

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**TEMA:
CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA Y SU EFECTO EN LA
SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES EN MEDIGLOBAL S. A.**

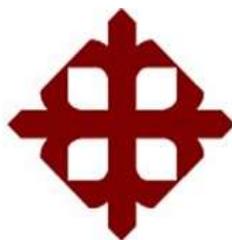
**AUTORA:
FRANCO VILLAMAR ALISON MERCY**

**PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL GRADO ACADÉMICO DE:
MAGÍSTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

**TUTORA:
ECON. CARRASCO CORRAL PRISCILA, MGS.**

Guayaquil, Ecuador

2019



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por la **Lcda. Alison Mercy Franco Villamar**, como requerimiento parcial para la obtención del Grado Académico de **Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**.

DIRECTORA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Econ. Carrasco Corral, Priscila, Mgs.

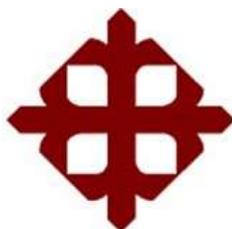
REVISORA

Econ. Zambrano Chumo, Laura, MBA.

DIRECTORA DEL PROGRAMA

Econ. Lapo Maza, María del Carmen PhD.

Guayaquil, 04 de junio del 2019



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Alison Mercy Franco Villamar**

DECLARO QUE:

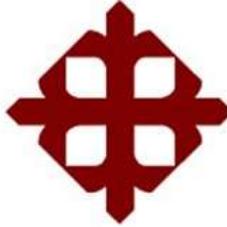
El Proyecto de Investigación “**Calidad de atención de enfermería y su efecto en la satisfacción de los pacientes en MediGlobal S. A.**”, previo a la obtención del **Grado Académico de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud**, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan al pie de las páginas correspondientes, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del proyecto de investigación del Grado Académico en mención.

Guayaquil, 04 de junio del 2019

LA AUTORA:

Alison Mercy Franco Villamar



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

AUTORIZACIÓN

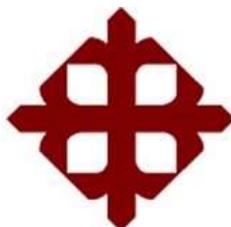
Yo, Alison Mercy Franco Villamar

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la **publicación** en la biblioteca de la institución del **Proyecto de Investigación previo a la obtención del grado de Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud titulado “Calidad de atención de enfermería y su efecto en la satisfacción de los pacientes en MediGlobal S. A.”**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 04 de junio del 2019

LA AUTORA:

Alison Mercy Franco Villamar



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD**

Informe de Urkund

URKUND	
Documento	<u>PI 100% Franco A. (Corrección de anillados).docx</u> (D51375363)
Presentado	2019-05-01 14:40 (-05:00)
Presentado por	alison_the_baby@hotmail.com
Recibido	maria.lapo.ucsg@analysis.orkund.com
Mensaje	TESIS ALISSON FRANCO Mostrar el mensaje completo
	2% de estas 56 páginas, se componen de texto presente en 4 fuentes.

AGRADECIMIENTO

Lo logramos Familia, gracias a mis Padres Virginia y Fausto por ser los principales motores en mi vida, gracias por confiar y creer en mí aun en los momentos en que más he dudado de mí misma.

Gracias a todos los que fueron partícipes de este proceso.

De manera especial a mi tutora de tesis, por haberme guiado, no solo en la elaboración de este trabajo de titulación, sino a lo largo de mi carrera universitaria y haberme brindado el apoyo para desarrollarme profesionalmente y seguir cultivando mis valores.

A la Universidad CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL, por haberme brindado tantas oportunidades y enriquecerme en conocimiento.

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a mi familia por haber sido mi apoyo a lo largo de toda mi carrera universitaria y a lo largo de mi vida. A todas las personas especiales que me acompañaron en esta etapa, aportando a mi formación tanto profesional y como ser humano.

Gracias Donato por compartir cada uno de tus conocimientos conmigo y por demostrarme que desesperándome no consigo nada, que la vida es un proceso y que debemos disfrutar lo que nos toca vivir, porque solo estamos de paso.

Índice General

Introducción	2
Antecedentes	4
Problema de Investigación	6
Formulación del Problema	7
Justificación.....	8
Preguntas de investigación.....	9
Objetivos de la investigación	10
Objetivo general	10
Objetivos específicos.....	10
Hipotesis.....	10
Variables de estudio	10
Capítulo I.....	11
Marco Teórico – Conceptual – Legal.....	11
Fundamentación teórica	11
Teoría del desarrollo humano (Humanbecomig) de Parse	13
Teoría de Cuidados Culturales: Teoría de la Diversidad y Universalidad	15
Teoría del autocuidado de Orem	17
Calidad de Atención en Enfermería	19
Factores de atención de enfermería determinantes de satisfacción de los pacientes	19
Modelo de interacción del comportamiento de salud del cliente	21
Marco Conceptual	22
Capítulo II	26
Marco Referencial.....	26

Estudios recientes respecto a la calidad de atención de enfermería.....	26
Avances en la provisión del recurso humano de enfermería.....	29
Caracterización de MediGlobal S. A.	34
Marco Legal	38
Capítulo III.....	41
Marco Metodológico y Análisis de Resultados	41
Enfoque de la investigación	41
Alcance de la investigación.....	42
Diseño de la investigación.....	43
Instrumento de recolección de datos	43
Población y muestra	46
Procedimiento de recolección de datos	47
Herramientas procesamiento de datos	48
Técnicas de análisis de datos.....	48
Resultados	50
Variables antecedentes	50
Perfil sociodemográfico.....	50
Experiencia de salud pasada	54
Niveles de satisfacción.....	55
Niveles de satisfacción de acuerdo a días de hospitalización.....	58
Asociación entre dominios de interacción – paciente y variables antecedentes	60
Asociación entre dominios de interacción – paciente y satisfacción general	61
Principales hallazgos	63
Capítulo IV.....	64

Propuesta.....	64
Taller de capacitación en comunicación interpersonal efectiva y apoyo emocional	66
Primer parte de taller: Dominio cognitivo y afectivo de la comunicación interpersonal	66
Seguna parte de taller: Dominio psicomotor de la comunicación interpersonal	69
Evaluación y resultados esperados	72
Planeación para la ejecución de la propuesta	75
Conclusiones	79
Recomendaciones.....	81
Referencias.....	82
Apéndices.....	90
Apéndice A. Cuestionario	90
Apéndice B. Cálculo del promedio para las dimensiones en toda la muestra...	92

Índice de Tablas

Tabla 1 Clasificación de las Autoras de Teorías y Modelos de Enfermería	12
Tabla 2 Supuestos Filosóficos de Parse	13
Tabla 3 Principios de Teoría Human Becoming	14
Tabla 4 Tasa de Recursos Humanos Sanitarios en las Américas.....	31
Tabla 5 Niveles de Formación de Enfermería en los Países de América Latina ...	32
Tabla 6 Información General de Mediglobal S. A.....	35
Tabla 7 Especialidades Disponibles de acuerdo a Sucursal de Mediglobal S. A. .	37
Tabla 8 Operacionalización de Variables	45
Tabla 9 Número y Porcentaje de la Muestra de acuerdo a Género.....	51
Tabla 10 Número y Porcentaje de la Muestra de acuerdo a Género.....	52
Tabla 11 Número y Porcentaje de la Muestra de acuerdo a Estado Civil.....	53
Tabla 12 Resumen de Variables Antecedentes Sociodemográficas de la Muestra	53
Tabla 13 Número de Participantes que alguna vez han sido hospitalizados en Mediglobal de acuerdo a género y edad.....	54
Tabla 14 Promedio de los Factores que Contribuyen a la Satisfacción del Paciente	56
Tabla 15 Contribución de los Dominios de Calidad Interacción Cliente - Profesional a la Satisfacción de los Pacientes.....	57
Tabla 16 Puntaje Promedio por Ítem de acuerdo a Días de Hospitalización.....	59
Tabla 17 Puntaje Promedio en Dominios de Satisfacción de acuerdo a Días de Hospitalización.....	60
Tabla 18 Promedio de Satisfacción de acuerdo a Variables Antecedentes: Género y Experiencia Previa	61
Tabla 19 Correlaciones entre Dominios de Interacción Profesional – Paciente y	

Satisfacción General.....	62
Tabla 20 Esquema de Aprendizaje de Competencias de Comunicación Interpersonal.....	65
Tabla 21 Barreras para la Comunicación Efectiva Paciente - Profesional.....	67
Tabla 22 Habilidades de Comunicación Efectiva a Identificar.....	68
Tabla 23 Ejemplo para Práctica de Ejercicio Actividad 1 de Segunda Parte de Taller	70
Tabla 24 Dimensiones de Mejora en Calidad de Atención a Evaluar.....	72
Tabla 25 Detalle de Técnicas, Tiempos y Encargados para Evaluación de Resultados	74
Tabla 26 Cronograma de Actividades para Ejecución de Propuesta	77
Tabla 27 Presupuesto para Taller de Comunicación Interpersonal.....	78

Índice de figuras

Figura 1 Sustento teórico de los cuidados culturales.	16
Figura 2. Porcentaje de participantes de acuerdo a género	51
Figura 3 Histograma para la distribución de la edad de los encuestados.....	51
Figura 4 Porcentaje de participantes de acuerdo a nivel educativo	52
Figura 5 Porcentaje de participantes de acuerdo a nivel educativo	52
Figura 6 Porcentaje de participantes que ha sido hospitalizado en la clínica MediGlobal	54
Figura 7 Porcentaje de pacientes que han sido hospitalizados de acuerdo a días de estancia.....	55
Figura 8 Niveles de satisfacción respecto a los cuatro dominios de modelo interacción profesional – paciente.	58
Figura 9 Esquema de actividades para taller de comunicación efectiva, primera parte.	67
Figura 10 Esquema de actividades para taller de comunicación efectiva, segunda parte.	70
Figura 11 Ejemplo para práctica de actividad dos de segunda parte del taller....	71

Resumen

El estudio tuvo como objetivo establecer la relación entre la calidad de atención de enfermería y la satisfacción del paciente. Desde la base teórica se establece un componente clave en la evaluación de la calidad de enfermería, el cual es la interacción paciente – profesional. La investigación tuvo un enfoque cuantitativo y utilizó como técnica de recolección de datos un cuestionario denominado Escala de Satisfacción del Paciente con la Atención de Enfermería. Se evaluaron cuatro dimensiones: información de salud, apoyo afectivo, control decisional y competencias técnicas profesionales. Los hallazgos corroboraron que las dimensiones de interacción: apoyo afectivo e información de salud, son las más incidentes sobre la satisfacción del usuario. La hipótesis de la relación entre las variables calidad y satisfacción fue corroborada. Para la mejora de las dimensiones de interacción se propuso un taller de capacitación de comunicación efectiva y apoyo afectivo, el cual permite la mejora de las habilidades de interacción del personal a través del aprendizaje cognitivo, afectivo y psicomotor de las estrategias de detección de señales y habilidades de interacción. El estudio concluye que el componente de interacción humana es uno de los ejes más importantes en el proceso de atención dada por el personal de enfermería, y este necesita ser reafirmado en las instituciones sanitarias.

Palabras claves: enfermería, calidad de atención, satisfacción de paciente, interacción paciente – profesional, comunicación efectiva.

Abstract

The objective of the study was to establish the relationship between the quality of nursing care and patient satisfaction. From the theoretical base a key component is established in the evaluation of nursing quality, which is the patient - professional interaction. The research had a quantitative approach and used a questionnaire called Patient Satisfaction with Nursing Care Scale as a data collection technique. Four dimensions were evaluated: health information, affective support, decisional control and professional technical skills. The findings corroborated that the dimensions of interaction: affective support and health information are the most incidents regarding user satisfaction. The hypothesis of the relationship between the quality and satisfaction variables was corroborated. To improve the interaction dimensions, a training workshop on effective communication and affective support was proposed, which allows the improvement of the staff interaction skills through cognitive, affective and psychomotor learning of signal detection strategies and interaction skills. The study concludes that the component of human interaction is one of the most important axes in the care process given by the nursing staff, and this needs to be reaffirmed in the health institutions.

Keywords: nursing, quality of care, patient satisfaction, patient - professional interaction, effective communication.

Introducción

Una de las formas en que el entorno hospitalario influye en la satisfacción del paciente es a través del esfuerzo y el rendimiento de las enfermeras. De tal forma, el presente estudio centra su atención en la calidad de servicio derivado específicamente del personal de enfermería y se plantea como objetivo principal determinar el efecto de la calidad de atención de enfermería sobre la satisfacción del paciente en la clínica Mediglobal S. A..

En la literatura actual, la satisfacción del paciente es definido como un indicador crítico de resultados de atención de la salud que debe ser un foco de atención de las enfermeras y sus gerentes. La Organización Panamericana de la Salud (PAHO, 2017) sostiene que “las enfermeras y enfermeros están en la línea de acción en la prestación de los servicios y desempeñan una función importante en la atención centrada al paciente” (parr. 2), como empleados de primera línea se espera que las enfermeras sean uno de los factores más relevantes en la satisfacción del usuario. En consecuencia, el desempeño del personal es especialmente importante en la oferta de servicios médicos privados, pues este representa una ventaja competitiva frente al resto de clínicas privadas.

Bajo estos argumentos, la presente investigación se plantea varios objetivos que permiten indagar en las bases teóricas y evidencia empírica necesaria para comprender el papel del desempeño del personal de enfermería en la satisfacción usuaria. Adicionalmente, este análisis bibliográfico resulta útil para identificar la forma adecuada para evaluar las variables de estudio del tema y obtener resultados que sirven de base para el planteamiento de estrategia y acciones de mejora en la atención brindada por las enfermeras de la institución objeto de estudio: Mediglobal S. A..

Para ello, el trabajo se estructura en cuatro partes:

El capítulo I expone las bases teóricas, se detallan teorías clásicas que ponen de relieve la importancia de la práctica de enfermería. En este acápite también se describen diferentes

factores, encontrados en la literatura, que componen la calidad de la atención de enfermería y cómo estos influyen en la satisfacción usuaria. Por otro lado, se desarrolla el marco conceptual de la investigación, el cual permite al lector tener una mejor comprensión de los diferentes términos claves usados en la investigación. Finalmente, se desarrolla la base legal relacionada al trabajo, práctica y otros temas relevantes en la profesión de enfermería.

El capítulo II corresponde al marco referencial. Este acápite permite contextualizar la investigación. Se describen los principales avances en los últimos cinco años realizados en esta línea de investigación. Y, posteriormente, se presentan datos y contenido relacionado a la oferta y demanda del personal Enfermería y Partería (EP) en el contexto del estudio.

El capítulo III desarrolla la metodología y el análisis de resultados de la investigación. El acápite detalla todo el proceso necesario para el levantamiento de datos y la evaluación de la satisfacción del paciente respecto a la atención de las enfermeras. Posteriormente, se analizan los datos y se obtienen los resultados que permiten identificar las deficiencias y fortalezas de la calidad de atención brindada por el personal de enfermería de Mediglobal S. A. Además, el procesamiento de datos logra corroborar la relación entre las variables de estudio: calidad de atención del personal de enfermería y satisfacción del paciente.

Por último, el capítulo IV presenta un plan estructurado con estrategias y acciones destinadas a corregir y mejorar las deficiencias encontradas en el acápite precedente y que pretenden elevar el grado de satisfacción de los pacientes de la institución objeto de estudio

Antecedentes

La PAHO (2010) sostiene que el personal de enfermería tiene un impacto significativo en la salud pública y permite lograr la meta de acceso universal a la salud y cobertura universal de salud. Así mismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) ha centrado su atención en realizar importantes avances respecto a la oferta de personal enfermería y partería en el contexto de las crecientes demandas de atención de alta calidad accesible y asequible, y la necesidad de un mejor acceso a la atención y cobertura universal. Así mismo, la OMS tiene por objetivo responder a esta necesidad urgente aliándose con la Asamblea Mundial de la Salud la cual aprobó recientemente varias resoluciones sobre el fortalecimiento de los servicios de EP.

Los antecedentes de la prestación de servicios de enfermería en América Latina se ven marcados por todo el proceso de construcción de la estructura económica en la región. De acuerdo al estudio de Verderese (1979) la evolución en la región se puede dividir en tres grandes etapas donde el avance en la práctica de enfermería siempre estuvo ligado al desarrollo hospitalario: (a) entre 1900 a 1930 caracterizada como un desarrollo hacia fuera donde la práctica de enfermería se veía como parte de la comunidad religiosa y solo como una función social; (b) entre 1930 a 1960 con un desarrollo hacia adentro, periodo en el que se afianza la enfermería como una competencia técnica; y (c) de 1960 hacia adelante con la implantación de un modelo capitalista donde la enfermería adquiere mayores grados de responsabilidad y aparecen las especializaciones en esta profesión. Su estudio durante la revisión de estas fases evidencia el papel clave de la enfermería como coordinadora principal de las acciones dirigidas a fortalecer la atención primaria de salud. Adicionalmente, Verderese pone en evidencia que no es hasta el año 50 cuando se llega a tener estadísticas del número de personal de enfermería en América Latina gracias a la PAHO, para aquel año existían apenas 6 245 enfermeras de las cuales más del 80% se encontraban trabajando en hospitales privados.

La autora logra demostrar, que tal como el desarrollo de otros sectores, la práctica en el campo de la salud y en especial de enfermería están ligados al proceso de producción económica histórica de la región latinoamericana.

Por otro lado, otro antecedente interesante de esta profesión es la evolución en sus sistemas de formación. Varios autores ponen su mirada sobre este proceso, entre ellos la misma Verderese (1979) expuso cómo en diferentes países comienzan apenas a aparecer las primeras escuelas y luego a instaurarse los institutos superiores. A esto, Sánchez (2015) denomina el paso de la enfermería de la profesionalización hacia el profesionalismo, el cual la autora lo califica como muy heterogéneo, con ensayo y errores, entre los países latinos. Así mismo, Manfredi (1990) explicó que entre este proceso heterogéneo, existió un grupo de instituciones formadoras que dieron origen a cambios trascendentales en el currículo de esta profesión que representaron nuevos enfoques con beneficios dirigidos a la salud de la población.

En la actualidad, aunque los avances son incuestionables, algunos datos todavía evidencian deficiencias en la región latinoamericana. Si bien las Américas concentran el 25% del total del personal de EP, aproximadamente 20 millones, más de la mitad (57%) de este personal está en Estados Unidos (PAHO, 2010). Esto da como resultado que diez de los 35 países americanos tengan un brecha en este tipo de personal sanitario; es decir, menos de 15 enfermeras por cada 10 000 habitantes. En Ecuador, la tasa de profesionales de enfermería a 2014 fue de 10.14 (Instituto Nacional de Estadísticas y Censo [INEC], 2014). Estos datos serían indicadores de que aún no puede afirmarse una transformación adecuada para la realidad social regional y revela la presencia de sistemas de salud incapaces de responder a las necesidades de la población (Sánchez, 2015).

Problema de Investigación

El desempeño del personal de enfermería es un factor clave en la seguridad y satisfacción del paciente. Si bien la mayoría de los profesionales sanitarios laboran en el sector público, el sector privado también representa una parte significativa en la oferta de la atención médica. De acuerdo al INEC (2014) a nivel nacional de los 742 establecimientos de salud con internación, el 75% corresponden a instituciones privadas. Esto evidencia que el sector de la salud es altamente competitivo a pesar de la oferta pública. De tal forma, los establecimientos médicos privados deben plantearse estrategias para enfrentar este entorno competitivo.

Diversos autores sugieren que la valoración de la satisfacción de los pacientes es un elemento crucial que puede ejercer un gran efecto en los beneficios y la gestión de los hospitales y de todos los elementos posibles relacionados el servicio de enfermería es un factor crucial para la satisfacción de los pacientes atendidos y hospitalizados (Shin & Park, 2018). Sin embargo, en el contexto de las clínicas privadas de Ecuador son pocas las instituciones que realizan evaluaciones de satisfacción en sus clientes. Mediglobal S. A. no cuenta con un sistema que le permita medir el grado de satisfacción de sus pacientes a nivel general y tampoco específico respecto a la atención brindado por su personal de enfermería. Así mismo, es importante resaltar que una amplia literatura respalda el hecho de que la satisfacción del paciente con la atención de enfermería es el predictor más importante de la satisfacción general con su atención hospitalaria (Sharma & Kamra, 2013).

La ausencia de un método de monitoreo del desempeño de este grupo profesional representa una deficiencia en cualquier institución. El personal de enfermería es el eje central en los procesos de asistencia sanitaria; tiene mayor cercanía con los pacientes, un rol relevante en la seguridad de los mismos y en la calidad asistencial; y son elementos vitales para minimizar los resultados desfavorables (Febré et al., 2018). Adicionalmente, en las

clínicas privadas la calidad y calidez con la que las enfermeras brindan su servicio permite fidelizar a los pacientes. En consecuencia, los pacientes altamente satisfechos son esenciales para la sostenibilidad de cualquier organización de atención médica, mientras los clientes insatisfechos probablemente no recomendarán la clínica a su red de familiares, amigos y asociados (Ellis-Jacobs, 2011; Shirley & Sanders, 2013).

Adicionalmente, el personal de enfermería tiene un impacto significativo sobre los costos y eficiencia de la gestión hospitalaria. En una institución médica privada, existen constantes presiones para contener los costos de atención médica y en muchos casos dirigen esfuerzos asociados para reducir los niveles de personal de enfermería (MacLeod, 2012). Sin embargo, una correcta gestión del personal de enfermería y su capacidad para garantizar eficiencia y satisfacción en la atención brindada puede ayudar a reducir costos mediante la reducción de estadías prolongadas y complicaciones; mejor coordinación y consolidación de un entorno laboral adecuado para la gestión eficiente (Needleman & Hassmiller, 2009).

Sin embargo, hay demasiadas limitaciones que permiten el correcto desempeño del personal como la falta de liderazgo, factores como el agotamiento y estrés sobre este personal, la poca atención de la gerencia sobre este equipo, entre otros, suponen una barrera para cumplir con las expectativas del paciente. Para que los niveles de satisfacción mejorados se incorporen realmente como una parte integral de los servicios de la organización de atención médica, debe haber un amplio reconocimiento de que el personal de enfermería es, de facto, el elemento central de este importante esfuerzo y que todos los niveles organizativos principales deben jugar roles proactivos en la creación del tipo de entorno adecuado para los profesionales de enfermería (MacLeod, 2012).

Formulación del Problema

¿Cuál es el efecto de la calidad de atención del personal de enfermería en la satisfacción del paciente en la clínica Mediglobal S. A.?

Justificación

El personal de enfermería tiene una especial importancia en la atención médica debido a que: (a) está en la primera línea de atención a la salud; (b) es clave para promover la salud y la prevención de enfermedades; (c) desarrolla actividades docentes en las escuelas, universidades y en los servicios de salud, en la capacitación al personal de salud y en la promoción y educación sanitaria; (d) genera nuevos conocimientos científicos que influyen en la práctica clínica de enfermería; (e) gestiona los servicios, programas de salud y cuidados de enfermería a los individuos, familia y comunicación (PAHO, 2010).

Por otro lado, la investigación pretende dar un aporte a nivel social al alinearse con los objetivos del Plan Nacional de Desarrollo 2017 – 2022, en el cual dentro de su primer objetivo establece como política esencial “garantizar el derecho a la salud, la educación y al cuidado integral durante el ciclo de vida, bajo criterios de accesibilidad, calidad y pertinencia territorial y cultural” (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo [Senplades], 2017, p. 58). Esto debido a que el presente estudio obtendrá resultados útiles, los cuales permiten establecer acciones de mejora adecuadas que podrán mejorar la calidad en la atención médica, dentro de la cual el trato brindado por el personal de enfermería es uno de los elementos más significativos.

Adicionalmente, aunque existen autores referenciales respecto al tema de calidad de atención, cuando se habla específicamente del papel del personal de enfermería, son menores los estudios realizados desde un enfoque cuantitativo. Además, en Ecuador no se ha registrado una investigación de alto impacto en este tema dirigido a los profesionales de enfermería. Así, este trabajo pretende aportar a esta línea de investigación dada también por el Sistema de Posgrado: satisfacción usuaria.

Por último, resulta pertinente señalar que en el camino de la investigación se logra enriquecer la formación profesional. En consecuencia, los conocimientos teóricos se

trasladarán al sitio de trabajo del investigador, podrán ser compartidos con el resto de personal de enfermería, quienes se beneficiarán de los resultados obtenidos y se sentirán motivados a mejorar sus perfiles de atención tomando en cuenta nuevos criterios. En este trabajo, se pretende evidenciar la importancia del trato al paciente en su satisfacción y a su vez demostrar que se puede conjugar la eficiencia con la calidad en la atención de enfermería. Además, los directivos de la clínica Mediglobal S.A. podrán concientizar el papel clave de su personal, el cual constituye la base de toda empresa privada. Los gerentes obtendrán información útil respecto a una correcta evaluación del desempeño de su personal de enfermería la cual servirá para la toma de decisiones respecto a temas de capacitación y mejora de sus condiciones laborales o clima laboral.

Preguntas de investigación

1. ¿Cómo se define la calidad de servicio y la práctica de enfermería en la teoría hospitalaria?
2. ¿Cuál es la metodología idónea para medir la calidad del servicio de enfermería mediante la percepción de los pacientes en la clínica MediGlobal?
3. ¿Cómo se encuentra el nivel de satisfacción actual de los pacientes de la clínica Mediglobal?
4. ¿Qué alternativas pueden fortalecer la calidad del servicio de enfermería y aumentar la satisfacción de los pacientes?

Objetivos de la investigación

Objetivo general

Determinar el efecto de la calidad en la atención en la satisfacción de los pacientes de Mediglobal S. A. respecto al personal de enfermería para el desarrollo de estrategias de mejora en las dimensiones de la atención de enfermería.

Objetivos específicos

1. Definir la teoría y conceptos asociados a la calidad de servicio de personal de enfermería y la satisfacción del paciente.
2. Identificar la metodología idónea para medir la calidad del servicio de enfermería y la satisfacción de los pacientes en Mediglobal S. A.
3. Diagnosticar el nivel de satisfacción actual de los pacientes y su relación con la atención del personal de enfermería a través de la aplicación de un modelo cuantitativo.
4. Proponer alternativas para fortalecer la calidad del servicio de enfermería y aumentar la satisfacción de los pacientes.

Hipotesis

La calidad en la atención del personal de enfermería tiene un efecto positivo sobre la satisfacción de los pacientes en la clínica Mediglobal S. A.

Variables de estudio

Variable independiente: Calidad de atención en enfermería

Variable dependiente: Satisfacción de los pacientes

Capítulo I

Marco Teórico – Conceptual

El presente acápite desarrolla la base teórica, conceptual y legal. Al reconocimiento de que la enfermería es una disciplina científica y a su vez una práctica permanente de servicios, este capítulo describe teorías esenciales respecto a la atención en enfermería y calidad de servicio. Así también, dentro de este marco resulta necesario ampliar la definición de varios términos relacionados al tema de investigación con el fin de facilitar la comprensión de las bases teóricas expuestas. Finalmente, se expone la base legal bajo la cual se rigen las actividades y práctica de enfermería.

Fundamentación teórica

Las teorías de enfermería han estimulado notablemente las perspectivas intelectuales, clínicas y de investigación de las enfermeras, que requieren que piensen sobre la naturaleza y el significado de la enfermería como disciplina y profesión (Leininger, 1988). Los beneficios de tener un cuerpo teórico definido en enfermería incluyen una mejor atención al paciente, un mejor estatus profesional para las enfermeras, una mejor comunicación entre las enfermeras y una guía para la investigación y la educación (Colley, 2003). De esta forma, muchos autores han revisado e identificado los elementos y bases epistemológicas del saber de enfermería. A su vez, toda esta investigación también ha alentado a las enfermeras a pasar del paradigma médico al paradigma específico de la enfermería.

En la revisión de la literatura se encontraron varias teorías que permiten explicar esta profesión que involucra elementos humanos y técnicos, entre ellas se revisó: (a) la teoría del desarrollo humano de Parse; (b) la teoría de la diversidad cultural del cuidado y universalidad de Leininger; y (c) la teoría del autocuidado de Orem. Por otro lado, resulta pertinente mencionar que el inicio del desarrollo de la base teórica en la disciplina de enfermería se la puede ubicar desde los enfoques propuestos por Florence Nightingale en 1946, quien

identificó tres conceptos principales en el papel de la enfermería: (a) el ser humano, (b) el ambiente, y (c) la salud; en base a ello, las teorías subsecuentes se centran y establecen en el campo de enfermería el concepto de proceso universal de salud humana.

Adicionalmente, la literatura permitió evidenciar que la teoría de enfermería es bastante amplia. De acuerdo a López et al. (2006) señalan que “los modelos y teorías de enfermería se dividen en: metaparadigmas, filosofías, modelos conceptuales, grandes teorías, teorías y teorías de nivel medio de mayor a menor nivel de abstracción” (p. 219). La Tabla 1 permite observar diferentes autores clasificados de acuerdo a lo señalado por López y sus colegas. Los autores que se revisarán en este capítulo corresponden solo a los denominados como grandes teorías y teorías: Parse, Leininger y Orem.

Tabla 1 *Clasificación de las Autoras de Teorías y Modelos de Enfermería*

Filosofías	Modelos conceptuales y grandes teorías	Teorías y teorías de nivel medio
Florence Nightingale	Dorothea E. Orem	Hildegard E. Peplau
Ernestine Wiedenbach	Myra Estrin Levine	Ida Jean Orlando
Virginia Henderson	Callista Roy	Joyce Travelbee
Faye Glenn Abdellah	Dorothy E. Johnson	Katharine Kolcaba
Lidia E. Hall	Martha E. Rogers	Helen C. Erickson
Jean Watson	Betty Neuman	E. Tomlin y MA Swain
Patricia Benner	Imogene King	Ramona T. Mercer
	N Roper, W Logan y A Tierney	Kathryn E. Barnard
		Madeleine Leininger
		Rosemarie Rizzo Parse
		Merle Mishel
		Margaret A. Newman
		Evelyn Adam
		Nola J. Pender

Adaptado de “Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial”, M. López, S. Santos, S. Varez, D. Abril, M. Rocabert, M. Ruiz, y N. Mañé, 2006, *Enfermería Clínica*, 16, p.220.

Teoría del desarrollo humano (Humanbecomig) de Parse

La evolución de la teoría del desarrollo humano, de acuerdo a su autora Parse (1997), parte de nueve suposiciones filosóficas (ver Tabla 2), que tratan básicamente tres términos centrales: “interpretación y comprensión de los significados; la sincronización de los ritmos con la persona y la movilización de la trascendencia y la movilización de trascendencia” (Rodero, Acebedo, Vives & Pérez, 2006, p. 45), estos ayudaron a la autora la especificación de tres principios de su teoría (ver Tabla 3).

Tabla 2 *Supuestos Filosóficos de Parse*

-
1. El humano está coexistiendo mientras contornea rítmicamente patrones con el universo.
 2. El humano es abierto, escoge libremente el significado de una situación, teniendo responsabilidad de sus decisiones
 3. El humano es unitario continuamente contorneando patrones de relación.
 4. El humano está multidimensionalmente trascendiendo con las posibilidades
 5. Llegar a ser es la salud humana unitaria viva.
 6. Llegar a ser es contornear rítmicamente el procesos humano - universo
 7. Llegar a ser son los patrones humanos de la relación de los valores prioritarios
 8. Llegar a ser es un proceso intersubjetivo de trascender con lo posible.
 9. Llegar a ser es una evolución humana unitaria
-

Adaptado de “The Human Becoming Theory: The Was, Is, and Will Be” por R. Parse, 1997, *Nursing Science Quarterly*, 10, p.32.

Aunque la teoría es bastante compleja, en su estudio reciente Vílchez, Paravic y Salazar (2013), explican cómo estos principios dentro del marco Humanbecoming permiten estructurar significados y tomar decisiones en las situaciones de salud y en específico en el contexto de personal de enfermería. Los autores explican que el desarrollo de la teoría inicia con el primer principio *Estructurar Significado*, cuando un paciente acude a un sistema de salud por consulta, y en la mayoría de los casos se le pide, debido a su condición de salud

actual, modificar su estilo de vida, en ese momento surge lo que se denomina *pacto – compromiso* entre el paciente y el profesional de enfermería. En esta etapa, Rodero et al. (2006) explican que el paciente procederá a incorporar e implementar dichas modificaciones dadas por el médico, tomando nuevas decisiones basadas en su realidad, y con el fin de que la enfermera no se sienta frustrada en cuanto a los resultados que obtiene.

Tabla 3 *Principios de Teoría Human Becoming*

Principio 1.	Estructurar significado multidimensionalmente es co crear una realidad a través del lenguaje de valor y proyección de imagen
Principio 2.	Configurar patrones de relación rítmicamente es vivir la paradoja de las experiencias humanas de revelación-ocultación, permitir-limitar y conexión-separación
Principio 3.	Co trascender con las posibilidades es dar poder a maneras únicas de originar un proceso de transformación

Adaptado de “The Human Becoming Theory: The Was, Is, and Will Be” por R. Parse, 1997, *Nursing Science Quarterly*, 10, p.33.

Posteriormente, se da el segundo principio que consiste en *configurar los patrones rítmicos* de relación con el universo humano, este se da cuando los profesionales de enfermería ayudan al paciente al desarrollo de sus posibilidades a partir de sus propias capacidades para que así obtengan sus propias soluciones, esto se da comúnmente con enfermedades crónicas (Vílchez et al., 2013). Así mismo, Rodero et al. (2006) explica que este proceso de configuración de patrones rítmicos es también el acompañamiento que brinda la enfermera durante la experimentación de diferentes emociones por las que pasa el paciente, como desánimo, estrés o tristeza.

Por último, el tercer principio: *co-trascender ilimitadamente* con las posibilidades se refiere a la inclusión en el plan de cuidados conjugando con las esperanzas y los proyectos personales del paciente (Rodero et al., 2006). Además, este principio se ejecuta cuando el

profesional enfermero ayuda al paciente a entender, imaginar y sentir, lo que significa modificar sus patrones de salud lo que conlleva también a cambiar la prioridad de sus valores (Vílchez et al., 2013). En su estudio con personas con Alzheimer, Rodero et al. (2006) encontró que uno de sus pacientes manifestó que tenía dos valores primordiales en la etapa de la enfermedad en la que se encontraba: la seguridad y la necesidad de tranquilidad en la convivencia con su mujer.

En conclusión, sirven de mucho las palabras de Vílchez et al. (2013) quienes explican de manera muy clara cómo la teoría de *Humanbecoming* resalta como razón principal del ser humano su interrelación directa con el entorno, con la calidad de vida y su salud. Los autores aclaran que la enfermería define su actuar en su ejercicio profesional, cuando entiende este proceso de descubrir significados de la experiencia humana de sus pacientes, cuando entienden el *estar con* como una experiencia relacional que reiteradamente aparece en el marco de esta teoría con la preposición de *co* en muchos de los términos utilizados.

Teoría de Cuidados Culturales: Teoría de la Diversidad y Universalidad

En la teoría de cuidados culturales desarrollado por Leinenger (1988) se enfatiza que la persona per se no es suficiente para explicar la enfermería, pues este enfoque falla en tomar en cuenta grupos, familias, instituciones sociales y culturales. La autora en su trabajo seminal expresa su enfoque dirigido no solo a la persona como un concepto individual sino que en su perspectiva Leinenger incluye grupos, colectividades e instituciones pues considera que dicho reconocimiento debe ser valioso para guiar a los profesionales de enfermería para mantener el estado de bienestar a un nivel familiar y más allá, cultural. De esta forma, su teoría sugiere que la enfermería debe establecer un diálogo transcultural con las diversas identidades y formas de medicina; es decir, establecer un diálogo en igualdad, sin renunciar a la riqueza y eficiencia de la enfermería y de la medicina occidental (Fornons, 2010).

En esta teoría, de acuerdo a Guzmán, González, Piña, Flores y Meléndez (2007), se identifica dos disciplinas esenciales para su construcción: la antropología y la sociología pues estos dos enfoques permiten visualizar al individuo en su contexto sociocultural. La Figura 1 explica cómo estas dos disciplinas permiten construir el fundamento teórico de Leininger.

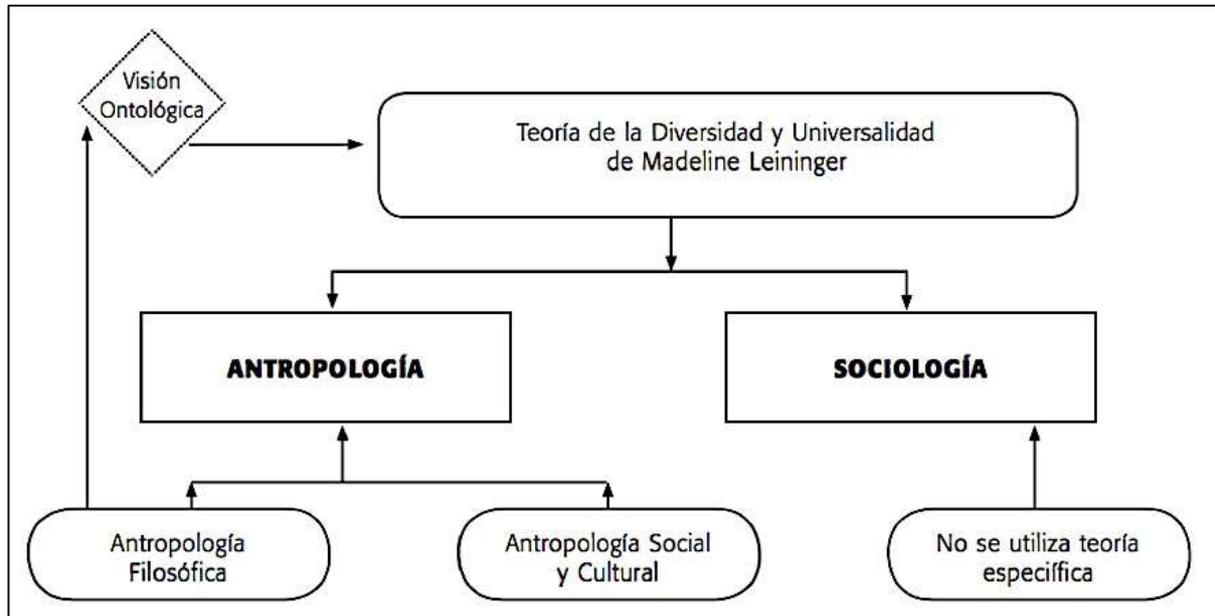


Figura 1 Sustento teórico de los cuidados culturales. Tomado de “Madeleine Leininger: un análisis de sus fundamentos teóricos.” Por O. A. Guzmán, M. I. González, M. A. Piña, A. S. Flores, A. S., y R. M. Meléndez, 2007, *Enfermería Universitaria*, 4, p. 27.

Al desarrollar la teoría, Leininger explicó que partió de un obstáculo importante para las enfermeras como es descubrir los significados, las prácticas y los factores que influyen en el cuidado cultural de la religión, la política, la economía, la cosmovisión, el medio ambiente, los valores culturales, la historia, el idioma, el género y otros. Para la autora, estos factores debían incluirse para una atención culturalmente competente. Las enfermeras con la teoría, descubrirán factores relacionados con el estrés cultural, el dolor, los prejuicios raciales e incluso actos destructivos como no terapéuticos para los clientes y debido a que las enfermeras son el grupo más grande de proveedores de atención médica, puede ocurrir una diferencia significativa en la atención de calidad y en la prevención de demandas legales (Leininger, 2002). En definitiva, los profesionales de enfermería deben ser capaces de establecer una mutua comprensión de la realidad cultural y de la diversidad humana (Fornons,

2010), argumento también expresado por Guzmán, et al. (2007) quienes manifestaron que dentro de la propuesta de Leinenger existe un elemento antropológico que permite “visualizar al hombre como un ser integral que vive dentro de una estructura social y cultural misma que determina el estado de bienestar / salud; él cual debe ser considerado por el profesional de Enfermería al proporcionar cuidados culturalmente congruentes” (p.29).

Teoría del autocuidado de Orem

Inicialmente, Orem (1971), al definir su Teoría del Autocuidado establece que un requisito para que la enfermería exista como tal se da cuando una persona experimenta una condición en la cual se puede determinar que su estado de salud está asociado a la ausencia de la capacidad de mantener continuamente su autocuidado y calidad de su cuidado personal. El cual, es necesario, en el sentido terapéutico, para mantener la vida; es decir, para recuperarse de una enfermedad o una lesión, o para hacer frente a sus efectos. Así, dentro de la teoría de Orem se describe el por qué y cómo este modelo está relacionado al autocuidado independiente de la misma persona, ya que el mismo individuo es integral y tiene la capacidad de reflexionar sobre su propio entorno.

La teoría de Orem, es una de la más recurrente en la literatura relacionada a la profesión de enfermería. Prado, González, Gómez y Borges (2014) explican que muchos autores plantean a este enfoque de autocuidado como “uno de los más validados en la práctica de enfermería por la amplia visión de la asistencia de salud en los diferentes contextos que se desempeña este profesional, ya que logra estructurar los sistemas de enfermería en relación con las necesidades de autocuidado” (p. 837).

La teoría propuesta por Orem se compone de tres sub teorías: (1) la teoría del auto cuidado; (2) la teoría del déficit del autocuidado; y (3) la teoría de los sistemas de enfermería (Acosta, 2011). La primera, *teoría del auto cuidado* establece los requisitos de autocuidado, el cual es definido como la actividad que el individuo necesita realizar para cuidar de sí mismo,

cuyos tres requisitos son: (a) requisito de autocuidado universal; (b) requisito de autocuidad del desarrollo; (c) requisito de autocuidado de desviación de la salud (Naranjo, Pacheco, Alejandro & Rodríguez, 2017). El modelo refleja la necesidad de obtener conocimientos, los cuales deben profundizarse hacia la práctica del autocuidado, los profesionales enfermeros corresponden a contribuir con la educación del autocuidado para que las personas mantengan una vida sana y a su vez puedan optar por prácticas favorables.

Por otro lado, la *teoría general del déficit de autocuidado* pone de relieve que si bien los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios en su entorno, hay situaciones en que la demanda total que se le hace a un individuo excede su capacidad de respuesta (Naranjo et al., 2017). En este punto, Orem hace un gran aporte referente al arte de cuidar, caracterizándolo a este como un acto consciente y responsable que implica “la escucha activa, capacidad empática, deseos de participar en la experiencia de los sentimientos de la persona, interés por conocer sus particularidades, con lo cual demuestra creatividad en el diseño de los cuidados” (Rodríguez, Cárdenas, Pacheco, Ramírez, Ferro & Alvarado, 2017, p. 195). Además, dicho acto permite crecer al enfermero como persona y como profesional (Orem, 1971). La autora Orem, concibe dos formas relativas al acto de cuidar: (a) como actividad práctica; y (b) como sensibilidad (Rodríguez et al., 2017).

Por último, Orem complementó su marco con la *teoría de los sistemas de enfermería*, en esta se plantea la existencia de tres tipos de sistema: (a) sistema parcialmente compensador, cuando el individuo presenta algunas necesidades de autocuidado por parte de la enfermera, pero el paciente puede realizar algunas acciones como cepillarse los dientes y alimentares, pero dependen de la enfermera como desplazarse hasta el baño, bañarse o vestirse ; (b) sistemas totalmente compensador, cuando el individuo no puede realizar ninguna actividad de autocuidado, estado de total dependencia; (c) sistema de apoyo educativo, cuando el individuo requiere orientación y enseñanza para llevar a cabo el autocuidado, la

enfermera ayuda al paciente con consejos, apoyo y enseñanzas de las medidas necesarias (Prado et al., 2014; Rodríguez et al., 2017).

Calidad de Atención en Enfermería

En la literatura referente a la calidad en atención médica uno de los autores comúnmente citado es Donabedian (1988) cuyo modelo conceptual de calidad de atención incluyó la satisfacción del paciente como un elemento fundamental de la calidad de la atención médica. Y, de todos los elementos posibles relacionados con satisfacción, el servicio de enfermería resulta un factor crucial, sobretodo de pacientes hospitalizados (Shin & Park, 2018). En consecuencia, la satisfacción del paciente es uno de los indicadores sensibles a la enfermería (Doran, 2011) y la calidad del servicio de enfermería depende funcionalmente de la percepción de los pacientes (Shin & Park, 2018).

Factores de atención de enfermería determinantes de satisfacción de los pacientes

Los determinantes de la satisfacción del paciente respecto a la atención brindada por el personal de enfermería pueden darse desde aspectos técnicos y aspectos afectivos (Flowers et al., 2016). Esto sugiere que entre las responsabilidades profesionales de las enfermeras necesarias se encuentran la capacidad de brindar atención con los comportamientos descritos como humanos, preservar la dignidad humana y demostrar integridad y relaciones positivas entre enfermeras y pacientes (Papastavrou, et al., 2012). Por tanto, entre los factores determinantes de la satisfacción se encuentran los procesos interpersonales tales como conductas, actitudes y comunicación, desarrollando así una relación recíproca íntima entre la enfermera y el paciente (Shin & Park, 2018). En definitiva, aparte de la provisión de atención técnica, las enfermeras también necesitan integrar las necesidades de atención básica y psicosocial de los pacientes.

Entre algunos factores que afectan la satisfacción del pacientes desde el área de enfermería se pueden incluir la relación con las enfermeras, la idoneidad de la enfermería, la

confianza en las enfermeras, la continuidad de la atención, las respuestas de las enfermeras a las necesidades de los pacientes y el tiempo que las enfermeras atienden a los pacientes (Shin & Park, 2018).

Así mismo, Grimley (2017) colocó como determinantes de la calidad de enfermería la vigilancia de enfermería, la sensibilización hacia el paciente, el enfoque de enfermería al trabajo, la compenetración, el comportamiento durante el cuidado, la capacidad de mantenerse un paso por delante, la suficiencia de tiempo, si las enfermeras están bien informadas y la seguridad clínica. Entre otros factores, Dorán (2011) expuso como elementos de satisfacción del paciente la prestación de atención efectiva y la participación de los pacientes en la toma de decisiones. Y, Sharma y Karma (2013) sostuvieron que la atención de enfermería también puede diferir entre hospitales públicos y privados.

En el estudio de Tang, Soong y Lim (2013), se planteó el modelo de interacción del comportamiento de salud del cliente, el cual consta de tres elementos principales: singularidad del cliente, interacción cliente-profesional y resultado de salud. En base a este modelo los autores determinaron que entre los determinantes de la satisfacción del paciente respecto a la atención de enfermería se encuentran variables sociodemográficas dentro del dominio de singularidad del cliente; y, apoyo afectivo, información de salud, el control de decisiones, y las competencias profesionales y técnicas de las enfermeras dentro del dominio de interacción cliente – profesional.

Por otro lado, MacLeod (2012) resaltó que el grado de influencia de la enfermería sobre los niveles de satisfacción del paciente se vuelve más evidente cuando se consideran los factores principales identificados como los factores predictivos clave de la satisfacción general como preocupación mostrada por el personal, el trato del personal brindador, si el personal transmite seguridad, si las enfermeras anticipan las necesidades del paciente, la comunicación efectiva del personal, entre otros.

Entre otros modelos, la investigación sobre la calidad del servicio de atención médica, incluida la atención de enfermería, se ha centrado también en el modelo de brechas entre las expectativas del paciente y las percepciones de la calidad del servicio. Para estos casos, algunos autores han utilizado como predictores de la satisfacción las conocidas dimensiones de las escalas Servqual y Servperf, entre ellos se puede citar los estudios de Li et al. (2015) y Papanikolaou y Zygiaris (2014). Este tipo de investigaciones sugieren que la calidad de atención no debe verse desde el ángulo de las enfermeras sino desde los pacientes, y la atención de enfermería debe satisfacer las necesidades y deseos de los pacientes.

Por último, la escala diseñada por Töyry y Vehviläinen-Julkunen (2001) establece el constructo del cuidado humano como predictor de la satisfacción del paciente. A su vez, este concepto define cinco dominios como potenciales predictores de la satisfacción: (a) mantenimiento de la privacidad y relaciones sociales del paciente; (b) el apoyo al crecimiento y desarrollo personal del paciente; (c) la apreciación de la vida emocional del paciente; (d) mantenimiento y promoción de la salud física del paciente; y (e) provisión de las condiciones necesarias para el cuidado humano.

Modelo de interacción del comportamiento de salud del cliente

En base a todos los predictores hallados en la literatura como predictores de la satisfacción del paciente respecto a la atención de enfermería, se presenta un modelo de evaluación de la satisfacción que permite condensar todos estos factores en un número más reducido de conceptos. El modelo denominado como Modelo de Interacción del Comportamiento de Salud del Cliente (MICSC) desarrollado por Cox (1982) permite analizar todos los factores que pueden conformar la calidad de la atención del enfermero durante el proceso de cuidado del paciente.

Así, este marco teórico fue el elegido para guiar y organizar los posibles factores de calidad de atención de enfermería asociados a la satisfacción del paciente. De acuerdo a Tang

et al. (2013) el modelo de interacción del comportamiento de salud del cliente consta de tres elementos principales que son: *singularidad del cliente*, *interacción cliente-profesional* y *resultado de salud*. El autor explica que *la singularidad del cliente* se entiende por las variables de fondo de los diferentes pacientes que consisten en variables que comprenden características demográficas, influencia social, experiencia previa en el cuidado de la salud y aspectos ambientales. Mientras, *la interacción cliente – profesional* tiene cuatro dominios que a su vez influirán en los *resultados de salud* de los pacientes, y este último concepto de resultados de salud es igual a la satisfacción global del paciente.

Este enfoque nace, de acuerdo a Cox (1982), porque en el campo de la enfermería no se había descrito en estudios previos la relación entre las necesidades del cliente y las intervenciones de enfermería, de hecho la intervención de enfermería no se habían investigado ni validado antes. Mathews, Secrest y Muirhead (2008) explican que Cox propuso que una vez que se valide el rol de enfermería en relación con el cliente, se logrará una atención centrada en el cliente y el método propuesto a través de su teoría fue (a) reconocer la individualidad del cliente para obtener resultados de salud positivos, (b) reconocer los conceptos que conforman la interacción cliente-profesional para obtener un resultado de salud, y (c) guiar el desarrollo de intervenciones de enfermería que se centren en el cliente y en la atención médica necesaria.

Marco Conceptual

Durante la revisión y construcción de la fundamentación teórica se recurrieron a diversos términos los cuales serán definidos a continuación con el fin de ampliar el entendimiento de las teorías y modelos expuestos. En primer lugar, es importante definir la profesión de *enfermería*, la cual de acuerdo a Prado et al. (2014) es

un servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto es proporcionar a las personas

y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales (p. 838).

Así también, la *enfermería* es definida por Naranjo et al. (2017) como aquella ciencia que “se ocupa en ayudar a las personas a satisfacer las necesidades básicas cuando no pueden hacerlo solas, por estar enfermas o por carecer del conocimiento, habilidad o motivación necesaria” (p. 90). Además, Castro y Simian (2018) detallan que “la enfermería es una profesión cuyo término viene del latín, *profesio* y es el que profesa un compromiso público ante la comunidad, de adherirse en forma inquebrantable a un proyecto vital, a un *vocatio*” (p. 301). Y, por otro lado, un sistema de enfermería es un sistema de acción creado y ejecutado por enfermeras; está dirigido hacia el déficit de autocuidado de los pacientes autocuidado actuales y legítimos de enfermería (Castañeda & Aguirre, 2012).

Por otro lado, el Comité de Enfermería establecido por la OMS en 1966 tomó nota con favor a la definición de enfermera que resultó de un estudio realizado por el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), manifestando que la *enfermera* es una persona que ha completado un programa de educación básica de enfermería y está calificada y autorizada en su país para proporcionar el servicio más responsable de enfermería para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y el cuidado de los enfermos (OMS, 2017).

La *investigación en enfermería* se define como el desarrollo de conocimiento sobre la salud y la promoción de la salud a lo largo de toda la vida, el cuidado de personas con problemas de salud y discapacidades, y acciones de enfermería para mejorar la capacidad de las personas para responder de manera efectiva a problemas de salud reales o potenciales (Philbrick, 1984).

Otro término bastante recurrente en la teoría de enfermería es el *cuidar*, lo cual se puede entender como

la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, continuos, seguros e integrales, en la atención en salud de las personas; que se sustentan en un conocimiento sólido que permite ofrecer, cuidados basados en la evidencia científica y demostrar su capacidad para cambiar de forma favorable el curso de la enfermedad o la mejora de las condiciones de salud de la población (Febré et al., 2018, p. 279).

Así también, el *autocuidado*, es de manera más específica “una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto es un sistema de acción” (Naranjo et al., 2017, p. 90).

Un concepto central en la investigación es la *calidad* que de acuerdo a Donabedian (1980, citado por Febré et al., 2018) se define como “la capacidad de alcanzar el mayor beneficio posible deseado, teniendo en cuenta los valores de los individuos y de las sociedades” (p. 280) o como “aquellas características que responden a las necesidades del cliente y la ausencia de deficiencias” (Borré & Vega, 2014, p. 82) .

La *satisfacción del paciente* se define como la reacción de un individuo a aspectos destacados de su atención hospitalaria, es una respuesta de actitud que ocurre cuando la evaluación cognitiva de los aspectos de la atención de un individuo cumple o supera sus estándares subjetivos personales y es un indicador crítico de resultados en la atención médica (Greenslade & Jimmieson, 2011). También, la satisfacción del paciente se considera una medida del estado de la interacción entre los profesionales de la salud y los usuarios del servicio (Ríos-Risquez & García-Izquierdo, 2016).

El presente estudio se basa en el Modelo de Interacción del Comportamiento de Salud del Cliente (MICSC) el cual se define como un modelo de enfermería diseñado para explicar las interacciones multifacéticas de las características de promoción o supresión de la salud

individual (Cox, 1982). En el modelo se tratan principalmente tres conceptos: (a) singularidad del cliente, (b) interacción cliente-profesional y (c) resultados de salud. La *singularidad del cliente* se refiere al conjunto de variables antecedentes generalmente estáticas como incluyen características demográficas, influencias sociales, experiencias previas de salud y recursos ambientales, y variables dinámicas que incluyen la reacción emocional del cliente a una situación de salud (afecto cognitivo), motivación y actitudes, conocimiento o creencias sobre la salud (evaluación cognitiva) (Graham, 2015).

Los otros dos componentes, interacción cliente-profesional es la medida en que un proveedor atiende y escucha a cada cliente o paciente como un individuo único (Graham, 2015) y resultados de salud se define como un estado de salud reflejado especialmente en el comportamiento del paciente (Cox, 2003).

Capítulo II

Marco Referencial

El presente acápite tiene el objetivo de contextualizar la investigación a través de la descripción de estudios y avances que se han realizado respecto a la calidad de atención de enfermería. Adicionalmente, realiza un análisis de la oferta sanitaria, sobretodo respecto al recurso humano de enfermería, en el contexto latinoamericano y en el país. Finalmente, se realiza una caracterización de la institución objeto de estudio: Mediglobal S.A.

Estudios recientes respecto a la calidad de atención de enfermería

Diversos autores respaldan el hecho de que el marco teórico siempre guía la práctica de enfermería y por ello existen un gran número de estudios actuales que han aportado al entendimiento de esta línea de investigación. Entre ellos, Irshab (2018) en su artículo destacó la aplicabilidad de la teoría de Dorothea Orem en un paciente psiquiátrico. El autor explica que Dorothea Orem definió al paciente enfermo como un déficit de autocuidado que tiene menos agencias (habilidades) y más demandas (universales, de desarrollo, relacionadas con la salud y terapéuticas) y dicho enfoque fue de gran utilidad en la práctica que resultó en un cambio drástico en la práctica y la recuperación temprana en un estudio de caso de un paciente psiquiátrico, en el cual se realizó una intervención bajo el esquema de la teoría de Orem.

Por otro lado, Goh, Ang, Chan, He y Vehviläinen-Julkunen (2016) en su estudio tuvieron como objetivo determinar la satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería durante la hospitalización. Como método se realizó un estudio descriptivo en un hospital terciario en Singapur y se recopilaron datos de 270 pacientes adultos que utilizaron la Escala Revisada de Cuidado Humano. Los pacientes estaban moderadamente satisfechos con el cuidado de enfermería. Hubo diferencias significativas en el nivel de satisfacción de los pacientes entre / entre los subgrupos sociodemográficos, incluidos el origen étnico, el género,

las razones de ingreso y las disciplinas. Los autores concluyen que sus resultados reforzaron la necesidad de prestar más atención a la provisión de información al paciente y la comunicación efectiva, lo que podría mejorar la satisfacción del paciente y que los pacientes multiétnicos valoraron el respeto como un atributo influyente en la atención de enfermería de calidad.

Así mismo, Shin y Park (2018) en su investigación establecieron como propósito examinar los efectos de las rondas intencionales de enfermería según el modelo de atención en la calidad de enfermería percibida por los pacientes y su satisfacción con los servicios de enfermería. El diseño del estudio fue un diseño no homogéneo del grupo de control antes y después de la prueba; así, los participantes fueron asignados al grupo de intervención o al grupo de control en dos salas de ortopedia de un hospital docente. La intervención intencional de redondeo de enfermería se desarrolló a través de un programa de desarrollo teórico que involucra seis principios básicos que son mantener la creencia, saber, estar, hacer, habilitar y el bienestar de los pacientes. Para evaluar los efectos de las rondas de enfermería intencionales, los datos se recopilaron a través de la Escala de Percepción de la Atención de Enfermería de Calidad y el Cuestionario de Satisfacción de los Pacientes con la Calidad de la Atención de Enfermería. Sus resultados sugieren que las rondas intencionales de enfermería basadas en el modelo de atención fueron efectivas para mejorar la percepción de la atención de enfermería de calidad y la satisfacción de los pacientes con la atención de enfermería. Se espera que las rondas de enfermería intencionadas estructuradas orientadas al paciente basadas en el modelo de atención se expandan a una variedad de entornos clínicos.

En Turquía, Kol, Arıkan, İlaslan, Akıncı y Koçak (2018) realizaron una investigación cuyo objetivo fue determinar los niveles de satisfacción del paciente como un indicador de calidad para la evaluación de la atención de enfermería en un hospital universitario en la Región del Mediterráneo en Turquía. Los autores plantearon un método estudio descriptivo y

la muestra del estudio consistió en 400 pacientes. Para la recopilación de datos, el estudio utilizó la Escala de satisfacción con la enfermería de Newcastle, que incluyó dos subescalas: (a) experiencia de atención de enfermería y (b) satisfacción con la atención de enfermería. Los principales resultados fueron que el puntaje promedio de la satisfacción con la atención de enfermería total fue de 62.08 y el promedio total de la experiencia en la atención de enfermería fue de 71.97. En específico, cuando se examinaron los ítems en ambas subescalas, los ítems de mayor satisfacción estuvieron relacionados a la habilidad y respeto por la privacidad por parte de las enfermeras. Los puntajes más bajos se otorgaron a los esfuerzos de las enfermeras para que los pacientes se sientan como en su casa y la forma en que la enfermera consoló a sus familiares y amigos. Los autores concluyeron que los pacientes requieren una atención más individualizada por parte de las enfermeras en lo que se refiere a educación, comunicación y comodidad.

Un estudio similar en Jamaica realizado por Buchanan, Dawkins y Lindo (2015) tuvo como objetivo determinar el nivel de satisfacción del paciente con la atención de enfermería en el departamento de emergencias de un hospital de enseñanza urbana. El estudio fue descriptivo de corte transversal utilizó una técnica de muestreo por conveniencia para reclutar a 142 pacientes que accedieron a cuidados de enfermería en las áreas de emergencia, los datos se recopilaron utilizando un cuestionario de 22 ítems adaptado del Cuestionario de Calidad del Paciente Satisfecho con Cuidados de Enfermería. Los resultados mostraron un puntaje promedio de satisfacción de 32.60 y la mayoría de los pacientes informaron que estaban muy satisfechos con la atención de enfermería. Los autores concluyeron que los pacientes se sintieron altamente satisfechos con el cuidado de la enfermería en el departamento de emergencia estudiado y que la educación del paciente, el estado de salud percibido y la empatía de la atención fueron factores predictivos de satisfacción.

En Colombia, Borré y Vega (2014) elaboraron un estudio cuyo objetivo fue determinar la calidad percibida de la atención de Enfermería por pacientes hospitalizados en una Institución de Servicios de Salud de Barranquilla. Se llevó a cabo un estudio descriptivo, de corte transversal, cuantitativo, en el que se encuestaron 158 pacientes a través de un cuestionario de calidad percibida, previo cumplimiento de criterios de inclusión. Los datos se mostraron que la calidad percibida de la atención de Enfermería fue caracterizada como mala en un 4%, como regular en un 17%, y buena en un 78% (Borré & Vega, 2014).

En Ecuador, Echeverría y Francisco (2017) desarrollaron un estudio en la provincia de Imbabura cuyo objetivo central fue determinar estrategias para la mejora de la calidad del cuidado enfermero en el área quirúrgica del hospital San Vicente de Paul en Ibarra. Los autores utilizaron como metodología un marco lógico que les permitió identificar los problemas tanto en el cuidado del enfermero como en su forma de planificación. Una vez estructurados los resultados en matrices e indicadores, los investigadores fueron capaces de diseñar cinco protocolos básicos para el cuidado enfermero y un plan de capacitación.

Avances en la provisión del recurso humano de enfermería

A nivel mundial, los profesionales de enfermería, representan el grupo ocupacional más grande de la fuerza de trabajo sector de la salud, aproximadamente el 70% del total, este conjunto sanitario entrega el mayor porcentaje de atención en todos los niveles del sistema de salud, y por ende representa la proporción más significativa de costos operativos en todas las instituciones sanitarias (Febré et al., 2018). En América Latina, Lange (2000, citado por Nájera & Castillo, 2012) explicó que la ocupación de enfermería representa entre el 50% al 60% de la fuerza laboral del sistema de salud, acumula la mayor proporción de los costos fijos en los presupuestos de salud y participa activamente en la oferta de cuidados directos e indirectos a personas, familias y a la comunidad latina. De hecho, se estima que el personal

enfermero puede llegar a representar el 25% de gastos operativos al año y alrededor del 40% de los costos directos (McCue, Mark & Harless, 2003).

Por otro lado, es necesario reconocer que el progreso que demanda adecuaciones importantes en la atención primaria de salud (APS) no ha ido de mano de “una formación adecuada de recursos humanos, ni de políticas de desarrollo y permanencia de estos profesionales en el sector” (Aguirre, 2016, p. 3). En América Latina se ha podido evidenciar una falta y desigual distribución de médicos y profesionales sanitarios, sobretodo el personal de enfermería se ve concentrado en las economías desarrolladas del continente, mientras la mayoría de países registran una tasa menor al 23 enfermeras por cada 10 000 sugerida por la OMS (ver Tabla 4).

Frente a dicha brecha de recursos humanos, el Consejo Directivo de la OPS aprobó una resolución, en 2014, que describía estrategias clave para avanzar hacia la salud universal (incluida la expansión de los servicios de salud) y que reafirmó la necesidad de contar con recursos humanos para la salud más amplios, de alta calidad y más integrales, para cumplir con los necesidades contextuales únicas de cada país y su población (Oldenburger et al., 2017). En esta resolución se incentiva a los estados miembros “a aumentar el personal sanitario capacitado para la APS, a brindar apoyo para mejorar el alcance de la práctica de cada profesión hasta su máximo potencial incluyendo los especialistas clínicos que no son médicos, que introduzcan nuevos perfiles profesionales y técnicos y fortalezcan los existentes en función del modelo de atención” (Organización Panamericana de la Salud, 2013 citado por Aguirre, 2016, p. 3). De tal forma, cualquier avance en el sector de la salud debe ir acompañado de recursos humanos adecuados; sin esto, los servicios de calidad, disponibles, accesibles y aceptables no son posibles (Vega & Frenz, 2015).

Tabla 4 *Tasa de Recursos Humanos Sanitarios en las Américas*

Región	Recursos humanos (10 000 hab)		
	Médicos	Enfermeras	Dentistas
Las Américas	20,7	50,6	5,1
América del Norte	25,9	110,9	6,2
Canadá	25	106,4	6,1
Estados Unidos de América	26	111,4	6,2
América Latina y el Caribe	17,6	14,3	4,3
América Latina	17,7	14,3	4,4
México	21,2	25,1	1
Istmo Centroamericano	11,5	8,9	2,5
Belice	11,5	11,1	0,4
Costa Rica	22,8	24,4	9,3
El Salvador	15,5	11,2	5,3
Guatemala	7,5	6	1,4
Honduras	10	3,8	0,3
Nicaragua	9	6,3	0,5
Panamá	16	13,6	3,1
Caribe Latino	32,6	34,9	5,5
Cuba	76,6	81,3	14,9
Guadalupe	26,4	61,2	4,3
Guayana Francesa	17,5	48,7	2
Haití	2,3	0,5	0,1
Martinica	26,2	81,7	4,3
Puerto Rico	22	65,9	4,3
República Dominicana	21,2	3,8	1,7
Área Andina	15,2	10,1	5,2
Bolivia (Estado Plurinacional)	8,9	5,1	0,8
Colombia	18,5	10,8	9,1
Ecuador	20,4	10,1	2,8
Perú	11,9	12,7	1,9
Venezuela (República Bolivariana)	13	8	
Brasil	15,1	7,1	5,5
Cono Sur			
Chile	21,5	22	10
Paraguay	15,8	14,6	7
Uruguay	47,9	18,9	14,5
Caribe No-Latino	14,2	21,3	1,6
Anguila	14	47	3
Bahamas		27,5	2,2
Barbados	21,9	44	2,5
Curazao	13,2		2,5
Dominica	17,7	50,9	2,9
Granada	7,6	43,9	2,1
Guyana	6,9	10,1	
Islas Caimán	54,6	73,2	7,9
Jamaica	9,6	11,4	0,3
Montserrat	9,8	67,5	7,8
Saint Kitts y Nevis	25,3	39,8	3,7
San Vicente y las Granadinas	9,5	22,9	1,7
Santa Lucía	12,9	30,3	1,3
Suriname	10,3	18,6	1
Trinidad y Tabago	26,7	35,1	3,6

Adaptado de “Indicadores Básicos. Situación de Salud en las Américas 2017” por PAHO, 2017, p. 13.

Por otro lado, resulta pertinente advertir que a pesar de los adelantos, en Latinoamérica aún la formación del licenciado no es homogénea entre los países. De acuerdo a Luengo y Sanhueza (2016) las causas de esta disimilitud pueden ser de diversas, a nivel sociocultural, política, económica, ya que cada país presenta un “desarrollo económico y cultural diverso, con necesidades específicas y realidades únicas, siendo necesario reconocer también la responsabilidad que les corresponde a los propios enfermeros docentes, que forman a los futuros profesionales” (p. 243). La Tabla 5 presenta las diferentes formas de niveles de formación en los países latinoamericanos.

Tabla 5 *Niveles de Formación de Enfermería en los Países de América Latina*

Países	Niveles de formación
Colombia, Chile, Ecuador, Panamá, Uruguay	Enfermero profesional Licenciado en enfermería Técnico nivel superior Auxiliar de enfermería
Bolivia, Argentina, Costa Rica, El Salvador, Guatemala, Honduras, Paraguay, Perú, República Dominicana, Venezuela	Licenciado enfermería Enfermeros, enfermero nivel técnico superior, enfermero nivel medio universitario, bachiller o diplomada en enfermería, enfermeras con grado de tecnóloga o técnica Auxiliares de enfermería, auxiliar comunitario, técnico medio en enfermería
Brasil, Cuba	Licenciado en enfermería Enfermero técnico, enfermero básico, técnicos medios Técnico en enfermería Auxiliar enfermería
Puerto Rico	Enfermera especialista Enfermera generalista Enfermera asociada Enfermera practica licenciada en enfermería
México	Enfermera especialista Licenciada en enfermería Enfermera técnica especializada Enfermera técnica Enfermera profesional
Nicaragua	Enfermera con maestría Enfermera con licenciatura Enfermera especialista o con posbásico Enfermera profesional o general Enfermera básica o técnico medio Técnica quirúrgica Auxiliar de enfermería

Adaptado de “Formación del licenciado en Enfermería en América Latina” por C. E. Luengo, y O. Sanhueza, 2016, *16*, p. 246.

De tal forma, el personal de enfermería es uno de los ejes más importantes para cubrir la demanda y necesidades sanitarias de las poblaciones y a su vez representa uno de los retos de gestión para las instituciones públicas y privadas de salud. A nivel general, en Latinoamérica uno de los desafíos que enfrentan los agentes de salud es que en la mayor parte de los países se está dando una transformación acelerada del perfil demográfico, con una nueva estructura predominante con grupos poblacionales en edad productiva y reproductiva pero a su vez con un grupo creciente en etapa de envejecimiento, con una esperanza de vida más prolongada y demandante de servicios para atender enfermedades crónicas y degenerativas (Nájera & Castrillón, 2012).

En este contexto, los recursos humanos han adquirido una especial relevancia en el campo de la salud que en la actualidad, a nivel mundial y en las Américas, atraviesan por una problemática resumida en tres aspectos: la distribución, la composición y competencias de la fuerza laboral en salud (Fuentes, Reynaldos, Martínez & Jerez, 2014). En consecuencia, “los sistemas sanitarios en todo el mundo están buscando estrategias, estructuras y formas de trabajar de manera más coste-efectiva para proporcionar los mejores cuidados enfermeros al paciente y su familia basados en la evidencia científica actual” (Barrio, 2014, p. 53).

Dado que el equipo de enfermería, exhibe el mayor involucramiento en los procesos de asistencia sanitaria y mayor cercanía con los pacientes, su rol es relevante en la seguridad de la atención médica y en la calidad asistencial, y a su vez, son agentes claves en la optimización de resultados claves de salud (Febré et al., 2018). Así, en varios países ha surgido hace años nuevos modelos de cuidados que permitieron potenciar las competencias del profesional enfermero, entre ellos el más relevante fue la especialización denominada como enfermería de práctica avanzada (EPA). Y, dentro de este enfoque de enfermería se derivan diferentes perfiles como a “la enfermera clínica especialista (*clinical nurse specialist*, CNS), la enfermera practicante (*nurse practitioner*), la enfermera matrona (*certified nurse-*

midwife) o la enfermera anestésista (*certified nurse anesthetist*)” (Barrio, 2014, p. 53). A pesar de ello, Cassiani, Lopez y Rosales (2016) explican que en América Latina hasta ahora, la EPA no ha sido implementada completamente aunque con el tiempo el impulso ha ido aumentando a lo largo de toda la región con cada vez mayor interés en diferentes países, tendencia que tomó fuerza después de la emisión de la resolución CD52/5 en el 2014 de la OPS/OMS: Estrategia para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud.

En América Latina y el Caribe, las comunidades rurales y remotas y otros grupos de población vulnerables luchan con el acceso limitado a los servicios básicos de salud. Esta brecha en el cuidado de la salud se ampliará a medida que aumenten los tamaños de la población y las enfermedades crónicas sean más prevalentes (PAHO, 2015). En este contexto, Atun et al. (2015) explican que resulta necesaria la expansión de la APS para atender las necesidades de salud de las poblaciones desatendidas y esto requerirá la capacitación adicional de recursos humanos de alta calidad para la salud. Y, la implementación efectiva de los roles de la EPA en la APS en América Latina y el Caribe podría ayudar a lograr los principios de la salud universal establecidos por la OMS. Sin embargo, si bien hay programas de posgrado en enfermería en algunos países de América Latina y el Caribe, la mayoría se centra en la investigación o la educación y no en la investigación práctica clínica avanzada (Oldenburger et al., 2017).

Caracterización de MediGlobal S. A.

Mediglobal fue constituida en abril de 2009 bajo la modalidad de Sociedad Anónima. Su matriz se encuentra ubicada en el norte de Guayaquil en la ciudadela Kennedy. La Tabla 6 presenta el objeto social y las denominaciones de las actividades de la empresa.

Posteriormente, la empresa, al notar la creciente urbanización de los sectores ubicados en vía a Daule, notó el mercado potencial que suponía toda la población que hasta la actualidad se sigue expandiendo por lo que su nueva sucursal se ubicó en Palmora Plaza: Av.

León Febres Cordero s/n (a 1km. de la Urb. La Joya). Finalmente, desde febrero de 2017 se encuentra disponible su tercera sucursal ubicada en el sector sur de la ciudad, en la Av. 25 de Julio, frente al Hospital Teodoro Maldonado Carbo.

Tabla 6 *Información General de Mediglobal S. A.*

Objeto social	Art. 3º.- Se dedicará a prestar todo tipo de servicios médicos como unidad médica especializada, entre los cuales están: exámenes de laboratorio, estudios anatómo-patológicos....etc.	
CIIU Operación principal	K6512.02	Servicios de seguro de medicina pre pagada.
CIIU Nivel 2	K65	Seguros, reaseguros y fondos de pensiones, excepto los planes de seguridad social de afiliación obligatoria.

Adaptado de Superintendencia de Compañías y seguros. Portal de información.

La empresa Mediglobal S. A. inicia sus actividades con el Doctor Hidalgo Maruri Roberto como Gerente General, especialista en oncología formado en la Universidad Autónoma de Barcelona; y, la Doctora Parra Paredes Nelly como presidenta ejecutiva. Actualmente, el presidente ejecutivo de la empresa es Juan Jose Garcia y el gerente general es Ruiz Donoso Fausto Oswaldo.

La idea para la creación de la empresa fue concebida por un grupo de reconocidos profesionales con el objetivo de brindar servicios médicos ambulatorios integrados en un solo lugar. En la actualidad, su capital está conformado por 69 socios a los cuales para la concertación del proyecto se sumó la aportación de la empresa LABAQ, Laboratorios Baquerizo S. A., empresa que pertenece a la familia Baquerizo Cornejo, familia que tenía ya antecedentes de dedicarse a la oferta de otro tipo de servicios médicos.

Mediglobal inicia sus actividades con 25 especialidades disponibles en su matriz. Posteriormente, incorporan dos especialidades más: ecografías e imágenes y la especialidad de oncología. Así mismo, la cirugía vascular y los servicios de rayos x los incorporan cuando abren su segunda sucursal en Palmora Plaza. La atención médica en oncología inicia cuando

abren su tercera sucursal en el Sur en 2017. Posteriormente, agregan la cirugía especializada en oncología en su matriz.

Es así que en la actualidad la empresa cuenta con más de ochenta especialistas y cubre 33 especialidades médicas. Además, entre sus servicios adicionales se encuentran: (1) diagnósticos por imagen; (2) servicios de cardiologías; (3) procedimientos endoscópicos; y (4) laboratorios clínicos. Por otro lado, las especialidades que ofrece no se encuentran disponibles en todas sus sucursales. Su matriz ubicada en la ciudadela Kennedy cuenta con las instalaciones más completas.

Los servicios de ecografía e imágenes, ginecología, gastroenterología, medicina clínica y pediatría se encuentran disponibles en todas sus sucursales y matriz. Por el contrario, existen especialidades que son exclusivas de la matriz o una sola sucursal. Este es el caso de cardiología pediátrica, cirugía oncológica, cirugía pediátrica, endocrinología y otras especialidades que se encuentran disponibles solo en la matriz. Así mismo, los servicios de rayos x y cirugía vascular solo son ofrecidas en la sucursal Palmora Plaza y la atención médica oncológica solo en la sucursal sur. Actualmente, las prácticas de cirugía plástica no forman parte de la oferta de servicios de Mediglobal.

Respecto a su situación financiera, Mediglobal S. A. para el año 2016 registró ventas de USD 2.685.533 y utilidades de USD 210.210, 04. Su posición en ventas del sector es 4 543. En base a su balance general, es observable que la empresa presenta problemas de solvencia, su capital de trabajo neto negativo releva que sus pasivos corrientes son mayores a sus activos corrientes. Otro rasgo importante a notar es el monto elevado de cuentas por cobrar. Este valor hace que la razón efectivo/pasivo corriente sea de apenas 0.12.

Un aspecto positivo de Mediglobal es que registra una alta autonomía financiera. La empresa en la actualidad no presenta montos importantes de deuda a largo plazo. De hecho la mayor parte de sus activos está sustentado con su patrimonio, aproximadamente el 70%,

apenas el 30% restante proviene de los pasivos. Por otro lado, su ratio de endeudamiento revela que Mediglobal tiene una alta autonomía financiera. A pesar de ello, cabe mencionar que más del 90% de sus pasivos corresponden a pasivos de corto plazo.

Tabla 7 *Especialidades Disponibles de acuerdo a Sucursal de Mediglobal S. A.*

Especialidad	Matriz Kennedy	Sucursal Sur	Sucursal Palmora Plaza
Alergología	X		X
Cardiología	X	X	
Cardiología pediátrica	X		
Cirugía general	X		X
Cirug. Gnral oncológico	X		
Cirugía pediátrica	X		
Cirugía plástica			
Cirugía vascular			X
Dermatología	X	X	
Ecografía e imágenes	X	X	X
Endocrinología	X		
Fisiatría y rehabilit.	X		
Flebología	X		
Gastroenterología	X	X	X
Ginecología	X	X	X
Hematología	X		
Mastología	X		
Medicina clínica	X	X	X
Medicina crítica	X		
Neumología	X	X	
Neurología	X		
Nutriología	X		
Oftalmología	X		
Oncología clínica		X	
Otorrino	X		X
Pediatría	X	X	X
Proctología	X		
Psicología	X		
Rayos x			X
Traumatología	X		X
Urología	X	X	

Adaptado de <http://www.mediglobal.com.ec/especialidades/>

Marco Legal

En Ecuador, la autoridad competente y rectora del sistema sanitario nacional es el Ministerio de Salud Pública (MSP). Por ende, corresponde a esta autoridad monitorear constantemente todos los aspectos en relación a la oferta y demanda de los recursos humanos sanitarios, analizando de forma adecuada las necesidades de la población nacional por zonas, provincias y cantones. Su gestión, debe resultar útil para las instituciones educativas de los perfiles sanitarios, las cuales deben estructurar sus programas de capacitación y formación de acuerdo a las demandas reales de la población.

Además, los requisitos necesarios para la construcción de los perfiles de los profesionales de la salud son regulados por la Ley de Educación Superior. Y, el Sistema Nacional de Evaluación y Acreditación de la Educación Superior, “integra la autoevaluación institucional, la evaluación externa y la acreditación al que deben incorporarse en forma obligatoria las universidades, las escuelas politécnicas y los institutos superiores técnicos y tecnológicos del país” (PAHO, 2017, p. 111).

Así mismo, la Ley de Ejercicio Profesional de las Enfermeras y Enfermeros del Ecuador (1998), de acuerdo a su artículo primero, es aquella que “ampara y garantiza el ejercicio profesional de quienes hayan obtenido el título de Enfermera o Enfermero, conferido por las universidades del país legalmente constituidas y de quienes habiéndolo obtenido en el exterior lo revalidaren de conformidad con la Ley”. Así mismo, la Ley Orgánica de la Salud (2006) entre sus artículos 193 al 200 establece los requisitos necesarios para ser un profesional sanitario en el país, en su artículo 193 se manifiesta que son profesiones de la salud “aquellas cuya formación universitaria de tercer o cuarto nivel está dirigida específica y fundamentalmente a dotar a los profesionales de conocimientos, técnicas y prácticas, relacionadas con la salud individual y colectiva y al control de sus factores condicionantes”. Y, a forma de resumen, del resto de artículos que sustentan el perfil del profesional sanitario

se para ejercer, se requiere

haber obtenido título universitario de tercer nivel, conferido por una de las universidades establecidas y reconocidas legalmente en el país, o por una del exterior, revalidado y refrendado. En uno y otro caso el título debe estar registrado ante el CONESUP y por la autoridad sanitaria nacional (PAHO, 2017, p. 112).

Por otro lado, la la Ley de Ejercicio Profesional de las Enfermeras y Enfermeros del Ecuador (1998), en su artículo 7 establece las competencias de los profesionales como

- a) Ejercer funciones asistenciales, administrativas, de investigación y docencia en las áreas de especialización y aquellas conexas a su campo profesional;
- b) Participar en la formulación e implementación de las políticas de salud y enfermería;
- c) Dirigir los departamentos y servicios de enfermería a nivel nacional, regional, provincial y local;
- d) Dirigir las facultades y escuelas de enfermería y ejercer la docencia en las mismas, conforme a la ley y el respectivo reglamento, a fin de formar los recursos humanos necesarios;
- e) Dar atención dentro de su competencia profesional a toda la población sin discriminación alguno;
- f) Realizar o participar en investigaciones que propendan al desarrollo profesional o que coadyuven en la solución de problemas prioritarios de salud; y,
- g) Dar educación para la salud al paciente, la familia y la comunidad.

Y, en el artículo 13 del mismo cuerpo legal se señala que

son obligaciones de las enfermeras y enfermeros amparados por la presente Ley, las siguientes:

- a) Ejercer su profesión aplicando los principios éticos, morales y de respeto a los

derechos humanos del paciente;

b) Brindar cuidado directo de enfermería a los pacientes y usuarios, garantizando una atención personalizada y de calidad;

c) Dar estricto cumplimiento a las prescripciones y tratamientos indicados por el médico;

d) Las enfermeras y enfermeros están obligados a prestar sus servicios de manera extraordinaria en casos de catástrofes, emergencias, guerras y otras situaciones de gravedad que afecten al país; y,

e) Las demás que les asigne esta Ley y su Reglamento (Ley de Ejercicio Profesional de las Enfermeras y Enfermeros del Ecuador, 1998, parr. 35).

Capítulo III

Marco Metodológico y Análisis de Resultados

El presente capítulo corresponde al desarrollo de lo planteado en los objetivos de investigación referentes a la identificación de los métodos adecuados para la evaluación de los niveles de satisfacción de los pacientes respecto a la calidad de atención brindada por las enfermeras del centro médico MediGlobal. Tras la revisión teórica y de literatura se pudo determinar que dentro del servicio de enfermería, la calidad también toma una forma multidimensional; es decir, existen varios aspectos que el paciente percibe y evalúa durante su consulta. A pesar de ello, dichos conceptos asociados a la atención de la enfermera son susceptibles a medir, tal y como se revisó en la literatura.

En consecuencia, a continuación se presenta cómo se llevará dichos procesos de medición y qué métodos son los adecuados para determinar la relación entre calidad y satisfacción del paciente respecto a la atención de enfermería. Una vez desarrollada esta parte, el lector podrá observar los resultados obtenidos a través de dicha metodología aplicada.

Enfoque de la investigación

Los estudios referenciales más cercanos al tema del estudio evidenciaron que un gran número de autores recurren a la medición cuantitativa de los conceptos de satisfacción y calidad. Por ende, este estudio también tomó como enfoque adecuado a utilizar el cuantitativo. Este enfoque se caracteriza por su rigurosidad y sistematización (Hernández, Fernández & Sampieri, 2014), lo que lo hace ideal para investigaciones que requieren presentar resultados esquematizados y obtener conclusiones concretas para la toma de decisiones, en esta caso para el desarrollo de una propuesta de mejoras.

Entre otras características particulares del enfoque cuantitativo se puede mencionar que siempre pone su atención en la representatividad de la información con el fin de poder generalizar, hacen uso de la medición con el objetivo de realizar comparación de poblaciones,

es relevante la predicción y la explicación e inician a partir de hipótesis que intentan comprobarlas (Bar, 2010). En el presente estudio, es evidente la vinculación con estos rasgos de investigación ya que efectivamente se pondrá un foco sobre los datos e información recolectada, se requerirá representatividad en los datos recolectados para generalizar los resultados en el contexto de la clínica Mediglobal, se comparará los niveles de satisfacción entre poblaciones, y se planteó hipótesis de estudio, la cual fue

H₁: La calidad en la atención del personal de enfermería tiene un efecto positivo sobre la satisfacción de los pacientes en la clínica Mediglobal S. A.

Alcance de la investigación

Dado que la investigación parte de una hipótesis de relación entre dos variables: satisfacción y calidad de atención de enfermería, el estudio requiere al menos el desarrollo de un alcance correlativo de investigación. En consecuencia, de acuerdo a lo sugerido por Hernández et al. (2014), es necesario no eludir el alcance descriptivo antes del establecimiento de la correlación entre las variables de estudio. Por ende, la investigación parte del tipo descriptivo con el afán de detallar las características de los sujetos encuestados, conocer su sociodemografía y posteriormente evaluar en forma cuantitativa sus niveles de satisfacción.

Una vez desarrollado la parte descriptiva, se procede a identificar los métodos adecuadas para la comprobación de la relación entre las variables. Este tipo de investigación pretende examinar si los cambios variables están relacionados a los cambios en otras variables y además analizan la dirección, la magnitud y la fuerza de dichas asociaciones, por ello los resultados obtenidos brindan los medios para comprobar la hipótesis planteada (Sousa, Driessnack & Costa, 2007).

Diseño de la investigación

El diseño de la investigación se vincula de forma muy cercana al alcance de la misma. En general, los estudios descriptivos y correlativos se desarrollan bajo el conocido diseño transversal no experimental. En este punto, se puede encauzar la investigación dentro de un diseño bien definido como transversal descriptivo y correlacional, el cual de acuerdo a Sousa et al. (2007) “describen variables y las relaciones que se dan de forma natural entre las mismas” (p. 3). Adicionalmente, un diseño transversal refiere al hecho de que los datos recolectados corresponden a un solo tiempo y se los realizan una sola vez; y, no experimental corresponde a aquellos estudios donde las variables de estudio no son manipuladas en ninguna fase de la investigación (Hernández et al., 2014).

Instrumento de recolección de datos

Bajo el enfoque cuantitativo las posibles opciones para la medición están los datos de corte transversal o longitudinales. Este aspecto deriva directamente de la selección del diseño, por lo que los datos cuantitativos utilizados serán transversales. Entre los datos transeverales, existen diferentes formas y fuentes para su recolección, las cuales pueden ser categorizadas en dos: primarias y secundarias. Para este estudio, la medición de la satisfacción de los pacientes serán llevada a cabo en todos los casos mediante fuentes primarias, las “contienen información original de primera mano” (Torres, 2011, p. 147), y específicamente el instrumento corresponde a un cuestionario validado.

El cuestionario fue adaptado de un estudio precedente, y persigue la misma estructura presentada por Tang et al. (2013), el instrumento se denomina Escala de Satisfacción del Paciente con la Atención de Enfermería (PSNCS, por sus siglas en inglés). PSNCS consta de dos secciones: (a) primera sección incluye información demográfica como edad, sexo, nivel educativo, estado civil, situación laboral, hospitalización previa y duración de la hospitalización; (b) segunda sección consta de la escala PSNCS, la cual se ha

desarrollado basándose en el Modelo de interacción del comportamiento de salud del cliente, que consta de 20 elementos en un formato de escala Likert de 4 puntos (1 = Totalmente en desacuerdo, 2 = En desacuerdo, 3 = Ni en desacuerdo ni de acuerdo, 4 = De acuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo). El cuestionario se dividió en cuatro dominios según el Modelo de interacción del comportamiento de salud del cliente: información de salud, apoyo afectivo, control decisional y competencias profesional-técnicas (ver Tabla 8). El cuestionario en su forma original se encuentra en idioma inglés por lo que posteriormente se tradujo al español. En su estudio Tang et al. (2017) reportaron un coeficiente alfa de Cronbach de .85 por lo que se lo considera consistente internamente y apto para ser aplicado en otros contextos y obtener resultados replicables. El modelo de cuestionario se encuentra en el Apéndice A.

Los valores de las variables o dimensiones de los elementos de calidad: información de salud, apoyo afectivo, control decisional y competencias técnica – profesionales, fueron calculados como el promedio de sus ítems correspondientes. Las ecuaciones (1), (2), (3) y (4) presentan la forma de su cálculo.

$$\text{Información de salud} = \frac{\text{ítem5} + \text{ítem10} + \text{ítem12} + \text{ítem16} + \text{ítem17}}{5} \quad (1)$$

$$\text{Apoyo afectivo} = \frac{\text{ítem1} + \text{ítem2} + \text{ítem3} + \text{ítem4} + \text{ítem13} + \text{ítem14}}{6} \quad (2)$$

$$\text{Control decisional} = \frac{\text{ítem7} + \text{ítem8} + \text{ítem15} + \text{ítem18} + \text{ítem19}}{5} \quad (3)$$

$$\text{Competencias técnico – profesional} = \frac{\text{ítem6} + \text{ítem9} + \text{ítem11}}{3} \quad (4)$$

Tabla 8 Operacionalización de Variables

Variable	Dimensiones	Definición conceptual	Tipo de medida	Ítem	Autor
Variables antecedentes: sociodemografía	Edad	Las variables antecedentes incluyen las características socio demográficas del cliente, su grupo social, sus experiencias de servicio de salud pasadas, las cuales interactúan de manera simultánea y producen un comportamiento de salud específico.	Continua - discreta	2	Cox (1992)
	Género		Nominal	1	
	Nivel educativo		Nominal	3	
	Estado civil		Nominal	4	
	Situación ocupacional		Nominal	5	
	Hospitalización previa		Nominal	6	
	Días de hospitalización		Continua - discreta	6	
Elementos de calidad en la interacción profesional - paciente	Información de salud	Información compartida con el paciente respecto a su estado de salud y tratamiento	Escala PSNC Ordinal. (1 = muy en desacuerdo, 2 =en desacuerdo, 3 = de acuerdo, 4 = muy de acuerdo).	5, 10, 12, 16, 17	Cox (1992)
	Apoyo afectivo	Atención recibida a nivel emocional		1, 2, 3, 4, 13,14	
	Control decisional	Expectativas del paciente respecto al poder que tiene en la participación de decisiones que lo lleven a efectos deseables en su salud dado el tratamiento		7, 8, 15, 18, 19	
	Competencias profesional-técnicas	Habilidades técnicas del profesional en enfermería como toma de signos vitales, monitoreo, provisión de medicamentos, entre otras.		6, 9, 11	
Satisfacción del paciente	Una sola dimensión	Opinión de los pacientes sobre la atención recibida por el personal de enfermería durante su hospitalización	Escala marca grado de satisfacción en un rango del 1 al 10	7	Tang et al. (2017)

Población y muestra

La población para el estudio quedó conformada por el número de pacientes que asisten a la clínica MediGlobal en la matriz ubicada en Kennedy Norte, en la ciudad de Guayaquil. La evaluación se llevará a cabo solo en esta clínica en todas sus áreas. Dado que el estudio es de tipo de transversal, se eligió capturar a la población atendida en la clínica, considerando un lapso de tiempo de un año. En base a los registros de Mediglobal, un número aproximado para la población objeto de estudio se da de acuerdo a las estadísticas de la clínica que registra el número de pacientes atendidos mensualmente, dando un promedio mensual de 200 pacientes y un aproximado anual de 2 400 usuarios.

Se tomó como criterios la edad del paciente entre 18 a 50 años, su consentimiento a participar, individuos que se encuentra física y mentalmente capaces para responder al cuestionario, individuos que van a recibir la atención médica en la clínica, no se incluyó a sus acompañantes.

Al disponer de una población finita, el diseño del muestreo fue de tipo aleatorio simple. Este tipo de muestra se utiliza cuando se quiere que todos los individuos tengan la misma posibilidad de ser elegidos para participar en el estudio. Esto significa que “la probabilidad de selección de un sujeto a estudio es independiente de la probabilidad que tienen el resto de los sujetos que integran forman parte de la población” (Otzen & Manterola, 2017, p. 230). Para el cálculo de la muestra se utiliza la fórmula:

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

Donde N representa el tamaño de la población que en este caso es de 2 400, Z el estadístico derivado del nivel de confianza elegido que en este caso fue del 99%, p la posibilidad de ser elegido que en este caso fue de 0.95, q la posibilidad de no ser elegido el

cual corresponde a la resta $1-q = 0.05$, y e el error tolerable el cual fue de 5%. Con esta información se obtuvo:

$$n = \frac{2400 * 2.57^2 * 0.95 * 0.05}{0.05^2 * (2400 - 1) + 2.57^2 * 0.95 * 0.05}$$

$$n = \frac{756.38}{6.31} = 119.81$$

Así, en base al cálculo se obtuvo una muestra de 120 individuos los cuales fueron encuestados. Sin embargo, luego de realizar el muestreo se obtuvo un total válido de 110 participantes pues se eliminaron cuestionarios vacíos y con errores. Dicha cantidad es suficiente al nivel de confianza del 95% y cantidad y además se encontró otros estudios como el de Tang et al. (2017) indexado en revista de alto impacto, utilizó una muestra de 100 individuos, en el mismo contexto de una clínica privada.

Procedimiento de recolección de datos

Una vez adaptado y revisado el instrumento de recolección de datos y seleccionado el tipo de muestro conveniente, se procedió a realizar una primera prueba piloto la cual fue llevada a cabo con 10 individuos con la intención de registrar el tiempo requerido para llenar el cuestionario y si los encuestados entendían con claridad todos los ítems. Esta primera demostró que ninguna de las preguntas planteadas eran confusas para los encuestados y se registró un tiempo promedio para finalizar el cuestionario de 12 minutos.

La prueba piloto fue llevada a cabo durante la última semana del mes de noviembre del 2018 y el levantamiento de datos oficial iniciación en diciembre del mismo año con una duración de 3 semanas. El proceso incluía preguntar al paciente si aceptaba participar en el

estudio, explicándole que las respuestas son totalmente anónimas y que los datos serían analizados de forma colectiva y confidencial.

Durante la primera semana de enero se obtuvo el total de encuestas requeridas, las cuales fueron revisadas una por una, con el fin de verificar que todas las preguntas hayan sido llenadas y eliminar aquellos casos donde la información no parezca veraz. Este proceso hizo que de los 120 cuestionarios obtenidos, la cifra se reduzca a 110, obteniéndose un ratio de respuesta de 92%. Las encuestas consideradas como válidas fueron enumeradas y luego tabuladas en Excel y luego codificadas para adaptar los datos al programa estadístico SPSS V. 21 donde se realizaron los análisis pertinentes.

Herramientas procesamiento de datos

Para el proceso de procesamiento de datos se utilizaron dos herramientas básicas: Excel y SPSS V.22. El programa Excel se utilizó en primera instancia para la tabulación de los datos en bruto, además en este se realizó parte de la depuración de los datos eliminando aquellas encuestas que aún después del primer filtro, tenían ítems sin ser llenados. Por otro lado, Excel se utilizó también para la elaboración de las figuras y tablas, ya que los resultados arrojados en el programa estadísticos SPSS, en la mayoría de los casos necesitan ser adaptados y resumidos. Además, se consideró que la elaboración de gráficos es más práctica en Excel que en SPSS.

Por el contrario, SPSS se utilizó exclusivamente para la obtención de resultados estadísticos. Las tablas arrojadas por el programa no fueron copiadas de manera exacta, estas fueron editadas. SPSS resulta más eficaz para obtener tablas de frecuencia, medidas de tendencia central y el cálculo de correlaciones entre las variables.

Técnicas de análisis de datos

Las técnicas de análisis de datos utilizadas se basan en análisis descriptivos y correlacionales. Entre las técnicas descriptivas se utilizan medidas de tendencia central como

la media, medidas de dispersión como desviación y tablas de frecuencias que presentan la frecuencia absoluta y relativa. Estas técnicas fueron utilizadas para categorizar a la muestra de acuerdo a sus características sociodemográficas y para presentar los niveles de satisfacción de los pacientes.

Por otro lado, se utilizaron técnicas para establecer asociaciones entre las variables sociodemográficas y los niveles de satisfacción. En este punto, se utilizó la prueba de comparación de medias t. Esta prueba consiste en comparar “las medias de dos grupos independientes A y B, entonces es posible confiar en términos probabilísticos que las diferencias no ocurrieron por error de muestreo” (Merino & Willson, 2013, p. 244). Es decir, en el estudio se comparó si las medias son distintas entre un grupo A (mujeres) con un grupo B (hombres).

Finalmente, para la comprobación de la hipótesis planteada en el estudio se utilizó el coeficiente de correlación rho de Spearman. Este coeficiente permite establecer si la asociación entre dos variables es fuerte y significativa. Rho de Spearman, de acuerdo a Martínez, Tuya, Martínez, Pérez y Cánovas (2009), es recomendable usarlo con valores extremos, este mide el grado de asociación entre dos variables pero no permite determinar el nivel de concordancia de la relación, dado que este índice no considera unidades de medidas pues en general se utiliza con escalas de tipo ordinal o nominal, cualitativas. En conclusión este coeficiente permite observar si existe una relación importante entre la satisfacción del paciente y la calidad de atención de enfermería, pero no permite observar cómo varía la satisfacción conforme la calidad mejora.

Resultados

La segunda parte de este capítulo corresponde al desarrollo de los resultados obtenidos a través de la ejecución de la metodología planteada, los cuales permitirán el alcance del objetivo tres de la investigación y responder a la tercera pregunta relacionada a cuál es el nivel de satisfacción de los pacientes en Mediglobal respecto a la atención recibida por parte del personal de enfermería. Sin embargo, en primera instancia se revisan las características socio demográficas de la muestra, con el fin que el lector conozca los rasgos generales de los pacientes atendidos en la clínica objeto de estudio.

Variables antecedentes

Las variables antecedentes, de acuerdo a la literatura revisada y esquematizada en la operacionalización de variables, corresponden a: (a) perfil socio demográfica y (b) experiencia pasadas de salud. A continuación se describen los indicadores recogidos para estas dos macro variables que componen el concepto de variables antecedentes descrita en los estudios revisados.

Perfil sociodemográfico

Las características socio demográficas recogidas fueron consideradas de acuerdo a lo planteado por los estudios precedentes. En la literatura, estos ítems corresponden a la evaluación de los antecedentes del individuo, los cuales también pueden tener un grado de influencia sobre su nivel de satisfacción y percepción del servicio recibido. De tal forma, resulta necesario caracterizar a la muestra de acuerdo a estos parámetros.

En primer lugar, los resultados mostraron que la muestra quedó constituida por una mayoría de participantes de género femenino ($n = 67$). De hecho, más del 60% de la muestra quedó conformada por mujeres (ver Figura 2).

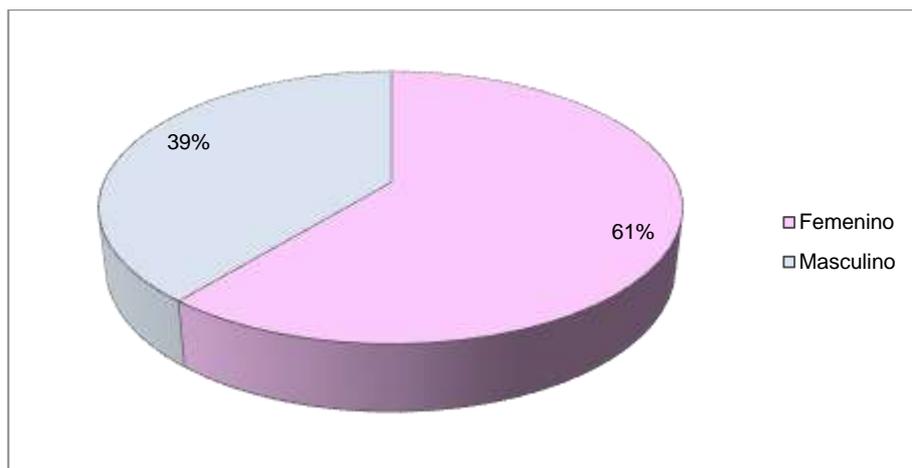


Figura 2. Porcentaje de participantes de acuerdo a género

Tabla 9 Número y Porcentaje de la Muestra de acuerdo a Género

Género	n	%
Femenino	67	60,9
Masculino	43	39,1

Por otro lado, la edad promedio de la muestra fue de 33,38 años de edad con un desviación estándar de 10,65, un mínimo de 18 años y un máximo de 62. De acuerdo a la Figura 3 se puede observar que la mayor parte de los encuestados registra edades entre los 20 a 30 años de edad.

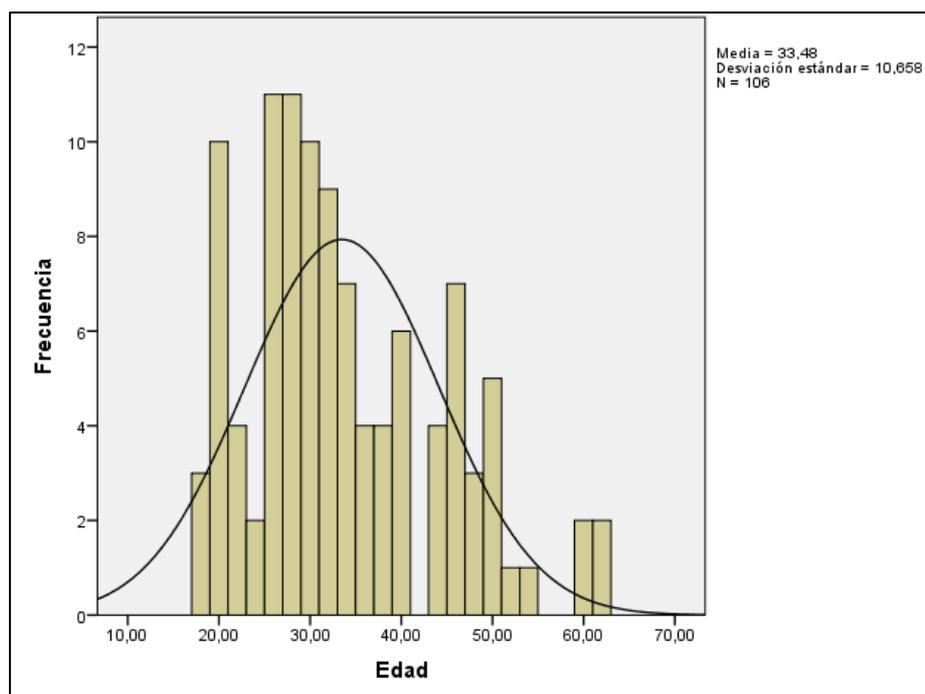


Figura 3 Histograma para la distribución de la edad de los encuestados

La mayoría de los encuestados reportaron un nivel educativo de universidad (n = 70), seguido de aquellos con secundaria completa (n = 37) y un mínimo porcentaje reportó una escolaridad de primaria (n = 1) y de posgrado (n = 2) (ver Figura 4).

Tabla 10 Número y Porcentaje de la Muestra de acuerdo a Género

Nivel educativo	n	%
Primaria	1	,9
Secundaria	37	33,6
Universidad	70	63,6
Posgrado	2	1,8

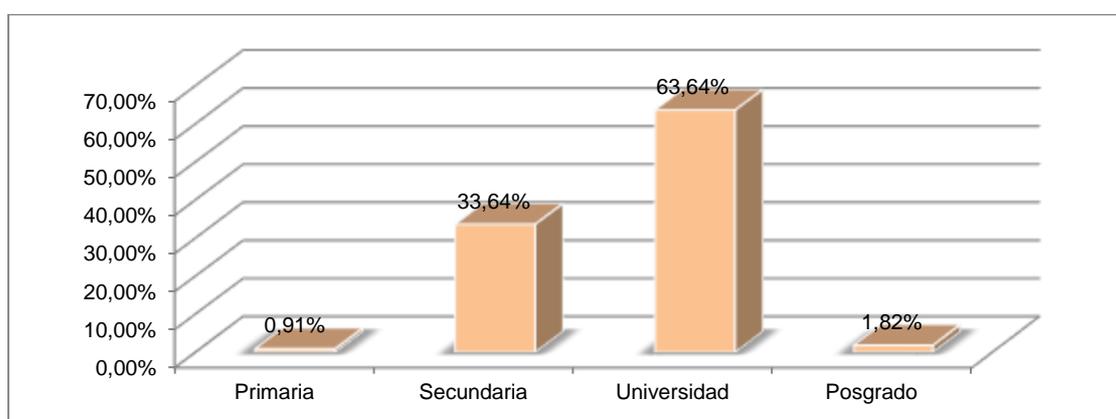


Figura 4 Porcentaje de participantes de acuerdo a nivel educativo

En la muestra predominaron personas con estado civil en pareja; es decir, casados (n = 18) y en unión libre (n = 36), estos acumulan el 49% de la muestra tomada. Otro porcentaje importante fue aquellos que reportaron encontrarse solteros (n = 30), mientras el porcentaje más bajo correspondió a aquellos participantes que respondieron ser viudos (ver Figura 5).

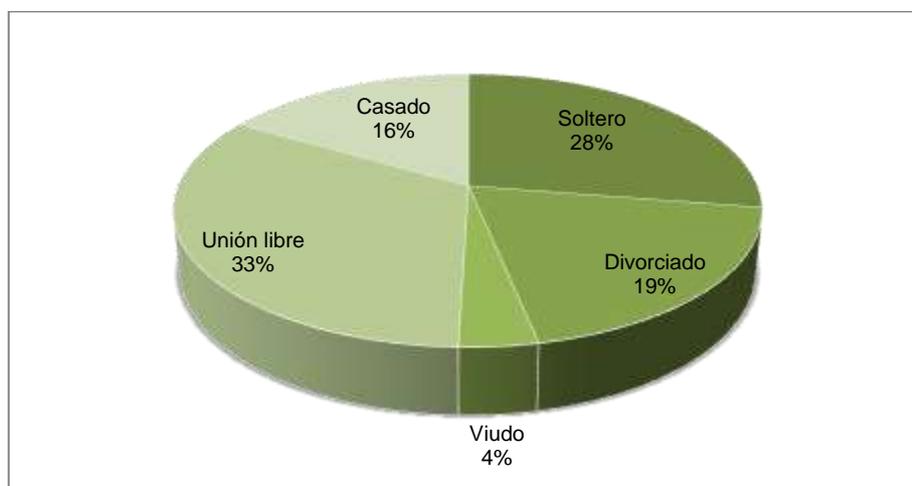


Figura 5 Porcentaje de participantes de acuerdo a nivel educativo

Tabla 11 *Número y Porcentaje de la Muestra de acuerdo a Estado Civil*

Estado civil	n	%
Soltero	30	27,3
Divorciado	21	19,1
Viudo	4	3,6
Unión libre	36	32,7
Casado	18	16,4

Por último, respecto al estado laboral de los encuestados se encontró que la mayoría de ellos actualmente se encuentran laborando (n = 82), los cuales representa aproximadamente el 75% de la muestra total. Un menor porcentaje corresponde a aquellos que no laboran, de los cuales la mayoría son mujeres (n =17), frente a cinco hombres que no laboran y estos en su mayoría fueron jubilados. La Tabla 12 presenta un resumen de las características sociodemográficas evaluadas.

Tabla 12 *Resumen de Variables Antecedentes Sociodemográficas de la Muestra*

Variable	n	%
Género		
Femenino	67	60,9
Masculino	43	39,1
Escolaridad		
Primaria	1	,9
Secundaria	37	33,6
Universidad	70	63,6
Posgrado	2	1,8
Estado civil		
Soltero	30	27,3
Divorciado	21	19,1
Viudo	4	3,6
Unión libre	36	32,7
Casado	18	16,4
Situación ocupacional: trabaja		
No	22	20,0
Sí	82	74,5

Experiencia de salud pasada

La experiencia de salud pasada fue medida a través de dos variables encontradas en estudios anteriores. La primera fue si el paciente ha sido hospitalizado en la clínica. En este ítem se encontró que más de la mitad de los encuestados reportaron alguna vez haber sido hospitalizado en las instalaciones de MediGlobal (ver Figura 6). De los hospitalizados la mayoría correspondió a personas de género femenino y a aquellos de más de 41 años de edad (ver Tabla 13).

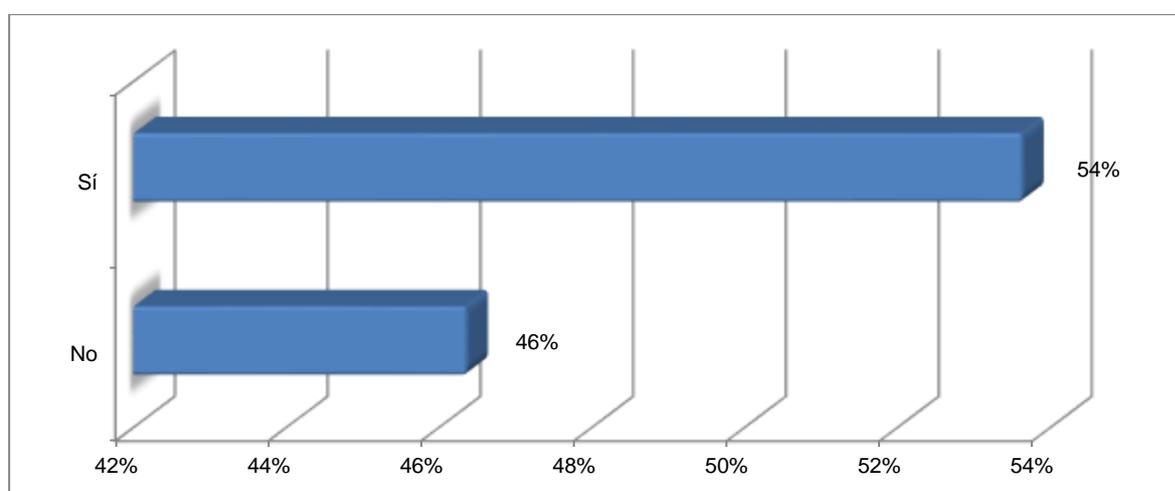


Figura 6 Porcentaje de participantes que ha sido hospitalizado en la clínica MediGlobal

Tabla 13 Número de Participantes que alguna vez han sido hospitalizados en Mediglobal de acuerdo a género y edad

¿Ha estado hospitalizado alguna vez en la clínica MediGlobal?		
	No	Sí
Género		
Femenino	24	43
Masculino	27	16
Edad		
De 18 a 26 años	19	11
De 27 a 31 años	11	14
De 32 a 40 años	11	15
De 41 a 65 años	9	16

Por último de los 59 pacientes que han sido hospitalizados alguna vez, la mayoría reportó una estancia no mayor a un día y el máximo de días fue de dos (ver Figura 7).

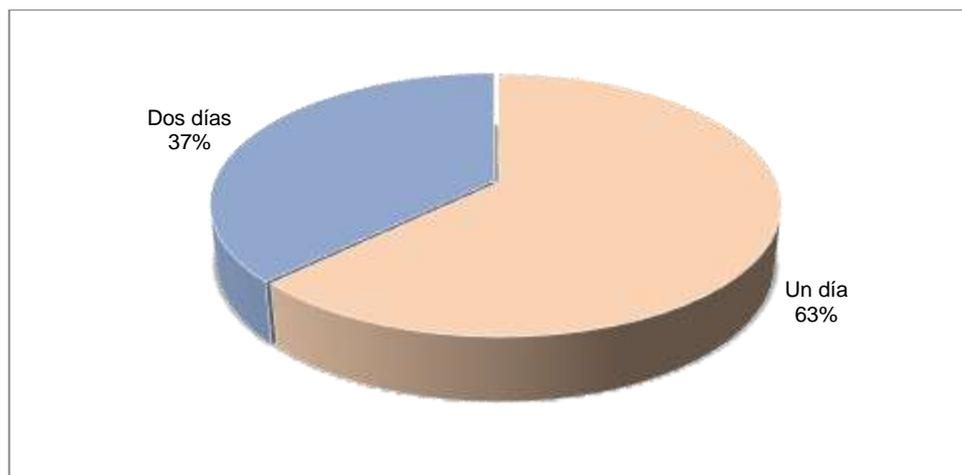


Figura 7 Porcentaje de pacientes que han sido hospitalizados de acuerdo a días de estancia

Niveles de satisfacción

Una vez descritas las variables antecedentes de la muestra, se presentan los resultados respecto a la satisfacción de los pacientes de acuerdo al enfoque de interacción profesional – paciente planteada en el modelo de salud del paciente. En este se evaluaron en primera instancia los ítems que conforman la escala. Para ello se obtuvo la media de cada uno.

Los resultados mostraron el promedio más bajo fueron dadas en tres ítems “Las enfermeras sonríen siempre que se acercan a mí” (med = 4.09; sd = 0.87), “Las enfermeras usan contacto físico como forma de motivación o apoyo” (med = 4.13; sd = 0.89), y “Puedo tomar mis propias decisiones cuando soy atendido por las enfermeras” (med = 4.17; sd = 0.89). Además, estos tres factores fueron también los de mayor desviación estándar.

Por otro lado, los ítems mejor puntuados fueron “Las enfermeras me tratan con respeto” (med = 4.48; sd = 0.59), “Las enfermedades me han dado la privacidad adecuada cuando la necesito” (med = 4.37; sd = 0.69), “Las enfermeras son profesionales cuando brindan su atención o servicio” (med = 4.36; sd = 0.66), y “Las enfermeras ofrecen su atención médica de forma competente” (med = 4.36; sd = 0.67) lo que sugiere que los pacientes se sienten altamente satisfechos respecto al respeto, privacidad y capacidades profesionales del personal de enfermería.

Tabla 14 Promedio de los Factores que Contribuyen a la Satisfacción del Paciente

Ítem	Media	Desviación estándar
1. Las enfermeras me tratan con respeto	4,48	0,59
2. Las enfermeras sonríen siempre que se acercan a mí	4,09	0,87
3. Me siento seguro cuando recibo el cuidado de las enfermeras	4,22	0,72
4. Las enfermeras son cuidadosas	4,30	0,64
5. Las enfermeras pueden responder a mis inquietudes de la mejor forma	4,21	0,71
6. Las enfermeras son hábiles y capaces al desempeñar los procesos médicos	4,29	0,72
7. Las enfermeras piden mi permiso antes de ejecutar cualquier procedimiento médico	4,20	0,78
8. Las enfermedades me han dado la privacidad adecuada cuando la necesito	4,37	0,69
9. Las enfermeras ofrecen su atención médica de forma competente	4,36	0,67
10. Las enfermeras explican el procedimiento médico de manera clara antes de ejecutarlo	4,20	0,80
11. Las enfermeras son profesionales cuando brindan su atención o servicio	4,36	0,66
12. Las enfermeras me ofrecieron información importante durante la hospitalización	4,28	0,72
13. Las enfermeras me motivaron durante el tiempo de hospitalización	4,28	0,71
14. Las enfermeras usan contacto físico como forma de motivación o apoyo	4,13	0,89
15. Las enfermeras me involucran en el cuidado médico	4,34	0,68
16. Las enfermeras me brindaron información útil sobre mi condición de salud	4,33	0,69
17. Las enfermeras brindan información útil al momento de ser dado de alta.	4,31	0,79
18. Puedo tomar mis propias decisiones cuando soy atendido por las enfermeras	4,17	0,89
19. Las enfermeras involucran a mi familia o amigos en mi cuidado médico.	4,26	0,70
Satisfacción general (evaluado sobre 10 puntos)	8,91	0,89

Adicionalmente, se calcularon los promedios de los cuatro dominios que conforman el modelo de salud del paciente. En este cálculo se obtuvo que el factor que mayormente contribuye a la satisfacción de los pacientes, fue el dominio de competencias técnico –

profesionales (med = 4.34; sd = 0.03), lo que revela que los usuarios se sienten altamente satisfechos respecto a las capacidades y habilidades profesionales del personal de enfermería. Mientras, la dimensión con más bajo rendimiento fue el apoyo efectivo (med = 4.25; sd = 0.12) lo que revela que los aspectos relacionados a servicio con una sonrisa, cuidado y apoyo en general por parte de las/os enfermeras/os fueron los más deficientes (ver Tabla 12).

Tabla 15 Contribución de los Dominios de Calidad Interacción Cliente - Profesional a la Satisfacción de los Pacientes

Dominios de satisfacción	Media	Desviación estándar
Información de salud	4,26	0,05
Apoyo afectivo	4,25	0,12
Control de decisión	4,27	0,09
Competencias técnico - profesionales	4,34	0,03

A pesar de ello, los tres dominios de información de salud, apoyo afectivo y control de decisión obtuvieron promedios similares. Estos aspectos revelan que las partes esenciales de interacción profesional – paciente se encuentran débiles. Por ello, la satisfacción de los pacientes deriva principalmente de los altos estándares de calidad técnica y profesional del personal de enfermería, mientras los factores de atención y trato al paciente son los que menos contribuyen a su satisfacción (ver Figura 8). El cálculo de el promedio y desviación estándar de las dimensiones se presentan en el Apéndice B.

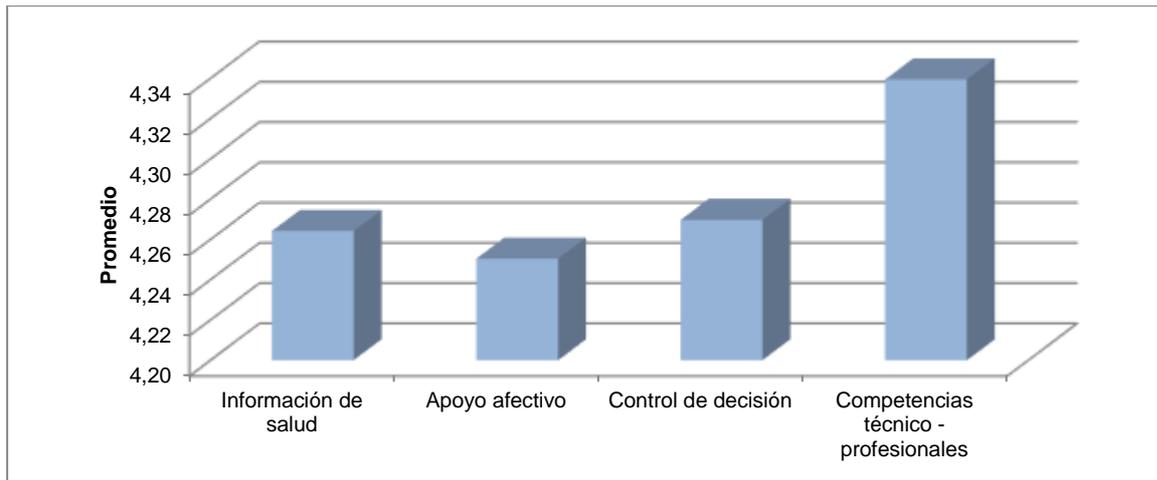


Figura 8 Niveles de satisfacci3n respecto a los cuatro dominios de modelo interacci3n profesional – paciente.

Niveles de satisfacci3n de acuerdo a d3as de hospitalizaci3n

Posterior a la evaluaci3n general de la satisfacci3n, se procedi3 a obtener el promedio para los ítems y dimensiones de acuerdo a los d3as de hospitalizaci3n que reportaron los pacientes. La Tabla 16 presenta la satisfacci3n promedio por ítem evaluada sobre cinco puntos y la satisfacci3n general evaluada sobre diez puntos. As3, se pudo observar que en algunos ítems los promedios m3s bajos fueron obtenidos por pacientes que no fueron hospitalizados; mientras los puntajes m3s altos, fueron obtenidos por aquellos pacientes hospitalizados por un d3a.

En aquellos pacientes hospitalizados por dos d3as, se obtuvo el promedio m3s bajo espec3ficamente en los ítems relacionados a si las enfermeras sonríen siempre que se acercan al paciente y en el ítem respecto a si la enfermera pide permiso para realizar un proceso m3dico. Esto revela que mientras m3s d3as de hospitalizaci3n transcurren, estas dos actitudes en las enfermeras, se van deteriorando.

Al obtener el promedio para el nivel de satisfacci3n general, evaluado por el ítem con valores del 1 al 10, se observ3 que el nivel m3s bajo percibido fue efectivamente por los pacientes cuya permanencia de dos d3as. Mientras, el puntaje m3s alto fue obtenido en la muestra de pacientes cuya permanencia fue de solo un d3a.

Por otro lado, también se obtuvo los promedios en los puntajes por dimensión del modelo interacción paciente – profesional. La Tabla 17 permite observar y corroborar que en efecto la percepción de la calidad de atención en todos los dominios fue percibida de mejor forma por los pacientes hospitalizados por un día. Mientras, que los puntajes más bajos en todas las dimensiones fueron reportados por los pacientes que no fueron hospitalizados. Esto permite descubrir que el primer contacto con los pacientes por parte de las enfermera fue el más deficiente.

Tabla 16 *Puntaje Promedio por Ítem de acuerdo a Días de Hospitalización*

Ítem	No hospitalizado	Un día hospitalizado	Dos días hospitalizado
1. Las enfermeras me tratan con respeto	4,40	4,59	4,41
2. Las enfermeras sonríen siempre que se acercan a mí	4,17	4,11	3,95
3. Me siento seguro cuando recibo el cuidado de las enfermeras	4,14	4,32	4,32
4. Las enfermeras son cuidadosas	4,26	4,32	4,32
5. Las enfermeras pueden responder a mis inquietudes de la mejor forma	4,14	4,30	4,27
6. Las enfermeras son hábiles y capaces al desempeñar los procesos médicos	4,29	4,24	4,32
7. Las enfermeras piden mi permiso antes de ejecutar cualquier procedimiento médico	4,24	4,22	4,18
8. Las enfermedades me han dado la privacidad adecuada cuando la necesito	4,29	4,38	4,36
9. Las enfermeras ofrecen su atención médica de forma competente	4,29	4,38	4,41
10. Las enfermeras explican el procedimiento médico de manera clara antes de ejecutarlo	4,19	4,30	4,27
11. Las enfermeras son profesionales cuando brindan su atención o servicio	4,29	4,43	4,32
12. Las enfermeras me ofrecieron información importante durante la hospitalización	4,19	4,38	4,32
13. Las enfermeras me motivaron durante el tiempo de hospitalización	4,21	4,32	4,36
14. Las enfermeras usan contacto físico como forma de motivación o apoyo	4,19	4,16	4,36

15. Las enfermeras me involucran en el cuidado médico	4,26	4,44	4,36
16. Las enfermeras me brindaron información útil sobre mi condición de salud	4,31	4,38	4,36
17. Las enfermeras brindan información útil al momento de ser dado de alta.	4,17	4,46	4,36
18. Puedo tomar mis propias decisiones cuando soy atendido por las enfermeras	4,17	4,22	4,23
19. Las enfermeras involucran a mi familia o amigos en mi cuidado médico.	4,21	4,35	4,27
Satisfacción general (evaluado sobre 10 puntos)	8,98	9,05	8,73

Tabla 17 *Puntaje Promedio en Dominios de Satisfacción de acuerdo a Días de Hospitalización*

Dominios de satisfacción	No hospitalizado	Un día hospitalizado	Dos días hospitalizado
Información de salud	4,20	4,36	4,32
Apoyo afectivo	4,23	4,31	4,29
Control de decisión	4,23	4,31	4,28
Competencias técnico - profesionales	4,29	4,35	4,35

Asociación entre dominios de interacción – paciente y variables antecedentes

Posteriormente, se llevó a cabo un análisis de comparación de medias o promedios para conocer si los niveles de satisfacción es significativamente entre hombre y mujer, como variables socio demográfica y, si los niveles de satisfacción son diferentes entre los pacientes que alguna vez fueron hospitalizados y otros que no.

La prueba de medias permitió saber que ninguno de los dominios de interacción – paciente tiene niveles significativamente diferentes entre hombres y mujeres. Es decir, los aspectos de información de salud, apoyo afectivo, control de decisión y competencias técnicas son percibidos de igual forma por hombres y mujeres. Sin embargo, a nivel global las mujeres presentaron un nivel significativamente más alto que los hombres.

Por otro lado, se detectó que los promedios de satisfacción fueron más alto en los pacientes que han sido hospitalizados, de hecho las medias fueron más altas en todos los dominios de interacción profesional – paciente (ver Tabla 18). A pesar de ello, la prueba de significancia indica que estas diferencias no son estadísticamente importantes. Por lo que se puede concluir que las variables antecedentes de socio demografía y experiencia previa no tuvieron efectos importantes sobre la satisfacción del paciente en la muestra tomada.

Tabla 18 *Promedio de Satisfacción de acuerdo a Variables Antecedentes: Género y Experiencia Previa*

Variable de agrupación	Medias		Sig.	Estadístico t	
	Género	Femenino			Masculino
Información de salud		4,33	4,16	n. s.	1,26
Apoyo afectivo		4,30	4,17	n. s.	1,09
Control de decisión		4,31	4,20	n. s.	0,84
Competencias técnico - profesionales		4,36	4,31	n. s.	0,39
Satisfacción general		9,09	8,65	*	2,65
Hospitalizado	No	Sí			
Información de salud	4,17	4,35	n. s.	-1,38	
Apoyo afectivo	4,19	4,30	n. s.	-0,93	
Control de decisión	4,23	4,30	n. s.	-0,59	
Competencias técnico - profesionales	4,33	4,35	n. s.	-0,19	
Satisfacción general	8,90	8,93	n. s.	-0,18	

Nota. n.s. : no significativa; *p < .05

Asociación entre dominios de interacción – paciente y satisfacción general

Por último, para la comprobación de la hipótesis planteada de si la calidad tiene un efecto positivo sobre la satisfacción del paciente se calculó los coeficientes de correlación de los dominios de interacción profesional – paciente, los cuales miden la calidad de atención prestada por las enfermeras, con la satisfacción general de los pacientes.

Las correlaciones permiten observar que efectivamente todos los dominios de calidad de atención: información de salud, apoyo afectivo, control de decisión y competencias técnico profesionales, se relacionan significativamente con la satisfacción del paciente.

En particular, el elemento apoyo afectivo presentó la correlación más alta con la satisfacción general ($r = 0,61$; $p < ,01$), seguido de la dimensión de información de salud ($r = 0,58$; $p < ,01$), control de decisión ($r = 0,58$; $p < ,01$), y finalmente competencias técnico – profesionales ($r = 0,52$; $p < ,01$) (ver Tabla 19).

Tabla 19 *Correlaciones entre Dominios de Interacción Profesional – Paciente y Satisfacción General*

	Información de salud	Apoyo afectivo	Control de decisión	Competencias técnico - profesionales	Satisfacción general
Información de salud	1				
Apoyo afectivo	,904**	1			
Control de decisión	,922**	,872**	1		
Competencias técnico - profesionales	,799**	,778**	,792**	1	
Satisfacción general	,579**	,608**	,575**	,521**	1

Nota. ** $p < .01$; * $p < .05$

Por tanto se puede concluir que los diferentes dominios de calidad de de servicio de las enfermeras evaluados a través del modelo interacción paciente – profesional, tienen una asociación significativa con el nivel de satisfacción general percibida por los pacientes en la clínica privada Mediglobal. Así, se comprobó la hipótesis planteada este estudio respecto a la relación positiva y significativa entre estas dos variables.

Principales hallazgos

- La mayor parte de la muestra estuvo compuesta por participantes de género femenino, la edad promedio fue de 33 años y la mayoría reportó un nivel de escolaridad de tercer nivel o universitario.
- El 54% de la muestra tomada respondió haber estado hospitalizado en Mediglobal al menos una vez, y de estos la mayoría fueron mujeres.
- En general, la satisfacción de los pacientes atendidos fue alta al superar los cuatro puntos en la escala de Likert sobre cinco.
- De las cuatro dimensiones evaluadas, la dimensión Competencias técnicas profesionales fue la de puntaje más alto. Mientras, apoyo afectivo obtuvo el valor más bajo.
- Se encontró una diferencia significativa en la satisfacción general entre hombres y mujeres. Las mujeres reportaron una satisfacción significativamente más alta que los hombres.
- Los pacientes hospitalizados por un día reportaron los niveles más altos de satisfacción en todos los dominios de calidad de servicio. Mientras, aquellos pacientes que no fueron hospitalizados reportaron los niveles más bajos.
- La hipótesis de estudio fue comprobada al encontrar correlaciones significativas entre las dimensiones de calidad: apoyo afectivo, control de decisión, competencias técnicas profesionales e información de salud, con la satisfacción general de los pacientes.
- La asociación más alta con la satisfacción general fue encontrada en la variable apoyo afectivo, sugiriendo que este componente es uno de los más relevantes para predecir la satisfacción en la atención de enfermería.

Capítulo IV

Propuesta

Los resultados obtenidos a través del análisis cuantitativo permitieron observar que la dimensión más débil fue apoyo afectivo. En consecuencia, la propuesta consiste en la mejora de este eje a través de un plan de capacitación en comunicación interpersonal y apoyo emocional. Además, el fortalecimiento de este aspecto tiene el potencial de mejorar otras dimensiones de los elementos de calidad de la atención de enfermería según los resultados de las correlaciones estimadas.

Así mismo, la comunicación efectiva es una de las competencias claves de acuerdo lo sugiere la OMS (2016), institución que esquematiza las competencias que conforman a este eje tan importante (ver Tabla 20). El esquema permitirá identificar los puntos desde los cuales se puede trabajar para la mejora de la comunicación interpersonal del personal de enfermería y además se agregará actividades más específicas para el fortalecimiento de las capacidades de apoyo emocional de las/os enfermeras/os. Adicionalmente, la comunicación mejorará la dimensión dentro de los resultados cuantitativos referente a información de salud, la cual fue la segunda con menor puntaje.

El proceso de aprendizaje para la OMS (2016) comprenderá tres dominios claros que permitirán al personal de enfermería desarrollar y aplicar las capacidades de comunicación con el fin de, en cierto nivel, optimizar el resultado de salud sobre su paciente. Estos tres dominios de trabajo comprenderán: (a) dominio cognitivo, (b) dominio afectivo, (c) dominio psicomotor. En el primer nivel, el dominio cognitivo permite conocer las bases teóricas fundamentales de la comunicación interpersonal. En el segundo nivel, el dominio afectivo consiste en el reconocimiento y convicción del rol de la comunicación en los resultados de salud. Y, en el tercer nivel, refiere a la aplicación del dominio cognitivo, de la puesta en

marcha de las habilidades aprendidas y el logro de los efectos de estas en los resultados de salud.

Tabla 20 Esquema de Aprendizaje de Competencias de Comunicación Interpersonal

Competencias	Aprendizaje y dominios
<p>Competencia central El personal de enfermería demuestra una capacidad de comunicación efectiva que promueve y eleva el resultado de la atención en salud sobre sus pacientes y genera el ambiente adecuado entre sus compañeros.</p>	<p>Dominio cognitivo (conocimiento de): -Capacidades de comunicación profesional. -Capacidades de interacción intercultural e interdisciplinar. -Presentación de diferentes metodologías. -Principios de la institución. -Mantenimiento de los indicadores de salud. -Impacto significativo en la relaciones, extinción del racismo o machismo. - Derechos humanos.</p>
<p>Sub competencias</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demostrar competencias interculturales e interdisciplinarias en su curriculum, diseños de curso, aprendizaje y práctica de enfermería. - Facilitar y promover el trabajo en equipo y colaboración en la institución clínica para la mejora de los resultados en su comunidad 	<p>Dominio afectivo (actitudes y comportamientos) : -Demostrar atención y cuidado de uno mismo y hacia los otros. - Demostrar igualdad ante las diferencias culturales y socio económicas. - Reconocer el poder de las interacciones interpersonales en los resultados de salud. -Demostrar cuidado, confianza, paciencia, integridad y flexibilidad. -Ser conciente del poder del fortalecimiento de las relaciones.</p>
	<p>Dominio psicomotor (habilidades para): -Uso de comunicación oral para el logro de resultados de salud. -Demostrar habilidades de comunicación profesional/interpersonal en la explicación hacia los pacientes y entre todos los miembros del equipo de atención de salud. -Comprometer al paciente y su familia para el aprendizaje de los cuidados de salud. -Demostrar habilidades de comunicación y escucha. -Respetar y proteger los derechos humanos de la persona.</p>

Adaptado de “Nurse Core Competences”. OMS, 2016, p. 14.

Taller de capacitación en comunicación interpersonal efectiva y apoyo emocional

Las estancias hospitalarias están marcadas por el estrés y la preocupación. Los pacientes y sus familias naturalmente temen lo desconocido, y el personal del hospital es el encargado de mitigar ese temor. Además, durante su estadía, los pacientes y los miembros de la familia son los que más interactúan con las enfermeras, quienes brindan la mayor parte de la atención y también pasan el mayor tiempo con el paciente. En consecuencia, las enfermeras tienen la tarea de brindar un apoyo emocional vital y dentro de ella las competencias de comunicación son una de las más esenciales para lograrlo. De acuerdo a lo revisado la forma de conseguir que el personal consiga conocer e interiorizar el tema de la comunicación como medio de apoyo emocional es el desarrollo de un taller, donde además de la explicación de un experto los profesionales participan activamente.

Primer parte de taller: Dominio cognitivo y afectivo de la comunicación interpersonal

Este dominio parte de la idea de que es posible mejorar y desarrollar habilidades de comunicación efectivas con el conocimiento e identificación necesario sobre distintas herramientas de comunicación y cómo estas puede mejorar el proceso de atención hacia el paciente. El aprendizaje cognitivo permitirá enfatizar la necesidad de brindar atención compasiva, a través de la explicación de exactamente qué es y cómo se puede demostrar en la práctica el concepto de comunicación y apoyo afectivo. Además, de conocer las barreras y tipos de la misma.

La Figura 9 presenta las actividades que se llevan a cabo para la primera parte del taller, las cuales permitirán al personal tener el conocimiento sobre el tema. Una vez realizadas las dos primeras actividades, el experto a cargo del taller deberá elaborar una lista final, las cuales deberán ser estudiadas por el personal. Finalmente, en la actividad tres el personal deberá clasificar la lista de barreras y las habilidades a aplicar, de acuerdo lo indica la actividad tres.

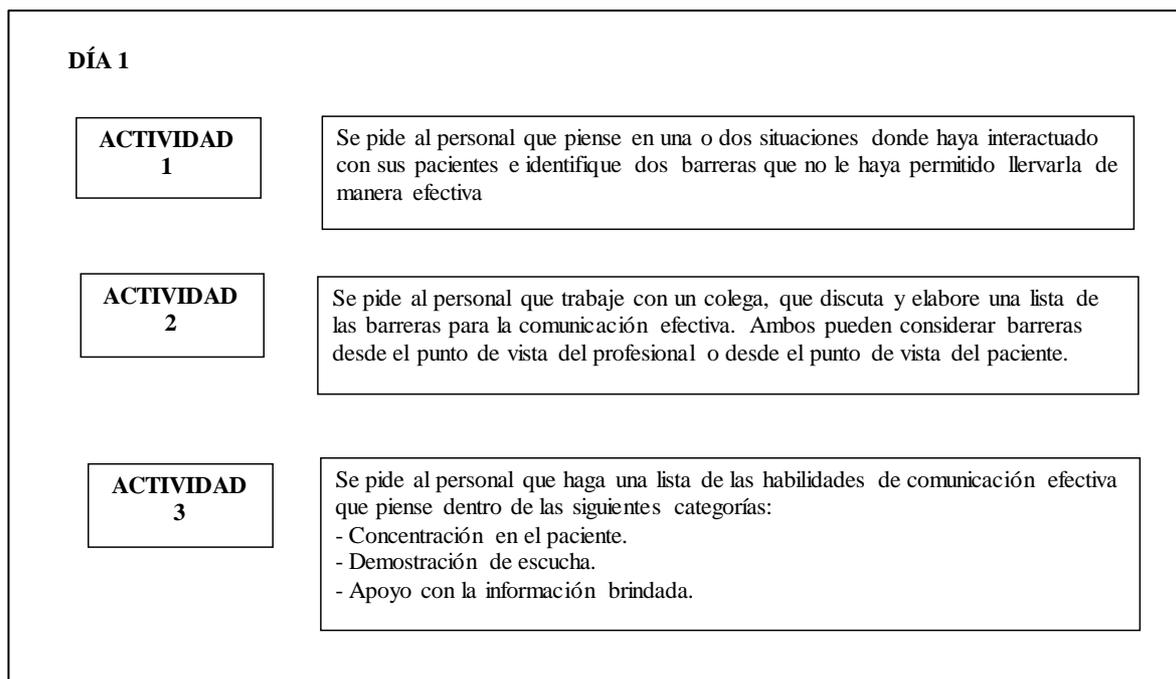


Figura 9 Esquema de actividades para taller de comunicación efectiva, primera parte.

Las Tablas 21 y 22 exponen una lista de habilidades y barreras de comunicación efectiva estandarizada obtenida del estudio de Bramhall (2014), quien en su investigación explica la dinámica del taller para esta propuesta. Las enfermeras deben ser capaces de identificar al menos diez barreras desde su rol y otra diez desde el rol del paciente, las cuales deberán ser categorizadas en uno de los tres ítems dados en la Tabla 19.

Tabla 21 *Barreras para la Comunicación Efectiva Paciente - Profesional*

Barreras para la comunicación efectiva
<p>Barreras del paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ambiente - bulla, falta de privacidad, no control sobre quién se encuentra presente y quien no (personal -familiares). -Miedo y ansiedad - relacionada a ser juzgado, sentirse débil, o llorar. -Otras barreras - dificultad para explicar sentimientos, mostrar fortaleza frente a otros, señales de comunicación bloqueadas por el mismo personal
<p>Barreras del personal de enfermería:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Ambiente laboral - alta carga laboral, falta de tiempo, falta de apoyo, conflictos entre el personal, -Miedo y ansiedad - relacionadas a cómo puede estresar al paciente al realizar preguntas de rutina en algunos casos difíciles para la persona. -Otras barreras - no tener las habilidades o estrategias para solucionar reacciones dificultosas preguntas o emociones. . Pensar en que el rol de apoyo no es parte de su profesión.

Por otro lado, el personal deberá hacer una lista de diversas habilidades de comunicación que puede utilizar, las cuales posteriormente deberán ser clasificadas de acuerdo a las categorías dadas en la Tabla 22.

Tabla 22 *Habilidades de Comunicación Efectiva a Identificar*

Habilidad para la comunicación efectiva

Habilidades de apoyo para mantener la atención sobre el paciente

- Buscar, observar y escuchar señales.
 - Hacer preguntas abiertas. (¿Cómo estás?)
 - Realizar preguntas sobre sus emociones y sentimientos.
 - Explorar señales. Por ejemplo: "Me dijo que se sentía un poco confundido. Me puede decir más sobre ello":
 - Usar pausas y silencios.
 - Usar indicaciones muy precisas.
 - Aclarar. Por ejemplo: "Me dijo que se sentía confundido. Le resulta difícil concentrarse?"
-

Habilidades que demuestran escucha:

- Tratar de reflejar los sentimientos del paciente
 - Reconocer actitudes y señales del paciente.
 - Resumir información y perfil del paciente.
 - Empatía con los pacientes.
 - Parafrasear la información difícil de comprender para el paciente.
 - Revisar que el paciente comprenda todo lo explicado.
-

Habilidades de apoyo con la información dada:

- Revisar que información el paciente ya sabe.
 - Dar pequeñas cantidades de información por momentos separados, usar términos claros y evitar jerga.
 - Evitar detalles complejos al menos que sean solicitado - no asumir que el paciente necesita saber todo.
 - Revisar si el paciente entendió realizando preguntas abiertas
 - Pausar y esperar por respuesta a lo que le dijo antes de seguir hablando.

 - Revisar, con sensibilidad, el efecto de la información dada. Por ejemplo: "Se le ha dado bastante detalle e información sobre su salud, cómo se siente con ello?"
-

Al final del día uno el personal deberá ser capaz de identificar una gran cantidad de barreras de comunicación y habilidades, y poder clasificarlas de acuerdo a las categorías dadas. Además, podrán tener una idea de en qué circunstancias son comunes las barreras descritas y en qué circunstancias son aplicables las habilidades estudiadas, dicho tema será reforzado en el día dos del taller.

La práctica llevada a cabo en la primera parte del taller refuerzan los dominios cognitivo y afectivo de la competencia de comunicación del personal. Pues con la cercanía a estos conceptos las enfermeras empiezan a darse cuenta de cuáles son las acciones que pueden utilizar para mejorar su relación con el paciente y confirman que son realmente necesarias para el bienestar del paciente. Sentimientos como empatía, cercanía y mayor cuidado por el paciente comienzan a ser reforzadas y a ser reconocidas como esenciales para el proceso de atención de salud.

Segunda parte de taller: Dominio psicomotor de la comunicación interpersonal

El segundo día del taller consiste en la puesta en práctica de las habilidades y reconocimiento de las barreras llevadas el día anterior en la primera parte. En esta jornada, el personal realizará ejercicios para la mejora de sus habilidades de comunicación y reconocimiento de barreras. La Figura 10 presenta el esquema para las actividades del segundo día.

El primer ejercicio corresponde a la identificación de señales a través de frases dichas por pacientes. El guía del taller prepara una serie de diálogos usados por pacientes en distintas circunstancias. La Tabla 23 presenta un ejemplo para el desarrollo de esta actividad. Una vez identificadas las señales, el guía de taller pide al personal de enfermería que use una de las habilidades estudiadas en la primera parte del taller. La enfermera deberá usar una habilidad de comunicación, la que a su juicio sea la ideal para la situación. Posteriormente, se evaluará si la acción realizada por la enfermera fue la adecuada para el ejemplo dado.

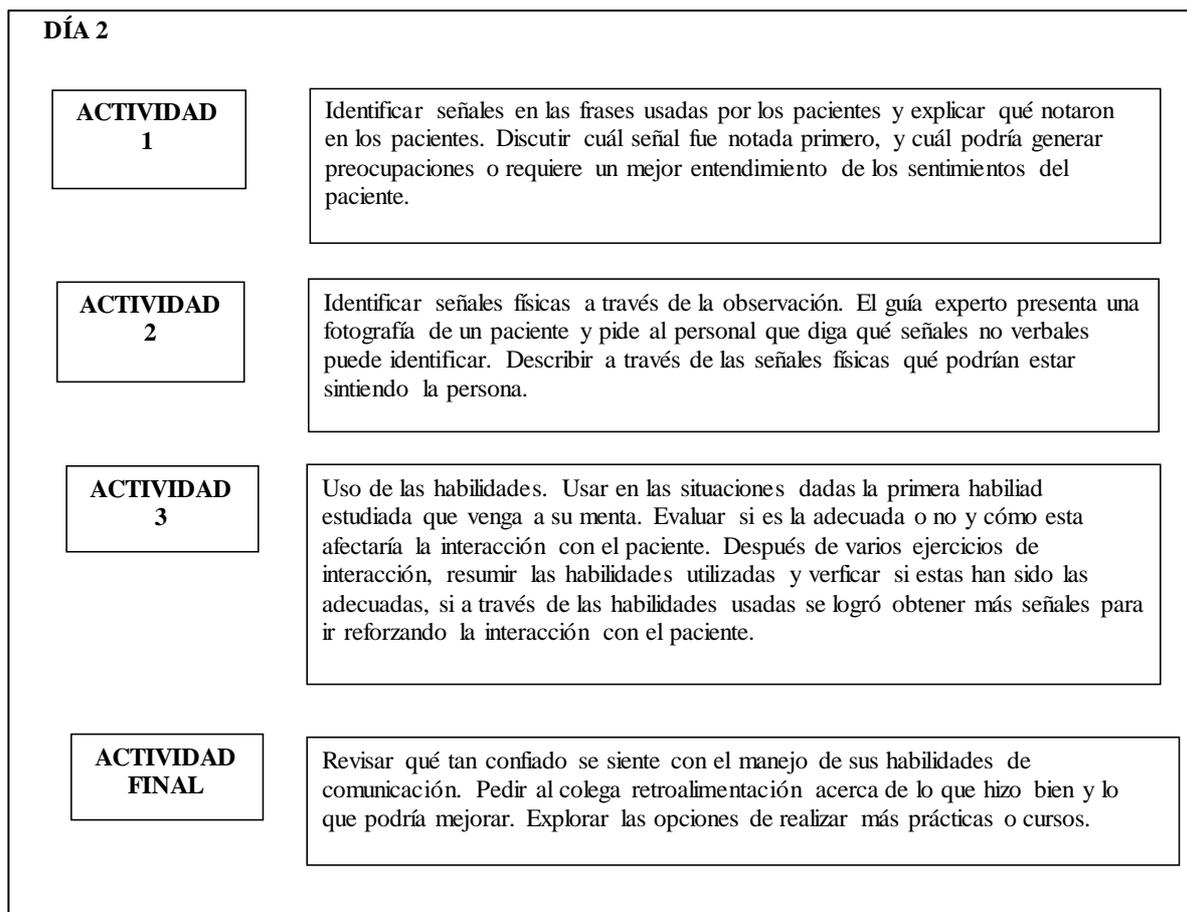


Figura 10 Esquema de actividades para taller de comunicación efectiva, segunda parte.

Por otro lado, para la actividad dos se utiliza el guía de taller presenta una fotografía al personal de enfermería y pide que identifiquen señales. La Figura 11 presenta un ejemplo para el desarrollo de esta parte del taller. De igual forma, una vez identificadas las señales se pide que utilicen habilidades de interacción y luego se evaluará si las habilidades de comunicación usadas fueron las adecuadas.

Tabla 23 Ejemplo para Práctica de Ejercicio Actividad 1 de Segunda Parte de Taller

Frases de pacientes
Paciente A. "Hola de nuevo, realmente me siento mucho mejor y no estoy seguro de que deba estar aquí ocupándome de tu tiempo, casi no noto el dolor"
Paciente B. "No estoy durmiendo bien en absoluto, sigo repasando lo que sucedió, no puedo asimilarlo, el dolor es un poco peor, pero estoy seguro de que soy yo quien lo piensa todo el tiempo". Mi esposo me sigue diciendo que me relaje y que no piense en ello"
Paciente C. "Estoy tan enojada, debería haber estado aquí la semana pasada, pero la cita no llegó hasta el día después de la fecha en que debía estar aquí. Se pierde más tiempo antes de que esto se solucione y pueda volver a la normalidad"

Las señales en la fotografía en la Figura 11 se relacionan con el lenguaje corporal. La posición sentada del hombre, mirando hacia abajo, sus manos entrelazadas y su mirada pueden ser interpretadas por las enfermeras para obtener más información sobre cómo se siente este paciente. Dado que una enfermera puede llegar a una interpretación particular o varias de lo que él puede estar sintiendo, esta tendría que pedirle al paciente que compruebe lo que está pensando o sintiendo. La enfermera podría comunicarse efectivamente con el paciente mediante preguntas abiertas y empatía, este es la segunda parte de la actividad dos.

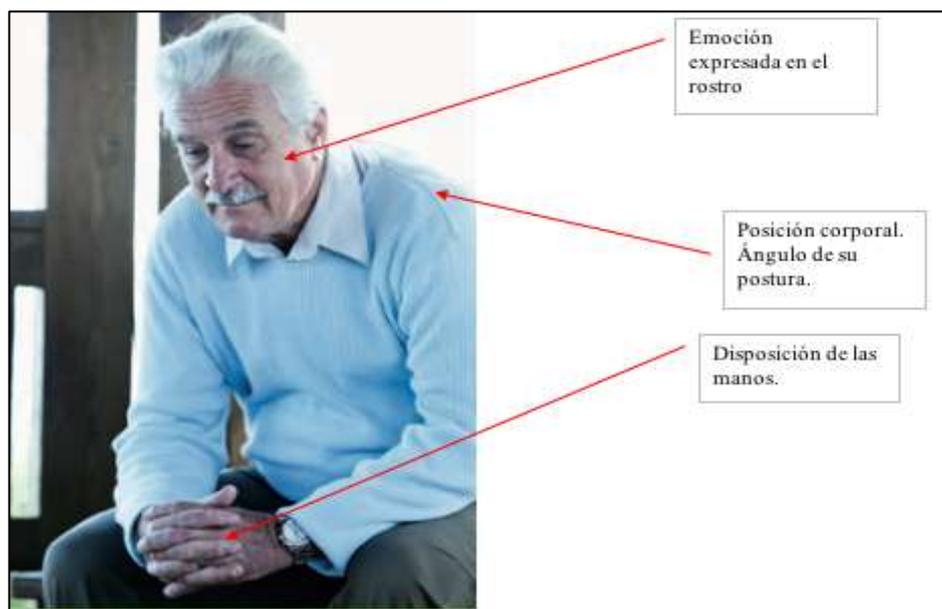


Figura 11 Ejemplo para práctica de actividad dos de segunda parte del taller. Adaptado de “Effective communication skills in nursing practice” por E. Bramhall, 2014, Nursing Standard, 29(14), p.59.

Al final del día, el personal de enfermería debe ser capaz de identificar las señales de pacientes en diferentes situaciones, sea mediante la observación o mediante la escucha. En general, el personal debe saber que la verificación de los sentimientos expresados a través de señales corporales deben llevarse a cabo a través de la interacción y comunicación por preguntas abiertas y de con empatía. Las enfermeras deben también ser capaces de reconocer qué tipo de interacción es la adecuada dependiendo del estado del paciente. Finalmente, es necesaria que entre los colegas se realice un proceso de retroalimentación y los jefes de área en conjunto con el resto del equipo consideren si es necesaria más días de práctica o el desarrollo de otro taller o seminario.

Evaluación y resultados esperados

Al final del taller se realizará una evaluación de los aprendizajes adquiridos por el personal de enfermería. Adicionalmente, la evaluación incluirá aspectos técnicos profesionales en busca de monitorear de forma más detallada el estado actual del perfil de las enfermeras en Mediglobal S. A.

La propuesta planea realizar evaluaciones a partir de la recolección de información en diferentes fuentes, a partir de lo cual se establece un indicador y un estándar para ser alcanzado. A continuación se presentan una lista de indicadores que deben ser tomados en consideración para evaluar la mejora del perfil de los profesionales de enfermería lograda con el taller de comunicación presentado.

Tabla 24 Dimensiones de Mejora en Calidad de Atención a Evaluar

Dimensión de calidad	Estándar	Indicador	Meta
Competencia técnica	Todo profesional de enfermería debe poseer conocimientos y habilidades para: comunicarse efectivamente y mantener el respeto y la privacidad del usuario.	Porcentaje de enfermeras que conocen y manejan técnicas de comunicación.	100%
		Porcentaje de enfermeras que utilizan mecanismos para guardar la privacidad del usuario.	100%
Relaciones interpersonales	Todo profesional de enfermería debe proporcionar cuidados con calidez	Porcentaje de enfermeras que atiende al usuario con amabilidad y respeto	100%
Eficacia	El personal de enfermería se identifica con el usuario	Porcentaje de usuarios que conoce el nombre del personal de la enfermera	100%
	Personal de enfermería que identifica al usuario por su nombre	Porcentaje de personal de enfermería que identifica al usuario por su nombre	100%

Los indicadores presentados en la Tabla 25 deben ser evaluados periódicamente y a través de diferentes fuentes ya que son aspectos diversos y subjetivos que necesitan de especial detalle sobretodo durante el proceso de atención al paciente. A continuación se describen los encargados, formas y periodicidad de las evaluaciones para cada indicador.

Las técnicas incluyen en su mayoría observación y entrevistas, a diferencia de las técnicas cuantitativas realizadas en este estudio, la propuesta sugiere la aplicación de técnicas cualitativas para una evaluación más detallada. Así, para llevar a cabo este proceso de evaluación se requiere de la participación de una enfermera supervisora y la encargada de cada área. Dichos responsables serán quienes lleven adelante y de forma constante el proceso de evaluación.

En primera instancia, se evalúa las técnicas de comunicación del personal. Esto se realiza a partir de la revisión de los expedientes de las enfermeras, tratando de revisar cuántos y qué tipos de cursos o capacitaciones han realizado, dentro de la clínica o en otros sitios por cuenta propia. Además, la enfermera supervisora deberá aplicar técnicas de observación directa para verificar si el personal ha mejorado sus técnicas de interacción o si al contrario presentan aún algunos errores de trato al paciente durante su atención. De hecho, las técnicas de observación son el principal medio para monitorear el desempeño del personal en aspectos de privacidad del paciente, amabilidad, respeto y eficacia de las enfermeras durante su atención.

Así mismo, otra técnica útil será la entrevista, a través de esta se podrá conocer las mejoras y limitaciones que las enfermeras sienten durante su atención. Las entrevistas también serán llevadas a cabo por la enfermera supervisora, la cual deberá tomar de forma aleatoria un porcentaje muestral de las enfermeras de Mediglobal.

Finalmente, cabe recalcar que este tipo de evaluaciones deben ser periódicas con tiempo razonables para que la encargada de las evaluaciones no tenga dificultades en realizar

el registro de todos los indicadores propuestos. La Tabla 25 presenta el detalle de los periodos, técnicas y encargadas de la evaluación de los indicadores propuestos.

Tabla 25 *Detalle de Técnicas, Tiempos y Encargados para Evaluación de Resultados*

Indicador	Fuente información	de Técnica de recolección	de Muestra	Frecuencia	Responsables	Instrumentos
Porcentaje de enfermeras que conocen y manejan técnicas de comunicación.	Expediente de personal.	Revisión de documentos.	Enfermeras 25%	Cada 3 meses	Enfermera supervisora	Guía de entrevistas
	Capacitaciones recibidas.	Observación directa.				
	Guía de entrevistas	Entrevistas a personal				
Porcentaje de enfermeras que utilizan mecanismos para guardar la privacidad del usuario.	Usuarios.	Observación.	Enfermeras 10%.	Cada 3 meses	Enfermera supervisora.	Guía de entrevistas.
	Personal de enfermería	Entrevista a usuarios.	Usuarios 5 casos		Jefe de área	Ficha de registro para observación.
Porcentaje de enfermeras que atiende al usuario con amabilidad y respeto	Usuarios.	Observación.	Enfermeras 10%.	Cada 2 meses	Enfermera supervisora.	Cuestionario.
	Personal de enfermería	Encuesta a usuarios.	Usuarios 50% aleatorios.		Jefe de área	Ficha de registro para observación.
Porcentaje de usuarios que conoce el nombre del personal de la enfermera	Usuarios	Entrevista u observación.	50% usuarios	Cada mes	Enfermera por cada área.	Pregunta sobre nombre del usuario. Ficha para registro de observación.
Porcentaje de personal de enfermería que identifica al usuario por su nombre	Enfermeras	Entrevista u observación.	75% enfermeras	Cada mes	Enfermera supervisora. Jefe de área	Pregunta sobre nombre del usuario. Ficha para registro de observación.

Planeación para la ejecución de la propuesta

Para la ejecución de la propuesta presentada es necesario identificar las actividades y recursos. De acuerdo a lo desarrollado, la propuesta consistió en dos fases, diseñadas sobretodo para la mejora de la dimensión de apoyo emocional, y en general a la calidad en la parte determinada como interacción paciente – médico, lo cual se espera lograr mediante la adquisición de competencias de comunicación interpersonal, para posteriormente ser evaluadas de manera constante. Así, las actividades para el desarrollo de la propuesta consiste en dos grandes bloques: (a) ejecución de taller de comunicación interpersonal, y (b) evaluación de resultados esperados.

En primera instancia, uno de los elementos principales para la ejecución es el desarrollo de un cronograma que permita identificar y organizar las actividades necesarias. La Tabla 26 presenta el cronograma para las dos fases de la propuesta, cada una representada con un color: amarillo para fase de taller de comunicación y azul para fase de evaluación.

El cronograma se estableció para seis meses, donde el primer trimestre esta destinado para la fase del taller, y en el cual el primer mes se presentará la propuesta a los directivos y se recibirá la aceptación para el inicio del resto de actividades. En el primer mes, también se contactará a un experto para la capacitación.

El segundo mes corresponde a la elaboración del material para el taller, se adecuará el lugar y se organizará al personal en grupos, ya que se requiere que durante el taller todos participen por ende los grupos serán pequeños, máximo de 15 personas. Se estima que se formarán dos grupos.

El tercer mes corresponde al inicio del taller. Se dará el taller un día en la semana de 8 am a 4 pm el día sábado incluida media hora de receso. Luego se programa la siguiente sesión pasando una semana, pues se recibirá al grupo uno la primera semana del mes 4 y luego el segundo grupo la segunda semana del mismo mes. Por tanto, el día dos del taller se ejecuta a

partir de la semana tres para el grupo uno y en la semana cuatro para el grupo dos, ver el cronograma.

Una vez terminado el día dos, la primera semana del mes 5 se realizará un pequeño evento donde se realizará la entrega de certificados manifestando que el profesional ha asistido a 20 horas de capacitación en comunicación interpersonal, esta actividad será registrada en su expediente y hoja de vida. Además, en este día se les pedirá a los profesionales que llenen una encuesta para que evalúen la calidad del curso al que asistieron y sugieran qué otros temas podrían incluir en próximos talleres.

En el mes cuatro inicia a su vez la fase de evaluación. La dos primeras semanas de este mes está destinada a elaborar todos los instrumentos necesarios para el registro de las evaluaciones y además se asignará a los responsables. Luego en la semana tres se elaborarán matrices y formatos de registro en Excel para el registro de las evaluaciones e indicadores.

En primer lugar se inicia con la evaluación de competencias. En la semana tres se revisa los expedientes del personal y en la semana cuatro se realizan las entrevistas a enfermeras. Estas dos técnicas fueron revisadas anteriormente y permiten saber si el personal tiene las competencias adecuadas en comunicación.

En el mes cinco, se realiza la evaluación de mejora de relaciones interpersonales, donde en la primera semana se aplica cuestionarios a los usuarios y la segunda semana se realiza un monitoreo mediante observación al personal de enfermería.

El último mes se realiza la evaluación de eficacia, esta es la más sencilla. Y, en la primera semana se monitorea a los usuarios a través de preguntas recurrentes respecto a sí el personal de enfermería se identificó cuando lo atendió. Y, en la segunda semana, se monitorea en este mismo aspecto al personal de enfermería.

Las últimas semanas además se realiza la tabulación y registro de información recolectada para la elaboración de informes.

Tabla 26 Cronograma de Actividades para Ejecución de Propuesta

ACTIVIDADES	Mes 1				Mes 2				Mes 3				Mes 4				Mes 5				Mes 6				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
Taller de comunicación interpersonal																									
Presentación de propuesta a directivos de Mediglobal	■	■																							
Aceptación de la propuesta			■	■																					
Contacto con experto para capacitación en comunicación interpersonal	■																								
Elaboración de material necesario para taller					■	■																			
Adecuación de lugar para el taller								■																	
Organización de grupos y horarios para asistencia al taller							■	■																	
Día uno del taller																									
-Grupo 1									■	■															
-Grupo 2										■	■														
Día dos del taller																									
-Grupo 1											■	■													
-Grupo 2												■	■												
Finalización de taller entrega de certificados													■	■											
Evaluación de pertinencia de taller y recolección de sugerencia para próximas capacitaciones													■	■											
Evaluación de resultados en competencias de comunicación																									
Elaboración de guías de entrevistas y fichas de registro de observación.									■	■															
Elaboración de matriz en excel para registro de indicadores y estándares.											■	■													
Asignación de responsables para evaluación (ejecución de entrevistas y encargados de observación).											■	■													
Evaluación de competencias técnicas																									
-Revisión de expedientes del personal													■	■											
-Ejecución de entrevistas a enfermeras													■	■											
Evaluación de mejora en relaciones interpersonales																									
- Aplicación de cuestionarios a usuarios													■	■											
-Registro de actividades desempeñadas por el personal de enfermería mediante observación													■	■											
Evaluación de eficacia																									
-Monitoreo a través de preguntas y observación a usuarios													■	■							■	■			
- Monitoreo a través de preguntas y observación a enfermeras														■	■							■	■		
Tabulación de información																			■	■			■	■	
Elaboración de informes																								■	

Una vez determinadas las actividades, se identifican los recursos necesarios para la ejecución de la propuesta. Los recursos monetarios se establecieron solo para la fase 1 de la propuesta que consiste en el taller de comunicación interpersonal. Esto debido a que las actividades para la fase de evaluación se realizarán a partir de los recursos propios de Mediglobal que consisten casi en su totalidad a la participación del mismo personal, a parte de ello no se requerirá recursos extras.

La Tabla 27 presenta los rubros para los recursos del taller. Entre estos se encuentra los honorarios del experto, el pasaje aéreo que consiste en dos pasajes ida y vuelta para la semana uno y dos del taller, la estadía se estima dos noches por cada visita en total cuatro noches. Además, se consideró valores para impresión de material y certificados. Durante los talleres se dará una comida almuerzo, que se considera un valor de cinco dólares por persona, este valor por 30 personas y por dos días. Finalmente, se considera un rubro para el evento final y otro rubro de otros para cualquier gasto extra no presupuestado. El taller se estimó con un valor total de 3 700 USD.

Tabla 27 *Presupuesto para Taller de Comunicación Interpersonal*

Taller de comunicación interpersonal	3.700,00
Honorarios para experto	1.000,00
Pasaje aéreo	1.200,00
Estadía y viáticos	800,00
Impresión de material	80,00
Impresión de certificados	50,00
Comida breaks de talleres(5 USD por 30 personas por 2 días)	300,00
Bocaditos para evento final	100,00
Otros	170,00

Conclusiones

El presente estudio centró su investigación en la calidad de atención brindada por el personal de enfermería y su efecto sobre la satisfacción del paciente. Partiendo de una extensa base teórica se revisó algunos de los muchos enfoques elaborados por autores claves dentro del campo de la enfermería como profesión. Esta revisión teórica permitió establecer que la calidad en el contexto de la enfermería no solo se desprende de las capacidades técnicas del personal, sino que existe un componente clave el cual tiene que ver con el trato y el apoyo brindado al paciente. En resumen, para la evaluación de la calidad de la atención de enfermería, es necesario considerar este componente humano, de relación entre profesional – paciente, el cual se reafirma constantemente en las teorías de Parse, Leininger y Orem.

Esta concepción es tomada en cuenta, y a partir de ello se buscó un modelo adecuado para la evaluación de la calidad de enfermería. Así, en este estudio se tomó el modelo de interacción del comportamiento de salud del paciente, cuyo autor es Cox. A partir de este enfoque se derivó un instrumento de recogida de datos que permitió evaluar los cuatro conceptos asociados a este modelo: (a) información de salud; (b) apoyo emocional; (c) control decisional; (d) competencias técnicas – profesionales.

Los resultados obtenidos a partir de la recolección de datos, verificaron que efectivamente las dimensiones relacionadas a la interacción profesional – paciente, son las que presentaron mayores debilidades. Sin embargo, en general la satisfacción de los pacientes respecto a la atención de enfermería en Mediglobal S.A. fue bastante alta. Además, se pudo verificar la hipótesis al comprobar que los elementos evaluados de la calidad de atención de enfermería, tiene un efecto significativo sobre la satisfacción general de los pacientes.

A partir de dichos resultados se elaboró una propuesta dirigida especialmente a fortalecer las capacidades de interacción del personal de enfermería, dado que estas dimensiones obtuvieron los puntajes más bajos. Así, la propuesta consistió en un taller de

comunicación efectiva y apoyo afectivo. El taller permite observar que las capacidades de comunicación son aprendidas en tres niveles o dominios: cognitivo, afectivo y psicomotor. Los dominios cognitivos y afectivos serán trabajados a través de una explicación de dos factores esenciales que debe tener en cuenta el profesional: la identificación de señales y el uso de habilidades de interacción. Así, el taller permitirá estudiar estos dos aspectos y brindar al personal herramientas y formas de detectar señales y aplicar tácticas de comunicación.

Además, el taller provee de ejercicios para la aplicación de estas tácticas, y mediante estos se cubre el dominio psicomotor, el cual debe ser trabajado con el fin de que la enfermera este segura y confiada de qué comportamientos y actitudes tomar frente a las señales que le da el paciente.

En conclusión, el estudio permitió observar teóricamente que la parte de la interacción humana es el elemento central durante la atención brindada por el personal de enfermería. Además, existe una variedad de tipos de pacientes por lo que las capacidades de detección son clave para demostrar y aplicar las técnicas de interacción adecuadas.

Recomendaciones

A nivel de investigación, se recomienda que futuros estudios utilicen un enfoque cualitativo que les permita detectar cómo y cuáles son los comportamientos del personal de enfermería que los pacientes perciben como positivos y ayudan a sentir ese apoyo afectivo necesario en su recuperación.

Adicionalmente, se sugiere que las escalas de medición relacionadas a la calidad de enfermería sean utilizadas en el contexto de atención pública, a fin de comparar los resultados con este estudio, el cual fue aplicado en una institución privada y obtuvo puntajes altos de satisfacción.

Por otro lado, dentro de la institución Mediglobal S.A. es necesario reforzar el reconocimiento de este elemento de interacción paciente – profesional como parte de la calidad de atención, para que los directivos permitan el desarrollo de talleres como el propuesto en este estudio. Estos talleres además, ayudarán a que las enfermeras aprendan técnicas de control de estrés bajo circunstancias comunes en el contexto del hospital, y aún dentro de su jornada conserven su rol de apoyo afectivo con el paciente. Este rol necesita ser reafirmado y eliminar la visión de que el personal de enfermería tiene solo competencias técnicas – profesionales.

Finalmente, se puede sugerir que este tipo de competencias sean incorporadas en la malla curricular de las próximas generaciones de profesionales. Las universidades pueden trabajar desde la base de la formación el cumplimiento de este rol, agregando al contenido de materias temas sobre comunicación, atención al paciente, apoyo afectivo y otros temas asociados a este eje tan importante propuesto y revisado en las teorías de exponentes claves de la profesión.

Referencias

- Acosta, M. P. (2011). Explorando la teoría general de enfermería de Orem. *Revista de Enfermería Neurológica*, 10(3), 163-167.
- Aguirre, F. (2016). Enfermería de Práctica Avanzada en la atención primaria: Ahora es el momento. *Puntos de Referencia*, (447), 1-15.
- Atun, R., De Andrade, L. O. M., Almeida, G., Cotlear, D., Dmytraczenko, T., Frenz, P., ... & De Paula, J. B. (2015). Health-system reform and universal health coverage in Latin America. *The Lancet*, 385(9974), 1230-1247.
- Bar, A. R. (2010). La metodología cuantitativa y su uso en América Latina. *Cinta de moebio*, (37), 1-14.
- Barrio, M. (2014). Competencias y perfil profesional de la enfermera de práctica avanzada. *Enfermería Intensiva*, 25(2), 52-57. DOI: 10.1016/j.enfi.2013.11.005
- Borré, M., & Vega, Y. (2014). Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. *Ciencia y enfermería*, 20(3), 81-94.
- Bramhall, E. (2014). Effective communication skills in nursing practice. *Nursing Standard*, 29(14), 53-59.
- Buchanan, J., Dawkins, P., & Lindo, J. L. (2015). Satisfaction with nursing care in the emergency department of an urban hospital in the developing world: A pilot study. *International emergency nursing*, 23(3), 218-224.
- Cassiani, S., Lopez, S., & Rosales, L. (2016). Fortaleciendo competencias a nivel curricular para facilitar la implementación de Enfermería de Práctica Avanzada en América Latina. *Enfermería universitaria*, 13(4), 199-200. DOI: 10.1016/j.reu.2016.09.003
- Castañeda, J. E., & Aguirre, A. M. (2012). Adaptación Teórica de Dorotea Elizabeth Orem en Enfermedad Vasculat Cerebral. *ENE, Revista de Enfermería*, 4(2), 59-70.

- Castro, M., & Simian, D. (2018). La enfermería y la investigación. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 301-310. DOI: 10.1016/j.rmcl.2018.04.007
- Colley, S. (2003). Nursing theory: its importance to practice. *Nursing Standard*, 17(46), 33-37.
- Cox, C. L. (1982). An interaction model of client health behavior: Theoretical prescription for nursing. *Advances in nursing science*, 5(1), 41-56.
- Charalambous, A., Raftopoulos, V., & Talias, M. A. (2013). The confirmatory factor analysis of the job diagnostic survey: the oncology nursing setting. *Journal of nursing management*, 21(2), 273-282. DOI: 10.1111/j.1365-2834.2012.01386.x
- Doran, D. M. (2011). *Nursing outcomes: State of the science*. Segunda edición. United States of American: Jones & Bartlett Learning.
- Ellis-Jacobs, K. (2011). A quantitative correlational study on the impact of patient satisfaction on a rural hospital. *Internet Journal of Allied Health Sciences and Practice*, 9(4), 1-6.
- Echeverría, M. N., & Francisco, J. (2017). Calidad del cuidado enfermero en un centro quirúrgico: Experiencia en un hospital de Ibarra, Ecuador. *Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión*, 2(4), 132-136. DOI: 10.29033/ei.v2n4.2017.03
- Febré, N., Mondaca, K., Méndez, P., Badilla, V., Soto, P., Ivanovic, P., & Canales, M. (2018). Calidad en enfermería: su gestión, implementación y medición. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 278-287.
- Flowers, K., Wright, K., Langdon, R., McIlwrath, M., Wainwright, C., & Johnson, M. (2016). Intentional rounding: facilitators, benefits and barriers. *Journal of clinical nursing*, 25(9-10), 1346-1355. DOI: 10.1111/jocn.13217.

- Fornons, D. (2010). Madeleine Leininger: claroscuro trascultural. *Index de Enfermería*, 19(2-3), 172-176.
- Fuentes, P., Reynaldos, K., Martínez, D., & Jerez, O. (2014). Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión. *Aquichan*, 14(1), 79-99.
- Graham, L. J. (2015). Integration of the interaction model of client health behavior and transactional model of stress and coping as a tool for understanding retention in HIV care across the lifespan. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 26(2), 100-109.
- Grimley, K. A. (2017). Never Assume: The Search for Shared Descriptions of Quality Nursing Care. *Nurse Leader*, 15(6), 413-418. DOI: 10.1016/j.mnl.2017.08.005
- Greenslade, J. H., & Jimmieson, N. L. (2011). Organizational factors impacting on patient satisfaction: A cross sectional examination of service climate and linkages to nurses' effort and performance. *International Journal of Nursing Studies*, 48(10), 1188-1198. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2011.04.004
- Goh, M. L., Ang, E. N., Chan, Y. H., He, H. G., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2016). A descriptive quantitative study on multi-ethnic patient satisfaction with nursing care measured by the Revised Humane Caring Scale. *Applied Nursing Research*, 31, 126-131. DOI: 10.1016/j.apnr.2016.02.002
- Guzmán, O. A., González, M. I., Piña, M. A., Flores, A. S., & Meléndez, R. M. (2007). Madeleine Leininger: un análisis de sus fundamentos teóricos. *Enfermería Universitaria*, 4(2), 26-30.
- Irshad, B. (2018). Application of Orem Self Care Deficit Theory on Psychiatric Patient. *Annals of Nursing and Practice*, 5(1), 1-3.

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (2014). *Anuario de Estadística: Recursos y Actividades de Salud 2014*. Dirección de Estadística Sociodemográfica. Quito, Ecuador.
- Kol, E., Arıkan, F., İlaslan, E., Akıncı, M. A., & Koçak, M. C. (2018). A quality indicator for the evaluation of nursing care: determination of patient satisfaction and related factors at a university hospital in the Mediterranean Region in Turkey. *Collegian*, 25(1), 51-56.
- Leininger, M. M. (1988). Leininger's theory of nursing: Cultural care diversity and universality. *Nursing science quarterly*, 1(4), 152-160.
- Leininger, M. (2002). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of transcultural nursing*, 13(3), 189-192. DOI: 10.1177/10459602013003005
- Ley de Ejercicio Profesional de las Enfermeras y Enfermeros del Ecuador (1998). Congreso Nacional. Ley No. 57
- Ley Orgánica de Salud.(2006). Congreso Nacional. Ley No. 67, Registro Oficial Suplemento 423 de 22 de Diciembre del 2006.
- Ley Orgánica de Educación Superior (2010). Asamblea Nacional. Registro Oficial Suplemento 298 de 12 de Octubre de 2010.
- Li, M., Lowrie, D., Huang, C., Lu, X., Zhu, Y., Wu, X., ... & Zhao, P. (2015). Evaluating patients' perception of service quality at hospitals in nine Chinese cities by use of the ServQual scale. *Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine*, 5(6), 497-504.
- López, M., Santos, S., Varez, S., Abril, D., Rocabert, M., Ruiz, M., & Mañé, N. (2006). Reflexiones acerca del uso y utilidad de los modelos y teorías de enfermería en la práctica asistencial. *Enfermería Clínica*, 16(4), 218-221. DOI: 10.1016/S1130-8621(06)71217-7

- Luengo, C. E., & Sanhueza, O. (2016). Formación del licenciado en Enfermería en América Latina. *Aquichan*, 16(2), 240-255.
- MacLeod, L. (2012). Three keys to patient satisfaction: nursing, nursing, and nursing. *Nurse Leader*, 10(5), 40-43. DOI: 10.1016/j.mnl.2012.02.004
- Mathews, S. K., Secrest, J., & Muirhead, L. (2008). The interaction model of client health behavior: A model for advanced practice nurses. *Journal of the American Academy of nurse Practitioners*, 20(8), 415-422. DOI:10.1111/j.1745-7599.2008.00343.x
- McCue, M., Mark, B. A., & Harless, D. W. (2003). Nurse staffing, quality, and financial performance. *Journal of health care finance*, 29(4), 54-76.
- Manfredi M. (1993). El desarrollo de enfermería en América Latina: una mirada estratégica. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 1(1), 23-35. DOI: 10.1590/S0104-11691993000100004.
- Martínez, R. M., Tuya, L. C., Martínez, M., Pérez, A., & Cánovas, A. M. (2009). El coeficiente de correlación de los rangos de Spearman caracterización. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 8(2), 0-0.
- Merino Soto, C. A., & Willson, V. (2013). Comparación de variables de distribución t: una aplicación en la diferencia de grupos para la validez de constructo. *Liberabit*, 19(2), 243-249.
- Naranjo, Y., Pacheco, C., Alejandro, J., & Rodríguez, M. (2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(3), 89-100.
- Nájera, R. M., & Castrillón, M. (2012). La Enfermería en América Latina Situación actual, áreas críticas y lineamientos para un Plan de Desarrollo. *Consultado el*, 12.
- Needleman, J., & Hassmiller, S. (2009). The role of nurses in improving hospital quality and efficiency: real-world results. *Health Affairs*, 28(4), w625-w633. DOI: 10.1377/hlthaff.28.4.w625

- Nightingale, F. (1946). *Notes on Nursing: What it Is, and what it is Not*. London, Harrison [1859]. E. Stern.
- Oldenburger, D., De Bortoli, S. H., Bryant, D., Valaitis, R. K., Baumann, A., Pulcini, J., & Martin, R. (2017). Implementation strategy for advanced practice nursing in primary health care in Latin America and the Caribbean. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *41*, 1-48.
- Orem D. (1971). *Enfermería: Conceptos de práctica*. New York: McGraw- Hill.
- Organización Panamericana de la Salud (2017). Acerca de enfermería. Recuperado de https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11170:about-nursing&Itemid=41547&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud (2010). *Enfermería en las Américas*.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *WHO Nursing and midwifery progress report 2008 – 2012*. Génova, Suiza
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Resolution CD52.R13 Human Resources for Health: Increasing Access to Qualified Health Workers in Primary Health Care-Based Health Systems*. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=25587&Itemid
- Organización Mundial de la Salud (2017). *Nursing and Midwifery in the History of the World Health Organization 1948–2017*. L'IV Com Sàrl, Villars-sous-Yens, Switzerland. Recuperado de https://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/documents/en/
- Otzen, T., & Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, *35*(1), 227-232.
- Papanikolaou, V., & Zygiaris, S. (2014). Service quality perceptions in primary health care centres in Greece. *Health expectations*, *17*(2), 197-207.

- Papastavrou, E., Efstathiou, G., Tsangari, H., Suhonen, R., Leino-Kilpi, H., Patiraki, E., ... & Jarosova, D. (2012). Patients' and nurses' perceptions of respect and human presence through caring behaviours: A comparative study. *Nursing Ethics, 19*(3), 369-379.
- Prado, L. A., González, M., Gómez, N. P., & Borges, K. R. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Médica Electrónica, 36*(6), 835-845.
- Parse, R. R. (1992). Human becoming: Parse's theory of nursing. *Nursing Science Quarterly, 5*(1), 35-42.
- Parse, R. R. (1997). The human becoming theory: The was, is, and will be. *Nursing Science Quarterly, 10*(1), 32-38. DOI: 10.1177/089431849701000111
- Philbrick, M. (1984). Nursing and Nursing Education: Public Policies and Private Actions. *AORN Journal, 39*(2), 240-240.
- Ríos-Risquez, M. I., & García-Izquierdo, M. (2016). Patient satisfaction, stress and burnout in nursing personnel in emergency departments: A cross-sectional study. *International journal of nursing studies, 59*, 60-67.
- Rodero, V., Acebedo, S., Vives, C., & Pérez, C. (2006). Análisis de los posibles desde la teoría de Parse en una persona con Alzheimer. *Index de Enfermería, 15*(54), 44-47.
- Rodríguez, S., Cárdenas, M., Pacheco, A. L., Ramírez, M., Ferro, N., & Alvarado, E. (2017). Reflexión teórica sobre el arte del cuidado. *Enfermería universitaria, 14*(3), 191-198. DOI: 10.1016/j.reu.2017.05.004
- Sánchez, B. (2015). El escenario deseado para la enfermería latinoamericana *Aquichan, 15*(4), 459-460. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.4.1
- Sharma, S. K., & Kamra, P. K. (2013). Patient satisfaction with nursing care in public and private hospitals. *Nursing and Midwifery Research Journal, 9*(3), 130-141.

- Shirley, E. D., & Sanders, J. O. (2013). Patient satisfaction: implications and predictors of success. *JBJS*, 95(10), 1-4. DOI: 10.2106/JBJS.L.01048
- Shin, N., & Park, J. (2018). The Effect of Intentional Nursing Rounds Based on the Care Model on Patients' Perceived Nursing Quality and their Satisfaction with Nursing Services. *Asian nursing research*, 12, 203-208. DOI:10.1016/j.anr.2018.08.003
- Sousa, V., Driessnack, M., & Costa, I. (2007). Revisión de diseños de investigación resaltantes para enfermería. Parte 1: Diseños de investigación cuantitativa. *Rev Latino-am Enfermagem*, 15(3), 1-6.
- Tang, W. M., Soong, C. Y., & Lim, W. C. (2013). Patient satisfaction with nursing care: a descriptive study using interaction model of client health behavior. *International Journal of Nursing Science*, 3(2), 51-56. DOI: 10.5923/j.nursing.20130302.04
- Töyry, E., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2001). Developing an instrument for the measurement of humane caring. *Vård i Norden*, 21(1), 20-24.
- Torres-Verdugo, Á. (2011). Guía de fuentes de información iberoamericana para la investigación educativa. *Revista iberoamericana de educación superior*, 2(5), 142-179.
- Vega, J., & Frenz, P. (2015). América Latina: prioridades para la cobertura universal de salud. *MEDICC Review*, 17(S1), 14-15.
- Verdere, O. (1979). Análisis de la enfermería en la América Latina. *Educación Médica Salud*, 13(4), 315-340.
- Vílchez-Barboza, V., Paravic-Klijn, T., & Salazar Molina, A. (2013). La escuela de pensamiento Humanbecoming: una alternativa para la práctica de la enfermería. *Ciencia y enfermería*, 19(2), 23-34. DOI: 10.4067/S0717-9553201300020000

Apéndices

Apéndice A. Cuestionario

CUESTIONARIO SATISFACCIÓN CON SERVICIO DE PERSONAL DE ENFERMERÍA

El presente cuestionario es parte de un estudio con fines únicamente académicos e investigativos. No existe respuesta buena ni mala. El instrumento fue diseñado para la evaluación de la satisfacción usuaria respecto a la atención brindada por el personal de enfermería. Su aporte será esencial para el desarrollo del estudio y las respuestas brindadas son totalmente anónimas.

1. Género:

Femenino	
Masculino	

2. Edad: _____ años

3. Nivel educativo:

Primaria	
Secundaria	
Universitario	
Posgrado	

4. Estado civil

Soltero	
Divorciado	
Viudo	
Unión libre	
Casado	

5. Trabaja:

Sí	
No	

6. ¿Ha estado hospitalizado en la clínica Mediglobal?

Sí	
No	

En caso de haberlo estado, ¿por cuánto tiempo?

_____ días

7. En términos generales, respecto a la atención brindada por nuestro personal de enfermería ¿qué tan satisfecho se encuentra? (Marque con una X en la escala del 1 al 10)

Totalmente Insatisfecho								Totalmente Satisfecho	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

8. En la siguiente página se presentan una serie de aspectos relacionados a la atención de enfermería. Marque con una X su grado de acuerdo con dichos argumentos de acuerdo a su experiencia en el servicio recibido en Mediglobal.

Adicionalmente, se pide que al finalizar verifique que todos los ítems hayan sido respondidos. De antemano, se agradece su tiempo y participación en el alcance de los objetivos planteados de la investigación.

		Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo
1	Las enfermeras me tratan con respeto					
2	Las enfermeras sonríen siempre que se acercan a mí					
3	Me siento seguro cuando recibo el cuidado de las enfermeras					
4	Las enfermeras son cuidadosas					
5	Las enfermeras pueden responder a mis inquietudes de la mejor forma					
6	Las enfermeras son hábiles y capaces al desempeñar los procesos médicos					
7	Las enfermeras piden mi permiso antes de ejecutar cualquier procedimiento médico					
8	Las enfermedades me han dado la privacidad adecuada cuando la necesito					
9	Las enfermeras ofrecen su atención médica de forma competente					
10	Las enfermeras explican el procedimiento médico de manera clara antes de ejecutarlo					
11	Las enfermeras son profesionales cuando brindan su atención o servicio					
12	Las enfermeras me ofrecieron información importante durante la hospitalización					
13	Las enfermeras me motivaron durante el tiempo de hospitalización					
14	Las enfermeras usan contacto físico como forma de motivación o apoyo					
15	Las enfermeras me involucran en el cuidado médico					
16	Las enfermeras me brindaron información útil sobre mi condición de salud					
17	Las enfermeras brindan información útil al momento de ser dado de alta.					
18	Puedo tomar mis propias decisiones cuando soy atendido por las enfermeras					
19	Las enfermeras involucran a mi familia o amigos en mi cuidado médico.					

Adaptado de "Patient satisfaction with nursing care: a descriptive study using interaction model of client health behavior" por Tang, W. M., Soong, C. Y., & Lim, W. C., 2013, *International Journal of Nursing Science*, 3, p. 54.

Apéndice B. Cálculo del promedio para las dimensiones en toda la muestra

Para el cálculo del promedio y desviación estándar se toma como ejemplo la variable apoyo emocional. En primer lugar se obtuvo el promedio en la dimensión para cada individuo

$$Apoyo\ afectivo_1 = \frac{\text{ítem1} + \text{ítem2} + \text{ítem3} + \text{ítem4} + \text{ítem13} + \text{ítem14}}{6}$$

Una vez obtenido dicho promedio para cada individuo, se obtiene el promedio del promedio en la dimensión de toda la muestra ($n = 11$), es decir

$$\begin{aligned}\widehat{AA} &= \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n Apoyo\ afectivo_i \\ &= \frac{Apoyo\ afectivo_1 + Apoyo\ afectivo_2 + \dots + Apoyo\ afectivo_n}{n}\end{aligned}$$

Donde

AA = Apoyo Afectivo de toda la muestra

n = Número total de la muestra = 110

Apoyo afectivo = Puntaje promedio de la dimensión para el individuo n.

Dado la extensión del cálculo, este fue ejecutado en el programa estadístico SPSS.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Franco Villamar, Alison Mercy, con C.C: # 0925594442 autora del trabajo de titulación: **Calidad de atención de enfermería y su efecto en la satisfacción de los pacientes en MediGlobal S. A.**, de previo a la obtención del grado de **MAGISTER EN GERENCIA EN SERVICIOS DE LA SALUD** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de graduación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil ,04 de junio del 2019

f. _____
Nombre: Franco Villamar, Alison Mercy
C.C: 0925594442

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA			
FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE GRADUACIÓN			
TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Calidad de atención de enfermería y su efecto en la satisfacción de los pacientes en MediGlobal S. A.		
AUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Franco Villamar, Alison Mercy		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES) (apellidos/nombres):	Econ. Zambrano Chumo, Laura, MBA. Econ. Carrasco Corral, Priscila, Mgs		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
UNIDAD/FACULTAD:	Sistema de Posgrado		
MAESTRÍA/ESPECIALIDAD:	Maestría en Gerencia en Servicios de la Salud		
GRADO OBTENIDO:	Magíster en Gerencia en Servicios de la Salud		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	04/Junio/2019	No. DE PÁGINAS:	92
ÁREAS TEMÁTICAS:	satisfacción usuaria		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Enfermería, calidad de atención, satisfacción de paciente, interacción paciente – profesional, comunicación efectiva		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>El estudio tuvo como objetivo establecer la relación entre la calidad de atención de enfermería y la satisfacción del paciente. Desde la base teórica se establece un componente clave en la evaluación de la calidad de enfermería, el cual es la interacción paciente – profesional. La investigación tuvo un enfoque cuantitativo y utilizó como técnica de recolección de datos un cuestionario denominado Escala de Satisfacción del Paciente con la Atención de Enfermería. Se evaluaron cuatro dimensiones: información de salud, apoyo afectivo, control decisonal y competencias técnicas profesionales. Los hallazgos corroboraron que las dimensiones de interacción: apoyo afectivo e información de salud, son las más incidentes sobre la satisfacción del usuario. La hipótesis de la relación entre las variables calidad y satisfacción fue corroborada. Para la mejora de las dimensiones de interacción se propuso un taller de capacitación de comunicación efectiva y apoyo afectivo, el cual permite la mejora de las habilidades de interacción del personal a través del aprendizaje cognitivo, afectivo y psicomotor de las estrategias de detección de señales y habilidades de interacción. El estudio concluye que el componente de interacción humana es uno de los ejes más importantes en el proceso de atención dada por el personal de enfermería, y este necesita ser reafirmado en las instituciones sanitarias.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-98 993 0167	E-mail: alison_the_baby@hotmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN:	Nombre: Lapo Maza, María del Carmen		
	Teléfono: +593-9-42206950 / 0999617854		
	E-mail: maria.lapo@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			