⁸.

En Barranquilla, en lo que respecta a la revisión de esta investigación, no se hallaron publicaciones de estudios en los que se haya evaluado, específicamente, la calidad del cuidado de Enfermería. No obstante, es importante resaltar que se encontraron tres estudios de investigación realizados por Christoph⁷⁹, Palmet⁸⁰, y Borré-Ortiz⁸¹, en los cuales se evalúa la calidad de la atención de Enfermería en servicios de hospitalización de Instituciones de III y IV nivel de atención en salud.

Con respecto a esto, cabe resaltar que aunque el concepto anglosajón “Care” muestre indistinción; lo cierto es que la traducción al castellano si tiene diferencias significativas, puesto que el concepto “cuidado” se relaciona con aquellas actividades propias que realiza enfermería durante la interacción de cuidado, mientras que el concepto “atención”

⁷² Óp. Cit., TORRES, C. 2010. p. 98-110.

⁷³ Óp. Cit., TORRES, C. 2010. p. 10-18.

⁷⁴ Óp. Cit., TORRES y BUITRAGO 2011. p. 138-148.

⁷⁵ Óp. Cit., ALONSO y Colaboradores 2005. p. 246-250.

⁷⁶ Óp. Cit., THOMAS y Colaboradores 1996. p. 67-72.

⁷⁷ Óp. Cit., BAUTISTA, LM 2009. p. 74-84.

⁷⁸ Óp. Cit., ARIZA y DAZA 2005. p. 8-14.

⁷⁹ CHRISTOPH, R. Determinación de la calidad de la atención del profesional de Enfermería en servicios de Hospitalización de las Instituciones prestadoras de salud especializadas en salud mental y psiquiatría de la ciudad de Barranquilla [Tesis de Maestría]. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. D.C; 2006.

⁸⁰ PALMET, MM. Determinación de la calidad de atención del profesional de Enfermería en servicios de hospitalización de las instituciones prestadoras de salud de tercer nivel de atención, privadas de Barranquilla. Revista ANEC. 2007. Pág. 30-31.

⁸¹ BORRÉ-ORTIZ, YM. Calidad Percibida de la atención de Enfermería por pacientes hospitalizados en Institución prestadora de servicios de salud de Barranquilla [Tesis de maestría]. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. D.C: 2013.

está relacionado con aspectos corporativos que tienen que ver con la prestación del servicio de salud⁸².

Los resultados expuestos en el capítulo anterior muestran que de los 147 pacientes encuestados, el 58,5% (n= 86) fueron mujeres y el 41,5 % (n=61) fueron hombres, con una edad promedio de 44.7 años, donde 18 fue la edad mínima y 72 la edad máxima para ambos sexos, con la diferencia que la edad promedio para los hombres fue de 45 años. Este resultado guarda relación con lo hallado en estudios similares, los cuales muestran que la media de edad oscila entre 43 y 47 puntos en ambos sexos^{83,84,85,86}. Sin embargo, el estudio de Thomas muestra que la media de edad se concentró en los participantes mayores de 65 años⁸⁷; esto quizás se deba a que la población de Inglaterra, por lo general, es más longeva con relación a la población colombiana.

En cuanto al resultado de estancia hospitalaria de 7,62 días hallado en este estudio, se observa que este es un dato que varía de manera significativa en el resto de los estudios. No obstante, la literatura evidencia que los rangos de oscilación son de 3.95 a 12 días^{88,89,90}. Teniendo en cuenta la teoría de calidad percibida y la experiencia en los servicios, esta variable puede tener significativas influencias en el nivel de percepción y satisfacción que pueda llegar a tener un paciente sobre el cuidado brindado en la institución. La influencia radica en el hecho de que cuando un paciente permanece mucho tiempo internado, sus percepciones pueden verse sesgadas hacia dos rumbos: el primero, que exista la posibilidad de evaluar el cuidado de forma negativa por no sentir mejoría en su recuperación y permanecer mucho tiempo en la institución; el segundo, que se acostumbre al diario vivir en el servicio y sesgue sus percepciones por la confianza y la empatía que se establece en el servicio con el personal de salud.

Los resultados de las preguntas de índole general que se encuentran en la tercera parte del cuestionario, mostraron resultados positivos. Resultado coherente con lo hallado por

⁸² BARRAGÁN, J. MANRIQUE, FG. Validez y confiabilidad del SERVQHOS para enfermería en Boyacá, Colombia. *Av. Enferm* 2010; 28(2):48-61.

⁸³ Óp. Cit., TORRES, C. 2010. p. 107.

⁸⁴ Óp. Cit., TORRES y BUITRAGO 2011. p. 142.

⁸⁵ Óp. Cit., TORRES, C. 2010. p. 12.

⁸⁶ Óp. Cit., ALONSO y Colaboradores 2005. p. 248.

⁸⁷ Óp. Cit., THOMAS y Colaboradores 1996. p. 69.

⁸⁸ Óp. Cit., TORRES, C. 2010. p. 107.

⁸⁹ Óp. Cit., TORRES y BUITRAGO 2011. p. 142.

⁹⁰ Óp. Cit., ALONSO y Colaboradores 2005. p. 248.

Torres⁹¹ y Alonso y Colaboradores, quienes manifiestan que los resultados en los preguntas de opinión global fueron altos, con valores por encima del 90%.

La pregunta acerca de si los pacientes creían que el cuidado de enfermería podría ser mejorada, de igual forma, tuvo resultado positivo de 96.6%. Sin embargo, en el estudio de Torres se observa que solo el 76.1% mostro resultados positivos⁹². Hallazgo contrario en el estudio de Alonso y colaboradores, quienes manifiestan que el 60% de los pacientes encuestados opinó que el cuidado de enfermería pudo mejorarse en algún aspecto⁹³.

En los resultados globales de las dimensiones del CUCACE, se observó que los pacientes en la dimensión de experiencia respondieron positivamente con una media de 93.22 y para la dimensión de satisfacción una media de 78.12. El resultado de experiencia supera lo encontrado por Alonso y colaboradores, quienes hallaron una media de 79.7 para la dimensión de experiencia, mientras que en el resultado de satisfacción el comportamiento es a la inversa. Es decir, el resultado de Alonso y Colaboradores de 81.4 supera el del presente estudio⁹⁴. Asimismo, este resultado está por encima del observado en el estudio de Thomas y Colaboradores, los cuales encontraron una media de 84.6 para la dimensión experiencia, y una media de 84.1 para la satisfacción⁹⁵, mostrando el mismo comportamiento que el estudio de Alonso y Colaboradores.

En cuanto a estas dimensiones, el presente resultado aún supera lo hallado por Torres, quien evidencia haber encontrado una media de 66.15 en la dimensión de experiencia y 72.41 en la dimensión de satisfacción con los cuidados de Enfermería.

Por otra parte, Torres y Buitrago, en otro estudio con pacientes oncológicos, encontraron una media de 82.7 con la dimensión experiencia, y 80.4 con la dimensión satisfacción⁹⁶.

Dentro de los aspectos mayormente valorados como positivos por los pacientes están: el saber hacer, la comunicación durante la entrega de turno y la oportunidad que buscaba la enfermera para estar con ellos, con puntuaciones por encima del 90%; mientras que los aspectos menos valorados fueron: el hecho de sacar tiempo para dialogar, la

⁹¹ Óp. Cit., TORRES, C. 2010. p. 104.

⁹² Óp. Cit., TORRES, C. 2010. p. 104.

⁹³ Óp. Cit., ALONSO y Colaboradores 2005. p. 248.

⁹⁴ Óp. Cit., ALONSO y Colaboradores 2005. p. 248.

⁹⁵ Óp. Cit., THOMAS y Colaboradores 1996. p. 70.

⁹⁶ Óp. Cit., TORRES y BUITRAGO 2011. p. 144.

preservación de la intimidad y el trabajo en equipo con los médicos, con porcentajes inferiores al 70%. Lo cual se relaciona con lo obtenido por Torres y Buitrago⁹⁷, quienes afirman haber obtenido un puntaje de 62.7 en la preservación de la intimidad del paciente por parte de la enfermera.

Un hallazgo significativo y de mucha relevancia es el hecho de que los pacientes hayan valorado positivamente la oportunidad que las enfermeras buscaban para estar con ellos. Este aspecto es mencionado por Swanson como una de las características del cuidado, cuando expresa que el “Estar con” incluye estar allí con la persona y transmitir disponibilidad.⁹⁸

Teniendo en cuenta estos resultados, se hace necesario articularlos con los postulados de Irvine y Sidani en su modelo de efectividad del rol. En este sentido, las autoras reconocen que las acciones de cuidado, llevadas a cabo por el personal de Enfermería y percibidas por el paciente durante su experiencia en el servicio, están enmarcadas en los tres roles: dependiente, independiente e interdependiente⁹⁹. Es decir, que aunque el paciente no identifique los roles de Enfermería durante la interacción de cuidado, estos son susceptibles de ser evaluados por él desde una perspectiva general dentro de la atención en salud.

Por otra parte, cabe mencionar que durante el análisis de cada uno de los ítems, se observó que los 26 ítems del CUCACE que componen la escala de experiencias con el cuidado de Enfermería, están estructurados de tal manera, que miden de una u otra forma las acciones propias de Enfermería que se podrían ver desde cada uno de los roles.

Es así como los resultados de experiencia y satisfacción con los cuidados, observados en este estudio, podrían comprobar lo afirmado por Irvine y Sidani, quienes expresan que uno de las formas para medir los componentes: proceso y resultados del cuidado de Enfermería, es a través de la relación enfermera-paciente y la percepción y satisfacción final del paciente respectivamente.¹⁰⁰

En el análisis de las variables sociodemográficas categóricas con la dimensión de experiencia del cuidado de Enfermería se encontró una relación en la categoría sexo con

⁹⁷ Óp. Cit., TORRES y BUITRAGO 2011. p. 145.

⁹⁸ WOJNAR, D. Teoría de los cuidados de Kristen Swanson. En: MARRINER, Ann. RAILE, Martha. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Barcelona. Elsevier. 2007. p. 768.

⁹⁹ Óp. Cit., IRVINE y SIDANI 2002. p. 63.

¹⁰⁰ Óp. Cit., IRVINE y SIDANI 2002. p. 63.

un valor **P** de 0.025; las puntuaciones más altas estuvieron en la categoría de los pacientes con estudios a nivel técnico y en las edades <25 años; comparados con los resultados de Torres C¹⁰¹, quien en su estudio encontró una relación entre la dimensión de experiencia con los cuidados de Enfermería y el nivel de estudio con una **P** de 0.01 y sus su puntajes más altos fueron en la categoría de primaria incompleta.

Se encontró relación entre la dimensión de satisfacción, estancia y la edad, observando que los altos puntajes en satisfacción muestran tendencias relacionadas con la edad y la estancia, mostrando puntuaciones altas, tanto para las estancias cortas como para las prolongadas. Confirmando, en parte, lo expuesto por Thomas y Colaboradores¹⁰², quienes indican que los pacientes de mayor edad califican alta la satisfacción y la experiencia con los cuidados; mientras que Torres no encontró relación entre la edad, la estancia, la experiencia y la satisfacción con los cuidados de Enfermería.¹⁰³

¹⁰¹ Óp. Cit., TORRES y BUITRAGO 2011. p. 147.

¹⁰² Óp. Cit., THOMAS y Colaboradores 1996. p. 70.

¹⁰³ Óp. Cit., TORRES, C. 2010. p. 106.

6. Capítulo 6: Conclusión y Recomendaciones

6.1 Conclusión

De acuerdo a los resultados encontrados en la presente investigación, es importante resaltar que la experiencia y la satisfacción que tienen los pacientes con los cuidados de enfermería es un tema relevante y tiene muchas implicaciones en la mejora de la práctica y la prestación del servicio de salud.

Los resultados observados oscilan en el rango de 60 a 100 puntos, lo cual se considera coherente con estudios revisados, tanto a nivel nacional como internacional.

Lo anterior es evidente, en la medida en que los pacientes perciben y valoran todos aquellos aspectos mencionados por Irvine y Sidani en su modelo de efectividad del rol. Es decir, la estructura que utilizan los profesionales de enfermería para brindar el cuidado y los aspectos relacionados con el proceso durante la atención.

En cuanto a los resultados de la percepción del cuidado de enfermería según la dimensión experiencia, existe una satisfacción global con los cuidados de enfermería del 91.9%. Además, es interesante observar que en la dimensión global de percepción que tienen los pacientes sobre los cuidados, lo califican como positivo y se sienten satisfechos en relación al cuidado que reciben por parte de las enfermeras de la Institución.

El cuestionario CUCACE ha demostrado, una vez más, ser útil en la medición del constructo de calidad del cuidado de Enfermería desde la percepción de los pacientes que reciben el servicio de salud.

Los resultados detallados en este estudio podrían utilizarse para mejorar aquellos aspectos relacionados con la estructura, el proceso y los resultados del cuidado de Enfermería. Sobre todo, aquellos relacionados con las formas de hacer visibles los roles de actuación de Enfermería dentro de las organizaciones de salud.

6.2 Recomendaciones

Para la Investigación

Se recomienda seguir realizando estudios de este tipo en la ciudad de Barranquilla y la región caribe, con el fin de que los resultados encontrados en la presente investigación puedan ser comparados. Además, porque esto también podría seguir corroborando la validez y fiabilidad del CUCACE para medir el constructo de calidad percibida del cuidado de Enfermería.

- Es importante resaltar la necesidad de seguir indagando sobre la influencia de las variables sociodemográficas y la percepción del paciente hospitalizado para evaluar el cuidado de enfermería, con el fin de establecer asociaciones que permitan obtener resultados más generalizables; para ello, sería conveniente la realización de estudios correlaciones de tipo predictivos.
- Sería conveniente aplicar el cuestionario CUCACE en otro tipo de pacientes, como por ejemplo, los pacientes que egresan de oncología, unidades renales u otros servicios en los que los pacientes experimenten cortas o largas estancias hospitalarias. Asimismo, que se aplique en instituciones de carácter oficial. No obstante, se aconseja previa validez aparente en el contexto de estudio.
- Es importante explorar la calidad del cuidado de enfermería a través de estudios de abordaje cualitativo para lograr identificar las similitudes o diferencias con los estudios cuantitativos. A partir de esta propuesta, también sería conveniente que se realizaran estudios de metodología combinada que permitan comprobar y corroborar los hallazgos presentados.
- Se recomienda el desarrollo de estudios multicéntricos y comparativos que permitan evaluar la calidad del cuidado de enfermería en diferentes instituciones de forma simultánea, con el fin de observar posibles variaciones en el fenómeno.

Para la Docencia

- Se recomienda incluir el estudio de la calidad del cuidado en los diferentes contenidos programáticos de las asignaturas: Administración, Gestión y/o Gerencia que desarrollan los currículos de los diferentes programas de Enfermería del país, puesto que esto le dará las herramientas necesarias a los futuros enfermeros y contribuirá a la mejora de la calidad del cuidado en próximas décadas.
- Se recomienda a los programas de Enfermería, que desarrollen planes bilaterales y proyectos interinstitucionales de calidad con las instituciones de salud a través de los convenios de docencia-servicio, para que la academia fortalezca la asistencia en el desarrollo de actividades de gestión e investigación.

Para la Práctica

- Se recomienda a los profesionales de enfermería que ejercen la asistencia, a que hagan uso y consuman el conocimiento teórico y los resultados de este tipo de investigaciones, para que su práctica sea fortalecida a la luz de los hallazgos presentes en la evidencia.
- Se recomienda a las enfermeras que ejercen la asistencia, a que tengan la oportunidad de escuchar de forma más seguida la voz de los pacientes. Este es un indicador esencial para el mejoramiento continuo de la calidad en los servicios de salud.

Se recomienda a las instituciones de salud a que se interesen por evaluar la calidad de los diferentes servicios de salud que prestan a la sociedad, de manera que se optimice cada vez más, la prestación de dichos servicios. De igual forma, se les aconseja que sean más asequibles al desarrollo de este tipo de estudios, ya que por medio de ellos, se obtiene información rica y valiosa para la mejora continua.

Anexo A: Cuestionario CUCACE

Unidad

Hospital

Paciente

Hora

CUCACE
Cuestionario de Calidad de Cuidados de
Enfermería.
Versión en castellano del NSNS (The Newcastle
Satisfaction with Nursing Scales)

INFORMACIÓN CONFIDENCIAL
SOBRE SU OPINIÓN DE LA ATENCIÓN DE LAS ENFERMERAS

CONTENIDO DE ESTAS PREGUNTAS

Estas preguntas tratan sobre la asistencia que usted ha recibido durante su estancia en el Hospital. Se le hacen preguntas sobre los cuidados de las enfermeras y se le pide la opinión sobre el trato que le han dado. Finalmente también se le pedirán algunos datos personales.

Le agradeceríamos que responda con toda sinceridad. No piense demasiado en cada una de las preguntas. La primera impresión, tal vez sea mejor que una respuesta larga y meditada.

Si no está seguro de alguna respuesta, por favor, dé la mejor contestación que pueda o escriba sus comentarios detrás de la pregunta en la hoja en blanco destinada para ello.

Su nombre y dirección no aparecen en ninguna parte de esta encuesta. Su información no será usada en ningún sitio donde usted pueda ser identificado personalmente.

SECCIÓN 1 : SU EXPERIENCIA DE LOS CUIDADOS DE LAS ENFERMERAS (EJEMPLO)

El primer apartado de preguntas trata sobre su experiencia en los cuidados recibidos de las enfermeras durante su estancia en la Unidad. Las preguntas consisten en una afirmación hecha, con siete posibilidades para responder. Para contestar a las preguntas, ponga un círculo en el número que mejor describa su experiencia. En esta página le damos dos ejemplos que le indican cómo dar respuesta a las preguntas.

Ejemplo 1

Si las enfermeras están en silencio de noche, usted responderá a esta pregunta haciendo un círculo en el número 7 que significa "Completamente de acuerdo". Su respuesta tiene que aparecer de la forma siguiente:

Las enfermeras estaban en completo silencio en el turno de noche

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	⑦

Ejemplo 2

Si las enfermeras no están nunca bien uniformadas, usted tiene que responder a la pregunta haciendo un círculo en el número 1. Esto significa "Completamente en desacuerdo". Su respuesta tiene que aparecer de la forma siguiente:

Estaban bien uniformadas las enfermeras.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
①	2	3	4	5	6	7

Si no sabe como responder a alguna pregunta, conteste lo mejor que pueda escribiendo sus comentarios en la hoja en blanco destinada para tal fin.

SECCIÓN 1 : SU EXPERIENCIA EN LOS CUIDADOS DE LAS ENFERMERAS

Por favor, responda sólo una vez poniendo un círculo en la respuesta que crea conveniente.

1. Era fácil relacionarse con las enfermeras.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

2. Las enfermeras favorecían a unos enfermos sobre otros.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

3. Las enfermeras no me informaban suficientemente sobre mi tratamiento.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

4. Las enfermeras se despreocupaban fácilmente.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

5. Las enfermeras tardaban mucho tiempo en llegar cuando se les llamaba.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

6. Las enfermeras me daban información sólo cuando yo la necesitaba.

Completamente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completamente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

7. Las enfermeras no parecían saber lo que yo estaba padeciendo.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

8. Las enfermeras apagaban las luces demasiado tarde por la noche.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

9. Las enfermeras me mandan hacer cosas antes de estar preparado.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

10. A pesar de lo ocupadas que estaban las enfermeras, ellas buscaban tiempo para mí.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

11. Yo veía a las enfermeras como amigas.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

12. Las enfermeras pasaban tiempo apoyando a los pacientes que se encontraban mal.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

13. Las enfermeras me visitaban regularmente para asegurarse de que estaba bien.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

14. Las enfermeras permitían que la situación las desbordase.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

15. Las enfermeras no tenían interés en mí como persona.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

16. Las enfermeras me explicaron lo que me estaba pasando.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

17. Las enfermeras me explicaban lo que iban hacerme antes de hacerlo.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

18. Las enfermeras le decían al siguiente turno lo que estaba pasando con mis cuidados.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

19. Las enfermeras sabían qué hacer sin depender de los médicos.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

20. Las enfermeras solían irse y olvidar lo que le pedían los pacientes.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

21. Las enfermeras se aseguraban de que los pacientes tuvieran intimidad cuando la necesitaban.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

22. Las enfermeras tenían tiempo para sentarse y hablar conmigo.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

23. Los médicos y las enfermeras trabajaban juntos como un equipo.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

24 Las enfermeras no parecían saber lo que sus compañeras estaban haciendo.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

25. Las enfermeras sabían lo mejor que hacer en cada momento.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

26. Había un buen ambiente en la Unidad gracias a las enfermeras.

Completa- mente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Muy de acuerdo.	Completa- mente de acuerdo.
1	2	3	4	5	6	7

SECCIÓN 2 : SUS OPINIONES SOBRE LA ATENCIÓN DE LAS ENFERMERAS**CÓMO CONTESTAR ESTAS PREGUNTAS**

En este apartado le pedimos sus opiniones sobre los cuidados que ha recibido de las enfermeras durante su estancia en esta Unidad.

Para cada pregunta ponga un círculo en el número que mejor se adapte a su modo de pensar.

Queremos saber su opinión sobre su estancia en esta Unidad.

		Nada satisfecho	Poco satisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho	Completamente satisfecho
1	La cantidad de tiempo que las enfermeras pasan con usted.	1	2	3	4	5
2	La capacitación de las enfermeras para hacer bien su trabajo.	1	2	3	4	5
3	Había siempre una enfermera cerca si la necesitaba.	1	2	3	4	5
4	El número de enfermeras que conocían sus cuidados.	1	2	3	4	5
5	La rapidez con la que acudían cuando las llamaban.	1	2	3	4	5
6	La manera en que las enfermeras le hacían sentir como en casa.	1	2	3	4	5
7	La cantidad de información que las enfermeras le daban acerca de su situación y tratamiento.	1	2	3	4	5
8	La frecuencia con la que las enfermeras comprobaban que se encontraba bien.	1	2	3	4	5
9	La amabilidad de las enfermeras.	1	2	3	4	5
10	La manera en que las enfermeras le explicaban las cosas.	1	2	3	4	5
11	La forma como las enfermeras informaban a su familia.	1	2	3	4	5
12	El modo de hacer su trabajo las enfermeras.	1	2	3	4	5
13	El tipo de información que las enfermeras daban acerca de su situación y tratamiento.	1	2	3	4	5
14	El trato que recibió de las enfermeras como persona.	1	2	3	4	5
15	La forma como las enfermeras escuchaban sus	1	2	3	4	5

CUCACE (Cuestionario de Calidad de Cuidados de Enfermería)

Versión en castellano del NSNS (The Newcastle Satisfaction with Nursing Scales)

Comentarios

.....
.....
.....
.....
.....

Otros comentarios que desearía hacer

.....
.....
.....

....., día.....del mes de.....año.....

(lugar)

AGRADECEMOS SU AMABLE COLABORACIÓN

Nota : Por favor, meta su cuestionario completo en el sobre previsto para el cierre. A continuación introdúzcalo en el buzón de la Unidad. Toda su información será anónima. Gracias.

Anexo B: Consentimiento Informado

Respetado(a) participante:

A continuación encontrará la información relacionada con el proyecto de investigación **CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PERCIBIDA POR PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA INSTITUCIÓN DE III NIVEL DE BARRANQUILLA**, proyecto para el cual espero contar con su participación.

El objetivo de este proyecto es determinar la calidad del cuidado de Enfermería percibida por los pacientes hospitalizados en los servicios de hospitalización de una Institución de III nivel de la ciudad de Barranquilla, en el periodo junio - diciembre de 2011 y se desarrolla como requisito para que el investigador **CLAUDIA ANDREA LENIS VICTORIA**, obtenga el título de Magíster en Enfermería en la Universidad Nacional de Colombia.

Con el estudio se busca contribuir a la profesión de Enfermería y con las instituciones hospitalarias de la región, puesto que al identificar los aspectos que afectan la calidad del cuidado desde el servicio prestado por el personal de Enfermería se pueden mejorar tales particularidades y ofrecer a la comunidad mejores servicios de salud.

Para ello, se espera que usted participe en esta investigación respondiendo en un tiempo no mayor a 15 minutos las preguntas que encontrará en el cuestionario adjunto. Estas preguntas tienen que ver con la manera en que usted percibe la calidad del cuidado recibido por el personal de Enfermería, su experiencia y nivel de satisfacción con los mismos.

Es importante que comprenda que el hecho de responder este cuestionario no implica ningún riesgo para usted. Si decide participar en ésta investigación, sus respuestas no las conocerá nadie en la institución y por ello no tendrá que escribir su nombre ni firmar el formulario. Además el investigador procurará que usted esté solo mientras lo contesta, para que pueda responder las preguntas tranquilamente. De igual forma usted puede dejar de contestar el formulario en cualquier momento si desea **no** continuar participando en el estudio.

Como ninguna persona del hospital o clínica conocerá las respuestas que usted dio, esto no afectará ni positiva ni negativamente la calidad con la que está siendo atendido en la clínica.

Recuerde que su participación en esta investigación es **totalmente voluntaria** y que la firma que se le pide al finalizar este formato NO le obliga de manera alguna a permanecer en la investigación hasta que esta finalice. Puede usted formular las preguntas que tenga antes de diligenciar el cuestionario o durante su diligenciamiento.

Los resultados de esta investigación se consignarán en el documento de tesis de Maestría que está desarrollando el investigador y en los artículos que se publiquen en revistas sobre el tema.

Si usted acepta participar en este proyecto, se compromete a decir la verdad, para garantizar que la investigación sea útil a la sociedad.

Es necesario aclarar que ni Usted ni el investigador recibirán dinero por la realización de este estudio y que si en algún momento Usted siente que alguno de sus derechos ha sido vulnerado puede informarlo a la dirección de la Institución donde está hospitalizado.

Si Usted acepta participar en este proyecto, le agradezco diligenciar los siguientes datos:

Lugar y Fecha: _____

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: **CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PERCIBIDA POR PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UNA INSTITUCIÓN DE III NIVEL DE BARRANQUILLA**

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

Declaro que se me ha informado que participar en esta investigación no me representará inconvenientes, molestias, ni beneficios lucrativos.

El Investigador se comprometió a darme información, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee sobre el cuestionario que diligenciaré.

Entiendo que me puedo retirar del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que esto afecte la manera como soy tratado por el personal de Enfermería.

El Investigador Responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Nombre del participante: _____

Identificación: _____

CLAUDIA ANDREA LENIS VICTORIA

CC. 22.565.208 de Barranquilla

Investigador Principal

Números telefónicos del investigador responsable: 311 6862782 - 316 4015670 – 300-2724246

Cualquier formación adicional o pregunta dirigirse al comité de ética de la Universidad Nacional de Colombia con Viviana Marycel Céspedes Directora de Posgrados, Facultad de Enfermería, Tel. (57-1) 3165000 Ext. 10425–10333–10327. Email. vmcespedesc@unal.edu.co

Anexo C: Autorización del CUCACE y Autorización Institucional

Marcadores Herramientas Ayuda

https://mail.google.com/mail/?hl=es&shva=1#inbox/12fd3908e8462476

Slice Hotmail gratuito Sitios sugeridos

Fix PC Fun TV Deals Califo...

ERMISO ...

> From: Manuel.Blanco.Ramos@sergas.es
> To: fgma75@hotmail.com
> Date: Thu, 4 Feb 2010 13:11:24 +0100
> Subject: RE: SOLICITUD DE PERMISO PARA USO DEL CUCACE
>
> En breve le enviaré el instrumento.
>
> Un saludo.
>
> Dr. Manuel Ángel Blanco Ramos.
>
> De: FRED GUSTAVO MANRIQUE ABRIL [fgma75@hotmail.com]
> Enviado el: martes, 02 de febrero de 2010 22:29
> Para: Blanco Ramos, Manuel
> Asunto: SOLICITUD DE PERMISO PARA USO DEL CUCACE
>
> TUNJA, 2 DE FEBREO DE 2010
>
>
> DOCTOR
>
> Manuel Ángel Blanco-Ramos.
> Unidad de Investigación, Docencia, Calidad y Apoyo a la Gestión.
> Avda. de Zamora, 13, 5.o. 32005 Ourense. España.
>
>
> Respetado Doctor Blanco,
>
> Es nuestro interes hacer un estudio sobre calidad de cuidados de enfermeria en pacientes hospitalizados en Colombia y validar el CUCACE en nuestro pais.
>
> Solicito su colaboración con el prestamo del instrumento CUCASE version en castellano y su autorización para usarlo por nuestro grupo en Colombia, como tambien la información sobre publicaciones al respecto que hayan realizado en su grupo.

Marcadores Herramientas Ayuda

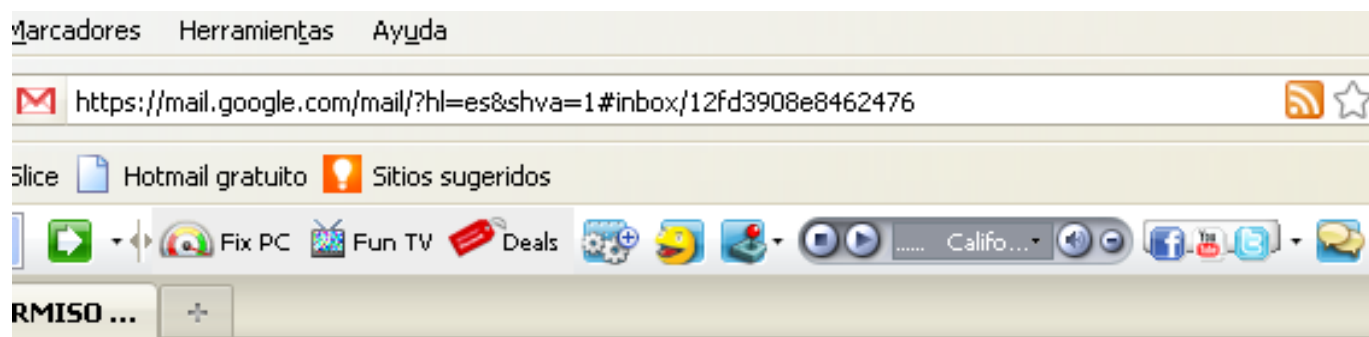
https://mail.google.com/mail/?hl=es&shva=1#inbox/12fd3908e8462476

b Slice Hotmail gratuito Sitios sugeridos

Fix PC Fun TV Deals Califo...

PERMISO ...

> From: Manuel.Blanco.Ramos@sergas.es
> To: fgma75@hotmail.com
> Date: Tue, 23 Mar 2010 19:23:31 +0100
> Subject: RE: SOLICITUD DE PERMISO PARA USO DEL CUCACE
>
> Le remito tres archivos, el primero es una carta de presentación de la encuesta por si fuera de su interés, el segundo es la propia encuesta y la tercera es un pequeño manual de uso.
>
> Espero que sea de utilidad. Queda Autorizado tu y el quipo que lideras en Colombia para el uso del CUCASE, siempre debeis daros el credito, cualquier informacion no dudeis en escribir.
>
> Reciba un cordial saludo.
>
> Dr. Manuel Blanco-Ramos.
>
>
>
> De: FRED GUSTAVO MANRIQUE ABRIL [fgma75@hotmail.com]
> Enviado el: lunes, 15 de febrero de 2010 17:18
> Para: Blanco Ramos, Manuel
> Asunto: RE: SOLICITUD DE PERMISO PARA USO DEL CUCACE
>
> Manuel muchas Gracias, quedo en espera del articulo y del instrumento,
>
>
> FRED MANRIQUE ABRIL. RN. Msc. PhD.
> Profesor Asociado
> Facultad de Enfermeria
> Universidad Nacional de Colombia
> Bogota D.C. - Colombia -Sudamerica
> Tel 091-3165000 ext 17060
> celular. 3142027221
> e.mail: fgmanriquea@unal.edu.co<<mailto:fgmanriquea@unal.edu.co>>



From: [Manuel Blanco Ramos@sergas.es](mailto:Manuel.Blanco.Ramos@sergas.es)

To: fgma75@hotmail.com

Date: Wed, 24 Mar 2010 08:35:44 +0100

Subject: RE: SOLICITUD DE PERMISO PARA USO DEL CUCACE

Nosotros en el proceso de validación lo analizamos de forma conjunta puesto que el instrumento así fue creado por el grupo de Escocia que es el autor original. de todas formas te animo a explorar e intentar validar el uso parcial del cuestionario.

Suerte y ánimo.

un saludo.

Dr. Manuel Blanco-Ramos.

De: FRED GUSTAVO MANRIQUE ABRIL [mailto:fgma75@hotmail.com]

Enviado el: miércoles, 24 de marzo de 2010 4:43

Para: Blanco Ramos, Manuel

Asunto: RE: SOLICITUD DE PERMISO PARA USO DEL CUCACE

Gracias, por lo enviado, queria preguntatar si en el proceso de validacion se pueden usar por separado los cuestionarios, tanto el de expecattiva como el de calidad ya que el interes central es por el segundo.

Proximanete estarenvando las pruebas realizadas y los resultados descriptivos al instrumneto, nuevamente gracias

FRED MANRIQUE ABRIL. RN. Msc. PhD.

Profesor Asociado

Facultad de Enfermeria

Universidad Nacional de Colombia



Facultad de Enfermería
Grupo Académico Gerencia en Salud y Enfermería

Barranquilla, octubre 12 del 2012

DOCTORA
María Del Pilar Herrera
Coordinadora De Calidad
Ciudad

Respetada Doctora Pilar, Reciba un cordial saludo.

A través de la presente me dirijo a usted muy respetuosamente con el objetivo de solicitar autorización institucional para la realización del estudio de investigación titulado **"CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA PERCIBIDA POR LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE UNA INSTITUCION DE IV NIVEL DE LA CIUDAD DE BARRANQUILLA** la cual me encuentro desarrollando en convenio con las Universidades: Nacional de Colombia y Simón Bolívar de Barranquilla; como producto para Optar el título de Magister en Enfermería con Énfasis en Gerencia en Servicios de Salud y Enfermería.

Teniendo en cuenta que la calidad del cuidado de enfermería está orientado a satisfacer las necesidades en forma integral en el ser humano; y que hoy en día la práctica de enfermería trasciende lo meramente biológico e instrumental, ya que parte de una relación personal que se caracteriza por la reciprocidad, la empatía con el otro y la responsabilidad ante las necesidades con el paciente; y que la administración de los cuidados requiere el conocimiento de las experiencia humana del otro, de sus creencias, de sus percepciones, de sus valores y de sus sentimientos; siendo la interacción enfermera – paciente uno de los aspectos más sensibles del cuidado que suelen ser determinantes en la percepción positiva o negativa de la Atención de Enfermería en la hospitalización.

Agradezco de antemano su atención y colaboración prestada a la presente solicitud y quedo en espera de una respuesta positiva.

Cordialmente,

CLAUDIA ANDREA LENIS VICTORIA
Enfermera Investigadora, estudiante convenio suscrito:
Universidad Nacional de Colombia y Universidad Simón Bolívar

PD: Se Anexa Propuesta de Investigacion

Recibido
16-X-2012
12m
Coordinadora de Calidad



Barranquilla, octubre 24 del 2012

Señores
Universidad Nacional de Colombia
Universidad Simón Bolívar
Ciudad

Cordial saludo,

Por medio del presente autorizamos a **Claudia Andrea Lenis Victoria** a aplicar en esta institución el instrumento denominado CUCACE a los pacientes que reciben el cuidado de enfermería en el servicio de hospitalización; para la realización del estudio de investigación titulado "Calidad del cuidado de enfermería percibida por los pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna de una institución de III nivel de la ciudad de Barranquilla.

Atentamente,

María Del Pilar Herrera
Auditora de calidad
FMP Clínica El Prado

Calle 59 No. 50 - 10
Conmutador: 3492105 - 3684153 al 55
Fax: (95) 3684157
E-mail: funbar@playnet.net.co
Barranquilla -Colombia



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE ENFERMERÍA

UNIDAD DE GESTIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

UGI-308-2013

Bogotá D.C., Octubre 22 de 2013

Profesora

CLARA VIRGINIA CARO CASTILLO

Directora

Posgrados en Enfermería Disciplinarios

Facultad de Enfermería

Universidad Nacional de Colombia

Referencia: Aval ético

Respetada Profesora:

De la manera más atenta, me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Enfermería en sesión del 21 de Octubre de 2013 Acta No.18, se permite **dar aval** desde los aspectos éticos al proyecto de investigación de Maestría en Enfermería titulado "**Calidad del Cuidado de Enfermería percibida por pacientes hospitalizados en una IPS de III nivel de la Ciudad de Barranquilla**" de la estudiante Claudia Andrea Lenis Victoria, Director Fred Gustavo Manrique Abril.

Es importante resaltar que el Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Enfermería, es un órgano asesor (Acuerdo No. 034 del 2007, Art. 18 del Consejo Superior Universitario) en los aspectos de la dimensión ética de la investigación y son los investigadores los responsables de dar cumplimiento a todos los principios éticos relacionados con la investigación durante su desarrollo. (Resolución No. 077 del 2006 del Consejo de Facultad de Enfermería).

Atentamente,

(ORIGINAL FIRMADO POR)

YURIAN LIDA RUBIANO MESA

Presidenta Comité de Ética*

Facultad de Enfermería

Universidad Nacional de Colombia

* Delegada por la Decana

Copia: Claudia Andrea Lenis Victoria – Estudiante Maestría
Fred Gustavo Manrique Abril - Directora Tesis

Bibliografía

1. ALACOQUE, E. LEITE, JL. COSTA, IA. TREVIZAN, MA. CARVALHO, C. Análisis de Investigaciones brasileñas enfocadas en el cuidado de enfermería, Años 2001-2003. *Cien y Enferm.* 2005; 11(2):35-46.
2. ALONSO, R. BLANCO, MA. GAYOSO, P. Validación de un cuestionario de calidad de cuidados de Enfermería. *Revista Calidad Asistencial.* España. 2005; 20(5): 246-50.
3. ARIZA C, DAZA R. Calidad del cuidado de Enfermería al paciente hospitalizado. 1ª ed. Bogotá; Pontificia Universidad Javeriana: 2008. p. 40.
4. ARIZA C, DAZA R. Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado en un Hospital de Tercer Nivel en Bogotá. *Actualizaciones en Enfermería.* 2005; 8(3):8-14.
5. BARRAGÁN, J. MANRIQUE, FG. Validez y confiabilidad del SERVQHOS para enfermería en Boyacá, Colombia. *Av. Enferm* 2010; 28(2):48-61.
6. BAUTISTA, LM. Percepción de la calidad del cuidado de Enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander. *Aquichan.* 2009; 8(1): 74- 84.
7. BELMONTE, T. Aspectos socioculturales del servicio Enfermero. Un análisis antropológico a través de la gestión de los cuidados. *Revista Enfermería Global* 2003; 4: P 2.
8. BORRÉ-ORTIZ, YM. Calidad Percibida de la atención de Enfermería por pacientes hospitalizados en Institución prestadora de servicios de salud de Barranquilla [Tesis de maestría]. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. D.C: 2013.
9. CALLIZO A, RAMÓN J. La calidad como herramienta de gestión. Actuaciones para mejorar la eficiencia en la atención neurológica. *Neurología.* 2009; 24:292. 6.
10. Congreso de la República de Colombia. Ley 266 de 1996. Capítulo 1. Art. 1.

11. Constitución de la Organización Mundial de la Salud adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York entre el 19 de junio y el 22 de julio de 1946. Suplemento de la 45ª. Edición, octubre de 2006.
12. CHRISTOPH, R. Determinación de la calidad de la atención del profesional de Enfermería en servicios de Hospitalización de las Instituciones prestadoras de salud especializadas en salud mental y psiquiatría de la ciudad de Barranquilla [Tesis de Maestría]. Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá. D.C; 2006.
13. DEMING, WE. MEDINA, JN. Calidad, productividad y competitividad: la salida de la crisis. Díaz de Santos; 1989.
14. DONABEDIAN A. The quality of care. JAMA 1988; 260:1743-48.
15. DONABEDIAN, A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. *Salud Pública de México* 1990, vol. 32, N° 2, p. 113-117.
16. DONABEDIAN, A. La Calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada? *Revista Calidad Asistencial*. 2001; 16:580-587.
17. DONABEDIAN, A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. En: *Calidad de atención a la salud*. México: Instituto Nacional de Salud Pública. Vol. 2, N° 3, Feb.1995. p. 8.
18. DONABEDIAN, A. Garantía y calidad de la atención médica. Instituto Nacional de Salud Pública, México. 1990. p. 9-13.
19. DURÁN, MM. Enfermería: Desarrollo teórico e investigativo. 1ª. ed. Santafé de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1998. p. 19.
20. HENDERSON V., Modelo de adaptación. En: MARRINER, A. RAILE, M. *Modelos y teorías en enfermería*. 6ª.ed. 2007. p. 55.
21. HOYER, R. HOYER, B. "Qué es calidad", Quality Progress, julio de 2001. Disponible en: <<http://www.eulatic.org/docs/CalidadCAPR.pdf>>
22. IRVINE, D. SIDANI, S. KEATINGS, M. DOIDGE, D. An empirical test of the Nursing Role Effectiveness Model. *Journal of Advanced Nursing*. 2002; 38(1): 29-39.
23. ISHIKAWA, K. ¿Qué es control total de la calidad? Bogotá: Editorial Norma. 1986.

24. JIMÉNEZ M. et al. Satisfacción del usuario como indicador de calidad. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2003; 2:58–65.
25. La Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud en México. Disponible en: <<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/cnalsalud.pdf>>
26. SANTIAGO, MM. ARRUDA, AA. Interdisciplinaridade na produção do conhecimento de enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*. 2003; 7(2): 167-175.
27. SIDANI, S. Effects of Patient-Centered Care on Patient Outcomes: An Evaluation. *Research and Theory for Nursing Practice*. 2008; 22(1): 24-37
28. MALVÁREZ, S. RODRIGUES, J. Enfermería y seguridad de los pacientes: Notas conceptuales. En: Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Enfermería y seguridad de los pacientes*. Washington, D.C; OPS: 2011.
29. MELUM, MM. SINIORIS, MK. P. Total quality management: The health care pioneers. Mishawaka; Amer Hospital Pub: 1992.
30. MARRINER, A. ALLIGOOD, M. Modelos y teorías en enfermería. 6ª ed. Elsevier España: ISBN. 978-84-8086-201-1. 2007.
31. MARTÍNEZ M, et al. Calidad de los servicios de enfermería: ¿utopía o realidad? *Rev. Desarrollo científico en enfermería*. 2001; 9 (3): 68–75.
32. NIGHTINGALE F. Notas sobre enfermería: qué es y qué no es. Barcelona: Salvat; 1990. p. 104.
33. ORREGO, S. ORTIZ AC .Calidad de atención en enfermería. En: *Revista Investigación y Educación en Enfermería*. Medellín: Universidad de Antioquia. 2001, p 19.
34. ORTIZ, AC. Dimensiones del Servicio de Enfermería. *Invest Edu Enfermería*. Vol. XXI, núm. 1, 2003, Pág. 86-98. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=105217879009>
35. PALMET, MM. Determinación de la calidad de atención del profesional de Enfermería en servicios de hospitalización de las instituciones prestadoras de salud de tercer nivel de atención, privadas de Barranquilla. *Revista ANEC*. 2007. Pág. 30-31.
36. PARASURAMAN A, ZEITHAML V, BERRY L. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of Service Quality. *J Retail* 1988; 64: 12-40.

37. PINTO, N. Indicadores de Cuidado. Bogotá: *Actualizaciones en Enfermería*, Vol. 4, No 1, marzo 2001.
38. Proyecto de Salud y Nutrición Básica, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, University Research. Co, Lic.; Gestión de la Calidad Módulo II; Lima. Editorial del MINSA; 1999.
39. RAE. Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua - Vigésima segunda edición. 2001.
40. RAMÍREZ AM, et al. Hacia una estrategia de garantía de calidad: satisfacción en la utilización de los servicios médicos. *Cad. Saúde Pública*. 1996; 12(3).
41. REPÚBLICA DE COLOMBIA. Congreso de la República Ley 911 de 2004. Por la cual se dictan disposiciones en materia de responsabilidad deontológica de la Profesión de Enfermería en Colombia.
42. REPÚBLICA DE COLOMBIA. Congreso de la República. Ley 266 de 1996, por la cual se Reglamenta la Profesión de Enfermería en Colombia y se dictan otras disposiciones.
43. REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ministerio de la Protección Social. Decreto 1011 de 2006. Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud del SGSSS.
44. REPÚBLICA DE COLOMBIA. Ministerio de Salud. Decreto No. 2174 de noviembre 28 de 1996.
45. ROCHA PK. Construção e validação de um instrumento para avaliação de modelos de cuidado de enfermagem. [Tese]. Universidade Federal de Santa Catarina; Brasil: 2008. Disponible en: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/91449/261745.pdf?sequence=1>
46. ROY, C. Modelo de Adaptación. En: MARRINER, A. RAILE, M. Op.cit. p. 360.
47. MALVÀREZ S. El reto de cuidar a un mundo globalizado. Citado por Malvárez Silvina. Enfermería y seguridad de los pacientes: notas conceptuales. Ed. Organización Panamericana de la salud.2011.
48. SALCEDO, RA et al. La percepción de los adultos mayores de la calidad de la atención de enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2007; 15(1):19–23.

49. SIERRA, MT. et al. Percepción del cuidado de Enfermería en diferentes Instituciones Hospitalarias de la Ciudad de Bogotá. *Av. Enfermería*. 2006; 24(1): 68-72.
50. THOMAS, LH. MCCOLL, E. PRIEST, J. BOND, S. BOYS, R.J. Newcastle satisfaction with nursing scales: an instrument for quality assessments of nurse care. In: *Quality in health care*. 1996; 5(2): p. 67-72.
51. TORRES Contreras, C, Marcela B, percepción de la calidad de los cuidados de Enfermería en pacientes oncológicos hospitalizados, *Rev Cuid*. 2011; 2(2):138- 48.
52. TORRES, CC. Percepción de la calidad del Cuidado de Enfermería en pacientes hospitalizados. *Revista Avances en Enfermería*. 2010; 28(2): p. 99.
53. TORRES, CC. Valoración de aspectos cualitativos del cuidado de Enfermería en pacientes hospitalizados. *Rev Cuid*. 2010; 1(1): 10-18.
54. VEGA, Y. Introducción de la II unidad, asignatura Modelos Administrativos en Enfermería. Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia. 2010.
55. WOJNAR, D. Teoría de los cuidados de Kristen Swanson. En: MARRINER, Ann. RAILE, Martha. *Modelos y teorías en enfermería*. 6ª ed. Barcelona. Elsevier. 2007. p. 768-777.