



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULA DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

AREA BIOLOGICA

**TITULACION DE MAESTRIA EN GERENCIA DE SALUD PARA EL
DESARROLLO LOCAL**

**Mejoramiento de la calidad de atención de enfermería en el servicio de
Gineco-Obstetricia y Pediatría del hospital San Francisco de Quito del IESS
2013**

TRABAJO DE FIN DE LA MAESTRIA

AUTOR: Muñoz Maltez Yaoska Isabel Lic.

DIRECTORA: Alarcón Dalgo Carmen María Mgs.

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2014

APROBACION DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACION

Magister

Carmen María Alarcón Dalgo

DOCENTE DE LA TITULACION

El presente trabajo de fin de maestría o especialidad, denominado: Aplicación de un Plan de Mejoramiento de la Calidad de atención de enfermería en el servicio de Gineco-obstetricia y pediatría del hospital San Francisco de Quito del IESS julio a diciembre del 2013, realizado por: Muñoz Maltez Yaoska Isabel ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, Diciembre 2013

f).....

DECLARACION DE AUTORIA Y CESION DE DERECHOS

“Yo, **Muñoz Maltez Yaoska Isabel**, declaro ser autor(a) de la presente tesis o tesina Aplicación de un Plan de Mejoramiento de la Calidad de Atención de Enfermería en el servicio de Gineco-obstetricia y Pediatría del Hospital San Francisco de Quito del IESS julio a diciembre del 2013 de la Maestría Gerencia en Salud para el Desarrollo Local, siendo Carmen María Alarcón Dalgo directora del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo, son de mi exclusiva responsabilidad

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente textualmente dice: “Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f.....

Autor: Muñoz Maltez Yaoska Isabel

Cédula: 1709009565

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a todos los incontables pacientes que he conocido en el transcurso de mi vida profesional y que han sido mi fuente de inspiración para proponer y actuar a favor de sus derechos para que cada día la atención en salud responda a sus necesidades, contribuyendo de ésta manera en la construcción de una sociedad más justa donde el derecho a la salud sea ejercido en todos los ámbitos y esté al alcance de todos.

También lo dedico a todas aquellas enfermeras que se exigen a sí mismas para ser cada día mejores para proporcionar cuidados de enfermería de excelencia basados en conocimientos y cargados de vocación y amor al servicio de otros como principio universal de solidaridad.

AGRADECIMIENTO

Deseo expresar mi más profundo agradecimiento en primer lugar a Dios que con su gracia y amor me ha bendecido día a día dándome fuerzas e iluminando mi mente en la consecución de esta meta, a mis padres, sabias personas que a pesar de la distancia habitan en mi corazón infundiéndome aliento con su amor incondicional, a mi querido y amado hermano que con su presencia y apoyo constante me supo impulsar hacia adelante en los buenos y malos momentos, gracias también a esa persona que comparte mi vida día tras día y nos une un profundo amor, que nos ayuda a crecer y seguir un mismo camino, un especial agradecimiento a la Universidad Particular de Loja, a mi directora de tesis, a mis compañeras enfermeras que colaboraron activamente con mi meta de mejorar nuestra atención a los pacientes, gracias todos mis amigos, amigas y compañeros.

INDICE DE CONTENIDOS

Aprobación del Director del Trabajo de Fin de Titulación.....	ii
Declaración de autoría y cesión de derechos.....	iii
Dedicatoria.....	iv
Agradecimiento.....	v
Índice de Contenidos.....	vi
Resumen.....	x
Introducción.....	xii
Problematización.....	xv
Justificación.....	xvii
Objetivos.....	xix

CAPITULO I

MARCO TEORICO

1. Marco Institucional	1
1.1 Descripción	1
1.2 Creación	1
1.3 Aspecto Geográfico	1
1.4 Misión	2
1.5 Visión	2
1.6 Organización Administrativa	3
1.7 Cartera de Servicios	4
1.8 Estadísticas Generales del Hospital	5
1.9 Políticas y Valores	6
1.10 Ejes Estratégicos del Modelos de atención del HSFQ	7

MARCO CONCEPTUAL

2. La Calidad	8
---------------------	---

2.1 Definición	8
2.2 Historia de la Calidad	8
2.3 La Gestión de la Calidad	9
2.4 Principios de la Calidad	9
2.5 Resultados de la Calidad	10
2.6 Principales autores y precursores	
Delos conceptos modernos de la Calidad.....	10
2.7 Evolución de la Historia de la Calidad	11
2.8 Áreas de la Calidad en Salud	13
2.9 Dimensiones de la Calidad	13
2.10 La Garantía de la Calidad	15
2.11 La Calidad en la Atención de Enfermería.....	17
2.11.1 Importancia de la Calidad en Enfermería.....	18
2.11.2 La No Calidad en Enfermería.....	18
2.12 Estándares e Indicadores en la Atención de Enfermería.....	20
2.13 Tipos de Indicadores	20
2.14 Criterios para la construcción de Indicadores	21
2.15 Modelos de Calidad del HSFQ.....	22
2.16 Estructura del Plan de Calidad del HSFQ.....	26
4. La Atención al Cliente en Salud.....	27
4.1 Prioridad al Cliente.....	27
4.2 Que desean los clientes.....	28
4.3 La satisfacción al cliente.....	29
5. Educación e información al Usuario y Familia.....	30
5.1 Acciones dirigidas a los usuarios.....	31

CAPITULO II	
DISEÑO METODOLOGICO	
1.1 Matriz de Involucrados.....	33
1.2 Árbol de Problemas.....	35
1.3 Árbol de Objetivos.....	36
1.4 Matriz del Marco Lógico.....	37
CAPITULO III	
ANALISIS DE RESULTADOS	
1.1 Resultado Uno.....	44
1.2 Resultado Dos.....	46
1.3 Resultado Tres.....	48
CONCLUSIONES.....	51
RECOMENDACIONES.....	52
BIBLIOGRAFIA.....	53
ANEXOS.....	57
ANEXO 1 Autorización.....	58
ANEXO 2 Resultados de Encuesta a los usuarios y familiares del servicio de Gineco- Obstetricia y Pediatría Junio 2013.....	59
ANEXO 3 Manual de Atención al Usuario y su Familia.....	67
ANEXO 4 Guías Informativas y Educativas para el usuario y su familia.....	68
ANEXO 5 Manual de Estándares e Indicadores de Enfermería.....	69

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

Tabla No 1 Cartera de servicios del Hospital San Francisco de Quito.....	4
Tabla No 2 Datos estadísticos generales del Hospital San Francisco de Quito.....	5
Tabla No 3 Diagnósticos de Hospitalización Hospital San Francisco de Quito.....	5
Tabla No 4 Diez primeras causas de Mortalidad Hospital San Francisco de Quito.....	6
Gráfico No 1 Ejes estratégicos del Hospital San Francisco de Quito.....	7

INDICE DE CUADROS

Cuadro No1 Resultados de Encuesta a los usuarios y familiares del servicio de Gineco- Obstetricia y Pediatría Junio 2013- Componente Comunicación.....	59
Cuadro No 2 Resultados de Encuesta a los usuarios y familiares del servicio de Gineco- Obstetricia y Pediatría Junio 2013- Componente Profesionalismo.....	60
Cuadro No 3 Resultados de Encuesta a los usuarios y familiares del servicio de Gineco- Obstetricia y Pediatría Junio 2013- Componente Confort.....	61
Cuadro No 4 Resultados de Encuesta a los usuarios y familiares del servicio de Gineco- Obstetricia y Pediatría Junio 2013- Componente Educativo.....	62
Cuadro No 5 Resultados de Encuesta a los usuarios y familiares del servicio de Gineco- Obstetricia y Pediatría Junio 2013- Componente Educativo.....	63
Cuadro No 6 Resultados de Encuesta a los usuarios y familiares del servicio de Gineco- Obstetricia y Pediatría Junio 2013- Componente Empatía y Preguntas Globales.....	64
Cuadro No 7 Resultados de Encuesta a los usuarios y familiares del servicio de Gineco- Obstetricia y Pediatría Junio 2013- Componente Empatía y Preguntas Globales.....	65

RESUMEN EJECUTIVO

El análisis del diagnóstico situacional del año 2013 del servicio de Gineco Obstetricia y Pediatría del Hospital San Francisco de Quito, reveló un descenso del nivel de calidad en la atención de enfermería manifestado por la inconformidad en los usuarios externos, reportes de quejas, y reclamos constantes; debido a la falta de iniciativas de actividades y proyectos para mejorar la calidad de atención.

Ante ésta problemática se propone la aplicación de un Plan de Mejoramiento de la Calidad de Atención de Enfermería que busca beneficiar tanto a los usuarios, como al personal de enfermería, otorgándole herramientas para mejorar su desempeño, y elevar la satisfacción de los usuarios

El interés por mejorar la calidad de los servicios ha llevado a emprender propuestas, planes y proyectos que permitan alcanzar mayores niveles de calidad; la calidad juega un papel importante; en éste contexto se desarrolla el presente proyecto de acción, cuyos resultados son dotar de herramientas útiles y sencillas para mejorar de la calidad de atención.

PALABRES CLAVES: Calidad, Atención de Enfermería, Mejoramiento de la Calidad, Usuarios

ABSTRACT

Situational Analysis of Diagnostic Service 2013 Obstetrics and Gynecology Pediatrics Hospital San Francisco de Quito, revealed a decreased level of quality nursing care for the dissatisfaction expressed by external users, reports complaints and constant complaints, due to the lack of activities and initiatives projects to improve the quality of care.

Faced with this problem the application of a Plan to Improve the Quality of Nursing Care that seeks to benefit both the users such as nurses, giving tools to improve performance, and increase the user satisfaction is proposed

The interest in improving the quality of services has led to undertake proposals, plans and projects to achieve higher levels of quality , quality plays an important role , in this context the present draft action takes place , the results are to provide tools useful and simple to improve the quality of care.

KEYWORDS: Quality Nursing Care Quality Improvement, Users

INTRODUCCION

En la actualidad es importante proporcionar servicios asistenciales de enfermería de calidad, expresados en cuidados oportunos, personalizados, humanos, continuos y efectivos acorde con una práctica profesional que se actualiza constantemente en función del usuario, razón por la cual se considera importante intervenir ante la problemática encontrada en el servicio de Gineco-Obstetricia y Pediatría del Hospital San Francisco de Quito.

Después de realizar la actualización y análisis del diagnóstico situacional del 2013, se pudo verificar deficiencias en la calidad de atención de enfermería, por lo que surge la iniciativa de desarrollar un Plan de Mejoramiento de la Calidad que tiene tres componentes , y en su aplicación se ven reflejados como herramientas de mejoramiento de la calidad ; este trabajo es factible, porque se cuenta con el apoyo de la líder de enfermería y la mayoría del personal operativo del servicio, de igual manera con el apoyo de la Coordinación médica y de enfermería del Hospital.

El presente trabajo se desarrolla en 3 capítulos, en el capítulo uno se describe el marco teórico con todo lo referente al Marco Institucional, el Marco Conceptual donde se encuentran los conceptos y definiciones que sustentan el trabajo, como por ejemplo temas como la calidad, la calidad de atención de enfermería, la atención al cliente en salud, la educación e información al usuario y estándares e indicadores en la atención de enfermería; el capítulo 2 trata sobre el diseño metodológico y en el capítulo 3 se presentan los resultados obtenidos de la aplicación del trabajo.

Es importante abordar la calidad en el ámbito de la enfermería, ya que es éste personal es el que mantiene un contacto estrecho con el usuario y su familia durante su estancia hospitalaria y requiere una actitud de servicio, estableciendo una adecuada relación enfermera-paciente donde los cuidados sean los más óptimos, ya que se trata de vidas humanas en periodos vulnerables como es la enfermedad; todo esto beneficia a la institución al brindar cuidados de calidad, a los usuarios al recibir atención de excelencia y cálida y a su personal para el crecimiento profesional y humano.

El logro de los objetivos propuestos es un proceso mediante el cual se requiere de activa participación del personal de enfermería, se realizan reuniones, asignación de tareas, convocatorias fuera de horarios de trabajo, sin embargo la participación se logra no en porcentaje esperado, pero sí aceptable; uno de los primeros objetivos es actualizar el diagnóstico situacional del servicio y esto se logra con la colaboración del personal, se formula y se emprende la aplicación del Plan de Mejoramiento de la Calidad, mediante la elaboración y difusión de un Manual de Atención al Usuario y Familia, Guías Informativas y educativas y un Manual de Estándares e Indicadores para su aplicación, todo esto conforman el Plan de Mejoramiento de la Calidad, propuesto para contribuir a elevar el nivel de satisfacción de los usuarios y familiares, así como el mejoramiento del desempeño del personal de enfermería.

La propuesta de proyecto de mejoramiento de la calidad asistencial de enfermería para el servicio de Gineco-Obstetricia y Pediatría incluye los siguientes componentes:

Capacitación Continua al Personal de Enfermería: consiste en la actualización de conocimientos y técnicas de Atención al Usuario y su Familia, dirigido a las enfermeras, con la aplicación de un Manual de Atención al Usuario y su Familia elaborado previamente para éste fin, en ésta herramienta se encuentran temas relacionados con el manejo interpersonal con el paciente.

Educativo e Informativo para los Usuarios: este componente va dirigido al usuario como eje central de la atención de enfermería y está representado por la elaboración y difusión de una Guía Informativa y Educativa para el paciente y su Familia, dentro de éste instrumento se encuentran actividades dirigidas a los usuarios como charlas, talleres, demostraciones, videos educativos, entre otros.

Componente Evaluativo: constituye el tercer componente en el cual se diseñan los estándares e indicadores asistenciales basados en la realidad del servicio y se los compila en un Manual de Estándares e Indicadores de calidad, los mismos que se aplicarán con una lista de chequeo y recolección de información del sistema clínico para evaluar la atención de enfermería.

Con estos tres componentes se busca mejorar la calidad de atención de enfermería, el propósito es elevar el índice de satisfacción de las usuarias/os y familiares a través de la implementación de este conjunto de estrategias reunidas en un Plan de mejoramiento de la calidad asistencial.

PROBLEMATIZACION

El Hospital San Francisco de Quito como hospital nuevo que inició su funcionamiento hace apenas dos años, no estuvo exento de muchos problemas de organización entre áreas de trabajo, el suministro de materiales, horarios de atención y horarios del personal, tiempos de espera para cirugías y consultas, fallas del sistema clínico de información, entre algunos inconvenientes más.

El servicio de Gineco- Obstetricia y Pediatría ubicado en el segundo piso del Hospital San Francisco de Quito, es uno de los servicios de mayor demanda, cuenta con 44 camas, dividido en dos alas de 22 camas cada una, la una destinada a Gineco-obstetricia y la otra para la atención de Pediatría, cuenta con personal especializado en cada área.

Este servicio presenta problemas, entre ellos es el incremento de quejas y reclamos por parte de las usuarias/os y familiares en relación a la atención de enfermería, los reclamos incluyen trato inadecuado, esperas prolongadas, falta de información en cuanto a su enfermedad; en cuanto al personal de enfermería, éste desconoce las necesidades de los usuarios y mantiene poca comunicación con los mismos; de igual manera existen reclamos por parte del personal médico que indican inconformidad con el trabajo de algunas enfermeras que no ejecutan adecuadamente las indicaciones.

Ante esta problemática se conoció que no se han elaborado proyectos de acción para tratar éste tipo de problemas, por tanto surge la iniciativa de aplicar un Plan de Mejoramiento de la Calidad de Atención de Enfermería que contribuya a la solución de los problemas encontrados.

Estos problemas involucran a su personal, sus actitudes, aptitudes, sus conocimientos, y falta de herramientas para mejorar la atención de enfermería, factores que han generando quejas y

reclamos por parte de los/las usuarios y familiares, existiendo insatisfacción en los pacientes que reciben la atención de enfermería.

Se presenta un estimado de 2 a 3 reclamos por semana tanto de los usuarios como del personal médico dirigidos hacia la Jefe de Enfermería; actualmente las quejas de los usuarios no están siendo adecuadamente tratadas, ya que no son formalizadas en un registro, donde consten detalles como: en qué momento sucedió, en qué circunstancias, nombre del personal, la descripción del suceso; y se presenta la queja verbalizada hacia la Jefe de enfermería o médicos del servicio.

Las causas identificadas dan lugar a cuidados inadecuados que no contribuyen a la mejoría de los pacientes; la inexistencia de estándares e indicadores de calidad en la atención de enfermería constituye un problema, no existe una cultura de la calidad fuertemente establecida y sobre todo no existe una concientización sobre la calidad, sin estándares que normaticen el actuar, es trabajar sin guía, y esto es fuente de muchos problemas en la atención ya que cada enfermera aplica sus criterios que difiere uno de los otros y la atención no es uniforme y por ende difícil de controlar el cumplimiento de tareas.

Los principales problemas detectados en la encuesta fueron : falta de información a los usuarios y familiares sobre normas del servicio, las enfermeras no informan a los pacientes sobre sus derechos, el personal de enfermería presenta dificultades en la resolución de problemas de tipo relacional, no proporciona información a los usuarios sobre su enfermedad, imparten información incompleta, no existen actividades educativas, en la encuesta los usuarios expresan una clara necesidad de conocimientos, en cuanto a la satisfacción de los usuarios un 56,7% de los usuarios se sienten completamente satisfechos con la atención, un 40% se siente medianamente satisfechos; hay algunas cosas que los usuarios recomiendan para mejorar calidad como por ejemplo: mejorar el trato, disminuir los tiempos de espera, educación e información y mayor organización.

JUSTIFICACION

El desarrollo del presente trabajo se justifica en que la calidad de los servicios de salud debe llegar a ser una prioridad en las instituciones del IESS, para lograr una atención de excelencia a los afiliados y jubilados, ésta calidad debe ser garantizada, monitorizada y mejorada continuamente.

El IESS lleva a cabo tres acciones para la garantía de la calidad: la primera constituida por la Gerencia estratégica, que comprende la organización eficiente y efectiva de los establecimientos de salud y la red para mejorar la calidad y eficiencia de las prestaciones. (Resolución IESS CD 208,2010). Esta acción resulta de vital importancia y de donde nace la calidad, de una adecuada organización del establecimiento que será la base fortalecida de donde se emprenderán el resto de acciones dirigidas a la mejora continua.

La Calidad Técnica como segunda acción incluye: auditoria médica, mejoramiento de la calidad, aplicación de guías clínicas y desarrollo del personal en técnicas de Atención al Usuario. (Resolución IESS CD 208,2010). En ésta resolución se constata que es necesario aplicar protocolos y capacitar al personal en habilidades relacionales con los usuarios, mejorar la comunicación, entregar información clara y oportuna y brindar un trato digno.

Calidad Percibida como tercera acción comprende: la integración del sistema de medición permanente y continua de la satisfacción del usuario. (Resolución IESS CD 208,2010). Conocer el nivel de satisfacción de los usuarios constituye un indicador muy representativo de la calidad, ya que los usuarios evalúan constantemente el servicio recibido, por tal razón éste debe ser captado en encuestas periódicas que den a conocer el nivel de satisfacción y evaluar la calidad

Por otra parte el IESS en su Plan Operativo Anual dispone: el Plan de Mejoramiento Continuo de la Calidad por unidad médica se debe incluir la formación de RRHH de salud en competencias técnicas y gerenciales y la implementación de un proceso de auditoría. (POA IESS, 2012). La calidad ocupa un lugar fundamental en los Planes Operativos anuales y toma muy en cuenta a su personal, el cual debe estar caracterizado por distintas competencias y se debe fomentar su capacitación en procesos de auditoría que contribuyan a mejorar la calidad

El Hospital San Francisco de Quito cuenta con un Plan de Calidad, y entre sus objetivos principales se encuentran: Analizar de manera continua las oportunidades de mejora de los servicios, fomentar la autoevaluación sistemática por parte de los profesionales, integrar los indicadores de calidad, apoyar en el desarrollo de estudios, investigaciones y proyectos de calidad. (HSFQ Plan de Calidad, 2010). En base a los objetivos propuestos por el Plan de Calidad del HSFQ el presente proyecto responde a ellos a través de la aplicación de in Plan de mejoramiento de la calidad, la aplicación de indicadores de calidad para la autoevaluación es uno de los componentes del Plan de mejoramiento que responde a estos objetivos.

OBJETIVOS

GENERAL:

Aplicar un Plan de Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Enfermería en el servicio de Gineco Obstetricia y Pediatría del hospital San Francisco de Quito- IESS mediante la capacitación al personal, la educación a los usuarios/os, y la elaboración y aplicación de estándares e indicadores de calidad para aumentar la satisfacción de los usuarios.

ESPECIFICOS

1. Capacitar al Personal de Enfermería en técnicas de Atención al Usuario y su Familia y elaboración del manual
2. Elaborar una Guía Informativa y Educativa para el paciente y su familia y difundirla
3. Elaborar un Manual de estándares e indicadores de calidad de atención de Enfermería para su aplicación.

CAPITULO I
MARCO TEORICO

1. Marco Institucional

1.1 Descripción.

El Hospital San Francisco de Quito es uno de los hospitales de segundo nivel de atención de referencia del Sistema Nacional de Salud perteneciente al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) con capacidad de 132 camas, tiene dos años de creación y su mayor meta es llegar ser un hospital de asistencia sanitaria de calidad e innovación con perspectiva de crecimiento a un tercer nivel.

1.2 Creación.

El 5 de diciembre del 2011 en la ciudad de Quito con la presencia del Eco. Rafael Correa presidente Constitucional de la República del Ecuador; autoridades del gobierno central y provincial; y del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS inauguran en nuevo Hospital del IESS “San Francisco de Quito”; el mismo que contribuye a fortalecer la red de salud. Este hospital atiende con más de 700 profesionales entre personal médico y administrativo.

1.3 Aspecto Geográfico.

El hospital San Francisco de Quito se encuentra ubicado en la zona urbana de la ciudad de Quito en la parroquia Carcelén, en las calles Av. Jaime Roldos Aguilera y Juan Ramón Jiménez, el hospital fue ubicado al norte de Quito para cubrir las necesidades en salud de los pobladores de las parroquias aledañas ubicadas la norte como el Condado, Atucucho, Pomasqui, Carapungo y Carcelén,

1.4 Misión Institucional

El Hospital San Francisco de Quito es un centro integrado en la red pública de atención, que provee servicios de salud especializados acorde a su cartera de prestaciones, para mejorar la salud de la población de su área de influencia, y la de aquellos otros afiliados y ciudadanos que ejercen su derecho a la libre elección de ser atendidos en el hospital. Nuestra meta es satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros pacientes, con agilidad, calidad y calidez, efectividad, eficiencia y seguridad y acorde con la excelencia y la imagen de marca del IESS.

La integración de la asistencia, docencia y la investigación, se configura como elemento clave para atraer, motivar, e incentivar a los mejores profesionales, que trabajan integrados en equipos multidisciplinarios, y se sienten orgullosos de pertenecer a un hospital con señas de identidad propia, comprometido con el uso adecuado de los recursos, la transparencia y la evaluación de sus resultados, la innovación y desarrollo del talento humano

1.5 Vision Institucional

El Hospital San Francisco de Quito es un hospital excelente “en boca de los pacientes”

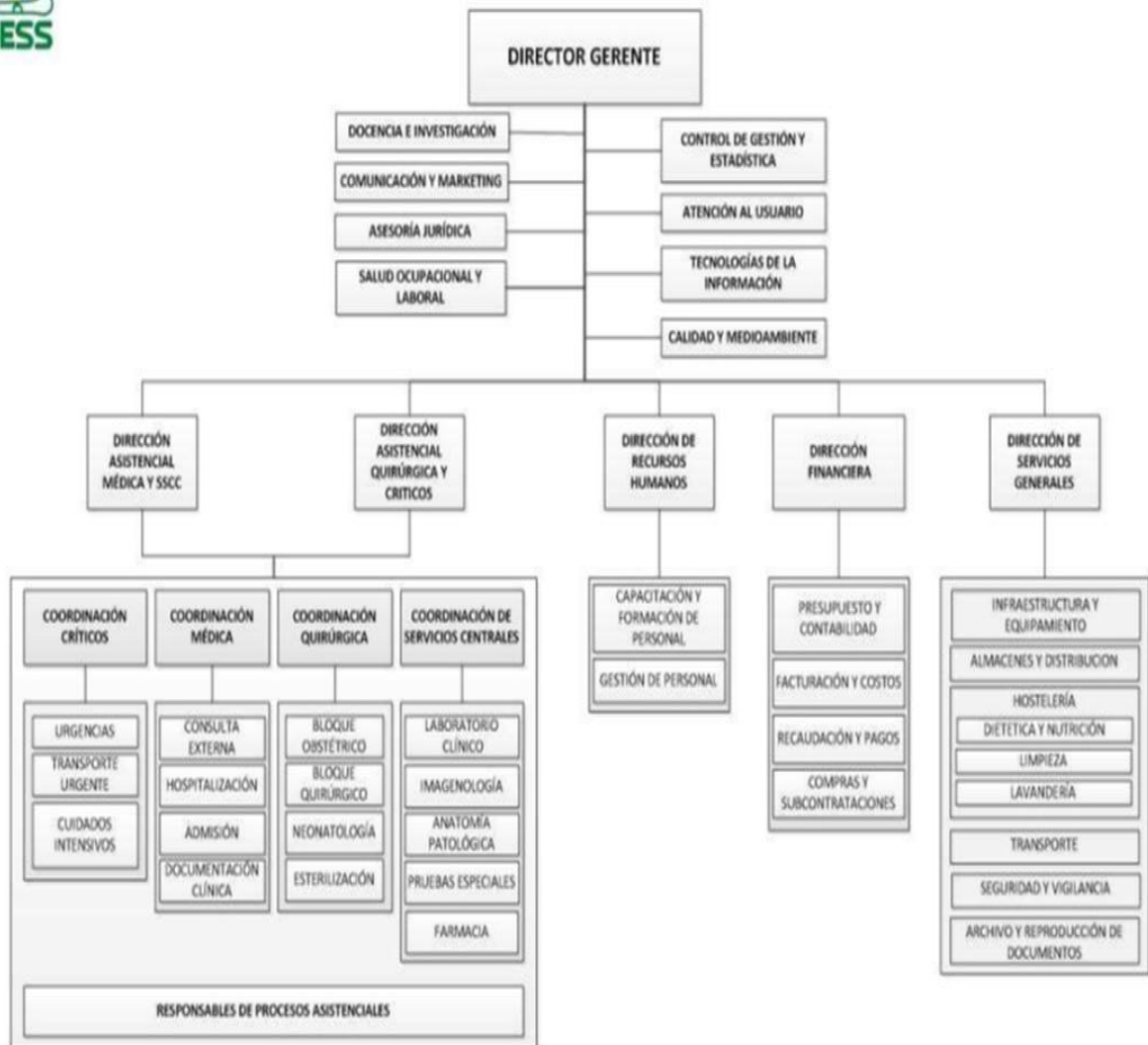
Esto implica que:

El hospital San Francisco de Quito será un referente de vanguardia en el campo de la asistencia especializada a los problemas de salud de los pacientes, que eligen al hospital por proporcionar una atención accesible, ágil, viable, e innovadora, prestada por profesionales excelentes que utilizan de forma adecuada los medios y la tecnología disponible. El Hospital está dotado de una organización eficiente y flexible capaz de adaptarse con rapidez a los cambios del entorno, que propicia la gestión del conocimiento y la investigación clínico epidemiológico.

1.6 Organización Administrativa



ESTRUCTURA ORGÁNICA DEL HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO



Fuente: Plan Estratégico del HSFQ 2012 p. 9

Elaborado por: Hospital San Francisco de Quito, Departamento de Administrativo

1.7 Cartera de Servicios

Cuenta con la siguiente cartera de servicios que se han ido implementando paulatinamente durante el primer año de creación del hospital.

Tabla No1
Cartera de Servicios
Hospital San Francisco de Quito
2013

Neonatología	Gineco-Obstetricia y Pediatría	Centro Obstétrico
Cirugía General	Medicina Interna	Terapia Intensiva
Emergencia	Otorrinolaringología	Oftalmología
Medicina Preventiva	Endoscopía	Nutrición
Cardiología	Laboratorio Clínico	Imagen RX, Tomografía
Densitometría, Mamografía	Ecosonografía	Banco de Sangre
Urología	Traumatología	Anestesiología
Cirugía Vascular	Dermatología	Esterilización

Fuente: Departamento Administrativo HSFQ 2012

Elaborado por: Yaoska Muñoz

1.8 Datos Estadísticos HSFQ

Tabla No2
Hospital San Francisco de Quito
Datos estadísticos generales
Enero a Octubre 2013

Atenciones	97.000
Intervalo de Giro	1,14
Giro de cama	6,24
Cirugías realizadas	7.005
Hospitalizaciones	9.000

Fuente: Departamento de Estadística HSFQ 2013

Elaborado por: Yaoska Muñoz

Tabla No 3
Hospital San Francisco de Quito
Diagnósticos -Hospitalización
Enero a Agosto 2013

PATOLOGIA	CANTIDAD	%
Colelitiasis	544	8
Apendicitis Aguda	359	5
Dolor Abdominal y Pélvico	229	3
Neumonías	219	3
Supervisión de embarazo de alto riesgo	203	3
Traumatismos superficiales que afecta múltiples	180	3
Parto Único Espontáneo	176	3
Supervisión de Embarazo+ Parto Normal	142	2
Supervisión de embarazo alto riesgo	131	2
Dolor no clasificado en otra parte	123	2
Otras Patologías	4398	66
Total		100

Fuente: Departamento de Estadística HSFQ 2013

Elaborado por: Yaoska Muñoz

Tabla No 4
Hospital San Francisco de Quito
10 primeras causas de Mortalidad
Enero a Agosto 2013

CAUSA	CANTIDAD	%
CHOQUE SEPTICO REFRACTARIO	10	20
NEUMONIA BACTERIANA SIN ESPECIFICACION	8	16
OBSTRUCCION INTESTINAL	6	12
PANCREATITIS AGUDA	5	10
CIRROCIS DE HIGADO	5	10
FIBRILACION Y ALETO AURICULAR	5	10
TRASTORNOS NEONATALES DE LA COAGULACION	3	6
PREMATURIDAD EXTREMA	3	6
ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRONICA GRAVE	3	6
PERFORACION DEL INTESTINO	2	4
OTRAS CAUSAS		
TOTAL	50	

Fuente: Departamento de Estadística HSFQ 2013

Elaborado por: Yaoska Muñoz

1.9 Políticas y valores del Hospital San Francisco de Quito

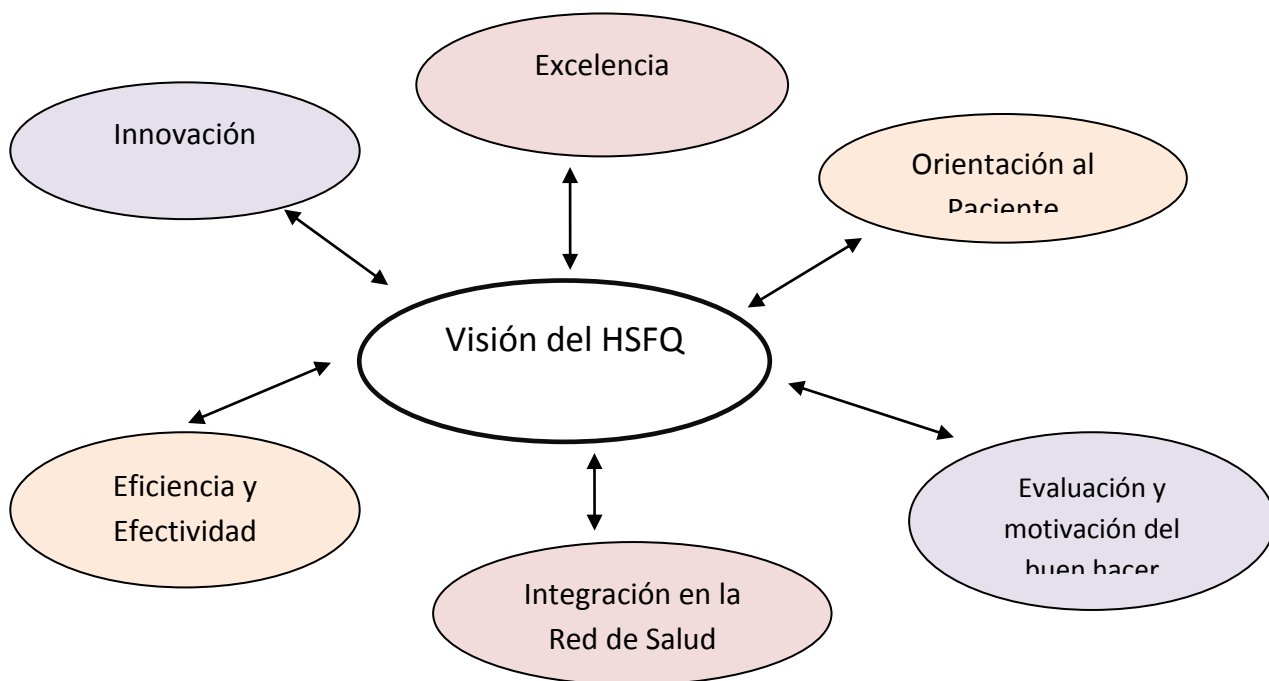
Los valores que caracterizan a los profesionales y trabajadores en general de todas las áreas que conforman el hospital son los siguientes:

- Compromiso con el paciente
- Vocación de Trabajo en Equipo
- Orientación a resultados
- Transparencia y ética en nuestras actuaciones
- Apuesta por la innovación
- Sentido de Pertenencia

1.10 Ejes Estratégicos del Modelo de Atención del Hospital San Francisco de Quito

Grafico No1

Ejes Estratégicos del Modelo de Atención del HSFQ 2013



Fuente: Plan Estratégico HSFQ 2013

Elaborado por: Yaoska Muñoz

Marco Conceptual

2. La Calidad

2.1. Definición

La calidad tiene su origen en el latín y significa: atributo o propiedad que distingue a las personas, bienes y servicios. En la actualidad existen un gran número de definiciones dadas por estudiosos en el tema, una de ellas es: conjunto de características de un producto, proceso o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer las necesidades del usuario o cliente. (ASQC- Sociedad Americana para el Control de Calidad, 2010). De esto se desprende una idea fundamental: la calidad depende del producto o servicio y sus características, pero sobre todo de su respuesta satisfactoria a las necesidades del cliente.

Es, por tanto, una doble visión la que se precisa, ya que es necesario conocer todos los detalles sobre aquello que se fabrica o produce y cuáles son los deseos y las expectativas de los destinatarios de ése producto o servicio.

2.2 Historia de la Calidad

La historia de la calidad en forma resumida presenta la siguiente evolución:

1. Calidad enfocada hacia los productos terminados, iniciada con la revolución industrial y que consistió en la inspección de los productos terminados clasificando como aprobado o rechazado.
2. Control estadístico de procesos, que se inicia en la primera mitad de este siglo y consistió en el desarrollo y aplicación de técnicas estadísticas para disminuir los costos de inspección.
3. Control total de la calidad o calidad total, que nace y se desarrolla en la época de los años 50 introduciendo importantes y novedosos conceptos como los antes señalados. La calidad total es toda una cultura empresarial que se remonta a Japón desde los años 50.

Tarí (2008) La calidad es un fin en sí mismo que se ha de lograr desde la primera acción que se realice en cualquier proceso y que se logra a la primera con el fin de evitar desperdicio de costo en productos mal hechos con toda sus consecuencias, esto quiere decir con pérdida de la confianza del cliente y la pérdida de este. El concepto anteriormente descrito toma muy en cuenta al usuario y la confianza que él deposita en la institución y de igual manera el costo que representa la no calidad.

Los japoneses han sabido superar sus inconvenientes económicos con alto recurso humano y pocos recursos naturales. Su mayor aspiración era controlar la calidad, como también detectar la no calidad. Esto es lo que les llevo a concebir los conceptos de Total Quality Control (T. Q. C) y Total Quality Management (T. Q.M). La T. Q. C o T. Q. M implica que el control de la calidad es cosa de todos y no sólo de los expertos de un determinado departamento los trabajadores son los primeros responsables de la calidad.

2.3 La Gestión de la Calidad

La gestión se define que es la acción y efecto de administrar una organización. Se debe tener en cuenta tres variables para mejorar la gestión: preocupación por hacer el trabajo, esto es cumplir los objetivos de acuerdo a una planificación y organización adecuada; tratamiento de los recursos humanos, actitudes, motivaciones, formación y promoción, y preocupación por la calidad en toda la organización.

La gestión de la calidad se ha convertido en el tema competitivo de muchas organizaciones, Ochoa (2013) llego a decir: Así como el siglo XX fue el siglo de la productividad, el siglo XXI será el siglo de la calidad. Es importante la trascendencia q ha tenido la calidad a nivel global, estamos en el siglo donde la calidad es fundamental; también se menciona que el término genérico de “gestión de la calidad total” significa el uso de la vasta colección de filosofías, conceptos, métodos y herramientas usadas actualmente para gestionar la calidad.

2.4 Principios de la Calidad

1. La calidad significa satisfacción de las necesidades y expectativas del cliente.
2. La concepción de clientes internos y externos.

3. La participación de la dirección en la calidad.
4. La aplicación de principios y herramientas para el mejoramiento continuo de los productos y servicios.

2.5 Resultados de la Calidad

1. Costos más bajos.
2. Ingresos más altos.
3. Clientes satisfechos.
4. Empleados con poder.

2.6 Principales Autores y Precursores de los conceptos modernos de la Calidad

1. **Edwards W. Deming**, estadístico considerado el padre de la calidad moderna, vivió la evolución de la calidad en Japón y de esta experiencia desarrollo los 14 puntos de Deming y las siete enfermedades mortales. En 1983 se creó el premio Deming.
2. **Philip B. Crosby**, propuso el programa de 14 pasos llamado cero defectos y también que la calidad está basada en cuatro principios:
 - La calidad es cumplir con los requisitos.
 - El sistema de la calidad es la prevención.
 - El estándar de realización es cero defectos.
 - La medida de la calidad es el premio del incumplimiento.
3. **Joseph M. Juran**, su principal principio e idea es que la administración de la Calidad se basa en lo que llama la filosofía de Juran que es:
 - Planear.
 - Controlar.
 - Mejorar la calidad.

4. **Armand V. Feigenbaum**, introdujo la famosa frase “Control de calidad total”, su idea de calidad es un modo de vida corporativa, un modo de administrar la organización e involucra además la puesta en marcha.
5. **Kaoru Ishikawa**, es el primer autor que diferencia estilos de administración japoneses y occidentales. Su hipótesis principal fue diferenciar las características culturales en ambas sociedades.

2.7 Evolución de la Historia de la Calidad en Salud

- En un principio la calidad estaba regulada por la propia conciencia y por el código deontológico de la profesión.
- Posterior a la guerra de Crimea, Nightingale (1859) introdujo: dos hechos fundamentales, por un lado el apoyo a la formación de enfermera y por otro realizó un estudio de tasas de mortalidad en los hospitales militares logrando mediante el control de calidad del ambiente, disminuir la mortalidad de un 40 % a un 4 %. Ya en tiempos remotos las acciones por mejorar la calidad fueron emprendidas por parte de enfermería, acciones que impactaron en la disminución de la mortalidad.
- En 1910 Flexner, evaluó a los colegios de enseñanza médica de Canadá y Estados Unidos, descubriendo la ausencia generalizada de normas relativas a la educación médica y recomendó el establecimiento de normas educativas en todo el continente americano.
- En 1912 Codman desarrolla un método que permite clasificar y medir “los resultados finales” de la asistencia hospitalaria y en 1913 a consecuencia de los informes de Flexner y Codman el Colegio Americano de Cirujanos emprende estudios sobre la normatización de los hospitales.
- En 1950, en Canadá se crea el Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales y en 1951 en Estados Unidos la Joint Comisión on Accreditation of Hospitals (JCAH). Estos

organismos permiten la generalización de las normas de acreditación en los hospitales y la aparición de las primeras definiciones de parámetros de calidad.

- En 1961 Donabedian publica su primer artículo sobre la calidad de la atención médica, conceptos que continua desarrollando posteriormente y que constituirán una de las bases del desarrollo del control de calidad en la asistencia sanitaria. Este control se ejerce con tres pilares básicos que son: Análisis de la estructura, análisis del proceso y análisis de los resultados.
- Alrededor de los años sesenta nacen los auditores médicos como método de control interno de la institución, esto con el fin de verificar y mejorar aspectos concretos de la práctica asistencial. Posteriormente la JCAH los incorporó a sus programas de control de calidad y los exigió como condición de acreditación del centro.
- La OMS ha manifestado mucho interés por potenciar y desarrollar la calidad en salud y ya en los años ochenta las organizaciones de la salud comenzaron a utilizar las filosofías industriales del proceso de mejoramiento continuo (PMC) y la administración total de la calidad (TQM), asimismo la acreditación en hospitales amplía su enfoque hasta promover el mejoramiento de la calidad.
- En el año 1991 el servicio nacional del reino unido adopta una política formal de calidad y reconoció al PMC como la manera más rentable de ponerla en práctica. El PMC y la TQM se basan en los trabajos de W. Edwards Deming, Joseph Juran, Armand Fiegenbaum y Kaoru Ishikawa.
- En Chile en el año 1990 las instituciones de salud se fueron acreditando en Infecciones Intrahospitalarias (IIH) y ya entre los años 1996 a 2000 se empezaron a acreditar instituciones más complejas y de urgencias. El Programa de Evaluación de calidad de la atención hospitalaria (PECAH) empezó a desarrollarse entre los años 2000 a 2004, elaborando estándares en conjunto con los servicios de salud.

La evolución de la calidad ha ido ganando ámbito a través del tiempo en diferentes etapas de la historia y países, tomando ahora un principio universal en la producción de servicios y productos.

2.8 Áreas de la Calidad en Salud

La definición de la calidad en términos generales entraña dificultad, ésta es aún mayor al enfocar el tema desde una óptica de atención sanitaria, ya que la apreciación acerca de lo bueno o malo e, incluso, sobre la forma de medirlo o asegurarlo puede diferir, y de hecho difiere, según sea el punto de vista del sector que emite la opinión sobre la atención sanitaria. Ello ha llevado a intentar definir los límites de la calidad de la asistencia, según los cambios que produce en los estados de salud de los individuos y a especificar cuatro grandes áreas de la calidad asistencial:

2.8.1 La calidad directa: se establecería con la medición de los cambios objetivos en el estado de salud de los pacientes o clientes, demostrados con la curación o mejoría de la situación y mediante comprobación clínica.

2.8.2 La calidad indirecta: aborda aquellas cuestiones significativas que influyen o condicionan la posibilidad de obtener un mejor estado de salud, entre ellas la dotación de los servicios, los tratamientos, la disminución de los costes, etc.

2.8.3 La calidad percibida: principalmente por el usuario de los servicios de salud, en la valoración que éste o su familia hacen de la atención y sus circunstancias.

2.8.4 La calidad demostrada: es decir, la que se mide y se compara de acuerdo a parámetros previamente establecidos.

2.9 Dimensiones de la Calidad de Atención

2.9.1 Competencia profesional o calidad científico-técnica: Hace referencia a la capacidad de utilizar los recursos y conocimientos en favor del paciente. Es la dimensión que tradicionalmente ha privilegiado a los profesionales de la salud, y que depende fundamental pero no exclusivamente de sus cualidades y capacitación; es la más valorada, en general, por los profesionales sanitarios.

2.9.2 Eficacia: es aquella virtud o cualidad de una intervención que la hace capaz de producir el efecto deseado cuando se aplica en condiciones óptimas.

2.9.3 Efectividad: Consiste en la capacidad real de una intervención, un procedimiento diagnóstico, un tratamiento, etc. para mejorar la salud del paciente o de la población.

2.9.4 Eficiencia: Es el grado en que una tecnología, una intervención o una organización efectúa la máxima contribución a las objetivos de salud definidos dados los recursos disponibles. Implica la relación favorable entre resultados obtenidos y costes de los recursos empleados. Tiene dos dimensiones: la relativa a la asignación de recursos que analiza la relación entre recursos y resultados, y la referente a la productividad, que analiza la relación entre recursos y procesos.

2.9.5 Accesibilidad: se refiere a la facilidad para la utilización de las prestaciones que ofrece el sistema sanitario a un individuo o un grupo de individuos. Se vincula a la equidad en la distribución de los servicios sanitarios que incluye variables económicas (gratuidad, copago u otras), variables geográficas (distancia entre lugar de residencia y los centros asistenciales, calidad de la red de transporte público), existencia o no de determinadas tecnologías y servicios asistenciales (disponibilidad), barreras burocráticas, variables de índole cultural (grado de alfabetismo y comprensión del idioma) y variables regulatorias (derecho a prestaciones).

2.9.6 Satisfacción del paciente: es un concepto que hace referencia a la percepción y valoración que los usuarios hacen de la atención y el servicio. Ariza (2008) considera que: la relación interpersonal con el paciente y las características del lugar en que se preste la atención deben reflejar respeto por el paciente y permitir su privacidad y comodidad. Esta dimensión es parte integral de la calidad de la atención, ya que puede influir decisivamente en la aceptabilidad de los usuarios, la relación interpersonal es clave al igual q el ambiente donde se brinda los cuidados, reflejarán el nivel de calidad.

2.9.7 Aceptabilidad: Es el grado de colaboración del paciente. La medida en que el paciente acepta y cumple el plan de tratamiento y los cuidados prescritos.

2.9.8 Continuidad: Que la atención se provea de forma ininterrumpida y coordinada entre proveedores e instituciones.

2.9.9 Costo Racional de la Atención: Mejorar la calidad puede redundar en un aumento de los costos, pero el uso inadecuado o innecesario de servicios aumenta los costos sin acrecentar la calidad, dilapidando recursos que podrían ser utilizados para lograr mayores beneficios sociales y cuyo costo afecta al acceso y continuidad. Así se suprimen servicios inútiles y se producen otros de manera más eficiente, todo prestador puede invertir en calidad.

2.10 La Garantía de la Calidad

La calidad debe ser garantizada, es por ello que los sistemas de salud disponen de dos tipos de mecanismos: mecanismos de regulación interna y mecanismos de regulación externa, la calidad se garantiza mediante la aplicación sinérgica de ambos tipos de mecanismos. Un enfoque que privilegie a uno de ellos y olvide al otro es incompleto e ineficaz.

En la actualidad es frecuente apreciar el interés por los mecanismos de regulación externa, en especial la acreditación, sin embargo OPS (2011) aclara: la mera calificación del grado de cumplimiento de un conjunto de estándares no garantiza la calidad de la atención, si ésta no se acompaña de un esfuerzo planificado de gestión de la calidad que permita actuar sobre las debilidades que se detecten.

Un aspecto crucial para garantizar que la calidad se mantenga y se supere es el grado y el tipo de incentivos que el hospital (como parte del sistema de servicios) ofrece en relación con niveles elevados de calidad. Si no existen incentivos adecuados y suficientes, es muy probable que la calidad se deteriore.

3.1 Mecanismos de Regulación Externa

3.1.1 La Licencia: es un proceso por medio del cual una autoridad gubernamental otorga el permiso a un médico individual o a una organización en salud para ejercer una profesión o prestar servicios de salud. Los reglamentos de la licencia se establecen generalmente con el fin de asegurar que una organización o persona cumpla los estándares mínimos para proteger la salud y la seguridad pública. La licencia puede renovarse periódicamente cumpliendo algunos requisitos. La licencia para organizaciones como la hospitalaria se otorga después de una inspección local para conocer si han cumplido los estándares mínimos de salud y seguridad.

3.1.2 La Acreditación : es un proceso formal por medio del cual un cuerpo reconocido, generalmente una organización externa a la institución que ha de ser acreditada, valora y reconoce que una organización de salud cumple estándares publicados, aplicables y preestablecidos. Los estándares de acreditación suelen considerarse óptimos y factibles, y han sido diseñados para fomentar el mejoramiento continuo dentro de organizaciones acreditadas. La decisión acerca de la acreditación de una organización específica en salud se toma después de efectuar una evaluación local y periódica realizada con un equipo de colegas, y típicamente se lleva a cabo cada dos o tres años. La acreditación es a menudo un proceso voluntario en el cual las organizaciones deciden participar, en vez de ser exigido por la ley y los reglamentos.

3.1.3 La Certificación: es un proceso a través del cual un cuerpo autorizado, ya sea una organización gubernamental o no gubernamental, evalúa y reconoce a una persona u organización porque cumple los requisitos o criterios preestablecidos. A pesar de que los términos acreditación y certificación son intercambiables con frecuencia, acreditación hace referencia a organizaciones, mientras que la certificación puede aplicarse a personas individuales y a organizaciones. Cuando se aplica a profesionales individuales, la certificación suele implicar que el individuo ha recibido educación y capacitación adicionales y ha demostrado competencia en un área de especialización. Cuando se aplica a una organización o a parte de ella, como el laboratorio por ejemplo, la certificación suele indicar que la organización tiene servicios, tecnología o capacidad adicionales más allá de los se encuentra en organizaciones similares.

3.2 Mecanismos de Regulación Interna

La calidad no aparece por sí sola en la atención, no se logra por inercia, tampoco es la calidad un instrumento o un paquete que se compra o que se instala o desinstala, ni es suficiente el hecho de evaluarla o el de tener la firme voluntad de mejorarla. Para lograr la calidad, es necesario ejercer un claro liderazgo en la alta dirección de las organizaciones de salud y utilizar métodos de gestión adecuados.

Ochoa (2013) indica que se requieren acciones sistemáticas, continuas y deliberadas para lograr calidad, ese conjunto de acciones se denomina gestión de la calidad. En virtud de dicha gestión, las instituciones y los hospitales, cualquiera que sea su tamaño y su nivel de complejidad, deben revisar a fondo su sistema de atención, pues en él subyacen los factores

fundamentales de la buena o mala calidad, y diseñar e implantar sistemas de gestión de la calidad adaptados a sus cambiantes necesidades específicas.

Algunos mecanismos de regulación interna se describen a continuación:

- Comprensión de los requerimientos y expectativas de los usuarios.
- Comprensión del proceso de prestación de servicios
- Medición del desempeño
- Método de trabajo en equipo para asegurar el mejoramiento continuo de los procesos

2.11 La Calidad en Enfermería

En enfermería las investigadoras estadounidenses y canadienses son quienes inician los estudios sobre la calidad de los cuidados, destacando en su comienzo los trabajos de Phaneuf, que desarrolla un método de auditoría de enfermería; así como de la Asociación Americana de Enfermeras (ANA), que publica en 1973 sus *Normas de garantía de la calidad de los cuidados de enfermería* y de la Orden de Enfermeras de Quebec que, bajo la dirección de Monique Chagnon, elabora el *Método de valoración de la calidad de los cuidados enfermeros*, con amplia difusión entre las enfermeras de todo el mundo.

El Consejo Internacional de Enfermeras CIE (2006) incluye en su código ético: la obligación de establecer y garantizar altos estándares en la práctica y los conocimientos de las enfermeras; la calidad de los servicios de enfermería es esencial en una organización de servicios de salud, por ser el personal quien tiene mayor contacto con el paciente deberá tener ciertas características que logren el bienestar de los usuarios con un trato amable y digno, respetuoso, y que muestre interés por atender las necesidades proporcionando alivio con sus cuidados oportunos.

Los altos estándares en la práctica de enfermería constituyen una prioridad, y el impacto de éste es directo en el usuario, la enfermera tiene el poder de producir resultados en cuanto a la calidad.

2.11.1 Importancia de la Calidad en Enfermería

La calidad en enfermería es el valor agregado que se le da a los cuidados y es necesaria que sea evaluada periódicamente, con el fin de conocer qué tipo de cuidados de enfermería se proporciona y si el paciente los percibe, la evaluación de la calidad constituye una guía que nos conduce al mejoramiento.

La calidad en la atención de enfermería es un concepto complejo que comprende la asistencia acorde con los avances de la ciencia, sin duda la calidad surge de tiempos remotos.

Miranda (2007) afirma: las leyes de la enfermedad pueden ser modificables si comparamos tratamientos con resultados. Por tal razón resulta importante implementar herramientas para medir los sistemas de cuidado y la efectividad de la asistencia en los hospitales.

Cuando se habla de calidad en enfermería se busca identificar todos aquellos factores que pueden influir en ella, el cumplimiento de estándares e indicadores es esencial y en cada institución se los debe crear de acuerdo a su realidad local y desarrollo.

La calidad es uno de los aspectos que reflejan con más claridad la eficiencia y competitividad con que trabaja una institución. Uno de los lineamientos básicos de la política económica y social en el sector de la salud es potenciar la calidad del servicio que se brinda, así como el ahorro, la utilización eficiente de los recursos y la eliminación de los gastos innecesarios.

2.11 La No Calidad en Enfermería

Ortega (2009) afirma: La no calidad, es para los establecimientos de salud un factor de riesgo; estos riesgos se producen a cuatro niveles: el paciente, el establecimiento, los profesionales de salud y la sociedad. La no calidad sin duda afecta a todo un sistema de salud, y puede provocar serias implicaciones tanto en vidas humanas como en la supervivencia de las organizaciones prestadoras de salud.

A) Riesgo para la seguridad del paciente: el hospital no debe convertirse en un lugar de riesgos a causa de la existencia de zonas de no calidad en la cadena de cuidados.

B) Riesgo para el establecimiento: a dos niveles, económico y comercial. El no respetar la demanda de los pacientes en cuanto a las prestaciones de hospitalización, la recepción y la calidad de los cuidados, puede implicar una pérdida de confianza por parte de los mismos asociada a una mala imagen del establecimiento.

C) En los profesionales de la salud: la ausencia de calidad genera insatisfacción, desesperanza, desmoralización, frustración y falta de credibilidad frente a la imposibilidad de hacer transformaciones efectivas que permitan un cambio hacia la calidad. Los pacientes cada vez están más informados y deben disponer de diferentes opciones para la atención de su salud, de lo contrario, sienten insatisfacción, incertidumbre, temores, desconfianza hacia los servicios que se le brindan y al sistema de salud en general.

D) Riesgo social: pues puede también implicar una pérdida de confianza ante la comunidad que necesita el personal hospitalario para brindar cuidados de calidad.

Aguirre (2002) disponer de estándares de calidad tiene una repercusión sobre los costos del sector salud.; estimaciones realizadas por algunos autores afirman que la falta de calidad representa altos costos en el sector Además tiene serias implicaciones sobre la sociedad a partir de la pérdida de vidas humanas y la discapacidad

En los últimos tiempos se habla con frecuencia en el ámbito de la salud sobre los costos de la no calidad, sus implicaciones sobre la eficiencia de las instituciones y la sociedad en general. Estudios realizados en Estados Unidos detectaron que las fallas en la calidad de la atención generaban altos costos en el orden de los miles de millones de dólares estadounidenses, donde los errores médicos eran la causa de más de cien mil muertes prevenibles cada año y de un número mayor de pacientes dañados en ese mismo periodo de tiempo.

No todos los problemas de calidad tienen que ver con los errores médicos, el mal uso de los recursos, procedimientos innecesarios, exponen a los pacientes a riesgos que generan altos costos. En los países subdesarrollados esto alcanza una connotación dramática, ya que se suma la extrema limitación de recursos a los altos costos que generan los errores cometidos y en ocasiones la falta de voluntad política hacia las acciones de salud.

2.12 Estándares e Indicadores en la Atención de Enfermería

El estándar es una declaración explícita de calidad; para determinar su grado de cumplimiento es necesario contar con indicadores; determinando el margen entre el desempeño ideal y el real en los procesos y los resultados de satisfacción de los usuarios.

La medición de la calidad de la atención de enfermería es tan importante como extensa; en la mejora continua de la calidad de la atención de enfermería se hace necesario la implementación de instrumentos que guíen la práctica y marquen las líneas a seguir para la acción, tanto los estándares como los indicadores son instrumentos esenciales para medir la calidad, pues el estándar es un componente subjetivo que mide y señala el límite diferenciador entre lo que es o no aceptable, mientras que el indicador mide fenómenos específicos.

En su aplicación muestran la tendencia y/o desviación de una actividad, puede emplearse para determinar el grado de cumplimiento de los estándares, determinando el margen que existe entre el desempeño ideal y el real en los procesos clínicos, administrativos y los resultados de satisfacción de los usuarios.

Los indicadores traducen el enunciado cualitativo del estándar en uno cuantitativo (recuentos), promedios, porcentajes o proporción. Estos permiten evaluar la calidad de los procesos y el grado de satisfacción de los usuarios. Así como contar con una guía para la elaboración de los procedimientos, de manera que previenen o evitan desviaciones en los mismos.

2.13 Tipos de Indicadores

Plantear los métodos para evaluar la calidad de la atención sanitaria pueden aplicarse a tres elementos básicos.

Donabedian (2001) afirma: del sistema, la estructura, el proceso y los resultados nacen indicadores para ser evaluados. Este enfoque se mantiene hasta el día de hoy soliendo ser el tema central de los trabajos que monitorizan la calidad de la atención sanitaria y hospitalaria.

- a) **Los indicadores de Estructura:** miden la calidad de las características del marco en que se prestan los servicios y el estado de los recursos para prestarlos.
- b) **Los indicadores del Proceso:** miden, de forma directa o indirecta, la calidad de las actividades llevadas a cabo durante la atención al paciente.
- c) **Los indicadores de resultados:** miden el nivel de éxito alcanzado en el paciente, es decir, si se ha conseguido lo que se pretendía con las actividades realizadas durante el proceso de atención. También se utilizan indicadores para medir la eficiencia y resultado complemento obligado de los indicadores de calidad.

2.14 Criterios para la Construcción de Indicadores

La construcción de un indicador es un proceso de complejidad variable, que va desde el recuento directo por ejemplo, casos nuevos de neumonía en la semana hasta el cálculo de proporciones, razones, tasas o índices más sofisticados como esperanza de vida al nacer. Cienfuegos (2010). La calidad de un indicador, depende fuertemente de la calidad de los componentes de frecuencia de casos, tamaño de población en riesgo utilizado en su construcción, así como de la calidad de los sistemas de información, recolección y registro de tales datos.

Específicamente, la calidad y utilidad de un indicador está primordialmente definida por los siguientes criterios:

- a) **Validez:** si efectivamente mide lo que intenta medir
- b) **Confiabilidad:** medición que en repetidas ocasiones produce los mismos resultados

- c) **Especificidad:** que mida solamente el fenómeno que se quiere medir
- d) **Sensibilidad:** que pueda medir los cambios en el fenómeno que se quiere medir
- e) **Mensurabilidad:** que sea basado en datos disponibles o fáciles de conseguir
- f) **Relevancia:** dar respuestas claras a los asuntos importantes de las políticas de salud
- g) **Costo-Efectividad:** que los resultados justifiquen la inversión en tiempo y otros recursos
- h) **Sencillez:** debe ser sencillo de administrar, de aplicar y de explicar.
- i) **Consistencia interna:** que, vistos solos o en grupos, los valores de los indicadores sean posibles, coherentes y no se contradigan.

2.15 Modelo de Calidad del Hospital San Francisco de Quito

El Plan de Calidad 2012-2013 del HSFQ apuesta claramente por un modelo de gestión basada en la Mejora Continua que le permita introducir la excelencia en la Gestión como pilar básico que garantice la eficacia y eficiencia en la provisión de los servicios que presta a sus usuarios.

El Modelo de Mejora Continua se sustenta en la autoevaluación de los criterios definidos a continuación, un ejercicio en el que el hospital debe situarse a sí mismo desde el inicio de su actividad, lo que, por otra parte, le ayudará a identificar fortalezas y áreas de mejora respecto a los objetivos estratégicos.

A) **Orientación al Cliente:** entendido como cliente al árbitro final de la calidad del producto y del servicio, así como la decisión de la fidelidad hacia éstos producto o servicios. Por ello se implicará a los clientes en la gestión de la calidad y en la mejora continua, a través del diseño de herramientas específicas y personalizadas para cada tipo de cliente, con el fin de conocer el grado de satisfacción y expectativas en la atención del paciente.

B) Orientación hacia los resultados: Es decir la búsqueda activa de la satisfacción de las necesidades de todos los grupos de interés relevante para el centro: los pacientes y sus familiares y sus familiares, su población de referencia, las personas que trabajan en él, los proveedores y la sociedad en general.

C) Liderazgo y constancia de los objetivos: la labor del liderazgo en el Plan de Calidad será ejercida por los máximos responsables del HSFQ en todos sus niveles directivos. Los objetivos de calidad se establecen en el corto, medio y largo plazo, y su cumplimiento se evalúa de manera continua, de forma que los resultados de la evaluación retroalimenten el propio plan de calidad.

D) Gestión por Procesos: las actividades deben comprenderse y gestionarse de manera sistemática y las decisiones relativas a los procesos y las mejoras planificadas deben adoptarse a partir de información fiable que incluye las percepciones de todos los grupos de interés.

E) Desarrollo e Implicación de las Personas: el potencial del talento humano aflora cuando existen valores compartidos y una cultura de confianza y responsabilidad. Para ello se promoverá el conocimiento de la misión, visión y valores del HSFQ por todos los profesionales, la plena satisfacción del trabajador a través de la formación continua y el reconocimiento a su labor, desarrollo profesional e implicación en el logro de los objetivos.

F) Aprendizaje, innovación y mejora: las organizaciones alcanzan su máximo rendimiento cuando gestionan y comparten su conocimiento dentro de una cultura general de aprendizaje, innovación y mejora (comunicación de objetivos de calidad, formación e innovación tecnológica)

G) Desarrollo de Alianzas: se consigue un trabajo más efectivo cuando se establecen relaciones y sinergias mutuamente beneficiosas basadas en la confianza, en compartir el conocimiento y la integración.

H) Responsabilidad Social: El mejor modo de servir a los intereses a largo plazo de las unidades de salud y las personas que las integran, es adoptar un enfoque ético, superándose las expectativas y adecuándose a la normativa de la comunidad en su conjunto (mejora en la sociedad, en la red asistencial y hospital sostenible)

2.16 Estructura de la Gestión del Plan de Calidad

La estructura de la Gestión de Calidad será flexible, dinámica y participativa y de manera que posibilite el alcanzar los resultados esperados su estructura está integrada por:

2.16.1 Departamento de Calidad. estará compuesta por un responsable que forma parte de la plantilla de personal dotada por el IESS, pudiendo pertenecer tanto al equipo directivo como al cuadro de médicos especialistas, disponiendo de apoyo operativo de otros profesionales implicados en los procesos de calidad pudiendo ser entre otros, los siguientes: servicio de atención al paciente, dirección asistencial responsable de la dirección y evaluación de la actividad y calidad de la asistencia, Dirección de la Gestión patrimonial que define estándares y procedimientos generales.

Funciones del departamento de Calidad.

- Apoyar en el análisis de prioridades y planificación, evaluación y gestión de los diferentes programas y acciones de mejora incluidos en el Plan de Calidad
- Supervisar el cumplimiento de los procedimientos e indicadores de calidad
- Proponer las modificaciones del Plan de Calidad, en función de los resultados de las diferentes evaluaciones.
- Garantizar el cumplimiento de la normativa que regula el funcionamiento de los establecimientos de salud del IESS, incluyendo entre otras las Normas Internacionales de acreditación del sistema de gestión hospitalaria a implementarse

2.16.2 Comités. Son grupos de trabajo estables que tienen por objeto definir criterios generales de actuación válidos en cualquier circunstancia. Cada comité estará compuesto por: un presidente, un secretario y de tres a siete miembros profesionales del hospital designados por la Dirección del hospital con vigencia máximo de sus cargos cuatro años.

2.16.2.1 Tipos de Comités

a) Comités Clínicos: son órganos de asesoramiento de la Dirección Asistencial compuesto por profesionales sanitarios, su cometido es promover la mejora continua, fomentando el perfeccionamiento de la práctica clínica así como mejorar los procesos de atención a los pacientes, existirán Comité de historias clínicas, Comité de farmacoterapéuticos, Comité de Educación Hospitalaria, Comité de Evaluación de Tecnologías, Comité control de infecciones, Comité de Mortalidad, Comité de Bioética, Comité de Urgencias.

b) Comités No Clínicos: son órganos de asesoría para garantizar la máxima calidad y eficiencia en la gestión de procesos no asistenciales, lo componen los siguientes comités: Comité abastecimientos, Comité de Salud Laboral y prevención de riesgos y Comité de Gestión Ambiental.

c) Grupos de Trabajo: Los grupos de trabajo se forman con un objetivo específico y una vigencia determinada, siendo propuestos por cualquiera de los servicios provistos del HSFQ al Comité de Gestión de Gestión de la Calidad, o bien generados a partir de cualquier Comité para cuestiones específicas de su área.

2.16.3 Tipos de Grupos de Trabajo:

- **Grupo de Calidad de Enfermería:** cuyo objetivo es la elaboración de indicadores para medir la correcta utilización de los Procedimientos, Protocolos y Planes de Enfermería.
- **Grupo de Trabajo de Acogida al Paciente:** en él participan tanto personal de enfermería como del servicio de Admisiones, su objetivo es la unificación y actualización de los criterios, estructura, contenido y registro de protocolo de acogida a pacientes.
- **Grupo de Higiene de Manos:** vinculado al Comité de Control de Infecciones, constituido por personal de enfermería, salud laboral y personal médico, con el objetivo de analizar los protocolos de higiene de manos.
- **Grupo de Trabajo de Mejora de Alimentación:** participado por el responsable del servicio de alimentación, nutrición y dietética, personal de atención al paciente como enfermería, con objeto de analizar la aceptación de la alimentación por parte de los pacientes

- **Otros posibles Grupos que se pueden crear según las necesidades:** actualización y elaboración de protocolos, estándares e indicadores, limpieza hospitalaria, actualización de procedimientos, etc.

2.16.4 Comunicación de los Resultados del Plan de Calidad

La organización trabaja para alcanzar unos determinados resultados, y el publicitar y dar a conocer los resultados de calidad es un indicador del grado de compromiso del HSFQ para ello desarrolla un plan de difusión de resultados a través de distintos medios internos del hospital, donde se rinda cuentas de los avances en calidad.

2.16.5 El Plan de Calidad en el Hospital San Francisco de Quito

Antes de su funcionamiento en diciembre del 2011 el Hospital San Francisco de Quito elaboró su primer Plan de Calidad como muestra del compromiso del IESS y de los directivos del propio Hospital con la mejora continua de la calidad, cuyo contenido se ha difundido desde el inicio a todos los niveles de la organización.

2.16.6 Objetivos del Plan de Calidad

Diseñar un instrumento que actúe como instrumento ágil de gestión y garantía de la calidad en todos los niveles de la organización y que contribuya a situar al hospital como un centro de referencia de elección preferente de su red, dentro del modelo libre de elección impulsado por el IESS, por su eficiencia, calidad profesional y satisfacción de sus usuarios.

2.16.7 Objetivos Específicos del Plan de calidad

- Orientar los servicios prestados y procesos de actuación a las demandas y necesidades de los beneficiarios del servicio (pacientes, usuarios en general y personal propio del HSFQ, como cliente interno que es)

- Analizar de manera continua las oportunidades de mejora del servicio prestado en HSFQ, creando un entorno adecuado para la cultura de mejora continua.
- Promover la gestión y revisión de los procesos definidos como claves, con mayor énfasis en aquellos con repercusión directa en la atención de los clientes internos y externos.
- Fomentar la autoevaluación sistemática por parte de los profesionales y las auditoría internas
- Incidir en la formación de los profesionales en Gestión de la Calidad y sus herramientas
- Integrar los indicadores de la calidad en estrategias y sistemas de información del Hospital

3. La Atención al Cliente en Salud

Otorgar prioridad máxima al cliente es clave para mejorar la calidad de los servicios de salud, los planificadores, administradores y prestadores de servicios pueden crear y ofrecer servicios que cumplan con los estándares médicos y traten a los clientes como desean ser tratados.

El adoptar un enfoque centrado en el cliente suele requerir un cambio de actitud. Aun cuando tratan de prestar servicios de buena calidad, la mayoría de los prestadores de servicios y demás miembros del personal de salud han dado por sentado que ellos, como expertos en el campo de la salud, saben lo que más le conviene al cliente. A orientarse hacia el cliente, se reconoce que las inquietudes y preferencias del cliente también son válidas e importantes.

3.1 Prioridad al Cliente

Muchas organizaciones de salud, así como muchas empresas privadas, históricamente han visto al cliente como un destinatario pasivo de los servicios o productos. Como expertos, los administradores de más alto rango se consideran al tope de la jerarquía de su organización,

mientras que el cliente figura al fondo. En cambio, las organizaciones orientadas hacia el cliente lo elevan hasta la posición más alta.

En los servicios de salud centrados en el cliente, el cliente es lo primordial en todo momento de la planeación, implantación y evaluación de la prestación de servicios. El cliente es el experto con respecto a sus propias circunstancias y necesidades. El personal del programa reúne información sobre los clientes para crear y ofrecer servicios adecuados. Las preferencias del cliente guían todo aspecto de la prestación de servicios, desde el horario del hospital hasta las técnicas de orientación.

3.2 Qué desean los clientes?

1. **Respeto:** desean ser tratados de manera respetuosa y amigable, el cliente interpreta la cortesía, confidencialidad y privacidad como signos de que los prestadores de servicios lo están tratando con equidad.
2. **Comprensión:** el cliente valora el servicio individualizado y prefiere ser atendido por alguien que se esfuerza por entender su situación y necesidades específicas, los clientes desean que los prestadores de salud los escuchen, le expliquen las opciones en términos que puedan entender y le aseguren que los problemas se puedan resolver y serán resueltos.
3. **Información completa y exacta:** el cliente valora la información, le preocupa que los prestadores de salud no le digan todos los hechos, especialmente información negativa sobre los métodos de salud.
4. **Competencia Técnica:** el cliente puede y suele juzgar la competencia técnica de los servicios que recibe, aunque no siempre use los mismos criterios del prestador de servicios y no sea preciso técnicamente.
5. **Acceso:** los clientes desean tener acceso inmediato a los servicios, una ubicación conveniente y servicios prestados con prontitud son importantes, pero el acceso también

significa que los servicios son confiables y económicamente accesibles y que no existen barreras.

6. **Equidad:** desean que los prestadores de servicios ofrezcan explicaciones detalladas y exámenes minuciosos a todos por igual, los clientes pueden quejarse de que los prestadores de servicios ofrecen tratamiento especial a sus amigos, pacientes, persona de una clase social más alta o ciertos grupos étnicos, a aquellos con conexiones políticas.
7. **Resultados:** El cliente procura servicios por una razón específica, se disgusta cuando se le pide que regrese otro día o que vaya a otra instalación, o cuando los prestadores de servicios actúan como si sus quejas o inquietudes no tuvieran importancia

3.3 La Satisfacción al Cliente

Es uno de los resultados más importantes de prestar servicios de buena calidad, dado que la satisfacción del cliente influye de tal manera en su comportamiento, es una meta muy valiosa para todo programa o plan, la satisfacción al cliente depende no sólo de la calidad de los servicios sino también de las expectativas del cliente, el cliente está satisfecho cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas. Si las expectativas al cliente son bajas o si el cliente tiene acceso limitado a cualquiera de los servicios, puede ser que esté satisfecho con recibir servicios relativamente deficientes.

Los clientes en los establecimientos de salud, por lo general, esperan recibir atención de calidad deficiente, la aceptan sin quejarse y hasta expresan satisfacción cuando participan en encuestas. La satisfacción del cliente, según expresada en entrevistas y encuestas, no significa necesariamente que la calidad es buena, puede significar que las expectativas son bajas. Por tanto es posible que el cliente diga que está satisfecho porque quiere complacer al entrevistador, porque teme que no se le presten servicios en el futuro, debido a los normas culturales en contra de las quejas, o porque responde positivamente a la palabra "satisfecho"; no se debe suponer que los servicios prestados son adecuados únicamente porque los cliente no se quejas, aún los niveles bajo de insatisfacción reportada, tan bajos como el 5% deben tomarse en cuenta seriamente.

4. Educación e Información al Usuario y Familia

Según la OPS (2011), la promoción de hábitos de vida saludables es una actividad básica que debe ser impulsada por los sistemas sanitarios de todo el mundo, contando para ello con el apoyo de las administraciones educativas.

La promoción de la salud tiene como herramienta fundamental la Educación para la Salud, para que ésta resulte efectiva y eficiente, debe regirse por los principios de trabajo multidisciplinar, multisectorial, participativo, vivenciado y coordinado, siendo necesario para ello el trabajo de igual a igual entre los profesionales de los distintos sectores.

La educación para la salud tiene el objeto de enseñar a las personas para que puedan tomar decisiones correctas por sí solas respecto a su salud, en cualquier momento y lugar; es decir, busca la capacitación. Entre sus utilidades está la prevención, la mejora de la salud poblacional disminuyendo la morbilidad y la mortalidad, entre otros efectos.

También es necesario considerar algunos inconvenientes inherentes a la educación para la salud, como que sus resultados suelen verse solo a largo plazo, no suelen ser evidentes para las personas poco formadas u que para llegar a la efectividad óptima, incluso a la excelencia, se precisa de la coordinación y compromiso de sectores no sanitarios, a los que hay que concienciar previamente de los beneficios de trabajar la educación para la salud de forma intersectorial y coordinada

Dentro de la educación e información al usuario, es importante que conozcan:

- Sus derechos y deberes
- Informar sobre documentación necesaria para trámites
- Cartera de servicios del Hospital
- Horarios, lugares de atención, nombre de los profesionales, disponibilidad de turnos
- Proveer horarios de visitas
- Detallar elementos necesarios de internación como por ejemplo: ropa de cama, artículos de higiene, ropa para el recién nacido, etc.

- Difundir la información por medio de programas educativos, folletos, trípticos, carteleras, medios audiovisuales

4.1 Acciones dirigidas a los usuarios

- Programas educativos
- Evaluar la satisfacción de los usuarios periódicamente, mediante encuestas, entrevistas y otras metodologías
- Recibir y gestionar las quejas, reclamos, sugerencias y agradecimientos que realicen los usuarios

CAPITULO II

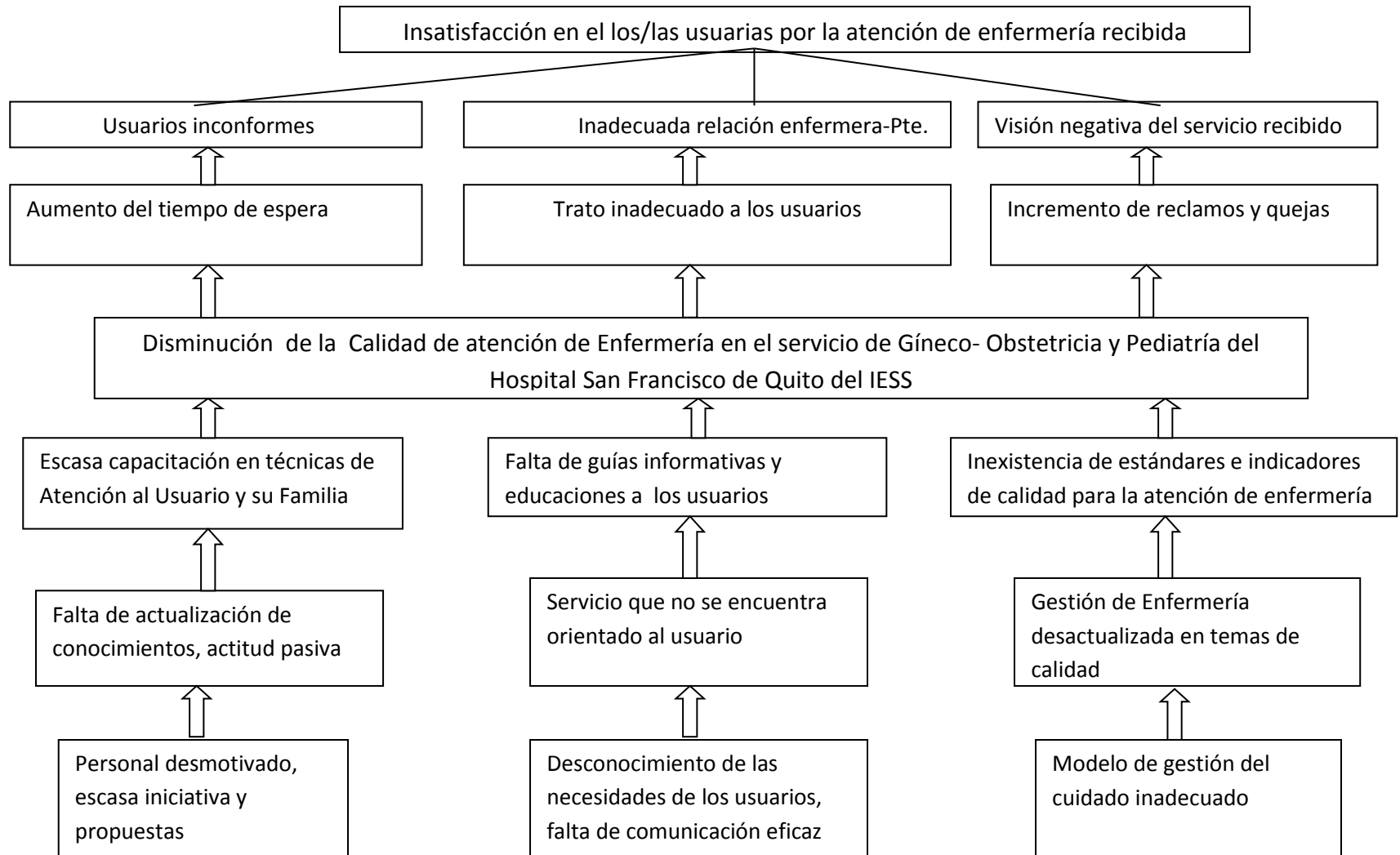
DISEÑO METODOLOGICO

MATRIZ DE INVOLUCRADOS

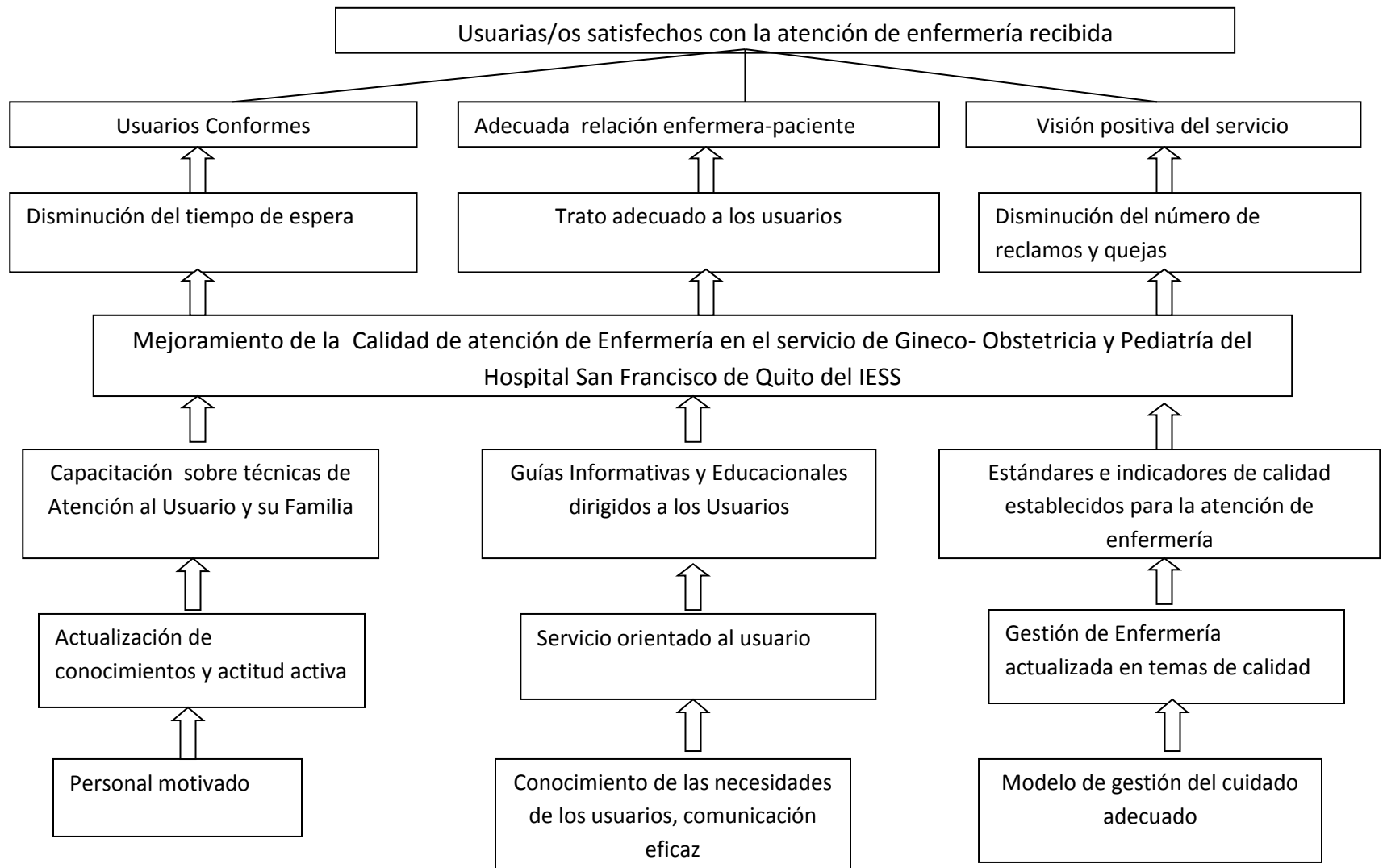
Grupos y/o Institución	Intereses	Recursos y Mandatos	Problemas percibidos
Coordinación General de Enfermería	Proporcionar servicios de salud caracterizados por la calidad, eficiencia y eficacia.	Recursos: económicos y materiales Mandato : Constitución Política del Ecuador, Título II , Capítulo II, Derechos del Buen vivir, Artículo 32 Derecho a la salud	Insatisfacción del cliente Reclamos y quejas de los usuarios
Líder Médico del Servicio de Gineco-Obstetricia y Pediatría	Reducir tiempo de estancia hospitalaria	Recursos : Tiempo y apoyo Mandato: Ley Orgánica de Salud, Libro IV De los Servicios y Profesionales de Salud, Capítulo III,.	No aplicación de protocolos de atención Ausencia de trabajo en equipo
Líder de Enfermería	Mejorar la productividad, clima organizacional, y desempeño.	Recursos: Tiempo y apoyo Mandato: Ley Orgánica de Salud, Libro IV De los servicios y profesionales de salud, Capítulo I	Quejas y reclamos de trato inadecuado al usuario actitudes negativas y desmotivación del personal
Personal de Enfermería		Recursos : Tiempo y compromiso	

	Satisfacer las necesidades del usuario	Mandato: Ley Orgánica de Salud, Libro IV De los Servicios y Profesionales de Salud, Capítulo III.	Desconocimiento de las expectativas de los usuarios Usuarios y familiares insatisfechos Reclamos frecuentes
Usuarios	Satisfacer sus necesidades en salud,	Recursos : tiempo y apoyo Mandato: Ley de Derechos y Amparo al Paciente Artículo 2, 3	Inadecuada atención de enfermería recibida
Maestrante UTPL	Contribuir a mejorar la calidad de atención de enfermería	Recursos: Económicos, materiales y tiempo.	Quejas y reclamos de los usuarios, personal desmotivado, falta de actualización de conocimientos

ARBOL DE PROBLEMAS



ARBOL DE OBJETIVOS



MATRIZ DEL MARCO LOGICO

RESUMEN	INDICADOR	FUENTES DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p><u>FIN</u></p> <p>Contribuir a la satisfacción en los usuarios del servicio de Gineco - Obstetricia</p>			
<p><u>PROPOSITO</u></p> <p>Plan de mejoramiento de la Calidad de Atención de Enfermería aplicado en el servicio de Gineco-Obstetricia y Pediatría del Hospital San Francisco de Quito.</p>	<p>Plan de mejoramiento de la calidad de Atención de Enfermería aplicado hasta diciembre del 2013</p>	<p>Plan establecido</p>	<p>Personal de enfermería colabora activamente en la aplicación del Plan</p>
<p><u>RESULTADOS/COMPONENTES</u></p> <p>1. Manual de Atención al Usuario y Familia para el personal de Enfermería elaborado y</p>	<p>80% del Manual de Atención al Usuario y Familia elaborado y socializado con el Personal de enfermería hasta</p>	<p>Lista de Asistentes Presentación del Manual Fotografías de la capacitación</p>	<p>Personal de Enfermería asiste y participa activamente en la exposición y elaboración del manual</p>

socializado	diciembre del 2013		
2. Guías Informativas y Educativas para el paciente y su Familia elaborado ,difundido y aplicado	90% de las Guías Informativas y Educativas para el paciente y su Familia elaborado y socializado a los usuarios hasta diciembre del 2013	Trípticos informativos para el paciente y su familia elaborados. Lista de Asistentes a la presentación y entrega de los trípticos informativos	Personal de enfermería participa en la elaboración de los trípticos con ideas creativas
3. Manual de Estándares e Indicadores de Calidad para la Atención de enfermería elaborado, difundido y aplicado	80% del Manual de estándares e indicadores elaborado, y aplicado hasta diciembre 2013	Manual de Estándares e Indicadores de atención de enfermería elaborado Lista de asistentes a la socialización del mismo. Fotografías	Personal de enfermería y Líder apoyan y colaboran en la construcción de estándares e indicadores
ACTIVIDADES	RESPONSABLES	CRONOGRAMA	RECURSOS
<u>RESULTADO 1</u> 1. Recolección, clasificación	Maestrante	15 al 20 de Septiembre	30,00

y análisis de la literatura relacionada con el tema			
2. Elaboración del Manual de Atención al Usuario y su Familia para el personal de enfermería	Maestrante	21 de Septiembre al 15 de Octubre	30,00
3. Elaboración del Plan de difusión del Manual	Maestrante	16 al 22 de Octubre	217,00
4. Presentación y entrega del Manual de Atención al Usuario terminado al servicio de Gineco Obstetricia	Maestrante	23 de Octubre	40,00
5. Redacción de memorias	Maestrante	24 de Octubre	24,00
			<u>Total Resultado 1 340,00</u>
<u>RESULTADO 2</u>			
1. Identificar necesidades de temas educativos para usuarios	Maestrante	25 de Octubre al 31 de Octubre	4,00

y familiares			
2. Revisión de la información, realizar el diseño de los trípticos	Maestrante	01 al 10 de Noviembre	50,00
3. Elaboración de trípticos.	Maestrante	01 al 10 Noviembre	35,00
4. Preparación de exposición y material audiovisual para presentación y entrega de las Guías informativas y educativas	Maestrante	11 al 15 de Noviembre	22,00
5. Redacción de memorias	Maestrante	16 de Noviembre	2,00
			<u>Total 113,00</u>
<u>RESULTADO 3</u>			
1. Identificar los estándares e indicadores para el servicio y revisar literatura actualizada	Maestrante	14 y 15 Noviembre del 2013	17,00

<p>2. Elaboración del Manual de Estándares e Indicadores</p>	<p>Maestrante</p>	<p>16 al 19 de Noviembre</p>	<p>52,00</p>
<p>3. Aplicación de la Prueba piloto con los 5 indicadores más representativos</p>	<p>Maestrante</p>	<p>20 al 24 de Noviembre</p>	<p>37,00</p>
<p>4. Presentación del Manual y Resultados de la prueba piloto</p>	<p>Maestrante</p>	<p>25 de Noviembre</p>	<p>22,00</p>

<p>5. Redacción de las memorias</p>	<p>Maestrante</p>	<p>26 de Noviembre</p>	<p>4,00</p> <p><u>Total Resultado 3</u> <u>132</u></p> <p><u>Gran Total</u> <u>585</u></p>
-------------------------------------	-------------------	------------------------	--

CAPITULO 3
RESULTADOS

3.1 Resultado Uno

Manual de Atención al Usuario y Familia para el personal de Enfermería elaborado y socializado.

a) Actividades Cumplidas

1. **Recolección, Clasificación y análisis de la literatura:** para la elaboración de este Manual la primera actividad fue recurrir a la búsqueda de información, donde se pueda encontrar métodos y técnicas para el adecuado relacionamiento de la enfermera con los pacientes, luego de recolectar, analizar, y clasificar la literatura encontrada, se escogió la información pertinente al tema que serviría para contribuir a solucionar éste problema.
2. **Elaboración del Manual:** la segunda actividad cumplida fue la elaboración del manual que se titula Manual de Atención al Usuario y su familia, constituye un documento dirigido para el personal de enfermería, se lo estructuró de la siguiente manera: consta de la portada, presentación, introducción, índice, cuerpo dividido en tres unidades, la Unidad 1 se titula Conociendo y entendiendo a los usuarios del servicio de Gineco Obstetricia y Pediatría, en ésta unidad se aborda la definición de usuario, tipos, características, la satisfacción al usuario y los deberes y derechos del paciente; la Unidad 2 se titula Un servicio de salud orientado al Usuario, aquí se describe la definición, características, la comunicación, estilos de comunicación, técnicas para una comunicación adecuada, las técnicas para la atención de pacientes pediátricos y su familia; en la Unidad 3 que se titula Resolviendo problemas sobre la atención al usuario y su familia, aquí se incluye los problemas más comunes con los usuarios, pautas para resolver los problemas con los usuarios, los reclamos y las quejas como abordarlas, el usuario molesto, el usuario agresivo; luego encontramos las conclusiones, glosario de términos y bibliografía
3. **Elaboración del Plan de Difusión:** se realizó un plan de exposición constituido por: lugar y fecha de la exposición, tema, objetivos general y específicos, temas y subtemas, metodología a utilizar, ayudas didácticas y bibliografía, como ayuda didácticas se diseñaron diapositivas para la capacitación al personal.

4. **Presentación y entrega del Manual de Atención al Usuario y su Familia:** la exposición se llevó a cabo en el Auditorio del hospital San Francisco y estuvo dirigido al personal de enfermería del servicio de Gineco-Obstetricia y Pediatría, aquí se expuso todo sobre el Manual sus componentes , propósito, temas, subtemas, contenidos, aspectos más relevantes y cómo utilizarlo y ponerlo en práctica, se entregó un ejemplar al servicio de Gineco –Obstetricia y Pediatría para que sea fuente de consulta periódica para el personal de enfermería y para ser utilizado e incluido en el programa de Capacitación y actualización que se lleva a cabo cada mes en el servicio.
5. **Redacción de memorias:** Se realizó la elaboración de las memorias donde se detalla las actividades cumplidas en cuanto al Resultado 1

b) Metodología

Para el cumplimiento de las actividades fue necesario, la revisión bibliográfica, el levantamiento de la información acorde a la realidad del servicio, y se tomó en cuenta las necesidades de conocimiento de las enfermeras en cuanto al tema.

c) Análisis Resultado 1

El primer resultado de este Plan de Mejoramiento de la calidad de la atención de enfermería corresponde al abordaje de la relación interpersonal de la enfermera con los usuarios y sus familiares, debido a los problemas encontrados como comunicación poco eficaz, trato inadecuado, información incompleta, problemas con usuarios difíciles y molestos; el resultado ha sido proveer una herramienta útil para actualizar conocimientos en el personal, lo importante es que las enfermeras lo apliquen a su práctica, el impacto esperado con el fin del proyecto es a largo plazo y es contribuir a la satisfacción de los usuarios

La principal limitación encontrada fue no poder contar continuamente con la presencia de todas las enfermeras, y el poco involucramiento de algunas compañeras, en la presentación y entrega del Manual la concurrencia fue del 50%, resultó difícil convocar a todas ya que todas cumplen horarios rotativos y las únicas oportunidades donde se encuentra a la mayoría reunidas es en las reuniones mensuales del servicio

Existe el potencial de que al crear la herramienta como primer paso, se continúe con su difusión y aplicación y sobre todo su evaluación con el indicador correspondiente a ésta actividad, por tal razón, ésta información del manual debe cruzarse con la evaluación del indicador creado en éste mismo proyecto.

3.2 Resultado Dos

Guías Informativas y Educativas para el paciente y su Familia, elaborado, difundido y aplicado

a) Actividades Cumplidas

- 1. Identificar necesidades de temas educativos:** La primera actividad para éste resultado fue determinar los temas educativos que demandan los usuarios y familiares y esto se lo hizo analizando los resultados de la encuesta realizada a los usuarios del servicio, en donde una de las preguntas formuladas fue qué temas en salud les gustaría que el personal de enfermería impartiera, se presentaron temas muy variados, se escogieron los principales y más comunes relacionados a los problemas de salud más comunes que presentan los pacientes.
- 2. Consulta y revisión de la Información:** Se revisó la literatura e información actualizada, concerniente a los temas educativos escogidos, los temas a difundir fueron: tamizaje neonatal para el área de obstetricia, el cuidado del niño enfermo para el área de Pediatría y el autoexamen de la mama para el área de ginecología, los trípticos están elaborados de una forma didáctica y colorida con información sencilla, precisa, oportuna y actualizada.
- 3. Elaboración de los Trípticos :** Se elaboraron las guías informativas éstas fueron elaboradas en forma de trípticos, se diseñaron tres , uno para el área de Pediatría, otro para el área de Ginecología y otro para el área de Obstetricia; los trípticos comienzan dando la bienvenida al usuario y describe el propósito del mismo, luego se detallan las normas generales del servicio, disposición de desechos, deberes y derechos del paciente y temas educativos relacionados al área donde

se encuentra hospitalizado el paciente; se incluyeron, dibujos y colores llamativos para los pacientes, especialmente para pediatría.

4. **Preparación de exposición y diapositivas para la presentación y entrega de las Guías informativas y educativas:** fueron difundidas tanto en el personal de enfermería como entre los usuarios, ya que estos trípticos se crearon para ser entregados a todos los pacientes al momento del ingreso y así las enfermeras puedan informar rápidamente sobre aspectos del servicio y temas educativos. Se escogió ésta manera de proporcionar la información ya que el personal de enfermería no cuenta con el tiempo necesario para actividades educativas que requieran más tiempo y preparación.
5. **Redacción de memorias** de la elaboración del Manual de Atención al Usuario y su familia

b) Metodología

La metodología utilizada fue la investigación de necesidades de los usuarios mediante la encuesta, la identificación de información y educación, y se diseñó material educativo para su entrega.

c) Análisis Resultado 2

Una de las funciones principales de la enfermera es la de proporcionar educación al paciente, en el ambiente hospitalario esto se vuelve una tarea muy difícil de cumplir debido a la gran afluencia de pacientes que requieren ser atendidos con los cuidados asistenciales, limitándose de gran manera el tiempo para dar educación, ha resultado imposible el tratar de realizar actividades educativas con los usuarios como charlas, demostraciones, talleres, etc, porque actualmente el servicio presenta un déficit de personal, entonces se busco una forma de brindar información y educación al usuario de una maneras rápida y sencilla, por tal razón se creyó conveniente la elaboración de trípticos con información corta, precisa y oportuna, claro sin que esto reemplace totalmente la comunicación y enseñanza al paciente, pero esto ayuda principalmente al ingreso de los pacientes donde las enfermeras requieren dar los cuidados

prioritarios, pero el paciente se siente más perdido en ese instante y la enfermera no puede satisfacer totalmente las necesidades de información; se considera que esta iniciativa está contribuyendo al fin del proyecto que busca elevar el grado de satisfacción, y también contribuye al propósito que es mejorar la calidad de atención mediante una adecuada información

Los limitantes encontrados para este resultado fue el presupuesto, ya que si bien es cierto los trípticos fueron diseñados se imprimieron una cantidad muy limitada, solo para prueba, el continuar con ésta parte del plan de mejoramiento requiere un rubro permanente para seguir entregando este material educativo, la propuesta está hecha pero el apoyo económico de la institución para esto quedó en estudio.

Estas guías informativas y educacionales tienen un gran potencial de llegar a la gente con información clara, corta y oportuna, de igual manera éstos trípticos pueden ser reproducidos con temas variados, ya que existen muchos temas en salud que los pacientes desean conocer, sería cuestión de cambiar los temas cada cierto tiempo e ir cubriendo más necesidades de educación en los usuario y familiares

a. Resultado Tres

Manual de Estándares e Indicadores de Calidad para la Atención de enfermería elaborado, difundido y aplicado.

a) Actividades Cumplidas

1. Identificación de Estándares e Indicadores para el servicio: Se identificaron los estándares e indicadores necesarios para el servicio y que reflejen la realidad del mismo, esto se lo hizo en base a la identificación de los procedimientos más comunes realizados por el personal de enfermería información tomada de las historias clínicas también se revisó los protocolos existentes, se escogieron 15 estándares con su respectivo indicador para la medición, en base a esto se procedió a revisar literatura actualizada sobre el tema y compararla con la realidad del servicio.

2. **Elaboración del Manual de Estándares e Indicadores:** Después de seleccionar la información se procedió a la elaboración del Manual de Estándares e Indicadores, el manual consta de 3 unidades, en la Unidad 1 Definiciones y Conceptos generales sobre la Calidad de Atención de enfermería se detalla la calidad en los servicios de salud, la mejora de la calidad, componentes de la calidad asistencial, la calidad en los servicios de enfermería, estándares, tipos de estándares, indicadores, tipos de indicadores, características y objetivos; en la Unidad 2 Los estándares e indicadores diseñados para el servicio de Gineco-Obstetricia y Pediatría, aquí se describe los lineamientos aplicados para la construcción de estándares e indicadores y los indicadores ya diseñados; en la Unidad 3 denominada Prueba Piloto de la medición y evaluación de los indicadores y estándares básicos, se describe los resultados de la prueba, y acciones de mejora.
3. **Aplicación de la Prueba piloto:** con los 5 indicadores más representativos, de los 15 estándares e indicadores se escogieron 5 de ellos los que consideraron más representativos, tomando información de las historias clínicas, notas de enfermería, notas de evolución, administración de medicamentos, etc., se obtuvo la información para aplicar las fórmulas de los indicadores y determinar el grado de cumplimiento, comparándolo con el estándar establecido
4. **Presentación del Manual y Resultados de la prueba piloto:** se llevó a cabo en el auditorio del hospital, donde se expuso los resultados de esta iniciativa, que incluía acciones de mejora y un análisis de cada estándar evaluado
5. **Redacción de las memorias** de la elaboración, presentación prueba piloto y entrega del Manual de Indicadores y estándares

b) Metodología

Se recurrió a la obtención de datos y su tabulación, su análisis y aplicación de fórmulas

c) Análisis Resultado 3

Este Manual constituye la primera aproximación a la aplicación de estándares e indicadores de calidad para la atención de enfermería en el servicio de Gineco-Obstetricia y Pediatría, y se realizó una prueba piloto, para su aplicación se escogieron 5 estándares de los 15 elaborados, los 5 estándares escogidos responden a los principales cuidados brindados por el personal de enfermería se realizó esta prueba con la finalidad de verificar cuan viable puede ser ésta propuesta para seguirla aplicando en el futuro, se obtuvieron resultados que mostraron que existen cuidados que deben mejorarse, y por tanto se propuso actividades específicas para cada resultado, actividades dirigidas a la mejora de la calidad.

Los estándares evaluados con sus respectivos indicadores fueron: Protocolos de Atención, Flebitis y Extravasación, Vigilancia y control de venoclisis, Cuidados del RN y Educación e Información del Usuarios, éstos estándares responden a las principales y más comunes actividades realizadas por las enfermeras en éste servicio, al evaluarlos se encontró algunas falencias que deben ser mejoradas, el análisis en detalle de éstos se encuentra en el Manual de Indicadores y estándares elaborado para el servicio

Los inconvenientes encontrados fueron un poco de resistencia por parte de las compañeras enfermeras a ser evaluadas, y en la obtención de la información la cual no fue facilitada inmediatamente, luego en la búsqueda con números de historias clínicas, se encontraban informes y datos requeridos.

Este manual tiene el potencial de ser incorporado paulatinamente, con la evaluación de los demás estándares e indicadores, puede ser ampliado y actualizado cada año, abordando más estándares.

Análisis del logro del Propósito

El propósito planteado para éste trabajo se ha cumplido mediante la aplicación del Plan de Mejoramiento de la calidad de la atención de enfermería proveyendo así un conjunto de herramientas útiles que permitieron capacitar al personal de enfermería con conocimientos actualizados sobre técnicas de comunicación y atención al usuarios y familia; se entregaron guías informativas y educacionales para ser entregadas a los usuarios donde se satisfacen necesidades de información y se mejora la comunicación; y se entregó una herramienta evaluativa constituida por la creación de estándares e indicadores para medir el nivel de calidad otorgado por el personal de enfermería y mejorar de ésta manera la calidad de atención.

Una de las funciones principales de la enfermera es la de proporcionar cuidados de calidad, la educación al paciente, en el ambiente hospitalario esto se vuelve una tarea muy difícil de cumplir, entonces se buscó una forma de brindar información y educación al usuario de manera rápida y sencilla, por lo que se elaboración trípticos; estas guías informativas y educacionales llegan a la gente con información clara, corta y oportuna; de igual manera se elaboraron dos manuales el Manual de Atención al Usuario y el Manual de Estándares e Indicadores.

Los Manuales fueron incorporados al Plan de Capacitación continua del servicio donde serán abordados periódicamente, y los trípticos informativos son material educativo con el cual ahora cuenta el personal de enfermería para facilitar la educación al usuario

Análisis del Fin

El Fin formulado en éste trabajo es Contribuir a la satisfacción de los Usuarios del servicio de Gineco Obstetricia y Pediatría, para lograr éste fin se aplicó el Plan de Mejoramiento de la Calidad de Atención de Enfermería, con la aplicación de sus herramientas por parte de las enfermeras se logró una disminución en la frecuencia de reclamos y quejas ; incrementando así la satisfacción de los usuarios y familiares del servicio.

CONCLUSIONES

1. La aplicación de un Plan de Mejoramiento de la Calidad de Atención de Enfermería constituyó el inicio para una mejora continua de calidad en el servicio de Gineco-Obstetricia y Pediatría, resultó algo nuevo ya que no se habían realizado estudios y aplicaciones de proyectos en cuanto a calidad asistencial, esto tuvo una buena acogida, aunque el limitante para la implementación total fue la falta de apoyo presupuestario por parte del hospital.
2. Los componentes del Plan de mejoramiento de la calidad de atención de enfermería estuvieron dirigidos a los principales problemas encontrados, sin embargo en futuras investigaciones es importante considerar los demás aspectos de la problemática y otros ámbitos de la calidad asistencial.
3. El manual de atención al usuario constituyó una herramienta valiosa en cuanto a actualización de conocimientos por parte del personal de enfermería, que muchas de las veces se centra solo en el aspecto técnico-científico, dejando de lado la relación con el paciente.
4. Las Guías Informativas y Educativas constituyeron un importante aporte para la gran necesidad de información por parte de los usuarios, y sobre todo colaboró especialmente para informar sobre la disposición de los desechos ya que de este desconocimiento se derivaban problemas de multas al servicio, la limitación es el presupuesto para seguir con ésta iniciativa.
5. Fue de gran importancia la prueba piloto de los 5 estándares e indicadores más representativos para demostrar que por medio de ello se puede verificar el impacto que tienen los cuidados, identificar falencias y en base a ello proponer acciones de mejora.

RECOMENDACIONES

1. Resulta importante que se continúe con la socialización y difusión del Manual de Atención al Usuario y su familia y se realice encuestas de satisfacción para evaluar el grado de aplicación de los conocimientos contenidos en el manual.
2. Las Guías de Información y Educación constituyeron la base para la elaboración de una variedad de trípticos que se pueden seguir creando, con nuevos temas, de acuerdo a las necesidades futuras del servicio.
3. Se recomienda continuar con la evaluación de los demás estándares e indicadores, por etapas, para que esto se vuelva parte de la gestión del cuidado y cada periodo de tiempo se evalúe los resultados y las acciones de mejora sean continuas
4. Es importante mantener la actualización de conocimientos sobre la gestión del cuidado, sobre temas de calidad en la atención, y nuevas estrategias para mejorar.
5. Continuar con estudios investigativos relacionados con la calidad de atención en todos los niveles contribuirá a fortalecer la gestión de la calidad en el servicio de Gineco-Obstetricia y Pediatría

BIBLIOGRAFIA

- Aguirre Gas H. (2002). *Calidad de la Atención Médica bases para su evaluación y mejoramiento*. México.
- Ariza, C. (2008). *Calidad del Cuidado de Enfermería al paciente hospitalizado*. Bogotá: editorial Pontificia Universidad Javeriana.
- Buele, Maldonado, N. (2012). *Diseño, Ejecución y Gerencia de Proyectos para Salud: Trabajo de Grado II, Guía Didáctica, Maestría en Gerencia en Salud para el Desarrollo Local*, Loja, Ediloja.
- Burgwall Cuellar, G. (1999) *Planificación Estratégica Operativa*. Quito : Ediciones Abya Ayala-Ecuador
- CESFAM, (2011). *Buen Servicio y Calidad de Atención, Centros de salud primaria*, Chile. 5-18p.

Recuperado de [http:// www.slideshare.net/CesfamMTC/manual-buen-servicio-y-calidad-de-atencion](http://www.slideshare.net/CesfamMTC/manual-buen-servicio-y-calidad-de-atencion)
- Colegio de Enfermeras del Perú. (2008). *Normas de Gestión de la Calidad del Cuidado Enfermero*. Lima Perú. Recuperado de http://www.cep.org.pe/beta/download/NG_CDCE.pdf.
- Donabedian A. (2001). *Los siete pilares de la calidad*. Revista Calidad Asistencial. Barcelona.

- Encalada Buitrón, S. (2012). *Mejoramiento de la calidad de atención de usuarios del servicio de odontología del Centro de Salud No.8 Cotacollao MSP en los grupos cubiertos por la ley de maternidad gratuita y atención a la infancia en el marco del plan nacional de salud bucal.* (tesis inédita de maestría). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito.
- Estévez R. Martínez D., Salvador C. Martínez A. (2012). *Estándares e Indicadores para evaluar la atención de enfermería en unidades psiquiátricas.* México. Recuperado de <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/30026>.
- Fajardo Dolci, G. Hernández Torres, F. (2012). *Definiciones y conceptos fundamentales para el mejoramiento de la calidad en salud.* México. Recuperado de http://www.calidad.salud.gob.mx/calidad/libro_salud.html.
- Hospital San Francisco de Quito del IESS. (2012). *POA*, Quito.
- Hospital San Francisco de Quito del IESS, *Manual Técnico-Administrativo. Modelo de Atención.* (2011). Quito.
- Hospital San Francisco de Quito del IESS. (2013). *Plan de calidad*, Quito
- Ley Orgánica del Servicio Público LOSEP. (2010). *segundo suplemento del Registro Oficial 294.* Quito.
- Lunney M. (2011). *Razonamiento Crítico para alcanzar resultados de salud positivos.* España, primera edición.
- Malagón G. (2008) *Administración Hospitalaria.* Colombia: editorial medica internacional, 3ra edición.

- Marriner A. (2009). *Guía de Gestión y Dirección en Enfermería*. España, octava edición.
- Miranda, F. Chamorro, D. Rubio, S (2007). *Calidad en los servicios de Enfermería*. España: editorial delta.
- MSP, CONASA. (2008). *Manual de Estándares, Indicadores e Instrumentos para medir la calidad de atención Materno Infantil*. Quito
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2009). *Marco conceptual de la clasificación internacional para la seguridad del paciente*. Ginebra, Suiza.
- Ortega, C. Suarez, M. (2009) *Manual de Evaluación de la Calidad del Servicio de Enfermería Estrategias para su aplicación*. España: Editorial medica panamericana.
- Ochoa, V. Lee, M. Arroyo, G.(2003). *Recomendaciones para mejorar la calidad de Atención de Enfermería*. Revista CONAMED, vol. 8 No3, México.
- OPS, (2011). *La Transformación de la Gestión de Hospitales en América Latina y el Caribe*, Washington DC.
- Ortells Abuye, N; Paggiina Marcos, M. (2012). *Indicadores de Calidad y seguridad del paciente en la enfermería de urgencias: un valor seguro*. Murcia Enfermería global, vol.II, No 26. Recuperado de [http://: www.um.es/eglobal/](http://www.um.es/eglobal/).

- Piedra, M. Maldonado, N. (2012). *Diseño, Ejecución y Gerencia de Proyectos para Salud: Trabajo de Grado 1, Guía didáctica*. Loja: Editorial utpl.
- Régimen de la Salud, Concordancias, tomo 1 y 2, (2007). Quito Ecuador.
- SESCOAM. (2010). *Manual para la Información y Atención al usuario en el Servicio de salud*, Catilla La Mancha. 31-54p.

Recuperado de

http://www.actasanitaria.com/fileset/doc_60975_FICHERO_NOTICIA_9505.pdf

- Subsecretaría de Planificación de la Salud. (2010). Unidad de Atención al Usuario, Guía para su conformación, Buenos Aires, Argentina. 20-25p.

Recuperado

<http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/atencioncomunidad/files/2013/03/Guia-Unidad-Atencion-Usuario.pdf>

- Tarí J. (2010). *Calidad Total: Fuente de Ventaja Competitiva*. Murcia. Recuperado de <http://www.agapea.com/Calidad-cn608p1i.htm>
- Zavala, S. (2009). *Guía a la redacción en el estilo APA*, 6ta edición.

ANEXOS

ANEXO No1

AUTORIZACION DE LA INSTITUCION



**INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL "SAN FRANCISCO DE QUITO"**

Quito DM, 17 de septiembre de 2013
Oficio No. 211141101-0368- DID

Lic. Yaoska Muñoz
ENFERMERA
HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO
Presente:

De mi consideración:

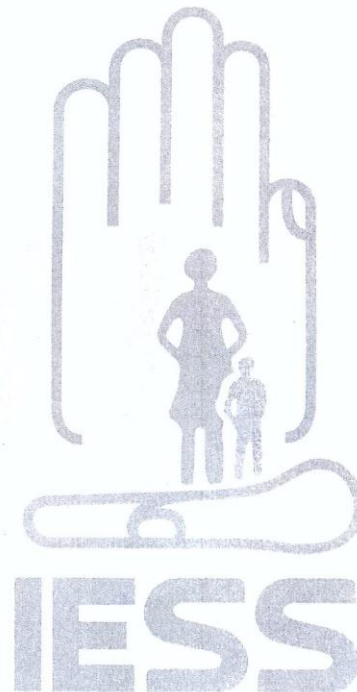
En respuesta a su solicitud de desarrollar el proyecto de Tesis "Aplicación de un sistema de mejoramiento continuo de la calidad de atención de enfermería en el Servicio de Gineco Obstetricia del Hospital San Francisco de Quito, IESS, año 2013" tengo a bien comunicarle que esta Dirección aprueba el desarrollo del tema antes mencionado, no sin antes recordarle que se deberán entregar los avances mensualmente.

Sin más por el momento, suscribo un cordial saludo,

Atentamente,

Dr. Roberto Ramos S.
**DIRECTOR DE INVESTIGACION Y DOCENCIA
HSFQ**

Elaborado por:	Aida Ballesteros	
Revisado por:	Dr. Roberto Ramos	
Fecha:	17/09/2013	



ANEXO 2

Resultados de la Encuesta los/las usuarios y familiares del servicio de Gineco-Obstetricia y Pediatría del hospital san francisco junio 2013

La encuesta estaba estructurada por cinco componentes de la atención de enfermería, componente Comunicativo, Profesionalismo, Confort, Educativo y un grupo de preguntas globales, cada componente cuenta con cinco preguntas entre abiertas, cerradas, de opción múltiple y de opinión a continuación se exponen los resultados de esta encuesta y su respectivo análisis:

CUADRO No1

RESULTADOS DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A LAS/LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA Y PEDIATRÍA JUNIO 2013

COMPONENTE COMUNICACIÓN

No	PREGUNTA	RESPUESTAS						OTRAS RESPUESTAS	No	%
		SI	%	NO	%	A VECES	%			
	EL PERSONAL DE ENFERMERIA :									
1	Saluda cordialmente y se presenta con su nombre?	1	1,6	11	18	10	17	Saluda cordialmente pero no menciona su nom	24	40
2	Se dirige hacia usted o su hijo/a por su nombre de manera amable?	35	58,3	4	6,7	21	35			
3	Le explica a usted o a su hijo/a el procedimiento que va a realizarle?	32	53,3	8	13	20	33			
4	A su ingreso le informó sobre las normas del servicio, ubicación del timbre, ubicación del baño, disposición de los desechos?	24	40	30	50	0	0	No recuerdan	6	10
5	Le informaron sobre sus derechos como paciente?	15	25	45	75	0	0			

Fuente: Encuesta junio 2013 elaborada por Lic. Yaoska Muñoz

Análisis:

Dentro del componente de comunicación podemos verificar algunas falencias, el personal de enfermería está saludando cordialmente pero no da su nombre, la mayoría si explica el procedimiento a realizar pero le sigue un alto porcentaje del 33,3% que lo hace a veces,

es preocupante que la mitad de las enfermeras informen sobre las normas del servicio, y a otra mitad no lo haga, un aspecto muy importante en la comunicación con el paciente y por ultimo resulta preocupante que el 75% de las enfermeras no informe al paciente sobre sus derechos.

CUADRO No 2

RESULTADOS DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A LAS/LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA Y PEDIATRÍA JUNIO 2013

COMPONENTE PROFESIONALISMO

Nº	PREGUNTA EL PERSONAL DE ENFERMERIA	RESPUESTAS					
		SI	%	NO	%	A VECES	%
1	Se encuentra bien preparado para atenderle a usted o su hijo/a	47	78,3	13	22	0	0
2	Resuelve sus problemas o los de su hijo/a de forma eficaz y oportuna?	30	50	2	3,3	28	47
3	Cuando del personal de enfermería le atiende a usted o a su hijo/a le inspira confianza y seguridad?	28	46,7	2	3,3	30	50
4	Cuando usted le pregunta sobre su enfermedad o la enfermedad de su hijo/a le responde demostrando conocimiento sobre el tema?	18	30	11	18	31	52
5	Considera usted que el personal de enfermería conoce sobre el manejo de los aparatos que utiliza para atenderle a usted o su hijo/a?	42	70	3	5	15	25

Fuente: Encuesta junio 2013 elaborada por Lic. Yaoska Muñoz

Análisis:

En cuanto al componente de profesionalismo es alentador observar buen porcentaje que considera que la enfermera se encuentra preparada para la atención al paciente, sin embargo al indagar si resuelve los problemas de forma eficaz y oportuna el porcentaje descende ya que un 50% de los encuestados refirieron que si resuelven los problemas del paciente ante un alto porcentaje del 46,7% que refirió que lo realiza a veces aspecto a considerar ya que esto revela dificultades en al menos la mitad de las enfermeras, de igual manera un 50% de los encuestados refirieron que la enfermera les inspira confianza, mientras que un 46,7 % refirieron que les inspira confianza y seguridad a veces, es preocupante que apenas el 18% contestaron que la enfermeras les respondió sobre su enfermedad demostrando conocimientos; en cuanto al conocimiento sobre el manejo de

aparatos para el cuidado de los pacientes un 70% de los usuarios manifestó que la enfermera si conoce sobre ellos.

CUADRO No 3

RESULTADOS DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A LAS/LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA Y PEDIATRÍA JUNIO 2013

COMPONENTE CONFORT

No	PREGUNTA EL PERSONAL DE ENFERMERIA :	RESPUESTAS					
		SI	%	NO	%	A VECES	%
1	Le ayuda a mantener su higiene y aseo diario o la de su hijo/a?	29	48,3	7	11,7	24	40
2	Promueve y respeta su descanso o el de su hijo/a?	29	48,3	7	12	24	40
3	Se preocupa por su alimentación o la de su hijo/a?	45	75	6	10	9	15
4	Le pregunta a usted o a su hijo/a si tiene frío, calor, incomodidad o dolor?	24	40	9	15	27	45
5	Le proporciona comodidad a usted o su hijo/a durante su estancia?	34	56,7	6	10	20	33,3

Fuente: Encuesta junio 2013 elaborada por Lic. Yaoska Muñoz

Análisis:

En el aspecto del confort la mayoría se mantiene en porcentajes intermedios, los mayores porcentajes corresponden a que el personal de enfermería si se preocupa por la alimentación en un 75%, y el personal proporciona comodidad al paciente en un 56%, al observar los resultados se cree conveniente mejorar los aspectos como la higiene, el descanso y preguntar al paciente si tiene incomodidad o dolor, no se debe olvidar que en este componente el personal auxiliar cumple su papel pero siempre y cuando la enfermera la instruya para su cumplimiento satisfactorio.

CUADRO No 4

RESULTADOS DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A LAS/LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA Y PEDIATRÍA JUNIO 2013

COMPONENTE EDUCATIVO

PREGUNTA	RESPUESTAS						OTRAS RESPUESTAS	No	%
	SI	%	NO	%	A VECES	%			
EL PERSONAL DE ENFERMERIA :									
1 Le enseña sobre sus cuidados y medicación o el de su hijo/a	45	75	15	25	0	0			
2 Cuando usted requiere aprender a usar algún dispositivo para su salud o la de su hijo/a el personal de enfermería le enseña como usarlo ?	27	45	9	15	0	0	No ha requerido aprender	36	40
3 Le explica sobre su enfermedad o la enfermedad de su hijo/a	15	25	19	31,7	26	43,3			
4 Usted o su hijo/a recibieron alguna charla educativa durante su estancia en el hospital ?	1	1,7	59	98,3	0	0			

Fuente: Encuesta 2013 elaborado por Lic. Yaoska Muñoz

Análisis:

En los resultados del componente educativo se puede apreciar que un 75% que es un buen porcentaje de los usuarios refirieron que la enfermera sí les enseña sobre cuidados y medicación sin embargo cuando requieren aprender a manejar algún dispositivo el porcentaje disminuye al 45%, cuando se trata de explicar sobre la enfermedad al paciente apenas el 25% lo hace y un de 43,3% lo hace a veces y un 31,7% no estarían explicando al paciente o familiares sobre su enfermedad un dato que llama la atención, se observa una clara necesidad de incorporar la educación y enseñanza al usuario a esto se suma el dato en el cual el 98,3 % de los usuario refirió que no han recibido una charla educativa durante su estancia.

Continuando con el componente educativo se formuló una pregunta más a este bloque, la pregunta fue abierta sobre qué charla educativa les gustaría a los usuarios que le

impartiera el personal de enfermería, a continuación el siguiente cuadro detalla las respuestas de los usuarios.

CUADRO No 5

RESULTADOS DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A LAS/LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA Y PEDIATRIA JUNIO 2013

COMPONENTE EDUCATIVO

PREGUNTA	No	%
Que temas en salud le gustaría que el personal de salud impartiera ?		
Lactancia Materna	11	18,2
Alimentación de los niños	7	11,7
Cuidados del Recién Nacido	7	11,7
Como cuidar en casa al niño enfermo	5	8,3
Vacunas	4	6,7
Asma	3	5
No le gustaría	3	5
Cuidados despues de la Histerectomía	2	3,3
Neumonía	2	3,3
Sobre la medicación en la casa	2	3,3
Cuidados despues de la Cesárea	2	3,3
Cuidados de los pezones	2	3,3
Tamizaje Neonatal	2	3,3
Alimentación después del parto	1	1,7
Videos educativos	1	1,7
Ejercicios y alimentación después del parto	1	1,7
Cuidados en casa de los niños con Neumonía	1	1,7
Cuidados despues de la cirugía	1	1,7
La ley de maternidad	1	1,7
Baño del Recién Nacido	1	1,7
Rotavirus	1	1,7
Total	60	100

Fuente: Encuesta al usuario junio 2013 elaborador por Lic. Yaoska Muñoz

Análisis:

Los resultados a ésta pregunta revelan una clara necesidad de conocimientos por parte de los usuarios, y constituye un recurso valioso para la elaboración del Programa Educativo e Informativo planteado en este proyecto.

Como se puede apreciar en el cuadro el tema de la Lactancia Materna ocupa el primer lugar, luego le sigue la Alimentación en los niños en las diferentes etapas y los cuidados del recién nacido, en tercer lugar está cómo cuidar al niño enfermo en casa, en cuarto lugar se ubica las vacunas y en quinto lugar sobre el asma; eso en cuanto a los cinco primeros lugares luego de esto tenemos varios temas más, que ocupan los siguientes lugares como se podrá apreciar en el cuadro antes expuesto.

CUADRO No 6

RESULTADOS DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A LAS/LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA Y PEDIATRÍA JUNIO 2013

COMPONENTE EMPATIA Y PREGUNTAS GLOBALES

No	PREGUNTA	RESPUESTAS					
		SI	%	NO	%	A VECES	%
EL PERSONAL DE ENFERMERIA :							
1	Siente que el personal de enfermería le comprende, le apoya, le consuela y es amigable con usted o con su hijo/a	19	31,7	3	5	38	63,3
2	Recomendaría a otras personas acudir a atenderse a este lugar?	53	88,3	7	11,7	0	0

No	PREGUNTA	ESCALA DE RESPUESTAS							
		Excelente		Buena		Regular		Mala	
		No	%	No	%	No	%	No	%
3	Cómo percibe la calidad de atención de enfermería?	9	15	37	61,7	12	20	2	3,3

No	PREGUNTA	ESCALA DE RESPUESTAS					
		Si completamente		Medianamente		No	
		No	%	No	%	No	%
4	Se siente satisfecha con la atención de enfermería recibida en este lugar?	34	56,7	24	40	2	3,3

Fuente: Encuesta al usuario junio 2013 elaborador por Lic. Yaoska Muñoz

En el componente empatía y globales podemos observar que un alto porcentaje el 63,3% de los usuarios sienten que el personal de enfermería les comprende, le apoya, le

consuela y es amigable a veces, en cuanto a cómo perciben la calidad de atención el mayor porcentaje corresponde a buena con un 61,7% a este le sigue un 20% que la califica como regular es decir la calidad estaría entre regular a buena y el 56,7% se sienten completamente satisfechos y a este le sigue un alto 40% que siente medianamente satisfechos

CUADRO No 7

RESULTADOS DE LA ENCUESTA DIRIGIDA A LAS/LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA Y PEDIATRÍA JUNIO 2013

COMPONENTE EMPATIA Y PREGUNTAS GLOBALES

No	PREGUNTA	No	%
5	Qué recomendaría para mejorar la calidad de atención de enfermería?		
1	Que impartan charlas educativas	2	3,33
2	Que sean más pacientes	3	5
3	Que se organicen más	2	3,33
4	Que den la comida a todas las madres ya que dan solo a las madres de	5	8,33
5	los niños menores de 6 meses		
6	Que las enfermeras estén más atentas del timbre	6	10
7	Que sean más amables	11	18,33
8	Que mejoren la comida	7	11,67
9	Que den formula a los bebes cuando las madres no tienen leche	1	1,67
10	Nada	5	8,33
11	Que les den cursos como tratar a los pacientes	1	1,67
12	Que proporcionen más información sobre el estado de los niños	8	13,33
13	Que se capaciten más	2	3,33
14	Que les atiendan pronto	4	6,67
15	Que se pongan de acuerdo entre médico y enfermera	1	1,67
16	Que los niños tengan un lugar donde jugar y hacer actividades	2	3,33
	Total	60	100

Fuente: Encuesta al usuario junio 2013 elaborador por Lic. Yaoska Muñoz

Por último el cuadro No 7 presenta las recomendaciones que realizan los usuarios para mejorar la calidad de atención de enfermería y podemos constatar que el mayor porcentaje corresponde al 18,33% donde indican que el personal debe ser más amable, esto demuestra que se requiere mejorar el trato al paciente, luego se encuentra con el 13,33% los aspectos sobre información los usuarios desean estar mejor informados, un 11,67% refirió mejorar la alimentación que aunque no es un asunto directo de enfermería cabe destacar esta recomendación para direccionarla al servicio de alimentación, luego un 8,33 % desea que la comida se dé a todas las madres ; esto podría a ser una propuesta para que el servicio de pediatría solicite esto al nivel directivo del hospital y todas las madres independientemente de la edad del niño reciban la alimentación, un 6,6% que les atiendan pronto, y a esto le siguen algunos aspectos más que ocupan porcentajes menores pero que tienen igual importancia como que sean más pacientes, que se organicen más etc.

ANEXO No 3
MANUAL DE ATENCION AL USUARIOS Y SU FAMILIA

MANUAL DE ATENCION A USUARIO Y SU FAMILIA

*HERRAMIENTA PARA EL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION DE
ENFERMERIA*

LCDA YAOSKA MUÑOZ

2013

HOSPITAL SAN
FRANCISCO DE QUITO
IESS

PRESENTACION

Brindar una atención de mayor calidad es una tarea constante para todos los que conforman el personal de enfermería del Hospital San Francisco de Quito; ser más cordiales, generar confianza y seguridad en nuestros pacientes, mejorar la comunicación, proporcionar información completa y oportuna, , aprender y aplicar el arte de la empatía y mirar al paciente como un ser integral ,constituyen los retos que involucran a todos los que mantienen contacto directo con los usuarios y sus familiares con el fin de que se sientan satisfechos y agradecidos.

Enfrentarse al dolor, la desesperanza, la frustración, la angustia y preocupación que la enfermedad genera en el ser humano no es una tarea fácil, requiere una preparación mental y fortaleza de espíritu, el conocimiento abrirá el camino para adquirir las habilidades necesarias para emprender ésta labor y la experiencia diaria con los pacientes y sus familiares enriquece y ennoblece el espíritu fortaleciéndolo cada vez más.

El presente Manual de Atención al Usuario y su Familia ha sido elaborado para el conocimiento y aplicación por parte del personal de enfermería con la finalidad de mejorar la calidad relacional de la atención con los usuarios y familiares del servicio de Gineco-Obstetricia y Pediatría, tomando en cuenta que la calidad percibida constituye una de las principales dimensiones de la calidad donde los usuarios y sus familiares se vuelven nuestros evaluadores directos.

Es importante que éste Manual se lo lleve a la práctica y sea socializado periódicamente entre el personal de enfermería, para que cumpla el objetivo para el cual fue creado.

Muchas Gracias

INTRODUCCION

En la actualidad se torna cada vez más importante redescubrir a los usuarios, en especial a los usuarios de la Seguridad Social, el afiliado o el jubilado se caracteriza por ser un cliente exigente, conocedor de sus derechos y sabe como exigirlos, éstas características se han ido presentando debido a una causa histórica en la cual la deteriorada imagen y la baja calidad asistencial que caracterizaban a los servicios de salud de la Seguridad Social marcaban una gran insatisfacción en éste grupo de usuarios.

A través del tiempo la Seguridad Social ha ido fortaleciéndose, invirtiendo más en salud, equipando, dotando de personal nuevo y mejor capacitado, creando nuevas unidades de salud, entre otras acciones emprendidas, sin embargo todavía hay mucho por hacer, la calidad asistencial debe mejorarse.

El Hospital San Francisco de Quito de reciente apertura, no está exento a problemas relacionados con quejas y reclamos por parte de sus usuarios, la encuesta realizada en julio del 2013 en el servicio de Gineco-Obstetricia y Pediatría reveló principalmente problemas de tipo relacional con los pacientes y sus familiares, es decir los pacientes no se quejan en gran proporción de la calidad técnico-científica del personal, la insatisfacción está dada por el tipo de relacionamiento con el personal de enfermería, la forma en que se le entrega la información, el trato inadecuado, actitudes del personal , fallas en la comunicación y la información proporcionada, la mayor parte de los reclamos se deben a problemas de comunicación.

El interés sobre el tema de la calidad relacional de la enfermera-usuario ha ido incrementándose en el ámbito de los servicios de salud, esto ha generado la iniciativa de crear nuevas guías de actuación para lograr una comunicación más efectiva, positiva y eficaz; como una competencia profesional más que se aprende, cualquier persona puede aprender y mejorar sus relaciones interpersonales mediante el aprendizaje de técnicas adecuadas, éste Manual servirá de guía para adquirir éstas habilidades en el personal de enfermería.

INDICE

<i>Presentación</i>	1
<i>Introducción</i>	2

UNIDAD 1

Conociendo y Entendiendo a los Usuarios y familiares del servicio de Gineco-Obstetricia y Pediatría

<i>1.1 El Usuario</i>	6
<i>1.2 Tipos de Usuarios</i>	6
<i>1.3 Características que pueden presentar los Usuarios</i>	10
<i>1.4 Satisfacción de las Necesidades de los Usuarios</i>	12
<i>1.5 Los Derechos del Paciente</i>	12
<i>1.6 Los Derechos del Paciente Pediátrico</i>	13
<i>1.7 Los Deberes y Obligaciones del Usuario</i>	14

UNIDAD 2

Un servicio de salud orientado hacia el Usuario y su Familia

<i>2.1 Definición</i>	16
<i>2.2 Características de un servicio orientado hacia el usuario</i>	16
<i>2.3 La Comunicación de calidad en la Atención de salud</i>	17
<i>2.3.1 Estilos de comunicación</i>	17
<i>a. Agresivo</i>	17
<i>b. Pasivo</i>	18

c. <i>Asertivo</i>	18
2.3.2 <i>Tipos de Comunicación</i>	19
a. <i>Verbal</i>	19
b. <i>No Verbal</i>	20
2.3.3 <i>Técnicas para una Comunicación adecuada con el Usuario y familia</i>	22
a. <i>La Capacidad de Escucha activa</i>	22
b. <i>La comunicación cara a cara</i>	23
2.3.4 <i>Elementos que dificultan la Comunicación</i>	26
2.3.5 <i>Elementos que facilitan la Comunicación</i>	28
2.4 <i>La atención de enfermería al paciente pediátrico y su familia</i>	29
2.4.1 <i>Características del Pensamiento del Niño</i>	29
2.4.2 <i>Etapas del niño ante la hospitalización</i>	30
a. <i>Protesta o Negación</i>	31
b. <i>Desesperación y angustia</i>	31
c. <i>Desapego</i>	31
2.4.3 <i>Técnicas para tratar al Niño Hospitalizado</i>	33
2.4.4 <i>La Familia del niño hospitalizado</i>	33
2.4.5 <i>Técnicas de comunicación con la Familia</i>	35

UNIDAD 3

Entendiendo y Resolviendo problemas sobre la Atención al Usuario y su Familia

3.1 Problemas más comunes con los Usuarios.....	36
3.1.1 Las Demoras.....	36
3.1.2 Desprogramación.....	38
3.1.3 Comunicar malas noticias.....	40
3.1.4 Reclamos y Quejas.....	42
3.1.5 Qué hacer ente reclamos y quejas.....	42
3.1.6 El Usuario Molesto.....	44
3.1.6.1 Técnicas de abordaje.....	44
3.1.7 El Usuario Difícil.....	46
3.1.7.1 Causas para una relación difícil con el paciente.....	46
3.1.3.2 Características de una relación difícil.....	47
3.1.8 Manejo de una relación difícil.....	48
3.1.7 Usuarios y Familiares agresivos.....	50
3.1.7.1 Cómo manejar a usuarios y familiares agresivos.....	51
4. Conclusiones.....	52
5. Glosario de Términos.....	53
6. Bibliografía.....	56

UNIDAD 1

CONOCIENDO Y ENTENDIENDO A LOS USUARIOS DEL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA Y PEDIATRIA

Al servicio de Gineco-Obstetricia y Pediatría del Hospital San Francisco de Quito acuden diversos tipos de usuarios, empecemos por definir quién es el usuario, que tipos y características presentan, cuáles son sus necesidades y cuáles son sus derechos y deberes.

1.1 El Usuario: *persona que demanda, elige y utiliza los servicios de salud, es el eje y centro alrededor del cual se organizan las actividades del sistema sanitario, no depende de nosotros, nosotros dependemos de él, es el propósito de nuestro trabajo, no una interrupción al mismo, es un ser humano de carne y hueso con sentimientos y emociones y no una fría estadística, es una persona que nos trae sus necesidades y es nuestra misión satisfacerlas.*

1.2 Tipos de Usuarios: *A través de la experiencia como enfermeras, se tiene la gran oportunidad de tratar con una gran mayoría de personas en sus diferentes etapas de la vida, y ahí podemos darnos cuenta que cada usuario es único, como único es cada ser humano, por eso la importancia de brindar una atención personalizada, los tipos de usuarios que encontramos en el servicio de Gineco-Obstetricia son los siguientes:*

1.2.1 Recién Nacidos: *desde su nacimiento hasta los 28 días de vida, totalmente indefensos, y dependientes, delicados, sensibles a los cambios externos, requieren vigilancia y cuidado intensivo por parte del personal de enfermería, la relación con ellos está dada por el tacto, el oído al pronunciar palabras suaves, proporcionar los cuidados con mucha delicadeza y se trabaja en conjunto con su madre en el alojamiento conjunto.*

1.2.2 Lactante Menor: desde los 29 días hasta los 12 meses, se interrelaciona con los estímulos externos, la imagen materna constituye todo su microcosmos, y la madre o el padre que lo acompaña en el hospital son de vital importancia para colaborar con los cuidados de enfermería, ya que la madre puede identificar el significado de cada uno de los llantos.

1.2.3 Lactante Mayor: desde los 12 meses hasta los 24 meses , más activo en su relación con el ambiente, se desplaza libremente, siente gran curiosidad, su actividad fundamental a ésta edad es manipular objetos y llevárselos a la boca, comprende algunas palabras y órdenes sencillas.

1.2.4 Preescolar: desde los 3 a 4 años: son más independientes, pueden expresar sus necesidades porque manejan mucho mejor el lenguaje, lo temores incluyen lugares nuevos, experiencias nuevas, así como la separación de los padres, gran imaginación y fantasía, están ansiosos por aprender, con ellos los cuidados a proporcionar deben ir acompañados de juegos, palabras cariñosas, con la ayuda de la madre se impartirán reglas simples y claras para saber los límites de comportamientos aceptables.

1.2.5 Escolar: desde los 5 a los 12 años , su mundo se amplía en gran medida por los vínculos sociales que se van creando en la familia y la escuela, tienen la capacidad de aceptar y respetar normas, es capaz de mantenerse más tiempo separado de sus padres, lo niños que han crecido en un ambiente familiar seguro, serán los que tengan mayor facilidad para establecer relaciones sociales, los cuidados de enfermería así como pueden facilitarse si el niño y su madre colaboran, pueden también tornarse difícil cuando los niños provienen de familias con muchos problemas.

1.2.6 Adolescente: la pre-adolescencia desde los 8 hasta los 11 años, desprecia pensamientos imaginativos de la infancia, aplica nuevos conceptos influido en gran medida por las relaciones con los miembros de su familia, afán por hacer planes y conseguir objetivos; la segunda etapa de la adolescencia desde los 12 hasta los 15 años, desarrollo de los órganos sexuales , época de mayor conflicto con los padres, buscan la

aprobación social de sus compañeros, suelen cuestionar ciertos principios sociales sobre todo los que tienen los padres, sufren cambios muy fuerte de humor y la tercera etapa de la adolescencia de los 15 a los 18 años, llegan a su altura y peso de adulto mayor capacidad de pensar en forma abstracta sobre el presente y el futuro, etapa algo contradictoria, van formando su propia identidad, comparten aficiones, depresiones y problemas de anorexia se pueden presentar, disminuyen los conflictos entre padres e hijos, influyen en gran medida las amistades.

1.2.7 La Madre Adolescente: *El embarazo y la maternidad adolescente tiene implicaciones a nivel psicológico, familiar y social, y como consecuencia la pérdida de oportunidades educativas y laborales, madres solteras, matrimonio precoz, pérdida o aplazamiento de metas, baja autoestima, aislamiento, mayor riesgo de enfermedades, aborto y a las grandes responsabilidades a temprana edad, además se presentan riesgos perinatales como es el bajo peso al nacer, mortalidad y morbilidad infantil.*

Las madres adolescentes que se encuentran hospitalizadas en el periodo de puerperio generalmente requieren mucho apoyo y paciencia por parte del personal de enfermería ya que es difícil lograr que aprendan en tan corto tiempo el manejo del recién nacido y a veces la lactancia materna se vuelve un gran reto, sin embargo no todas presentan éstas características, también hay madres adolescentes con capacidades maternas innatas y en cualquiera de los casos es importante transmitir confianza y aliento para emprender su función de madre.

1.2.8 Mujeres Embarazadas: *las mujeres embarazadas que generalmente encontramos en el servicio de Gineco-Obstetricia son mujeres que están cursando embarazos de mediano y alto riesgo; el embarazo es un periodo que provoca cambios físicos y psicológicos, existe una mayor sensibilidad, inestabilidad emocional, pueden presentarse estados depresivos o reactivación de problemas psicológicos previos, el asumir el rol maternal, hacer un lugar para el bebé en el mundo de la madre, cambios de relación*

consigo misma, con la pareja y con la familia, la pérdida del estilo de vida y la nueva identidad se consideran elementos normales de la crisis del embarazo; sin embargo la ansiedad y estrés materna se asocia con complicaciones en el embarazo.

1.2.9 Mujeres en periodo de Puerperio: *ojerías, debilidad y cansancio por el esfuerzo físico realizado, dolores por los puntos, episiotomía, desgarros, molestias al orinar o defecar, sensación de gran demanda física y psicológica originada por los cuidados al recién nacido; pocas oportunidades de descanso prolongado, dolor en los pezones o peor aún grietas, además de dolor de espalda y sentimientos de fracaso si hay alguna dificultad mayor en el establecimiento de la alimentación a pecho, son algunas de las dificultades que viven las mujeres durante el puerperio. El post parto es un momento muy complejo que reúne alegría y cansancio, el apoyo que brinde el personal de enfermería en ésta etapa es primordial y especial.*

1.2.10 Las Madres y Padres en el servicio de Pediatría: *madres y padres son los protagonistas en el cuidado, seguimiento y tratamiento de sus hijos, las enfermeras son las asesoras las cuales los asisten en los cuidados, y el personal de salud tomará decisiones con los padres. En la actualidad la norma es que la madre o el padre debe acompañar siempre al niño hospitalizado y se ha observado efectos beneficiosos en la calidad de atención ya que se mantiene el rol afectivo, el estado nutricional, disminución de la infección nosocomial, mejoría de la reacción al duelo y menor costos de hospitalización, se debe reconocer la integración de la madre y la familia en la atención de enfermería y médica del niño hospitalizado.*

Normalmente la más afectada ante la hospitalización del niño es su madre pues suele ser su cuidadora habitual, pero no hay que olvidar el papel del padre y los hermanos, se ha de intervenir sobre el niño y también sobre sus familiares, así todos se transforman en

pacientes; los padres pueden vivir las enfermedades de los hijos intensamente en forma de desconsuelo, negación de la realidad, ira , desesperación, dramatización exagerada, impotencia o reacciones de huída, el desconocimiento sobre cuál es su rol materno respecto al niño en el hospital le va a producir ansiedad e incluso celos del personal sanitario, por ésta razón es importante la información de cómo puede participar y apoyar en la atención de su hijo en el hospital.

1.2.11 Mujeres con problemas ginecológicos: *Los trastornos ginecológicos están relaciones frecuentemente con cambios en la actividad sexual, aquellos que afectan a los genitales o el sistema reproductivo tienen repercusiones directas sobre la sexualidad femenina al afectar su imagen, la autoestima, el estado reproductivo o al provocar malestares o incomodidades físicas; frecuentemente se observa preocupación por las relaciones sexuales, la menopausia, cambios en su apariencia física, cambios hormonales, percepción de pérdida de su feminidad por mastectomías, histerectomías, entre otros.*

Existen repercusiones psicológicas también en ellas y pueden presentarse fases caracterizadas por conmoción, incredulidad, sentimientos de culpa y miedo, luego depresión, ira, furia y por último la aceptación y conformidad; es importante proporcionar toda la información necesaria, aclarar dudas y temores tanto a la mujer como a su pareja

1.2.12 Las Mujeres de la Tercera edad con problemas ginecológicos: *Los cambios en la mujer se acentúan a medida que avanza la menopausia y da paso al envejecimiento, en éste periodo las mujeres también sufren distintos cambios caracterizado por depresión, soledad, aislamiento, debido al declive hormonal, y trastornos especialmente urinarios como el prolapso vesical, o vaginal, incontinencia urinaria, dispareunia, osteoporosis y distintos tipos de cáncer en el aparato reproductor; es importante proporcionar cuidados*

especiales para el adulto mayor, dar suficiente información y prevenir caídas, promover la de ambulación y el acompañamiento.

1.3 Características que pueden presentar los usuarios:

Los usuarios pueden reaccionar de distantes formas ante la enfermedad, según su personalidad y antecedentes, a continuación se observa que características pueden presentar algunos pacientes

1.3.1 Dependiente: *Es el tipo de usuario que sufre una regresión, es decir retrocede a estadios más precoces del desarrollo, donde dependía de otros y era pasivo, se caracteriza por la necesidad de ser alimentado, y cuidado como un niño pequeño, teme a ser abandonado y compensa esto con una conducta caracterizada por la exigencia de los cuidados, es egocéntrico y no mira las necesidades de otros.*

1.3.2 Ordenado: *son usuarios caracterizados por la pulcritud, limpieza, orden, rutina y perfeccionismo, observa atentamente la actitud de quienes le cuidan, valora positivamente la eficacia, la limpieza y el orden de los demás, desea conocer a profundidad sobre su enfermedad, pregunta insistentemente acerca de ella, mantiene el autocontrol pero encierra una agresividad reprimida cuando algo no se cumple según su juicio.*

1.3.3 Dramático: *es un usuario narcisista, le teme a la enfermedad porque puede causar un daño corporal y ser la causa de una pérdida del atractivo, se relaciona con el personal de salud de una manera cálida, afectivamente intensa, esforzándose por agradar y atraer la atención y admiración.*

1.3.4 Sacrificado: *procura no quejarse, se sacrifica, tiene sentimientos de culpa intensos, puede llegar a pensar que el dolor y sufrimiento se lo merece, su actitud es claramente masoquista, su conducta es sumisa ante el médico y la enfermera, pueden a veces llegar a rechazar tratamientos.*

1.3.5 Receloso: *Es muy sensible ante toda crítica, acusa a otros de su enfermedad, tiene impulsos negativos y los transmite, sospecha de los demás.*

1.3.6 Orgullosa: *Cree que es muy importante para los demás, la enfermedad es una amenaza para su auto-concepto, reconocer su debilidad ante la enfermedad le produce ansiedad, es arrogante, vanidoso, presume de su hablar y habla con cierto grado de pedantería, quiere que lo traten los médicos más competentes y prestigiosos, busca fallos en el personal de salud.*

1.4 Satisfacción de las necesidades de los Usuarios

La satisfacción de las necesidades de los usuarios es una dimensión muy importante de la calidad de cualquier servicio público y en concreto de los servicios sanitarios, los criterios de calidad de los servicios que se prestan vienen determinados en gran medida por la percepción de los usuarios, he ahí la importancia de conocer sus necesidades y opinión sobre cómo realizamos nuestro trabajo, los usuarios se consideran satisfechos cuando:

- *Han sido tratado con respeto.*
- *Son comprendidos por el personal de salud*
- *Cuando han recibido información completa y oportuna*
- *Creen que el personal ha sido honesto y sincero*
- *Se les ha informado con palabras sencillas y comprensibles*
- *Cuando le han inspirado confianza y seguridad*
- *Han recibido cuidados con calidad científico técnica y han resuelto su problema*
- *Consideran que se les ha dedicado tiempo para su caso*
- *Creen que el tiempo que ha tenido que esperar para ser atendido valió la pena*
- *Creen que han sido tratados igual que los demás usuarios*
- *Cuando se les ha permitido expresar sus necesidades*

1.5 Los derechos del paciente

- 1. Derecho a una atención digna, todo paciente tiene derecho a recibir una atención oportuna en el servicio de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.*
- 2. Derecho a no ser discriminado, tienen derecho a no ser discriminados por sexo, raza, edad, religión, condición social o condición económica.*
- 3. Derecho a la confidencialidad, todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicarse, tenga el carácter de confidencial.*
- 4. Derecho a la Información: se reconoce el derecho de todo paciente a que antes y en la diversas etapas de la atención, reciba del servicio de salud a través de sus miembros responsables, información concerniente al diagnóstico de su estado de salud, al pronóstico, tratamiento, riesgos a los que médicamente está expuesto, a la duración probable de la incapacitación y a las alternativas para el cuidado y tratamientos existentes, en términos de que el paciente pueda razonablemente entender y estar habilitado para tomar una decisión sobre el procedimiento a seguirse. Excepto en situaciones de emergencia. El paciente tiene derecho a que el servicio de salud le informe quien es el médico responsable de su tratamiento.*
- 5. Derecho a decidir, todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el servicio de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión.*
- 6. Todo paciente en estado de emergencia debe ser recibido inmediatamente en cualquier servicio de salud, público o privado sin necesidad de pago previo, se prohíbe a los servicios públicos o privados exigir al paciente en estado de emergencia y a las personas relacionadas con él, que presenten cheques, tarjetas de crédito, pagarés, letras de cambio u otro tipo de documento de pago, como condición previa a ser recibido, atendido y estabilizado en su salud.*

1.6 Los derechos del paciente pediátrico

Dentro de los derechos del paciente pediátrico a más de los anteriores se deben respetar los siguientes derechos propios para ésta etapa de la vida.

- 1. Los niños tienen derecho a no ser hospitalizados, en la medida de lo posible deben ser tratados por sus enfermedades en su casa o en un consultorio, de no ser posible por condiciones de la enfermedad se recurrirá a la hospitalización.*
- 2. Los niños tienen derecho a no ser apartados de sus padres, por tanto las instituciones que los acogen deben proporcionar facilidades para permitir a los padres permanecer con sus hijos tanto el día como la noche.*
- 3. Los niños deben estar al cuidado de un personal debidamente formado, capaz de entender sus necesidades propias de su edad, personal que guste de los niños y mantenga empatía con ellos.*
- 4. Los niños tienen derecho a recibir actividades educativas y lúdicas.*
- 5. Tienen derecho a ser informados en función de su edad, desarrollo mental de su estado afectivo.*
- 6. Derecho a no ser sometido a tratamientos farmacológicos o terapéuticos sin el consentimiento de los padres, he ahí la importancia de informar debidamente a los padres*
- 7. Derecho a o recibir tratamientos médicos inútiles o a soportar sufrimientos físico o morales innecesarios*
- 8. Derecho a ser tratado con tacto, educación y comprensión y a que se respete su intimidad.*
- 9. Derecho a ser hospitalizado junto a otros niños, evitando la hospitalización con adultos*
- 10. Derecho a disponer de instalaciones adecuadas que respondan a sus necesidades, así como normas de seguridad*

11. *Derecho a proseguir con su formación escolar durante la estancia en el hospital*
12. *Derecho a disponer durante su permanencia de juguetes adecuados para su edad, libros y medios audiovisuales.*

1.7 Los deberes u obligaciones del usuario

1. *Tienen el deber de decir la verdad, proporcionar datos veraces*
2. *Suministrar información precisa y completa.*
3. *Informar cualquier cambio de su condición*

4. *Expresar dudas, inquietudes o si no entiende la información proporcionada*
5. *Seguir el plan de tratamiento previamente acordado*
6. *Apegarse al reglamento interno del servicio*
7. *Acudir a las citas y controles*
8. *Asumir la responsabilidad de negarse a los tratamientos*
9. *Tratar con respeto y cortesía al personal y a otros usuarios*

UNIDAD 2

UN SERVICIO DE SALUD ORIENTADO HACIA EL USUARIO

2.1 Definición : *un servicio orientado al usuario es aquel que está en la capacidad de dar respuesta a las demandas y necesidades de la población a la que presta sus servicios, en función al grado de aceptación y legitimidad y tiene algunas características entre ellas las siguientes que se describen a continuación.*

2.2 Características de un servicio orientado hacia el usuario

1. *Conoce a sus usuarios tipos y características que pueden presentar*
2. *Brinda una atención personaliza, entendiendo al usuario como un ser único e integral*
3. *Diseña los servicios en función de las necesidades de los usuarios y su familia*
4. *Conocen cómo sus usuarios perciben la atención por medio de la comunicación eficaz y entrevistas y encuestas periódicas de satisfacción.*
5. *Cuenta con espacios físicos adecuados para usuario y su familia como salas de espera confortable, carteleras informativas y educativas, y material audio visual apropiado*
6. *Proporciona guías de usuario, cuenta con una adecuada señalética, y puesto de información.*
7. *Un servicio orientado al usuario cuenta con programas de educación, talleres y charlas según sus necesidades*
8. *Cuenta con mecanismos para conocer la opinión del usuario y su grado de satisfacción para evaluar periódicamente el desempeño del personal*
9. *Establece un área o un servicio especializado para la atención a los usuarios como recepción de quejas y reclamos o sugerencias y donde proporcionen soluciones a los inconvenientes presentados.*

10. Finalmente un servicio orientado al usuario sabe que el usuario y su familia son el eje central de todo el sistema sanitario y es la persona más importante de la institución

2.3 La Comunicación de calidad en la Atención de salud

La comunicación, elemento que va inevitablemente asociado al comportamiento de los seres humanos, siempre estamos en comunicación, y lo hacemos no solamente con nuestras palabras sino también en la forma en que lo decimos y con la manera en que actuamos; la comunicación cobra una gran importancia en el ámbito sanitario ya que los usuarios acuden a la institución para que se les ayude a resolver problemas de salud que no han podido resolver por ellos mismo y depositan su confianza en el personal de salud y en éste contexto el comunicarse adecuadamente da lugar a alcanzar la metas propuestas.

No siempre estamos conscientes de que estamos emitiendo mensajes y mucho menos de lo que puedan estar interpretando los usuarios, sin embargo esto tiene un enorme valor para ellos; por ejemplo cuando estamos respondiendo a una pregunta con una palabra técnica que el usuario no comprende, su interpretación puede realizarse en el siguiente sentido: “no desea que me entere de lo que ocurre”, “no le debe importar mucho mi caso, ya que ni siquiera se ha molestado en intentar que comprenda la respuesta que me ha dado”.

2.3.1 Estilos de Comunicación

2.3.1.1 Estilo Agresivo de Comunicación: Lo presentan aquellas personas que provocan en los demás respuestas de defensa y de ataque, a veces ni ellos mismo tienen conciencia de estos efectos, no suelen tener en cuenta los sentimientos de los otros y presentan poca capacidad para empatizar.

Algunas personas piensan que en una situación hostil, un estilo de comunicación agresiva consigue “mantener en su sitio” al contrario. Nada más lejos que la realidad: el estilo agresivo genera agresividad y el resultado final es una escena violenta y , sobre todo, de pésima imagen para el que la contempla.

2.3.1.2 Estilo Pasivo de Comunicación: *Lo manifiestan personas con dificultades para negarse a las peticiones de los demás, aunque estas no estén justificadas, suelen anteponer los deseos de otros a los suyos propios, encontrando serias barreras a la hora de hacer una legítima defensa de sus derechos. En ocasiones éste estilo pasivo e inseguro puede generar el público un comportamiento agresivo en personas que piensan que, si presionan con violencia, pueden conseguir lo que desean.*

2.3.1.3 Estilo Asertivo de Comunicación: *Las personas que se comunican en forma asertiva exponen sus puntos de vista al tiempo que toman en cuenta lo de los demás, se sitúan en el lugar del otro y transmiten esa capacidad empática, entiende que la comunicación es cosa de dos y realizan sus planteamientos desde una posición abierta y flexible, son valoradas positivamente por los demás, incluso a pesar de que no accedan a lo que no consideran justo.*

Ser asertivo significa demostrar firmeza y seguridad respetando al otro y teniendo en cuenta sus puntos de vista y planteamientos, se trata de decir lo que pensamos, lo que queremos que suceda, sin sentirnos mal por decirlo y sin hacer que se sienta mal el otro; debemos tratar de comunicarnos en forma asertiva ya que es la forma más eficaz de conseguir que dicha comunicación sea positiva.

Ser asertivo y comunicarse de esta forma significa que:

- *Expresaremos nuestro punto de vista al tiempo los que tomamos en cuenta los de los demás.*
- *Nos situaremos en el lugar de otros y transmitiremos ésta capacidad empática*
- *Entender la comunicación es cosa de dos y realizar nuestros planteamientos desde una posición abierta y flexible.*
- *Ser capaces de decir y de plantear lo que pensamos, opinamos y queremos.*
- *Conseguir negociar y llegar a acuerdo viables.*
- *Proteger nuestra autoestima y respetar a los demás.*
- *Tener confianza y seguridad en nosotros mismos y ser positivos*
- *Comportarnos en forma madura y racional*

Un profesional asertivo trata a los usuarios y familiares con respeto a sus derechos y necesidades, lo cual no significa ser servil o dominante, además un profesional asertivo se trata a sí mismo también con respeto; el usuario no siempre tiene la razón pero hay que permitirle que se equivoque con dignidad.

2.3.2 Tipos de Comunicación

2.3.2.1 Verbal

La comunicación verbal es el uso de las palabras para la comunicación entre seres humanos, el lenguaje propiamente dicho expresada de manera hablada, la base de éste tipo de comunicación está en la utilización de conceptos; los elementos que influyen en éste tipo de comunicación son:

- a) **El volumen de la voz:** por lo general un volumen medio indica seguridad y dominio, los cambios en el volumen y tono de voz se utilizan para enfatizar puntos; una voz que varía poco en volumen no es muy interesante de escuchar, hay que asegurarse siempre que de nuestra voz llega a un potencial oyente*

- b) **Fluidez y perturbación del habla:** pueden causar una impresión de inseguridad, incompetencia, poco interés o ansiedad, algunos ejemplos son: muchos silencios en la conversación, repeticiones tartamudeo, pronunciaciones erróneas, omisiones o palabras sin sentido.

- c) **Claridad del habla:** farfullar palabra, arrastrar al hablar, hablar a borbotones son algunos ejemplos de patrones del habla que pueden resultar desagradables para el oyente.

- d) **Velocidad del habla:** un habla muy lenta puede provocar impaciencia y aburrimiento, por el contrario un habla muy rápida puede generar dificultades para entender, el mensaje.

- e) **Retroalimentación:** El que habla necesita saber si los que están escuchando entienden lo que está diciendo, existen tres tipos de retroalimentación.

2.3.2 No Verbal

La comunicación no verbal está dada por el lenguaje corporal, gestos, mirada y postura, ambas técnicas deben aplicarse adecuadamente cuando vamos a comunicarnos; los principales elementos que influyen en la comunicación verbal y no verbal son:

- a) **La Mirada:** las personas con mayores habilidades sociales y de comunicación miran a los ojos de su interlocutor mientras hablan y mientras escuchan, la mirada es una

potente señal de escucha, difícilmente uno se siente escuchado si mientras hablan no le miran.

- b) **Expresión facial:** *es el área más importante y compleja de la conducta no verbal y la parte del cuerpo que más se observa durante la interacción, las personas con mayores habilidades sociales reflejan una correlación entre su expresión facial y el mensaje que están intentando comunicar.*

- c) **Gestos:** *acentuar el mensaje con gestos adecuados puede añadir énfasis, franqueza y calor al mismo, unos movimientos desinhibidos sugieren espontaneidad y seguridad en uno mismo*

- d) **Postura corporal:** *La postura más eficaz desde el punto de vista de la comunicación es la postura de acercamientos: inclinado hacia delante el cuerpo, una postura activa y erguida, dando frente a la otra persona directamente, añade más asertividad al mensaje.*

- e) **Movimiento de las piernas:** *agitar rítmicamente los pies o piernas puede interpretarse como un deseo de marcharse, de abandonar la situación, igual sucede cuando se cambia la posición de las piernas.*

- f) **Automanipulaciones:** *se realizan en forma inconsciente y aumentan con la incomodidad psicológica, el nerviosismo y la ansiedad, no tienen ninguna finalidad comunicativa y producen en efecto negativo en el interlocutor.*

- g) **Distancia – proximidad:** en todas las culturas existen una serie de normas implícitas referidas a la distancia permitida entre dos personas que hablan, todo lo que exceda o sea mayor a éste provocará actitudes negativas.

- h) **Contacto Físico:** el contacto apropiado dependerá del contexto particular, de la edad y la relación entre la gente implicada.

- i) **Apariencia Personal:** Cuando una persona se viste de una manera particular sugiere y anticipa la clase de situación en la que espera encontrarse implicada, está definiendo la situación por su apariencia, influyendo así en el comportamiento de los demás.

- j) **Movimientos de la cabeza:** cuando se vuelve la cabeza a un lado , sea por el motivo que sea, el resultado siempre es un corte en las señales visuales de nuestro interlocutor. Asentir con la cabeza juega un papel importante en la interacción.

2.3.3 Técnicas para una Comunicación adecuada con los usuarios

a) La capacidad de escucha

Esta capacidad de escucha se refiere básicamente, al grado que los usuarios perciben que somos capaces de ponernos en su lugar, que comprendemos lo que nos están diciendo y que sabemos cómo se sienten; resulta muy útil y eficaz mantener una actitud de escucha “activa”, es decir, demostrar al usuario que le hemos entendido perfectamente, que nos hemos enterado bien de su problema. Es muy útil sobre todo en aquellas situaciones en las que hay que decir NO, en las que no se puede acceder a una petición. En estos casos la escucha activa minimiza las posibles reacciones negativas del usuario.

Para escuchar activamente es necesario:

- 1. Dejar de hablar, si se está hablando no se puede escuchar*
- 2. Conseguir que el interlocutor se sienta en confianza, hay que ayudar a la persona a que se sienta libre de expresarse, para conseguirlo puede ayudar ponerse en su lugar es decir establecer una relación de empatía.*
- 3. Demostrar al interlocutor que se está dispuesto a escucharle, manifestándole claramente nuestro interés y escuchándole para tratar de entenderle y no para oponernos.*
- 4. Eliminar posibles distracciones como interrupciones, llamadas telefónicas, puertas abiertas, etc.*
- 5. Ser paciente no interrumpirle y tomarnos el tiempo necesario.*
- 6. Conducir la conversación sin interrumpirle para ello suele ser útil resumir preguntar, o parafrasear.*
- 7. Dominar nuestras emociones, una persona enojada siempre mal interpreta la palabras*
- 8. Evitar criticar y argumentar en excesos ya que esto situaría a nuestro interlocutor a la defensiva, conduciéndole probablemente a que se enoje o se calle.*
- 9. Preguntar cuanto sea necesario, además de demostrar que le estamos escuchando, le ayudaremos a desarrollar sus puntos de vista con mayor amplitud.*
- 10. De nuevo dejar de hablar ésta es la primera y la última de las recomendaciones y de las que dependen todas las demás.*

b) La comunicación cara a cara

La calidad de la comunicación entre el profesional de enfermería y el usuario está en relación directa con los resultados positivos que se pueden obtener de ese encuentro.

Los siguientes aspectos constituyen una guía general de actuación para mejorar la calidad de la comunicación entre los profesionales y los pacientes/usuarios en circunstancias normales, tanto en

el ámbito de la consulta, de la unidad de hospitalización, del servicio de atención al usuario o del domicilio del paciente. Las situaciones conflictivas, tanto por el problema a abordar, como por la actitud del usuario o por el contexto en el que suceden, serán tratados posteriormente.

Para lograr una comunicación eficaz y de calidad con el usuario es necesario:

- 1. Saludar, identificarse y presentarse. El usuario debe saber con quién está hablando en cada momento.*
 - 2. Siempre que sea posible, mantener la entrevista sentados.*
 - 3. Dejar hablar al interlocutor, preguntarle, pedirle opinión.*
 - 4. Conducir la conversación sin cortar: Para ello, se puede resumir, preguntar o parafrasear.*
 - 5. Escuchar activamente. Es decir, demostrar que se está escuchando y entendiendo al usuario.*
 - 6. Mirar a los ojos.*
 - 7. Proporcionar información de forma anticipada, sistemática y de todos los aspectos relacionados con su situación: Hablar en lenguaje adaptado a las características del oyente.*
- Evitar la terminología y el lenguaje técnico.*
 - Ordenar las ideas y mensajes.*
 - Utilizar mensajes cortos y simples.*
 - Recordar que el exceso de información dificulta la comunicación.*
 - No divagar ni dar rodeos: "Ir al grano".*
 - No mezclar temas.*
 - Poner ejemplos cercanos a la persona con la que se habla.*
 - Hablar en positivo.*
 - Repetir las ideas más importantes.*
 - Y preguntar al usuario/paciente si nos ha entendido, si le*

- *quedan dudas, si quiere saber algo más. Es muy importante estar*
 - *seguros de lo que el paciente ha captado.*
8. *Mostrar interés y preocupación por los problemas y necesidades del usuario, tanto las verbalizadas como las que no se expresan verbalmente.*
 9. *Asumir la comunicación como una actitud y como una capacidad que se puede aprender.*
 10. *Promover la participación del/ de la paciente en la toma de decisiones. Enfatizar el carácter de diálogo y acuerdo. Preguntarle, pedirle opinión.*
 11. *Utilizar apoyos visuales siempre que sea posible. Cualquier información, además de oírla se ve, aumenta el potencial de comprensión y recuerdo.*
 12. *Despedirse dejando claro en qué se queda, qué tiene que hacer el usuario la próxima vez, dónde tiene que dirigirse, con qué persona debe o puede ponerse en contacto, etc.*

c) **La comunicación telefónica:** a continuación se presentan las diez reglas de oro para atender correctamente el teléfono que ayudarán a mejorar la comunicación

1.- *No dejar que el teléfono suene más de tres veces. Debemos responder rápidamente si estamos disponibles; en caso contrario, pasaremos la llamada a un compañero o anotaremos el número del usuario, devolviendo la llamada a la mayor brevedad posible.*

2.- *Contestaremos siempre saludando, identificando el servicio y ofreciendo colaboración.*
" Centro de Salud..., buenos días, ¿en que puedo ayudarle?"

3.- *Adoptaremos una postura adecuada y sonriremos cuando la ocasión se preste.*

4.- *Nos centraremos en la llamada, cesando toda actividad y escuchando activamente.*

"Le escucho, dígame sus datos que voy tomando nota".

5.- *Tendremos a mano todos los útiles e instrumentos necesarios para resolver las llamadas.*

6.- *Hablar despacio, otorgando al usuario un trato personalizado y amable.*

"María, es importante que el día que acuda usted a la consulta traiga el documento de derivación".

7.- *Proporcionar una información concreta y breve sobre el tema.*

"Recuerde, el martes a las 6; la consulta está en la 2ª planta.

8.- *Mostrar seguridad, interés y capacidad resolutive.*

"No se preocupe, desde aquí se lo gestionamos".

9.- *Si necesitamos recabar información sobre el tema, nunca debemos dejar esperando más de un minuto al usuario.*

"Voy a consultar un momento y si no puedo ponerme en contacto ahora con el médico, me deja su teléfono y al final de la mañana le llamo."

10.- *Finalizar la llamada resumiendo la acción concreta a llevar a cabo o la información exacta requerida, con una despedida cortés y dejando que sea el usuario el que cuelgue.*

"Y, como le he dicho, tiene que acudir con el informe de alta a las 9.30, ¿de acuerdo?, adiós.

2.3.4 Elementos que dificultan la Comunicación

En la comunicación verbal existen palabras y formas de expresión que generan en quien las oye sentimientos de rechazo y desagrado (DIFICULTADORES DE COMUNICACIÓN)

- **ACUSACIONES:**

"No ha seguido usted las recomendaciones que le hice. La culpa es suya".

"Ya se lo advertí, y no hizo usted caso..."

- **AMENAZAS:**

"Es la última vez que se lo digo".

"Si no sigue usted mis indicaciones..."

- **EXIGENCIAS:**

"Mañana, sin falta, me trae usted los datos que le estoy diciendo".

- **GENERALIZACIONES:**

"Nunca cumple nada de lo que acordamos".

"Siempre pone usted las mismas pegas".

- **MENOSPRECIO:**

"Su problema no tiene importancia. ¡Si supiera usted los problemas que tienen otros"

- **UTILIZACIÓN DEL SARCASMO O LA IRONÍA:**

"¡Qué sorpresa! No sabía que usted también fuera médico/a (enfermero/a, etc.)"

- **ETIQUETAS:**

"Éste es de los que siempre está quejándose".

"Ya verás como acaba diciendo que no. Tiene toda la pinta".

Lo más importante, además de reconocer que este tipo de expresiones que dificultan la comunicación, es conocer otras que la facilitan. Esto es lo interesante: se puede decir todo lo que pensamos, sin dificultar la comunicación. Es más, se pueden utilizar palabras y formas de expresión que, al oírlas, generan en el receptor una actitud positiva hacia quien las dice.

2.3.5 Elementos que facilitan la Comunicación

- **HABLAR EN PLURAL:** Indica que participamos del problema o de la solución del mismo. Sólo debe utilizarse cuando queramos demostrarlo. Hay temas en los que no debemos implicarnos.
- **DECLARAR AGRADO O DESAGRADADO:** De esta forma se personaliza el mensaje y adquiere más fuerza.
"Me gustaría que pensase usted en lo que le he comentado"
"No me gusta que diga que todo está mal. Estamos intentando ayudarle. No siempre salen las cosas como queremos"
- **HABLAR EN PRIMERA PERSONA:** Al hacerlo, implícitamente dejamos a la persona un margen para disentir u opinar de otra forma. Es un facilitador muy importante.
"En mi opinión, esto no me parece muy acertado", en vez de: "Esto no es muy acertado"
"Yo creo que su familia lleva razón", en vez de "Su familia lleva razón"
- **HABLAR EN POSITIVO:** Tiene más capacidad de convicción y de motivación que hablar en negativo.
"Es necesario que llegue más temprano" en vez de "Es necesario que no llegue tan tarde"
- **PEDIR LAS COSAS POR FAVOR:** Éste es un facilitador universal y cuando se utiliza en los centros sanitarios se genera un efecto sorpresa positivo en el público.

- **EXPLICAR EL PORQUÉ DE LAS COSAS:** *De esta forma es más fácil convencer a las personas de que hagan o no hagan algo.*
- **EMPATIZAR, PONERSE EN EL LUGAR DEL OTRO:** *Y decirlo, no sólo pensarlo. De esta forma hacemos ver a la otra persona que entendemos su problema y que, por tanto, la solución que le ofrecemos tiene en cuenta sus circunstancias. Es una forma de personalizar la atención y que el usuario perciba un trato individualizado.*

"Entiendo que le resulte difícil seguir esta dieta".

"Comprendo que esté usted molesto por lo que ha sucedido".

- **PREGUNTAR:**

¿Podría levantarse un momento para que le hagamos la cama?

¿Me puede dar sus datos, por favor?

- **MOSTRARSE PARCIALMENTE DE ACUERDO CON LOS ARGUMENTOS DE LA OTRA PERSONA.** *Esta es una técnica muy útil cuando la persona con la que hablamos está enfadada o no quiere entender. Al darle la razón en parte, (y sólo en aquello en que podamos hacerlo), la persona baja sus defensas, porque no se lo esperaba, y es el momento de intentar convencerla y razonar con ella.*

"Estoy de acuerdo con usted en que los trámites son lentos. Lleva usted razón. Sin embargo, no está en nuestras manos poder adelantarlos."

"Es cierto que hay muchas personas y que tendrá que esperar un rato. No obstante, le agradecería que comprenda que hacemos todo lo posible por evitar que la espera sea muy larga."

- **UTILIZAR EL CONDICIONAL.** *Esta fórmula convierte una imposición en una sugerencia.*

"Debería usted caminar todos los días un rato", en vez de "Tiene usted que caminar todos los días un rato"

2.4 La atención de enfermería al paciente pediátrico

2.4.1 Características del pensamiento del niño

- *El niño mide el tiempo en forma diferente que el adulto, el tiempo convencional no lo conoce, no sabe cuánto es un mes, seis meses o cinco años. El tiempo se aprende a medir con las experiencias de la vida. Por tanto si a un adulto le decimos “su tratamiento va a durar un mes”, lo entiende y se tranquiliza, en el caso del niño pues no sabe cuánto tiempo es, y esto le puede aumentar la ansiedad.*
- *Durante buena parte de la infancia el niño presenta un tipo de pensamiento concreto, esto significa que el comprende el significado literal de las palabras y no el significado figurado, comprende lo que “conoce, observa y toca”.*
- *Es característico el egocentrismo y el pensamiento mágico a través de los cuales el niño interpreta la mayoría de los acontecimientos que le suceden.*
- *También se tomará en cuenta las características individuales, si el niño es introvertido, extrovertido, si está sometido a estrés agudo o crónico, cuál es su capacidad de afrontamiento.*
- *El temor es característicos, el estar separado de su hogar y personas conocidas, provoca temor.*
- *La regresión a una etapa anterior del desarrollo, es un mecanismo de defensa, una herramienta mental que se utiliza para enfrentar situaciones que generan desequilibrio, la regresión en el niño es refugiarse en etapas anteriores y poder reacomodarse frente a las exigencias que le toca vivir y así poder enfrentarlas, por tanto la regresión es de carácter transitorio y reorganizador; la regresión en el niño lo podemos observar en el lenguaje, en los hábitos higiénicos, alimenticios y en las relaciones con los padres se encuentra un vínculo exageradamente dependiente esto se debe a la reactivación de la angustia de separación.*

- *Los niños son muy perceptivos se dan cuenta inmediatamente si sus padres están preocupados o angustiados, y él también siente ésta angustia.*
- *El niño suele pensar que la enfermedad se debe a un castigo, se debe entonces aclarar al niño que no tiene nada que ver con su comportamiento, que esto son cosas que suceden y todas las personas nos enfermamos.*

2.4.2 Etapas del niño hospitalizado: *existen una serie de variables que intervienen en la experiencia de hospitalización en los niños como son: la naturaleza de la enfermedad, la duración de la hospitalización, experiencias previas, comprensión de lo que ocurre, el lenguaje que con él se utilice, la edad, sexo y desarrollo cognitivo.*

El niño se encuentra en un ambiente extraño, olores diferentes, rodeado de gente vestidas de forma extraña, por la noche encienden luces, le colocan termómetros, le pinchan, todo ha cambiado, el sueño, las comidas; existe un impacto psicológico en él que le puede producir estrés y angustia, existen algunos estadios que se verán a continuación.

1. **Etapa de Protesta o negación:** *ante la percepción de la pérdida o de la posible pérdida del vínculo que tiene con su madre. El niño en ésta fase se comporta de una forma rebelde, llora y protesta.*
2. **Etapa de desesperación o angustia:** *dada por la pérdida progresiva de esperanza, siente miedo y se muestra agresivo, percibe que lo han abandonado, se le ve muy triste y menos activo, es normal que se chupe el dedo, se acaricie los labios o el pelo, se repliega sobre sí mismo, se produce una regresión a estadios anteriores del desarrollo.*
3. **Etapa de desapego o desligamiento:** *de la madre y aceptación pasiva de los cuidados, el niño se aísla totalmente, no muestra ninguna afectividad. El niño deja de preocuparse, e incluso ignora a su madre cuando ésta viene a verle.*

Estas fases se superponen entre sí, normalmente los síntomas son pasajeros y desaparecen, pero si la hospitalización se prolonga pueden aparecer trastornos psicológicos posteriores que ameritarán la ayuda de psicología.

Algunas reacciones que presentan los niños a la hospitalización incluyen: obsesión hipocondríaca, alucinaciones, depresión, inquietud, terror al personal de salud, a las agujas, procedimientos de diagnósticos y la ingestión de fármacos, enuresis diurna y nocturna, miedo, mutismo, incomunicación, problemas de alimentación, tics nerviosos, alteraciones del sueño como insomnio.

La hospitalización contiene la posibilidad de efectos emocionales beneficiosos en algunos pacientes infantiles, aunque la posibilidad de que la experiencia sea traumática es grave. No todas las hospitalizaciones y enfermedades son necesariamente un trauma, la hospitalización se puede constituir como una experiencia que permita favorecer de alguna manera el desarrollo infantil, así como enfocarla hacia la posibilidad de intervenir para prevenir, disminuir o eliminar los efectos perjudiciales.

Las condiciones de la hospitalización pediátrica han ido evolucionando a través del tiempo, anteriormente los aspectos psicoafectivos no eran tenidos en cuenta, básicamente por no contar con los conocimientos necesarios, se atendían en ese entonces sólo los aspectos biológicos, los cuales también se encontraban en desarrollo.

Gracias al avance en las ciencias sociales y al desarrollo de la psicología evolutiva se comienza a tener datos sobre la necesidad psicoafectiva del niño para su adecuado desarrollo. La enfermedad se acompaña de pérdida de bienestar físico, pero también, psicológico, y alteran la vida de la persona y su ambiente a corto, mediano y largo plazo.

En el caso de pediatría esta situación se acentúa, puesto que el niño se encuentra en crecimiento y el manejo que realice la familia y el equipo asistencial frente a las experiencias de enfermedad e internación, esto marcará el desarrollo del niño.

Existen numerosas investigaciones sobre los efectos psicológicos negativos producidos por la internación pediátrica. Dichas investigaciones indican que la internación es un acontecimiento estresante, que le genera al niño alteraciones cognitivas, psicofisiológicas y motoras. Es en base a dichas investigaciones que se comienzan a establecer estrategias que intentan contrarrestar el impacto negativo de la internación.

En el niño, aún en desarrollo, los sistemas biológicos y psíquicos no han alcanzado su madurez y por tanto son más frágiles. Desde el punto de vista social el niño y adolescente se encuentran en un momento en el cual, respectivamente, deben, aprender o ejercitar las habilidades para la inserción social. Si bien son frecuentes las enfermedades en la infancia dada la mayor fragilidad psicosomática, cuando el niño puede ser mantenido en su entorno familiar, habitualmente, pone en marcha recursos adaptativos para enfrentarlas.

La necesidad de internación, sea para diagnóstico o para tratamiento, es un hecho que eventualmente aumenta su vulnerabilidad; el ingreso a un piso de internación implica un corte en la vida cotidiana, entrar a un mundo desconocido, en un momento en donde el niño se siente físicamente mal y se enfrenta a procedimientos que pueden ser invasivos y causantes de dolor, no comprendiendo la mayoría de las veces la causa o necesidad de los mismos, así como de la hospitalización. Todo ello genera en el niño una experiencia estresante que unido a la facilidad natural de incorporar conocimientos y situaciones nuevas, puede generar efectos psicológicos negativos a largo plazo.

2.4.3 Técnicas para tratar al Niño Hospitalizado

2.4.4 La familia del niño/a hospitalizado

El niño se encuentra inmerso en el núcleo familiar y se ve muy influenciado y determinado por el mismo, el abordaje debe ser situacional, puesto que “no hay niños enfermos sino familias enfermas”, en donde cada uno de los integrantes aporta un ingrediente a la situación de enfermedad.

La hospitalización de un hijo generalmente es vivido como un acontecimiento inesperado para los padres. En muchas ocasiones implica un riesgo vital o funcional que provoca en los padres una sensación de angustia intensa que los desborda, podemos hablar de crisis vital familiar, en donde todos los integrantes del núcleo familiar se ven afectados.

En el año 1990 Brophy y Erickson realizaron estudios sobre como repercutía la ansiedad de la madre sobre los hijos y hallaron que existe una relación estrecha entre la ansiedad materna y la frecuencia cardíaca del niño; debemos indagar sobre cuáles son los miedos, angustias y preocupaciones de los padres para así contenerlos. Es muy importante saber cuál es la opinión de los padres sobre el estado de su hijo, qué síntomas ellos ven o qué les llama la atención, ellos son los que más los conocen y pueden aportar pequeños matices que el médico puede llegar a pasar por alto.

Es necesario indagar cuáles son las concepciones que los padres tienen sobre la enfermedad y sobre los tratamientos propuestos, para así alcanzar la alianza terapéutica que nos ayude a lograr una adecuada adherencia al tratamiento; cuando el médico no indaga sobre dichas concepciones es frecuente que los padres, luego de la consulta, no cumplan con los tratamientos por convicciones previas sobre la enfermedad y tratamientos de sus hijos.

Los padres suelen creer que pueden controlar todo lo que les sucede a sus hijos y así protegerlos contra todo mal, frente a la enfermedad esta creencia hace que surjan sentimientos de culpa. La existencia de dichos sentimientos es independiente de sí en realidad son o no responsables de la enfermedad, es decir que muchas veces los sentimientos de culpa son irracionales. Es importante tener presente dichos sentimientos pues determinados comentarios del médico pueden aumentar las culpas de los padres y justamente hay que tratar de disminuirlas para evitar mayores trastornos emocionales a la familia; si los padres presentan fuertes sentimientos de culpa por la enfermedad de su hijo, trataran de compensar sus culpas con la sobreprotección.

El o los hermanos del niño internado también se ven afectados puesto que la dinámica familiar se ve resentida y muchas veces lo que sucede es que los padres se centran en el enfermo y descuidan a él o los sanos. Debemos por tanto contemplar este aspecto y orientar a los padres para lograr la mejor organización familiar posible durante la internación de uno de sus hijos.

En los casos de niños con internaciones prolongadas o frecuentes los hermanos sanos se ven muy afectados.

Además la mayoría de las veces los padres o las personas que cuidan al niño, frente a la angustia que les genera la enfermedad del mismo y la inminente internación no logran dar la información necesaria al niño, viviendo éste, toda la situación de manera muy pasiva. Es entonces tarea del equipo asistencial, brindar una adecuada información al niño sobre su estado y sobre la internación.

Para poder establecer una real comunicación con el paciente pediátrico y brindarle la información apropiada, es preciso conocer las características del pensamiento del niño.

2.4.5 Técnicas para tratar a la Familia del niño hospitalizado

- *La información es fundamental para la familia, debemos proporcionarla utilizando palabras sencillas , claras y de uso corriente*

- *La capacidad de procesar información en un momento de crisis es limitada por lo tanto la información que se brinde será suministrada poco a poco en etapas.*
- *El personal de salud deberá trabajar en equipo junto a los padres del niño.*
- *Es frecuente que el niño simpatice más con algunos miembros del equipo de salud, lo importante es no rivalizar con los padres u otros miembros del equipo de salud.*
- *Escuchar activamente a los padres ya que son ellos los que conocen a profundidad al niño, y los datos que puedan proporcionar resultan muy valiosos..*
- *Brinde apoyo emocional y asistencial permanentemente*

UNIDAD 3

RESOLVIENDO PROBLEMAS SOBRE LA ATENCION A LOS USUARIOS Y SU FAMILIA

3.1 Problemas más comunes con los usuarios

3.1.1 Las demoras: son algo inherente al funcionamiento de cualquier servicio, y los servicios de salud no escapan de ello. Las demandas que continuamente plantean los usuarios son tantas de tan diversa índole, como asistenciales, de información, educativas, administrativas, que sería imposible pensar que todas podrían resolverse en el acto; asumiendo ésta existencia de demoras se debe gestionar adecuadamente para minimizar éstos tiempos de espera, sin que se vea afectada la calidad.

La Demora es el tiempo que transcurre desde que un usuario plantea la demanda al sistema sanitario hasta que dicha demanda es resuelta; objetivamente, es decir, desde el punto de vista de los servicios, las demoras son medibles, comprobables, y comparables, entre unos centros y otros y entre unos usuarios y otros.

La demora desde la perspectiva de los usuarios es el desfase del tiempo existente entre las perspectivas que se ha creado el usuario respecto al momento en que su demanda va a ser resuelta y el tiempo en que en realidad el servicio tarda en hacer frente a su demanda o problema, ejemplo:

“Pensaba que iba a tardar por lo menos un mes y en una semana me han avisado para operarme”

“Me parece un disparate que tarde 15 días en verme el especialista, mi problema no puede esperar tanto”

Desde un punto de vista subjetivo las demoras no pueden ser medibles, solo podrían ser estimables encuestando personalmente a cada usuario. Tampoco pueden ser comparables. Diez días por ejemplo, puede ser un tiempo de demora aceptable para un usuario e inaceptable para otro, suponiendo incluso que ambos presenten patologías muy similares.

Ambos parten de tiempos esperados diferentes. En el primer ejemplo el usuario esperaba que iban a tardar más en darle la cita (tiempo esperado de resolución alto) y se encuentra con que en realidad el tiempo real es menor y asume la demora como aceptable. En el segundo caso ocurre lo contrario, su tiempo esperado de resolución era bajo, su expectativa por tanto no se ha cumplido y asume a nivel cognitivo la demora real de quince días como inaceptable; en cualquier caso considerar este concepto desde el punto de vista subjetivo, es importante, para una buena gestión de las demoras, pues nos obliga a situarnos en la perspectiva psicológica del usuario.

3.1.1.1 Pautas para gestionar de mejor manera las Demoras

- **Informar de la Demora probable:** la información deberá proporcionarse de una manera clara y precisa, explicando por qué en cada caso; mediante dicha información estamos ajustando el tiempo esperado por el usuario con el tiempo real de demora, ejemplo:

"Menos mal que me ha dicho usted que hasta después del verano no me llaman, porque si no, nos quedamos aquí toda la familia pendientes de la intervención".

En ocasiones los usuarios reaccionarán de forma negativa. El profesional deberá estar preparado para hacer frente a estas reacciones: escuchar, empatizar y no entrar en conflicto constituyen tres reglas de oro en estos casos.

- ***Comunicar vías opcionales que alivien la demora:*** *ofrecer horarios en los que haya menor demanda, permitir elegir libremente otros médicos que estén con menos pacientes.*

- ***Informar sobre mecanismos existentes para reclamar una demora:*** *Cuando, tras haber sido informado de la demora probable y en algunos casos de las vías alternativas para disminuir la demora, el usuario decide que la misma no es asumible, atendiendo a lo que manifieste en cada caso, deberemos:*
 - *Informarle de los pasos a seguir si desea presentar una reclamación.*
 - *Indicarle cual es el responsable del servicio que gestiona su demanda por si desea comunicarle su queja de forma oral.*
 - *Informarle sobre cómo acceder al departamento de Atención al Usuario donde receptorán el reclamo por escrito*

- ***Gestionar procesos y servicios tratando de minimizar demoras:*** *se debe trabajar en la línea de agilizar al máximo los servicios, eliminando barreras administrativas y disminuyendo en lo posible tiempo de espera para acceder a la atención, esto depende también de una adecuada organización de los servicios y su personal.*

3.1.2 Desprogramaciones: *Son aquellas situaciones en las que por motivos de ajuste de agenda, de acontecimientos inevitables o de cambios en los planes establecidos, hay que anular una información dada al usuario con anterioridad. Estas situaciones alteran y*

perturban la vida del paciente y de sus familiares, (sobre todo si se tienen muchas expectativas en esa cita).

Por ello, además de poner las medidas para que no vuelvan a suceder, tenemos que preocuparnos de minimizar las consecuencias. Ser la persona que informa de una desprogramación genera ansiedad y angustia ya que, en muchas ocasiones, nos vemos expuestos a críticas de las que no somos directamente responsables. Lo mejor es que este profesional se prepare para ello, poniéndose en el lugar del usuario y planteando una alternativa o negociando un acuerdo. Esta postura facilitará la comunicación en esta situación difícil.

3.1.2.1 Pautas para manejar las Desprogramaciones

- *Pedir disculpas*
- *Aclarar la situación, explicar porque la desprogramación*
- *Ofrecer alternativas reales que convengan al usuario, nuevas programaciones*
- *Asumir la crítica*
- *Escuchar y comprender los sentimientos del usuario.*

3.1.2.2 Mensajes a utilizar en el caso de comunicar una desprogramación:

"Sentimos comunicarle que por... (Exponer los motivos)...nos vemos obligados a desprogramar la cirugía que ya tenía concertada".

"Lamentamos que se haya producido esta situación".

"Hemos estudiado su caso y le ofrecemos la/s siguiente/s posibilidad/es.... de cara a no entorpecer y dilatar en el tiempo su consulta..."

"Le agradecemos su colaboración y esperamos que esta situación no se vuelva a producir".

"Si esta alternativa no es de su agrado, infórmenos de su propuesta".

"Muchas gracias"

3.1.3 Malas Noticias

Generalmente tenemos miedo a dar una mala noticia, porque no hemos recibido ninguna formación en la materia. Asimismo, la ausencia de una formación que explique cómo hacer frente a reacciones de pena, disgusto, cólera o desesperación, hace que el personal sanitario, tenga dificultad en las entrevistas que puedan desencadenar reacciones de este tipo.

Pensemos en cualquier circunstancia que suponga la comunicación de una mala noticia a un paciente o a un familiar del mismo, no sólo la comunicación de una muerte o de un diagnóstico temido, sino cualquier otra circunstancia que pueda ser vivida por el usuario como un mal.

A continuación describimos unas pautas generales, que pueden ser utilizadas por distintos profesionales.

3.1.3.1 Técnicas para dar Malas Noticias

- *En primer lugar hay que señalar que el **contexto** donde se da la mala noticia es muy importante. Es deseable siempre dar las malas noticias cara a cara, en un lugar tranquilo, silencioso, privado, cómodo, y distendido, que ofrezca sensación de seguridad. Aunque no siempre podemos disponer de un lugar adecuado, sí que podemos elegir entre todos los posibles el mejor (que no sea en un pasillo, no delante de otras personas, no por teléfono...)*

- **La expresión de la cara y el tono de voz**, han de ser coherentes con la magnitud o gravedad del problema. Recordar la importancia de la mirada en la comunicación: transmite firmeza y seguridad en lo que se dice y, a la vez, es un mecanismo que hace ver a la otra persona nuestro interés por ella. La mirada acompaña y protege en los momentos difíciles.
- **Preparar.** Esta fase es muy importante. Ayuda a la persona a aceptar el problema. Es necesario garantizar un tiempo para que se produzca la adaptación, que puede variar en función de la magnitud del problema y de la persona. En general, todas las personas necesitan de esta fase de preparación.

"Estamos intentando resolver su problema, pero es complicado. En cuanto sepa algo más le avisaremos"

"Sentimos no poder darle buenas noticias"

"Estamos haciendo todo lo posible. La situación es difícil"

Pedir a la persona que nos acompañe a un lugar privado porque tenemos que hablar con tranquilidad, es una forma de preparar y de darle tiempo para que asuma más fácilmente la mala noticia.

- **Informar.** Utilizar un lenguaje claro y sencillo. En ocasiones, se tiende a pensar que las verdades a medias son mejores. En absoluto. Hay que asegurarse de que lo ha entendido correctamente y responder a las preguntas que nos haga el paciente o el familiar. Estimular sus preguntas.

"No sé si me he explicado bien"

"Quizás haya más cosas que quiera usted saber"

"No sé si quiere usted hacer algunas preguntas"

- **Esperar.** *Es importante tener en cuenta que en momentos de gran tensión emocional, la capacidad de comprensión de la persona está muy limitada. Incluso puede producirse un bloqueo emocional, (la persona no es capaz de responder a estímulos exteriores). En este caso, no hay que insistir en dar información, sino esperar y acompañar, hasta que la persona pregunte.*

Recordar que en muchos de estos momentos sobran las palabras y es suficiente con la compañía.

- **Escuchar.** *No dar consejos, no hablar para rellenar el silencio. Esperar y responder a las preguntas que nos hagan. En todo caso, como se ha dicho antes estimular algunas preguntas.*

- **Cuidado con los excesos de empatía:** *Por ejemplo: "Comprendo perfectamente lo que siente", porque pueden generar reacciones de:*

"¡Usted qué va a saber lo que yo estoy pasando!". Son preferibles fórmulas más "neutras", del tipo: "Me imagino que debe ser muy duro".

- **Ofrecer ayuda.** *Comunicar de posibles alternativas u opciones. Informar de los trámites a seguir y facilitar el nombre y las referencias de una persona de contacto.*

3.1.4 Reclamos y Quejas

Una queja es igual a una OPORTUNIDAD DE MEJORA. Cuando un usuario insatisfecho, se dirige a nosotros para efectuar una reclamación, está colaborando con el sistema, ya que nos permite identificar problemas y efectuar propuestas de mejora de un servicio.

Por ello debemos prestar una ATENCIÓN PERSONALIZADA.

- 1. Transmitiremos confianza y seguridad, haciéndole saber al usuario que está en buenas manos, que deseamos ayudarle y sabemos cómo hacerlo.*
- 2. Recibiremos amablemente, y mantendremos la tranquilidad.*
- 3. Escucharemos activamente para descubrir cuál es el verdadero motivo de la reclamación, evitando adoptar una postura "a la defensiva" y poniéndonos en el lugar del usuario.*
- 4. Realizaremos preguntas abiertas y cerradas para recopilar información, delimitando el problema.*
- 5. Confirmaremos y verificaremos con el usuario que hemos comprendido el motivo de su reclamación. Para ello resumiremos, situando la gravedad del asunto en su justa medida.*
- 6. Pediremos disculpas. Si hay una verdadera explicación (no una justificación), debemos ofrecerla.*
- 7. Lo más importante es buscar la forma de resolver el problema, si está en nuestra mano, o derivarlo a la persona competente.*

3.1.5 Reclamos y Quejas, qué hacer?

- Reconocer el error, (aunque no sea culpa nuestra), enfrentándolo con calma y seguridad.*
- Anticiparnos, si es posible, y contactar con el usuario; no esperar a que se dé cuenta de que ha habido un error.*

- *Adoptaremos una actitud competente; no se trata de "rasgarse las vestiduras", ni de hablar desde una posición de superioridad.*
- *Escuchar, no responder a las provocaciones; es más práctico mantener la calma e ignorar sistemáticamente los posibles ataques.*
- *Pediremos disculpas, ofreciendo una buena explicación.*
- *Tomaremos las medidas necesarias para evitar que en lo sucesivo se repita el mismo error, si fuera evitable.*
- *Si es posible haremos un esfuerzo para ofrecer al usuario una compensación justa.*
- *Daremos las gracias al usuario, por la oportunidad de mejorar el servicio que nos brinda al presentar su reclamación.*

3.1.6 El usuario molesto

En ocasiones, los usuarios llegan a molestarse y hay que realizar críticas contra el servicio o contra nuestra persona. Unas veces las críticas son ciertas, otras no. ¿Cómo actuar ante ellas? . Es en estos momentos cuando la imagen del profesional en enfermería del Servicio de Salud puede salir reforzada, o todo lo contrario; depende de la calidad de la respuesta y de las habilidades para hacerlo.

3.1.6.1 Técnicas de abordaje con los pacientes molestos

- *Escuchar activamente, dando sensación de escucha. (Es muy importante el papel de la mirada).*
- *En cuanto nos enteremos del problema, resumirlo, ratificar la comprensión ("Veamos si me he enterado bien: el problema que usted me cuenta es que...") y pasar a las posibles soluciones (no dejar que el usuario insista y le siga dando vueltas).*
- *No defenderse ni defender a la institución. No perder tiempo intentando demostrarle que nosotros no tenemos la culpa. Para el usuario lo importante es la solución o la explicación al problema que plantea.*

- *Pasar a las soluciones. A partir de aquí, pueden ser útiles dos estrategias diferentes: en primer lugar, pedir opinión "¿Y usted qué sugiere que hagamos?"; "¿Cómo piensa usted que podríamos resolver este problema?". Si el usuario propone alguna de las soluciones que teníamos previstas, tendrá un efecto más satisfactorio que si las proponemos nosotros. El riesgo está en que apunte soluciones que no podemos dar; ante esto, podemos utilizar la segunda estrategia.*

Consiste en ofrecer una posible solución o explicación al problema, utilizando una fórmula asertiva para hacerlo: "Siento que haya tenido que esperar. La verdad es que hay muchos pacientes y, a pesar de ello, a cada uno se le dedica el tiempo suficiente. Pero lo importante ahora es que usted se encuentre cómodo mientras espera y que, si necesita algo, o tiene alguna duda, pregunte al personal de información. Si todo va bien, en aproximadamente 20 minutos más será atendido. Gracias por todo."

3.1.6.2 Cuando el Usuario Molesto no tiene la razón

¿QUÉ HACER?

- *En primer lugar, y como siempre, escuchar activamente hasta enterarnos bien del problema que plantea esa persona. No anticiparnos y no presuponer lo que va a decir (esto puede hacer que nos equivoquemos y que perdamos credibilidad ante el paciente).*
- *Una vez entendido y comprobado que no tiene la razón, hay que decírselo, utilizando un estilo de comunicación asertivo, es decir, con firmeza y con respeto.*

"Entiendo que usted lo vea de esa forma, sin embargo yo, (o nosotros), no lo vemos así. (Explicar brevemente el tema)."

- *Utilizar la técnica del disco rayado empleando las explicaciones breves y repetitivas.*
- *No salirse del tema.*
- *No responder a los ataques personales o a otras críticas.*
- *Intentar cortar rápidamente, ofreciendo alguna posible solución o alternativa.*
- *Despedirse y agradecer la colaboración.*

3.1.7 El usuario difícil

Se entiende como paciente difícil aquel que en la relación enfermera-paciente, genera algún grado de distress, algo así como una incomodidad, tensión y hasta angustia. Algunas veces este estrés es por la falta de comprensión o de compromiso del paciente, inadecuada respuesta al tratamiento, o una compleja comunicación entre el paciente y la enfermera.

3.1.7.1 Causas para una relación difícil con el usuario

Se reconoce que ante una disfunción en la relación enfermera- paciente, las causas pueden ser por las características del personal (personalidad y carácter de la enfermera, falta de empatía, calidez, stress), del paciente (personalidad, experiencias previas y expectativas actuales, tipo de patología,) o por el entorno en que se realiza la relación (interrupciones en la consulta, lugar inadecuado, exceso de burocracia en la consulta, poco tiempo disponible, y hasta dificultades previas a la hospitalización, como secretaria o vigilante hostil).

Los aspectos que más afectan la relación con el paciente es la inadecuada comunicación y la psicopatología no detectada al paciente, donde predomina la somatización y la

hipocondriasis, que en personal sanitario no sensibilizado, ni entrenado, puede ver a estos pacientes como necios, incómodos, abusadores del sistema.

Estos pacientes si no se detectan a tiempo, pueden afectar la calidez de la relación enfermera paciente y además generar tratamientos costosos innecesarios o exponer al paciente a procedimientos médicos (endoscopias, rayos x, ultrasonografías, cirugías), que pueden en algunos casos exponer al paciente a riesgos innecesarios.

3.1.7.2 Características del usuario y familiares difíciles

El paciente difícil suele tener muchas quejas vagas somáticas, suelen ser muy demandantes y críticos. Sus expectativas son altas, pueden cuestionar al médico y su práctica, faltan a la adherencia al tratamiento y pueden ser excesivos en el autocuidado, o al contrario, negligentes. El médico trata de darle seguimiento a sus problemas ambiguos, pero suele cambiar las características de los mismos en cada consulta. Es repetitivo en los síntomas y tiende a acentuarlos de forma variable, en relación a su momento de la vida. Sus síntomas suelen verse muy afectados por la entonía emocional. Frustración, Enojo, Tristeza, problemas familiares exacerban los síntomas. Los síntomas frecuentes son gastritis, colitis, intestino irritable, migraña, mialgias, dolor.

El personal de salud, especialmente el médico, después de varias consultas y poco avance suele sentirse frustrado, agotado, ansioso, y cree que pierde el tiempo con el paciente. Puede llegar a sentirse molesto y “regañar al paciente”. Estas situaciones abruma emocionalmente al médico y desea no tener la atención al paciente.

Socialmente suelen ser muy críticos, poco auto reflexivos, con poca capacidad para reconocer sus errores. Pueden ser agresivos, e incluye mostrar autoagresión. Sus relaciones son intensas con algunas personas, y suelen ser demandantes con ellos. La conducta es impulsiva y tienden a amenazar. Características como las anteriores hacen que tengan problemas con su familiar, en el trabajo y amistades, suelen pasar de una crisis a otra y evidencian síntomas ansiosos y depresivos. Suelen durante sus crisis exacerbar los síntomas médicos y luego abandonar el seguimiento.

3.1.8 Manejo de una relación difícil con el usuario

1. Reconociendo las emociones. *Lo primero para manejar al paciente difícil, es tener conciencia que se tiene al frente este tipo de paciente. Esto parece sencillo decirlo, pero es fácil olvidarlo. En la evolución de la hospitalización el paciente difícil envuelve al personal de salud en su conflictiva, y si no se está atento, se estará pronto angustiado, molesto, avergonzado, frustrado, resentido o incómodo con el paciente.*

Estas emociones influyen en la objetividad, actitud y capacidad de otorgar los cuidados adecuadamente.

No se trata de evadir dichas emociones, sino de reconocerlas, ser consciente de su presencia, a fin de aceptarlas, modificarlas y no perder la objetividad en la relación con el paciente.

2. Cambiando la actitud hacia el paciente. *Reconociendo las emociones que el paciente le genera, y tomando control sobre ellas, la enfermera debe de mostrar una actitud positiva, empática y respetuosa, sin que se pierda la firmeza y claridad en la comunicación con el paciente. Si la enfermera no logra controlar la contratransferencia emocional hacia el paciente es preferible que lo refiera a otra enfermera.*

3. Tome usted el control: Los pacientes difíciles son quejumbrosos, repetitivos, divagan y cargan se cargan de síntomas. Con una actitud respetuosa, pero clara, debe restringir al paciente con el tiempo de los cuidados de manera que sabe que tiene un tiempo limitado. Oriente al paciente cuando suele perder la hilaridad de ideas. Permita que el paciente hable al inicio libremente (evitando que repita), anote los síntomas principales, y cuando sienta que el paciente empieza a divagar o repetir, inicie una investigación por síntomas, evitando que el paciente se pase a otros temas.

Si el paciente es aún difícil de controlar, es conveniente hacer un alto y explicarle las ventajas y desventajas de su comportamiento, y el deseo de ayudarlo en forma ordenada. De persistir comportamientos inadecuados, le limita en el tiempo y le devuelve la responsabilidad al paciente sobre su proceder.

Finalmente es importante enfatizar que la enfermera debe de autocuidarse, y hay pacientes que son muy demandantes, que generan mucho distress, por lo que tomar conciencia de estos tipos de pacientes y realizar un abordaje adecuado favorece a la tranquilidad de la enfermera; no deje de pedir apoyo cuando lo necesite, e incluso libere su tensión con otros colegas que le apoyen u reorienten con la atención del paciente difícil.

Tenga en cuenta, que si son muchos los pacientes que son “difíciles”, y muchos de ellos no tienen problemas con otras enfermeras, es importante hacer una autoexploración, y valorar si nuestro estilo en la relación enfermera- paciente no es la causa de tener tantos conflictos. Algunas enfermeras son muy autoritarias, otras ven al paciente como personas que deben hacerle caso, sin hacerlos participes de su terapéutica, otras son poco cálidas, o

solo están enfocadas en los aspectos biológicos de la enfermedad, sin sensibilidad sobre el efecto psicológico y social que muchas veces ocasiona la enfermedad.

Si usted es una enfermera que tiene muchos problemas con los pacientes, y además con el personal de apoyo y otros colegas, es probable que usted sea el problema, y es necesario que busque ayuda para que viva con más tranquilidad su vida y resulte más efectivo en su intervención integral.

3.1.7 Usuarios y familiares agresivos

Una persona en una situación de agresividad necesita ser tratada de forma asertiva, para que su enfado empiece a disminuir y se pueda mantener con ella una conversación normal.

En estas circunstancias es necesario demostrar seguridad y firmeza, pero nunca intentar ponerse a la altura de la persona agresiva. La agresividad genera más agresividad. La calidad en la atención al público exige que, en ninguna circunstancia, debemos intentar frenar la agresividad con una actitud violenta o retadora. Primero, porque se ofrece una imagen de mal servicio y de poca profesionalidad y segundo, porque no sirve de mucho; es más, en muchos casos se produce más violencia.

Las pautas de actuación que se proponen seguir en estos casos hacen que la agresividad disminuya rápidamente. Para ello es necesario seguir paso a paso lo siguiente:

3.1.7.1 Como manejar usuarios agresivos

- *Mostrar a la persona que entendemos su enfado.*
- *Escuchar activamente: mantener la mirada, asentir, resumir y repetir su queja o problema.*
- *Esperar a que disminuya la irritación. No hablar hasta que la persona empiece a tranquilizarse. Seguir preguntando, conseguir que siga hablando. De esta forma, la temperatura del enfado empezará a bajar rápidamente.*

- *Hasta que no tengamos suficiente información, no creer que sabemos cuál es el problema y la solución.*
- *En cuanto disminuya algo la irritación, invitar a la persona a seguir hablando en una zona privada.*
- *Cuando empiece a calmarse, si es posible, pedirle que se siente y sentarse con ella.*
- *Mantener un tono de voz calmada, e incluso, ante los gritos o tonos elevados, bajar la voz.*
- *Utilizar la técnica asertiva del "banco de niebla" (mostrarse de acuerdo parcialmente con los argumentos del otro).*
- *Mantener una posición corporal firme, sin que resulte amenazadora o prepotente, ni tampoco insegura o sumisa.*
- *Insistimos en que mantener la mirada es una señal muy potente de seguridad y de firmeza.*
- *Una vez que la persona se ha calmado y se han ofrecido posibles alternativas o soluciones, antes de despedirse, expresar nuestros sentimientos en relación con lo sucedido. Pedirle que en otra ocasión no se manifieste de esa forma ya que no es necesario comportarse así para ser atendido con interés y respeto.*

4. CONCLUSIONES:

- *Es importante identificar los tipos de usuarios y proporcionar una atención personalizada*
- *Todos podemos aprender habilidades comunicativas y desarrollar la empatía*
- *No olvidar que junto al usuarios siempre está la familia y también debe ser participe en todos los aspectos durante su estancia hospitalaria*
- *No hay paciente difícil sino relación difícil.*
- *El componente subjetivo es determinante es decir las emociones y los sentimientos*
- *Es importante detenerse a evaluar los factores que estén causando una relación difícil con el usuario.*
- *Mantener la actitud positiva siempre al igual que el trato amable y el respeto a sus derechos, pero también informar sobre sus deberes.*
- *Aceptar la situación real y actual.*
- *Es imprescindible mejorar en las actividades comunicativas.*
- *Por más bueno que sea un servicio siempre se puede mejorar*

“Muchas veces no es posible cambiar al paciente difícil o problemático, ni su enfermedad o sus circunstancias, pero sí podemos mejorar nuestro modo de enfrentarlo”

5. GLOSARIO DE TERMINOS

Accesibilidad: *Facilidad de entrar en contacto con el servicio o los profesionales, facilidad de acceso físico y telefónico. Es un componente de la calidad de los servicios sanitarios.*

Actitud: *disposición de una persona hacia algo o alguien. Es parecido al estilo y ambos pueden ser modificados.*

Atención personalizada: *Consiste en un modo de atención en el que cada persona es atendida de manera singular e individualizada, en función de sus características propias y sus problemas personales.*

Asertividad: *Estilo de comunicación que emplean aquellas personas capaces de exponer sus puntos de vistas de forma flexible, abierta, siendo amable y considerado con las opiniones de los demás, mostrando empatía y capacidad negociadora.*

Calidad: *propiedad atribuida a un servicio, actividad o producto que permite apreciarlo como igual, mejor o peor que otros. Es el grado en que un servicio cumple los objetivos para los que ha sido creado. La satisfacción de los usuarios es un componente importante de la calidad de los servicios.*

Calidad percibida: *Básicamente consiste en la imagen o el concepto de la calidad de un servicio que tienen sus usuarios.*

Capacidad de respuesta: *Hacer las cosas a su tiempo. Agilidad de trámites. Es un componente de la calidad de los servicios sanitarios.*

Competencia: Capacidad y aptitud para realizar una tarea o desempeñar unas funciones de manera correcta y adecuada. Es un componente de la calidad de los servicios sanitarios.

Confidencialidad: Es una característica de la relación profesional usuario que asegura la intimidad y el secreto de la información que se genera en el proceso asistencial.

Empatía: Es la capacidad de ponernos en el lugar de la otra persona y transmitírselo, para que sepa que comprendemos su situación. Es uno de los rasgos de los profesionales de las instituciones sanitarias más valorados por los usuarios.

Expectativas: Se refiere a aquello que los usuarios esperan encontrar cuando acuden a alguno de los centros. Las expectativas se conforman a través de las experiencias previas o del conocimiento de las experiencias de otras personas; también se forman por lo que dicen los medios de comunicación, así como por los mensajes que transmiten los profesionales sanitarios o los servicios de salud

Fiabilidad: Hacer las cosas bien a la primera. No cometer errores.

Garantía: Acción y efecto de asegurar lo estipulado.

Mejora: Acciones encaminadas a incrementar la calidad de los servicios y, por tanto, a incrementar la satisfacción de los profesionales y de los usuarios.

Orientación al usuario/ paciente/ cliente: Se refiere a la forma en que están organizados los servicios. Los servicios deben adaptarse a las necesidades e intereses de sus usuarios.

Percepción: Son las conclusiones que obtienen los usuarios sobre la forma en que se le prestan los servicios. Manera de sentir el servicio prestado.

Profesional: Son todos y cada uno de los empleados públicos que desarrollan su trabajo médicos, enfermeras, auxiliares, técnicos, personal sanitario y no sanitario.

Satisfacción: Estado en el que se encuentran los usuarios cuando al prestarles un servicio determinado quedan cubiertas sus expectativas, o incluso se les da algo más de lo que ellos esperaban encontrar.

Usuario/ paciente/ cliente: Persona que utiliza, demanda y elige los servicios sanitarios. En torno a él se organizan todos los servicios que se prestan. Debe ser el eje y centro alrededor del cual se organizan las actividades del sistema sanitario.

6. Bibliografía:

- *Agreda J., Yanguas E., El paciente difícil: quién es y cómo manejarlo, suplemento 2 de anales de CFN Navarra. <http://www.cfnavarra.es>; 2010.*
- *CESFAM, Buen servicio y Calidad de Atención Centros de Salud Primaria; Ministerio de Salud; Chile*
- *Fernández G, UDELAR; Paciente Pediátrico Hospitalizado; Facultad de Medicina; Departamento de Psicología Médica, Área Materno Infantil; 2010*
- *Revista CONAMED; Recomendaciones para mejorar la atención de Enfermería; Vol8, No 3, septiembre 2003.*
- *SESCAM, Manual para la información y atención al usuario; Castilla – La Mancha; 2011*
- *Secretaría de Planificación de la Salud; Unidad de Atención al Usuario Guía para su conformación Programa de Mejora de la Atención a la Comunidad; Buenos Aires; Argentina; 20106*

ANEXO No 4
GUIAS INFORMATIVAS Y EDUCACIONALES PARA EL USUARIO Y SU
FAMILIA

DERECHOS DEL NIÑO/A HOSPITALIZADO Y SU FAMILIA

1
Uno

Tener información oportuna y comprensible del estado de salud del niño/a.

2
Dos

Recibir un trato digno respetando su privacidad

3
Tres

No ser discriminado por sexo, edad, raza, religión o condición económica

4
Cuatro

Que su información médica no se entregue a personas no relacionadas con su atención

5
Cinco

Aceptar o rechazar cualquier tratamiento y pedir el alta voluntaria

6
Seis

Recibir visitas, compañía y asistencia espiritual

7
Siete

El niño/a tiene derecho a recibir y realizar actividades educativas y de juego

Si usted considera que algún derecho no ha sido respetado, puede presentar su reclamo ante las autoridades médicas o de enfermería de éste servicio, o acudir a la oficina de Atención al Usuario ubicada en la planta baja donde atenderán su reclamo y llenará un formulario.

DEBERES U OBLIGACIONES DEL PACIENTE Y SU FAMILIA

A

Decir la verdad, proporcionar datos precisos y completos

B

Apegarse a las normas del servicio de Pediatría, ya descritas.

C

Informar sobre cualquier cambio en la condición del niño/a durante su estancia

D

Expresar si tiene dudas o inquietudes

E

Cumplir el plan de tratamiento previamente acordado

F

Asumir la responsabilidad de negarse a los tratamientos

G

Tratar con respeto y cortesía a todo el personal de salud y a los demás usuarios

HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO



GUIA INFORMATIVA Y EDUCACIONAL PARA EL USUARIO Y SU FAMILIA BIENVENIDOS AL SERVICIO DE PEDIATRIA



Estimadas Madres, Padres y familiares del niño/a hospitalizado, el servicio de Pediatría pone a su disposición, la siguiente guía de usuario, donde usted encontrará valiosa información, que le será de utilidad durante su estancia.

Para nosotros es un placer proporcionarle los mejores cuidados con la finalidad de ayudar a la pronta recuperación de su niño/a

NORMAS DEL SERVICIO DE PEDIATRIA

Al ingreso se le pedirá que entregue algunos datos de identificación del niño, se tomará el peso y la talla y le asignarán una cama.

En todo momento el niño deberá permanecer acompañado por la madre, padre o algún familiar. En la habitación usted cuenta con un baño, un closet, un velador, y una mesa para la alimentación, no dejar objetos de valor en la habitación y dar buen uso a las instalaciones.

Está permitido que el niño tenga juguetes, libros, pinturas, cuadernos etc., pero éstos deberán estar en orden y no en demasiada cantidad, vigilar al niño mientras colorea para que no pinte paredes o muebles del hospital.

No está permitido recostarse sobre las camas de los pacientes, sólo en el caso de niños muy pequeños, bebés y lactantes, la madre se recostará con él en la noche.

Para ingresar o salir del hospital o intercambiarse con otro familiar usted deberá portar la tarjeta verde otorgada por el médico que trata a su niño/a. No está permitido ingresar alimentos provenientes de fuera del hospital, el niño solo comerá la alimentación suministrada por el hospital, las madres, padres o familiares a cargo de los niños/as menores de 6 meses de edad recibirán alimentación en el hospital, los padres de los niños mayores de 6 meses deberán suplir su alimentación fuera del hospital y por su cuenta.

DISPOSICION DE LOS DESECHOS

Usted encontrará 3 tipos de recipientes:

TACHO ROJO



Depositar los pañales usados, papel higiénico o gasas manchadas de sangre, pus, flema, orina, heces o vómito, toallas sanitarias es decir desechos infecciosos

TACHO NEGRO



Depositar papel, cartón, envoltura de alimentos, residuos de comida, plásticos, es decir desechos no contaminados.

CORTOPUNZANTE



Este recipiente es de uso exclusivo del personal de salud, se depositan agujas, bisturis, hojas de afeitar, por favor no depositar nada en este recipiente y tampoco manipularlo.

HORARIOS DE VISITAS

El horario de visitas es de lunes a viernes de 16:00 a 19:00 y los fines de semana y feriados de 12:00 a 19:00.

Se comunica que pueden ingresar a la visita hasta dos personas por paciente, si acuden más personas se deben turnar.

CUIDADOS DEL NIÑO ENFERMO



El niño enfermo necesita mucho amor, ternura, cariño, paciencia y compañía.



Mantener el aseo y la higiene diaria, cam ropa, cambio de pañal, baño diario, etc.



A pesar de la enfermedad el niño debe alimentarse de acuerdo a su edad y ésta deberá ser por el médico.



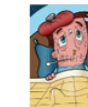
El niño/a recibirá medicación ya sea tableta vía oral o líquidos por la vena, si es por la vena debe cuidar el catéter instalado en el brazo para evitar punciones a repeticiones innecesarias.



Medidas de seguridad, verificar que cuando el niño permanezca en cama las barandas levantadas para evitar caídas.



Proporcionar actividades educativas y de recreación, esto contribuye a su recuperación de igual manera es importante el reposo.



Vigilar constantemente al niño y comunicarlo a la enfermera si hay fiebre, convulsiones, decaimiento, vómitos, etc.

EL AUTOEXAMEN DE LAS MAMAS

PASO 1



Frente al espejo con las manos en la cadera y luego levantados OBSERVE cualquier cambio en la piel, forma y tamaño de sus senos

PASO2



Examine con sus dedos cada axila en búsqueda de una posible masa

PASO3



Palpa el seno haciendo pequeños círculos en dirección de las manecillas del reloj para detectar alguna masa

PASO4



Apriete suavemente el pezón en búsqueda de alguna secreción o masa

PASO 5



Recostada repita el Paso 3 y el Paso

CUIDADOS DESPUES DE UNA HISTERECTOMIA

Qué es una Histerectomía?

Es una cirugía en la cual le extraen el útero

Cómo cuidarse en casa?

- *Tomará al menos de 4 a 6 semanas recuperarse totalmente*
- *No alce nada que pese demasiado. Si tiene niños, no los alce.*
- *Las caminatas cortas, al igual que las tareas domésticas ligeras, no son problema.*
- *Lentamente aumente la cantidad de lo que haga.*
- *Pregúntele al médico cuándo habrá sanado lo suficiente para reanudar la actividad sexual normal. Por lo regular, esto tarda al menos 6 semanas. Con algunos tipos de histerectomía, puede tomar más tiempo.*
- *No se ponga nada dentro de la vagina durante 6 semanas después de la cirugía, lo cual incluye duchas vaginales y tampones.*
- *Para manejar el dolor el médico le recetará analgésicos para usar en la casa.*
- *Mantenga el área de la herida limpia lavándola con jabón suave y agua.*

Cómo alimentarse?

Comidas más pequeñas de lo normal y tome refrigerios saludables entre ellas. Coma bastantes frutas y verduras y beba 8 tazas de agua al día para evitar el estreñimiento

Cuándo acudir inmediatamente al médico?

En caso de fiebre, sangrado vaginal, dolor excesivo, secreción verdosa en la herida, dolor y ardor al orinar, dificultad para respirar,



HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO

GUIA INFORMATIVA Y EDUCACIONAL

PARA LA USUARIA Y SU FAMILIA

SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA



Estimadas usuarias y familiares: el servicio de gineco-obstetricia les da la más cordial bienvenida y pone a su disposición la siguiente guía de usuario donde encontrara valiosa información que le servirá durante su estancia en el hospital

Para nosotros es un placer atenderle brindándole los mejores cuidados para su pronta reocupación; este servicio está ubicado en el segundo piso y cuenta con dos áreas una para usuarias de ginecología y la otra para las usuarias de obstetricia en la cual se encuentran las madres con sus recién nacidos.

A continuación usted encontrará información respecto a las normas del servicio que se deberán seguir durante su estancia, estamos seguros que de contaremos con su colaboración....muchas gracias.

NORMAS GENERALES DEL SERVICIO

Si usted tiene una cirugía ginecológica programada, al ingreso se le asignará una cama, se tomarán sus signos vitales, peso, talla, se le pedirá algunos datos personales y se le preparará para la cirugía, luego se le informará sobre la hora exacta en que se le trasladará al quirófano

No es necesario que se quede algún acompañante, excepto algunos casos en los que el médico lo autorice; el personal de enfermería estará atento de sus necesidades.

La habitación puede ser individual o compartida según se le haya asignado, ésta cuenta con un baño, un closet, un velador, un teléfono para recibir llamadas, una mesa para alimentación y un TV, se solicita no dejar objetos de valor en la habitación y dar buen uso a las instalaciones.

El ingreso de usuarias que han dado a luz principalmente provienen del servicio de centro obstétrico donde fue atendido el parto; a su ingreso a éste servicio de igual manera se le asignará una cama y se tomarán los signos vitales, si todo ha resultado sin ninguna complicación en pocos minutos se traerá al recién nacido para que permanezca con su madre, algunas madres ya ingresan junto con el recién nacido y en otras circunstancias especiales el niño permanecerá en el servicio de neonatología para su observación antes de estar junto a la madre

Se informa a los familiares que no deben recostarse sobre las camas de las pacientes, y al momento de

ingresar a las visitas deberán lavarse las manos con agua y jabón en el lavamanos que se encuentra en la entrada de cada habitación

6. No está permitido ingresar alimentos provenientes de fuera del hospital, la paciente sólo comerá la alimentación suministrada por el hospital, sólo se permitirá el ingreso de botellas de agua o líquidos, de igual forma no está permitido el ingreso de arreglos florales

DISPOSICION DE LOS DESECHOS

Usted encontrará 3 tipos de recipientes:

TACHO ROJO



Depositar los pañales usados, papel higiénico o gasas manchadas de sangre, pus, flema, orina, heces o vómito, toallas sanitarias, es decir desechos infecciosos

TACHO NEGRO



Depositar papel, cartón, envoltura de alimentos, residuos de comida, plásticos, es decir desechos no contaminados.

CORTOPUNZANTE



Este recipiente es de uso exclusivo del personal de salud, se depositan agujas, bisturís, hojas de afeitar, por favor no depositar nada en este recipiente y tampoco manipularlo

VISITAS

- Entrarán máximo dos personas por paciente si acuden más deberán esperar en las salas de espera y turnarse para ingresar.

- Traer a la paciente sus implementos de aseo personal de igual manera, pañales y ropa para el recién nacido.

HORARIOS DE VISITAS

LUNES A VIERNES EN LA MAÑANA 11:00 A 12:00
LUNES A VIERNES EN LA TARDE DE 16:00 A 19:00
FIN DE SEMANA Y FERIADOS 14:00 A 19:00

DERECHOS DEL PACIENTE

- Recibir información oportuna y comprensible sobre su estado de salud.
- Recibir un trato digno respetando su privacidad.
- No ser discriminado por sexo, edad, raza, religión, condición económica, etc.
- Que su información no se entregue a personas no relacionadas con su atención
- Rechazar o aceptar cualquier tratamiento y pedir el alta voluntaria
- Recibir visitas y asistencia espiritual

DEBERES U OBLIGACIONES DEL PACIENTE Y SU FAMILIA

- Decir la verdad proporcionar datos veraces
- Apegarse a las normas del servicio ya descritas.
- Informar sobre cualquier cambio en la condición de salud
- Expresar si tiene dudas o inquietudes.
- Cumplir el plan de tratamiento
- Asumir la responsabilidad de negarse a los tratamientos
- Tratar con respeto y cortesía a todo el personal de salud y a las demás usuarias y familiares

BENEFICIOS DE LA LACTANCIA MATERNA

PARA EL NIÑO

- Es el alimento más natural y completo para el recién nacido
- Contiene proteínas, minerales, vitaminas, agua, carbohidratos, y grasas esenciales para que el bebe gane peso.
- Le provee defensas y le protege de muchas enfermedades e infecciones, gastrointestinales y respiratorias.
- Crea el vínculo madre- hijo, mediante el contacto y comunicación directa proporcionándole seguridad y estimulación.
- Le proporciona energía para un adecuado crecimiento y desarrollo.

PARA LA MADRE

- Ayuda a reducir el sangrado postparto.
- Protección contra la depresión postparto
- Disminuye el riesgo de padecer algunos tipos de cáncer
- Más tiempo sin su menstruación y efecto anticonceptivo
- La leche materna es gratis mientras que las fórmulas son muy costosas



EL TAMIZAJE NEONATAL

ES una muestra de sangre que se obtiene del talón del bebé al cuarto día de nacido. Permite detectar cuatro enfermedades que pueden ser tratadas oportunamente y evitar discapacidades de tipo intelectual, preservando el intelecto

Las cuatro enfermedades que se pueden detectar son: Hipotiroidismo congénito, Fenilcetonuria, Galactosemia, Hiperplasia suprarrenal congénita.



Usted deberá llevar al bebé al centro de salud más cercano a su domicilio para que le realicen éste examen, o cualquier unidad de salud del Ministerio de Salud Pública



HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO

SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA

GUIA INFORMATIVA Y EDUCACIONAL

PARA LA USUARIA Y SU FAMILIA



Estimadas usuarias y familiares, el servicio de Gineco-Obstetricia les da la más cordial bienvenida y pone a su disposición la presente guía informativa donde encontrarán valiosa información que le servirá durante su estancia en éste hospital.

Para nosotros es un placer brindarle los mejores cuidados con calidad y calidez contribuyendo así con su pronta recuperación, creemos que es importante proporcionar ésta información para obtener de usted y su familia la máxima colaboración, seguros de contar

con ellos, le invitamos a leer con atención la presente guía...Muchas Gracias

NORMAS GENERALES DEL SERVICIO

Si usted tiene una cirugía ginecológica programada, al ingreso se le asignará una cama, se tomarán sus signos vitales, peso, talla, se le pedirá algunos datos personales y se le preparará para la cirugía, luego se le informará sobre la hora exacta en que se le trasladará al quirófano. No es necesario que se quede algún acompañante, excepto algunos casos en los que el médico lo autorice; el personal de enfermería estará atento de sus necesidades.

La habitación puede ser individual o compartida según se le haya asignado, ésta cuenta con un baño, un closet, un velador, un teléfono para recibir llamadas, una mesa para alimentación y un TV, se solicita no dejar objetos de valor en la habitación y dar buen uso a las instalaciones. El ingreso de usuarias que han dado a luz principalmente provienen del servicio de centro obstétrico donde fue atendido el parto; a su ingreso a éste servicio de igual manera se le asignará una cama y se tomarán los signos vitales, si todo ha resultado sin ninguna complicación en pocos minutos se traerá al recién nacido para que permanezca con su madre, algunas madres ya ingresan junto con el recién nacido y en otras circunstancias especiales el niño permanecerá en el servicio de neonatología para su observación antes de estar junto a la madre.

Se informa a los familiares que no deben recostarse sobre las camas de las pacientes, y al momento de ingresar a las visitas deberán lavarse las manos con agua y jabón en el lavamanos que se encuentra en la entrada de cada habitación.

No está permitido ingresar alimentos provenientes de fuera del hospital, la paciente sólo comerá la alimentación suministrada por el hospital, sólo se

permitirá el ingreso de botellas de agua o líquidos, de igual forma no está permitido el ingreso de arreglos florales.

DISPOSICION DE LOS DESECHOS

Usted encontrará 3 tipos de recipientes:

TACHO ROJO



infecciosos

Depositar los pañales usados, papel higiénico o gasas manchadas de sangre, pus, flema, orina, heces o vómito, toallas sanitarias, es decir desechos

TACHO NEGRO



Depositar papel, cartón, envoltura de alimentos, residuos de comida, plásticos, es decir desechos no contaminados.

CORTOPUNZANTE



Este recipiente es de uso exclusivo del personal de salud, se depositan agujas, bisturís, hojas de afeitar, por favor no depositar nada en este recipiente y tampoco manipularlo.

VISITAS

- En el momento de las visitas se solicita que entren máximo dos personas por paciente si acuden más deberán esperar en las salas de espera y turnarse para ingresar.
- Traer a la paciente sus implementos de aseo personal de igual manera, pañales y ropa para el recién nacido.

HORARIOS DE VISITAS

LUNES A VIERNES EN LA MAÑANA 11:00 A 12:00
LUNES A VIERNES EN LA TARDE DE 16:00 A 19:00
FIN DE SEMANA Y FERIADOS 14:00 A 19:00

DERECHOS DEL PACIENTE

- Recibir información oportuna y comprensible sobre su estado de salud.
- Recibir un trato digno respetando su privacidad.
- No ser discriminado por sexo, edad, raza, religión, condición económica, etc.
- Que su información no se entregue a personas no relacionadas con su atención.
- Rechazar o aceptar cualquier tratamiento y pedir el alta voluntaria.
- Recibir visitas y asistencia espiritual.

DEBERES U OBLIGACIONES DEL PACIENTE Y SU FAMILIA

- Decir la verdad proporcionar datos precisos y completos.
- Apegarse a las normas del servicio ya descritas.
- Informar sobre cualquier cambio en la condición de salud.
- Expresar si tiene dudas o inquietudes.
- Cumplir el plan de tratamiento previamente acordado.
- Asumir la responsabilidad de negarse a los tratamientos.
- Tratar con respeto y cortesía a todo el personal de salud y a las demás usuarias y familiares.

ANEXO No 5

**MANUAL DE ESTANDARES E INDICADORES PARA EL SERVICIO DE GINECO-
OBSTETRICIA Y PEDIATRIA**

Manual de Estándares e Indicadores Servicio de Gineco-Obstetricia y Pediatría

HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO IESS

LCDA. YAOSKA MUÑOZ
2013

Presentación

La implementación de acciones dirigidas a mejorar la calidad asistencial debe ser considerada por las enfermeras /os como un proceso de vital importancia en su desempeño; la elaboración de instrumentos que posibiliten evaluar de manera sistemática los niveles de calidad de los cuidados prestados permite conocer el impacto que tienen los cuidados. La enfermera/o precisa analizar los resultados de la asistencia prestada para (re)definir estrategias de gestión.

Para que el personal de enfermería pueda elaborar instrumentos que evalúen estos resultados, necesitan estar basados en conocimientos que traduzcan la realidad de la asistencia en estándares e indicadores; en este sentido, cabe resaltar la importancia de trabajar con la evaluación de resultados del cuidado al paciente, verificando la calidad de la asistencia de manera precisa, consistente y amplia, posibilitando el análisis sobre los diferentes contextos de su práctica profesional.

Una manera efectiva de evaluación del desempeño y evaluación de la gestión de servicios de salud es la utilización de indicadores que demuestren su evolución a lo largo del tiempo, permitiendo la comparación con referencias.

Es preciso que las enfermeras definan un conjunto de datos mínimos indispensables para la descripción y monitorización de su práctica, reconociendo estas herramientas útiles para evaluación y mejora de la asistencia en salud.

El indicador de calidad de enfermería debe ser mensurable, claro, objetivo y útil, favoreciendo la generación de mejoras. La elaboración de esos indicadores por los servicios de enfermería requiere la búsqueda de ejes conductores que apunten a la necesidad de considerar las políticas asistenciales, educacionales y de gestión en salud; la misión y la estructura organizacional; los programas y las propuestas de trabajo de las instituciones; los recursos humanos, materiales, financieros y físicos disponibles y las expectativas de la clientela atendida

Introducción

La calidad de atención constituye uno de los pilares fundamentales de la prestación de servicios de salud, la misma que ha ido incorporándose a través del tiempo en la mayoría de los Sistemas de Salud de América Latina, en nuestro país el Ministerio de Salud Pública como rector del Sistema Nacional de Salud creó el proyecto de Fortalecimiento de la Red de Servicios de Salud y Mejoramiento de la Calidad como parte del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), también cuenta con el subproceso del Aseguramiento de la Calidad, esto ha dado lugar a que la calidad se convierta en un principio básico para el adecuado funcionamiento de las unidades de salud a todo nivel.

La Seguridad Social como parte del Sistema Nacional de Salud comparte éste principio de la calidad, entre sus lineamientos estratégicos también se encuentra la Garantía de la Calidad y está orientada a otorgar seguridad a los usuarios, satisfaciendo sus expectativas por la atención de salud y minimizando los riesgos en la prestación de servicios, todo lo anteriormente expuesto conlleva a la necesidad de implementar estándares e indicadores que garanticen la atención de enfermería para lograr mejoras progresivas.

En éste sentido se plantea al servicio de Gineco –Obstetricia y Pediatría la utilización de estándares de calidad y un conjunto de indicadores para la medición de los niveles de calidad asistencial alcanzados, que permitan valorar el cumplimiento de las metas; el presente Manual constituye el primer acercamiento a los estándares e indicadores; los mismo que fueron diseñados en base a la realidad del servicio, se proponen 15 indicadores y se realizará la primera prueba de utilización de los mismos con los 5 indicadores más representativos, se exponen los resultados y las acciones de mejora.

Con éste primer acercamiento se busca establecer una base de donde se generen más proyectos y estudios en tema de calidad asistencial; y los indicadores se vayan ajustando a la realidad a través del tiempo; por último éste Manual constituye una herramienta más para el mejoramiento de la calidad asistencial de enfermería, dentro del Plan de Mejoramiento de la Calidad de Atención de Enfermería propuesto en ésta tesis

Objetivo General del Manual:

- *Proponer un conjunto de estándares e indicadores básicos de la atención de enfermería para su aplicación y monitorización e impulsar la mejora continua de la calidad en el servicio de Gineco-Obstetricia y Pediatría*

Objetivos Específicos:

- *Definir la calidad de atención de enfermería*
- *Conocer que son los estándares e indicadores, tipos y cómo se aplican para evaluar la atención de Enfermería*
- *Elaborar los estándares e indicadores básicos de estructura, proceso y resultados del servicio de Gineco –obstetricia y Pediatría*
- *Proponer su implementación por medio del presente manual para evaluar periódicamente la calidad de atención*
- *Realizar una prueba con la aplicación de 5 indicadores para su evaluación y propuesta de mejoras*

INDICE

<i>Presentación.....</i>	<i>1</i>
<i>Introducción.....</i>	<i>2</i>
<i>Objetivos del Manual.....</i>	<i>3</i>

Unidad 1

DEFINICIONES Y CONCEPTOS GENERALES SOBRE LA CALIDAD DE ATENCION DE ENFERMERIA

<i>1. La Calidad en los Servicios de Salud.....</i>	<i>6</i>
<i>1.1 La Mejora de la Calidad.....</i>	<i>6</i>
<i>1.2 Ciclo de la Evaluación y Mejora de la calidad.....</i>	<i>7</i>
<i>1.3 Componentes de la Calidad asistencial.....</i>	<i>7</i>
<i>1.4 Calidad de los Servicios de Enfermería.....</i>	<i>8</i>
<i>1.4.1 Importancia de la Calidad en los cuidados de enfermería.....</i>	<i>8</i>
<i>1.5 Qué es un estándar?.....</i>	<i>8</i>
<i>1.5.1 Para qué sirven los estándares?.....</i>	<i>8</i>
<i>1.5.2 Tipos de estándares.....</i>	<i>9</i>
<i>1.6 Qué es un indicador?.....</i>	<i>10</i>
<i>1.6.1 Para qué sirven los indicadores?.....</i>	<i>10</i>
<i>1.6.2 Características de los Indicadores.....</i>	<i>10</i>
<i>1.7 Objetivos de los Estándares e Indicadores.....</i>	<i>10</i>

Unidad 2

LOS ESTANDARES E INDICADORES DISEÑADOS PARA EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA Y PEDIATRIA

<i>2. Lineamientos utilizados para la elaboración de Estándares e Indicadores.....</i>	<i>11</i>
<i>2.1 Definición y priorización de problemas encontrados en la asistencia.....</i>	<i>11</i>

2.2 Breve descripción de las causas de los problemas encontrados.....	12
2.3 Establecimiento de Estándares e Indicadores.....	13
2.4 Estructura y Desarrollo de Estándares e Indicadores.....	14

Unidad 3

PRUEBA PILOTO DE LA MEDICION Y EVALUACION DE 5 ESTANDARES E INDICADORES BASICOS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA Y PEDIATRIA

3.1 Selección de los estándares e indicadores para la prueba piloto.....	31
3.2 Conformación del Equipo de Trabajo	32
3.3 Ámbito y fuente de información.....	32
3.4 Instrumentos de Recolección de información.....	32
3.5 Cuadro de Mando.....	33
3.6 Análisis de los Resultados de la Medición de los estándares e indicadores.....	34
3.7 Propuestas de Mejoramiento.....	35
4. Conclusiones.....	36
5. Glosario de Términos.....	37
6. Bibliografía.....	38

Unidad 1

DEFINICIONES Y CONCEPTOS GENERALES SOBRE LA CALIDAD DE ATENCION DE ENFERMERIA

1. La Calidad en los Servicios de Salud

Existen varias definiciones para la calidad en los servicios de salud, en los últimos años se ha ido incorporando éste concepto a al ámbito de la salud, una de las definiciones más acertadas es:

Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo y efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso. (OMS, 2010, p.452)

La Calidad en salud es la disposición, engranaje y utilización adecuada de actividades planificadas, recursos económicos, materiales y humanos, procesos, documentaciones y en general todos los elementos necesarios para que las tareas se desarrollen, asegurando calidad en el proceso y resultados, minimizando al máximo las fuentes de error.

1.1 La Mejora de la Calidad

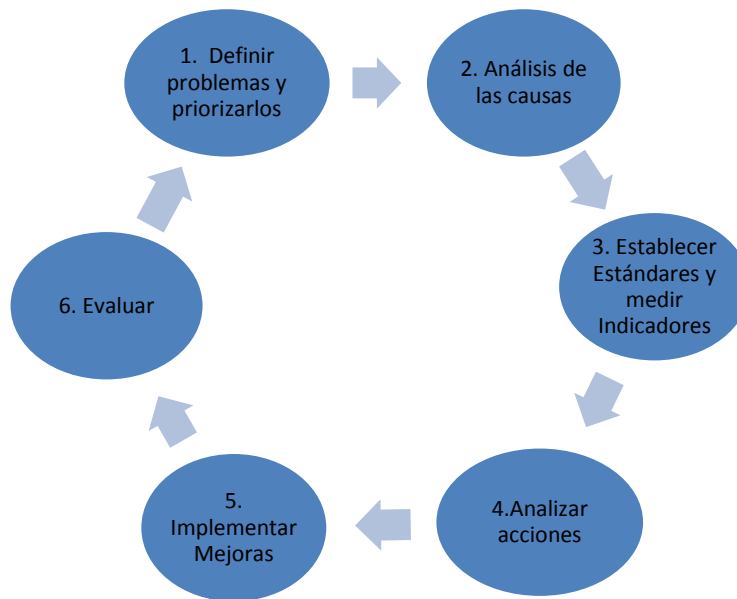
Es una metodología que consiste en establecer cuál es la práctica considerada como correcta, comparar con la que se está realizando, establecer los motivos por lo que se tiene problemas, aplicar los cambios necesarios para mejorar y comprobar si éstos son eficaces.

“Conjunto de acciones que se llevan a cabo para regular y consolidar el desempeño en forma continua y cíclica de tal manera que la atención prestada sea la más efectiva, eficaz y segura, orientada a la satisfacción del usuario” (Carrión, 2011, p.83). La mejora de la calidad es un trabajo de todos, usuarios, dirección de la institución, consultores externos y personal de la institución

1.2 Ciclo de la Evaluación de la Calidad

El siguiente diagrama representa los pasos a seguir para evaluar la calidad, parte de la definición de problemas, su análisis, establecimientos de estándares e indicador, análisis de

acciones, implementación de mejoras y evaluación, para determinar nuevamente problemas encontrados.



1.3 Componentes de la Calidad Asistencial

a) Principales

- *Eficacia*
- *Eficiencia*
- *Nivel científico-técnico*
- *Adecuación*

b) Adicionales

- *Accesibilidad*
- *Competencia*
- *Relaciones Personales*
- *Seguridad*
- *Comodidad*
- *Satisfacción de usuarios y trabajadores*

1.4 Calidad de los Servicios de Enfermería

Se concibe como “la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable” (Molina, 2011, p.24).

Constituye la orientación del cuidado de enfermería para prestar ayuda eficiente y efectiva a la persona, a la familia y a la comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnicos, científicos, sociales, humanos y éticos.

1.4.1 Importancia de la Calidad en los Cuidados de Enfermería

- *Las acciones enfermeras y sus consecuencias influyen directamente en el estado de salud de los usuarios.*
- *El volumen de trabajo y actividades de enfermería constituyen un elevado porcentaje del total de la actividad de cualquier institución.*
- *Cada vez más las enfermeras tienen capacidad de planificar, ejecutar y evaluar sus acciones profesionales en un contexto de autonomía y responsabilidad profesional propia*

1.5 Qué es un Estándar?

Un estándar es un estado esperado, según el diccionario se le define como: “alguna cosa considerada por una autoridad, o por consenso general como una base de comparación, un modelo probado, que es usado como base para emitir un juicio”.

Estándar es considerado como una declaración esperada, expresada en la forma de estándares de ejecución, especificaciones, guías de práctica clínica, protocolos, procedimientos administrativos o gerenciales.

1.5.1 Para qué sirven los estándares?

- *Proveen las bases para el desarrollo de sistemas de información que incluyen el desarrollo de indicadores, método de colección y análisis de datos.*
- *Sirven para guiar el monitoreo y la evaluación de los sistemas de atención en salud.*
- *Proveen metas en la búsqueda de soluciones a los problemas y mejora de los procesos*
- *Proveen una declaración de la calidad esperada de los sistemas de atención en salud que puede ser utilizada por una agencia auditora externa y acreditación, cuando ellos evalúen el sistema de atención.*

1.5.2 Tipos de estándares

a) Estándares de Estructura o Entrada: *definen la calidad esperada de los recursos*

Ventajas

- *Son más fáciles de Medir*
- *Son más fáciles de mejorar.*

Desventajas:

- *Cumpliendo los estándares de entrada se facilita pero no se garantiza la calidad del servicio*

b) Estándares de Proceso: *guían la ejecución del proceso*

Ventajas:

- *Definen las mejores prácticas clínicas y /o administrativas*
- *Hacen eficiente el uso de recursos.*
- *Enseñan al personal a realizar el trabajo*

Desventajas:

- *Difícil de valorar (observación directa costosa)*
- *Difícil de mejorar (hay resistencia a su uso)*

c) Estándares de Resultado o Salida: *Miden el estado de salud, utilización, conocimientos, y satisfacción*

Ventajas

- *Miden la calidad como resultado de la atención*
- *Los malos resultados, alertan la existencia de problemas ya sea en entradas o en proceso.*

Desventajas

- *No informan si las entradas, procesos y/o contexto de la atención son adecuados o no*

Comunicación de estándares: implica que quienes los van a aplicar, los entiendan, los acepten y se comprometan a su implementación

1.6 Qué es un indicador?

Es una medida cuantitativa que tomada de forma sistemática permite conocer el nivel de calidad de lo que estamos midiendo. Casi siempre tiene una forma de fracción, donde el numerador son los sucesos que medimos y el denominador los sucesos que estudiamos

1.6.1 Para qué sirven los indicadores?

- *Medir la calidad y productividad de los servicios*
- *Sistema de Monitoreo para la vigilancia de la calidad*
- *Contar con información oportuna, específica y válida*
- *Medir logros en materia de salud*
- *Diagnóstico situacional*
- *Establecer comparaciones con estándares y normas*
- *Medir el cumplimiento de los estándares*
- *Insumo valioso para la toma de decisiones.*

1.6.2 Características de un Indicador

- *Válido: que reflejen los cambios*
- *Confiables: los resultados serán siempre los mismos*
- *Específicos u Objetivos: reflejan expresamente lo que miden*
- *Sensibles: reflejen los cambios ocurridos*
- *Repetibles: pueden verificarse*
- *Valor predictivo: permite saber con alta probabilidad lo que ocurrirá en el futuro*

1.7 Objetivos de los Estándares e Indicadores

- *Aumentar la seguridad del paciente*
- *Disminuir riesgos*
- *Disminuir la variabilidad práctica*
- *Proporcionar cuidados basados en la evidencia*
- *Mejorar los resultados asistenciales*
- *Aumentar la eficiencia*
- *Incrementar la satisfacción del usuario*
- *Formar a los profesionales*
- *Facilitar la práctica*

Unidad 2

ESTANDARES E INDICADORES DISEÑADOS PARA EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA Y PEDIATRIA

2. Lineamientos utilizados en el diseño de estándares e indicadores básicos

Para el diseño de los estándares e indicadores se aplicó la metodología indicada en el Ciclo de la Evaluación y Mejora de la calidad expuesta en la unidad 1 del presente documento, en ésta unidad se desarrollarán los 3 primeros pasos del ciclo, y los siguientes en la próxima unidad de éste manual.

2.1. Definición y Priorización de problemas encontrados en el servicio

En siguiente cuadro se exponen los problemas de tipo asistencial encontrados por el personal de enfermería y que fueron revelados en el diagnóstico situacional y en base a los cuales se diseñaron los estándares e indicadores

No	Descripción del Problema	Priorización
1	Se cuenta con protocolos de atención de enfermería pero no todos responden a los principales procedimientos realizados en el servicio, se encuentran desactualizados esto da lugar a errores en la práctica que no es uniforme.	1
2	Al momento el servicio de Gineco –Obstetricia y Pediatría cuenta con escaso personal debido a distintas causas de absentismo, por maternidad, enfermedad, etc.	10
3	Al ingreso de las pacientes obstétricas tanto de parto normal como cesárea no se realiza correctamente la valoración de enfermería y su registro en incompleto	13
4	Al ingreso de los niños al servicio no se realiza correctamente la toma de peso y talla, signos, en general toda la valoración inicial, tampoco se registra correctamente los datos	12

5	<i>Se le ha sido notificado al servicio desde el área de auditoría que no se está registrando la medicación prescrita por el médico por tanto no se sabe si la medicación fue administrada o no</i>	11
6	<i>Se están presentando problemas con los accesos venosos, los cuales presentan flebitis y extravasaciones y esto al parecer ha aumentado en los últimos meses.</i>	2
7	<i>Una de las doctoras del área de Pediatría detectó en un paciente que el volumen de infusión de líquidos I.V prescritos no era el correcto era muy alto, y el niño presentaba volúmenes muy altos de diuresis, doctora refiere que ha sucedido ya varias ocasiones</i>	3
8	<i>En cuanto a la atención del recién nacido no se registran adecuadamente los cuidados brindados, errores en el peso diario, signos vitales y en los informes de enfermería no reportan signos de alarma identificados por el médico por ejemplo fiebre o hipoglicemia , esto ha sucedido en algunos casos</i>	4
9	<i>Los registros de enfermería como kardex de medicación, hoja de signos vitales, control de ingesta y excreta e informes de enfermería no están siendo llenados adecuadamente por parte del personal, ocasionando problemas</i>	14
10	<i>En la última encuesta realizada este año sobre satisfacción del usuario ; un alto porcentaje refirió trato inadecuado por parte del personal de enfermería</i>	9
11	<i>El servicio cuenta actualmente con un Plan de Capacitación y actualización de conocimientos pero existe el problema de la inasistencia y poca colaboración con el mismo por parte del personal</i>	15
12	<i>Existen reclamos y quejas por parte de usuarios y familiares por falta de información, también se dan problemas porque los usuarios desconocen las reglas internas del servicio, como por ejemplo disposición de desechos que ha dado lugar a multas para el hospital, los pacientes y familiares solicitan información sobre cuidados para la salud</i>	5

13	<i>En este año se presentaron dos caídas de pacientes en el área de Ginecología</i>	8
14	<i>Hubo dos reacciones moderadas tras la administración de medicación intravenosa</i>	7
15	<i>Se notificó una reacción transfusional grave en el servicio de ginecología durante este año</i>	6

2.2 Breve descripción de las causas identificadas:

Las principales causas identificadas para éstos problemas encontrados en la atención de enfermería se los puede atribuir a:

- *Una de las principales causas es no contar con mecanismos de actualización para la gestión del cuidado, es decir no contar con protocolos que se actualicen cada cierto tiempo, estándares e indicadores específicos, estrategias adecuadas de supervisión y monitoreo del cumplimiento adecuado de los cuidados.*
- *Falta de formación y concientización en temas de calidad, falta de una cultura de la calidad.*
- *Desmotivación y falta de trabajo en equipo*
- *Falla en los mecanismos de comunicación*
- *Carga laboral aumentada por déficit de personal que genera cansancio y estrés por ende aumenta las probabilidades de cometer errores en la práctica.*
- *Ausencia de propuestas, planes o proyectos encaminados a mejorar la calidad asistencial*
- *Falta de un liderazgo proactivo*

2.3 Establecimiento de Estándares e Indicadores básicos

Lista de indicadores propuesto en base a la problemática y clasificados según el tipo

TIPO DE INDICADOR	NOMBRE DEL INDICADOR
--------------------------	-----------------------------

<p><i>INDICADORES DE ESTRUCTURA</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>PROTOCOLOS</i> • <i>ABSENTISMO LABORAL</i>
<p><i>INDICADORES DE PROCESO</i></p>	<p><i>ATENCION DIRECTA AL PACIENTE:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>VALORACIÓN DE ENFERMERIA EN OBSTETRICIA</i> • <i>VALORACION DE ENFERMERIA EN PEDIATRIA</i> • <i>ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS</i> • <i>EXTRAVASACIONES Y FLEBITIS</i> • <i>VIGILANCIA Y CONTROL DE VENOCLISIS</i> • <i>CUIDADOS DEL RN</i> • <i>SISTEMA DE REGISTROS DE ENFERMERIA</i> • <i>TRATO AL USUARIO</i> <p><i>CAPACITACION Y ACTUALIZACION DE CONOCIMIENTOS:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>PLAN DE CAPACITACION CONTINUA</i> • <i>EDUACION E INFORMACION AL USUARIO</i>
<p><i>INDICADORES DE RESULTADOS</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>REACCIONES ANAFILACTICAS</i> • <i>REACCIONES TRANSFUSIONALES</i> • <i>INFECCIONES NOSOCOMIALES</i>

2.4 Estructura y Desarrollo de los Estándares e Indicadores:

- **Estándar:** *Enuncia la meta, el nivel a alcanzar*
- **Nombre:** *Describe puntualmente e identifica al indicador.*

- **Tipo del indicador:** señala el ámbito de aplicación del indicador : Estructura – Proceso – Resultado
- **Descripción:** Describe con más detalle al indicador a medir al igual que su importancia
- **Objetivo del indicador:** Lo que se busca medir con el indicador.
- **Numerador:** Describe o enuncia la unidad exacta de tiempo o espacio a emplearse en el numerador y en las que se establece la medida
- **Denominador:** Describe o enuncia la unidad exacta de tiempo o espacio a emplearse en el denominador y en las que se establece la medida
- **Umbral o estándar:** Es el nivel deseado de calidad y al que se quiere llegar
- **Fuente de Datos:** Describe dónde se encuentran registrados y pueden ser obtenidos los datos del numerador y denominador por separado
- **Técnica:** Describe la metodología de recolección de los datos
- **Muestra:** Conjunto o unidades de donde se va obtener datos
- **Periodicidad del indicador:** Establece la frecuencia o periodo de medición del indicador.
- **Unidad responsable:** Indica la unidad orgánica o área responsable del monitoreo y evaluación del indicado.

ESTANDAR No1: Deberá disponer de Protocolos de Atención que respondan a los procedimientos de enfermería más comunes realizados en el servicio

1. Nombre del Indicador	PROTOCOLOS DE ATENCION
2. Tipo	ESTRUCTURA
3. Justificación	Constituyen las guías de actuación para cada procedimiento o técnica de enfermería, su correcta aplicación minimiza errores en la práctica
4. Objetivo	Determinar la disponibilidad de los protocolos de atención
5. Tipo de Medida	Porcentaje de protocolos de atención disponibles que responden a los procedimientos de enfermería más comunes realizados en el servicio
6. Numerador	No de de protocolos disponibles que responden a los procedimientos más comunes del servicio
7. Denominador	No de procedimientos más comunes realizados en el servicio durante el periodo
8. Fórmula	$\frac{\text{No de protocolos disponibles que responden a los procedimientos más comunes del servicio}}{\text{No de procedimientos más comunes realizados en el servicio durante el periodo}} \times 100$
9. Umbral	90%
10. Fuente de Datos	Manual de Protocolos de atención de enfermería, Registro de actividades del personal de enfermería
11. Técnica de Recolección	Acudir a la fuente: Sistema informático de la jefatura de enfermería
12. Muestra	15 primeros procedimientos más comunes
13. Periodicidad	Trimestral
14. Responsable	Jefatura del servicio y personal de enfermería asignado para el monitoreo de este indicador

ESTANDAR No 2 : El Absentismo Laboral del Personal de Enfermería del servicio no será mayor al 20%

1. Nombre del Indicador	ABSENTISMO LABORAL
2. Tipo	ESTRUCTURA
3. Justificación	Es la ausencia del empleado en el lugar de trabajo por distintas causas como: problemas personales o laborales que dan lugar a faltas, permisos, atrasos, licencias y descansos médicos
4. Objetivo	Determinar el número de horas de absentismo del personal de enfermería en el periodo determinado
5. Tipo de Medida	Porcentaje de absentismo laboral
6. Numerador	No de horas laboradas en un periodo determinado
7. Denominador	No de horas laboradas programadas en el periodo determinado
8. Fórmula	$\frac{\text{No de horas laboradas en un periodo determinado}}{\text{No de horas programadas en el periodo}} \times 100$
9. Umbral	20%
10. Fuente de Datos	Registro de asistencia, Horario de turnos del trabajador
11. Técnica de Recolección	Registros de recursos humanos y jefatura de enfermería
12. Muestra	Se trabajará con los datos del 100% del personal de enfermería
13. Periodicidad	Mensual
14. Responsable	Jefatura de enfermería del servicio

ESTANDAR No3: En todo postparto normal o cesárea se deberá valorar y registrar dentro de la primera hora del ingreso de la paciente al servicio;1. Hora 2. T/A 3. Pulso 4. Temperatura 5. Involución uterina 6. Características de los loquios 7. Apósito de herida en caso de cesárea

1. Nombre del Indicador	VALORACION DE ENFERMERIA EN OBSTETRICIA
2. Tipo	PROCESO
3. Justificación	Valoración que realiza la enfermera al momento del ingreso de la paciente que viene del servicio del centro obstétrico después del parto normal o cesárea
4. Objetivo	Constatar el cumplimiento de la valoración de enfermería a la paciente obstétrica
5. Tipo de Medida	Porcentaje de postpartos normales y cesáreas en los que se valoró y registró dentro de la primera hora de ingreso al servicio los parámetros detallados
6. Numerador	No de partos normales y cesáreas en los que la enfermera valoró y registró las parámetros detallados en un periodo establecido
7. Denominador	No de partos normales y cesáreas atendidos en el periodo establecido
8. Fórmula	<p>No de partos normales y cesáreas en los que la enfermera valoró y registró las parámetros detallados en un periodo establecido.</p> <p>-----x100</p> <p>No de partos normales y cesáreas atendidos en el periodo establecido</p>
9. Umbral	90%
10. Fuente de Datos	Lista de chequeo, registros de enfermería, hojas de signos vitales e informes
11. Técnica de Recolección	Observación- Lista de Chequeo
12. Muestra	La observación se aplicará en los turnos de la tarde durante 15 días no consecutivos
13. Periodicidad	Trimestral
14. Responsable	Jefatura de enfermería y personal asignado para el monitoreo de éste indicador

ESTANDAR No 4: Al ingreso de todo niño al servicio de pediatría se deberá valorar y registrar dentro de la primera hora los siguiente: 1. Hora 2. Temperatura 3. Frecuencia cardíaca 4. Respiración 5. Saturación de O2. Peso y talla 7. Estado general del paciente

1. Nombre del Indicador	VALORACION DE ENFERMERIA EN PEDIATRIA
2. Tipo	PROCESO
3. Justificación	Valoración que realiza la enfermera al momento del ingreso del niño al servicio de pediatría
4. Objetivo	Constatar la valoración de enfermería al paciente pediátrico
5. Tipo de Medida	Porcentaje de ingresos en los que valoró y registró en la primera hora del ingreso los parámetros establecidos
6. Numerador	No de ingresos en los que la enfermera valoró y registró los parámetros detallados en el periodo establecido
7. Denominador	No total de ingresos generados en el servicio en el periodo establecido
8. Fórmula	$\frac{\text{No de ingresos en los que la enfermera valoró y registró los parámetros detallados en un periodo establecido}}{\text{No total de ingresos generados en el servicio en el periodo establecido}} \times 100$
9. Umbral	90%
10. Fuente de Datos	Registros informáticos de enfermería signos vitales e informes
11. Técnica de Recolección	Acudir a la fuente y solicitar en informática los archivos y datos
12. Muestra	Se trabajará con el 60% del total de los ingresos generados
13. Periodicidad	Trimestral
14. Responsable	Jefatura de enfermería y personal asignado para el monitoreo del indicador

ESTANDAR No 5: Se deberá registrar la administración de todos los medicamentos indicados en la prescripción médica cumpliendo los cinco correctos

1. Nombre del Indicador	ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS
2. Tipo	PROCESO
3. Justificación	<i>Procedimiento mediante el cual un fármaco es proporcionado por el personal de enfermería por diferentes vías de administración, según indicación médica escrita debidamente informado y registrado</i>
4. Objetivo	<i>Verificar el cumplimiento en la administración de medicamentos</i>
5. Tipo de Medida	<i>Porcentaje de registros en los cuales consta la administración de todos los medicamentos indicados en la prescripción médica cumpliendo los cinco correctos</i>
6. Numerador	<i>No de registros en los cuales consta la administración de todos los medicamentos indicados en la prescripción cumpliendo los 5 correctos</i>
7. Denominador	<i>No de prescripciones médicas generadas en el periodo donde conste medicación</i>
8. Fórmula	<p><i>No de registros en los cuales consta la administración de todos los medicamentos indicados en la prescripción cumpliendo los 5 correctos</i></p> <p>-----x100</p> <p><i>No de prescripciones médicas generadas en el periodo donde conste medicación</i></p>
9. Umbral	90%
10. Fuente de Datos	<i>Historias clínicas, registro de medicación y prescripciones médicas</i>
11. Técnica de Recolección	<i>Acudir a la fuente y solicitar la información a la oficina de archivos informáticos y revisar historias clínicas</i>
12. Muestra	<i>Se revisará el 70% de las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en el periodo establecido</i>
13. Periodicidad	<i>Trimestral</i>
14. Responsable	<i>Jefatura de enfermería del servicio y personal asignado para la monitorización del indicador</i>

ESTANDAR No 6: La incidencia de flebitis y extravasaciones deberá ser menor al 1% en los adultos y menor al 3% en niños

1. Nombre del Indicador	FLEBITIS Y EXTRAVASACIONES
2. Tipo	PROCESO Y RESULTADO
3. Justificación	Mide la calidad de la intervención de enfermería respecto a la técnica correcta de aplicación y seguimiento a usuarios con catéteres venosos periféricos
4. Objetivo	Monitorizar la calidad del procedimiento, monitorizar el proceso correcto de canalización de vía periférica
5. Tipo de Medida	Porcentaje de incidencia de flebitis y extravasaciones
6. Numerador	No de usuarios con flebitis y extravasaciones
7. Denominador	No de usuarios con catéter venoso periférico
8. Fórmula	$\frac{\text{No de usuarios con flebitis y extravasaciones}}{\text{No de usuarios con catéter venoso periférico}} \times 100$
9. Umbral	Menor al 1% en adultos y menor al 3% en niños
10. Fuente de Datos	Historias clínicas, registro de usuarios con catéter venoso periférico
11. Técnica de Recolección	Observación y Lista de Chequeo
12. Muestra	Se trabajará con la totalidad de pacientes con catéter venoso en el periodo establecido
13. Periodicidad	Mensual
14. Responsable	Enfermera asistencial encargada de monitorizar éste indicador

ESTANDAR No 7: La venoclisis instalada deberá cumplir los siguientes criterios: 1. Debe tener menor de 24 horas 2. memebrete con datos correctos y completos 3. Equipo libre de residuos 4. Fijación firme y limpia 5. Se mantiene cerrada herméticamente 6. Infunde la cantidad prescrita

1. Nombre del Indicador	VIGILANCIA Y CONTROL DE VENOCLISIS
2. Tipo	PROCESO
3. Justificación	Es el conjunto de cinco criterios que debe realizar la enfermera para provenir infecciones nosocomiales asociadas a la venoclisis instaladas
4. Objetivo	Verificar el cumplimiento de los cinco criterios para la vigilancia y control de la venoclisis
5. Tipo de Medida	Porcentaje de pacientes cuyas venoclisis instaladas cumplen con los 6 criterios para una adecuada vigilancia y control de la venoclisis
6. Numerador	No de pacientes cuyas venoclisis instaladas cumplen con los 6 criterios
7. Denominador	No de pacientes con venoclisis instalada
8. Fórmula	$\frac{\text{No de pacientes cuyas venoclisis instaladas cumplen con los 6 criterios}}{\text{No de pacientes con venoclisis instalada}} \times 100$
9. Umbral	100%
10. Fuente de Datos	Historia clínica, prescripciones médicas, lista de chequeo
11. Técnica de Recolección	Observación-Lista de chequeo
12. Muestra	Se trabajará con la totalidad de los pacientes con venoclisis en el tiempo establecido
13. Periodicidad	Mensual
14. Responsable	Jefatura de enfermería y enfermeras asistenciales encargadas del indicador

ESTANDAR No 8: Los cuidados diarios del RN en alojamiento conjunto serán: 1. Toma de signos vitales cada 8 horas
2. Peso 3. Baño 4. Alimentación al seno materno 5. Vigilar signos de alarma y registrar

1. Nombre del Indicador	CUIDADOS DEL RN
2. Tipo	PROCESO
3. Justificación	Constituye el conjunto de cuidados básicos diarios que realiza la enfermera al RN en alojamiento conjunto para prevenir complicaciones
4. Objetivo	Constatar el cumplimiento de los cuidados básicos diarios al RN
5. Tipo de Medida	Porcentaje del RN cuyos cuidados básicos diarios fueron realizados
6. Numerador	No de RN cuyos cuidados básicos diarios fueron realizados
7. Denominador	No total de RN atendidos en el servicio en el periodo establecido
8. Fórmula	$\frac{\text{No de RN cuyos cuidados básicos diarios fueron realizados}}{\text{No total de RN atendidos en el servicio en el periodo establecido}} \times 100$
9. Umbral	95%
10. Fuente de Datos	Historia Clínica, hoja de signos vitales, informes de enfermería
11. Técnica de Recolección	Acudir a la fuente, oficina de informática y solicitar acceso a historias clínicas y toma de los datos
12. Muestra	Se tomará como muestra al 50% de los RN atendidos en el periodo establecido
13. Periodicidad	Trimestral
14. Responsable	Jefe de enfermería y enfermera asistencial responsable del indicador

ESTANDAR No 9: Todos los registros de enfermería deberán cumplir con :1. Hora 2. Detalle de la evolución y condición actual del paciente 3. Procedimientos realizados y pendientes 4. Nombre de la enfermera responsable

1. Nombre del Indicador	<i>Todos los registros de enfermería deberán ser llenados correctamente con los siguientes criterios: 1.Hora 2. Detalle de la evolución y condición actual del paciente 3. Procedimientos realizados 4. Nombre de la enfermera responsable</i>
2. Tipo	<i>ESTRUCTURA Y PROCESO</i>
3. Justificación	<i>Los registros de enfermería contienen un conjunto de información sobre el progreso del paciente y es un referente para el equipo de salud, consittuye un documento de valor administrativo y legal, es importante llenarlos correctamente</i>
4. Objetivo	<i>Contribuir al mejoramientos de la calidad del cuidado enfermero a través del correcto manejo de los registros, favoreciendo los procesos de auditoría, de investigación, de supervisión y del cuidado propiamente dicho</i>
5. Tipo de Medida	<i>Porcentaje de registros de enfermería realizados correctamente</i>
6. Numerador	<i>No de registros de enfermería correctos</i>
7. Denominador	<i>No total de registros evaluados</i>
8. Fórmula	<i>No de registros de enfermería correctos</i> -----x100 <i>No total de registros evaluados</i>
9. Umbral	<i>95%</i>
10. Fuente de Datos	<i>Historias Clínicas , informes de enfermería</i>
11. Técnica de Recolección	<i>Acudir a la fuente, oficina de informática y solicitar acceso a historias clínicas y toma de los datos</i>
12. Muestra	<i>Se tomará como muestra al 60% de los informes generados en el periodo establecido</i>
13. Periodicidad	<i>Trimestral</i>
14. Responsable	<i>Jefatura de enfermería y enfermera responsable del indicador</i>

ESTANDAR No 10: El trato adecuado al usuario comprende: el respeto a sus derechos, a las características individuales de la persona, derecho a la información completa, veraz, oportuna, su consentimiento y el trato amable

1. Nombre del Indicador	TRATO AL USUARIO
15. Tipo	PROCESO Y RESULTADO
16. Justificación	<i>El trato digno del usuario es importante como dimensión humana, fundamental en la calidad del cuidado de enfermería, adquiere vital importancia dado a su trato directo con los usuarios a quienes provee servicios asistenciales</i>
17. Objetivo	<i>Fortalecer la relación directa enfermera-paciente y satisfacer las expectativas del usuario</i>
18. Tipo de Medida	<i>Porcentaje de usuarios satisfechos según criterios</i>
19. Numerador	<i>No de usuarios satisfechos según criterios</i>
20. Denominador	<i>Total de usuarios encuestados</i>
21. Fórmula	$\frac{\text{No de usuarios satisfechos según criterios}}{\text{Total de usuarios encuestados}} \times 100$
22. Umbral	90%
23. Fuente de Datos	<i>Resultados de la encuesta de satisfacción al usuario</i>
24. Técnica de Recolección	<i>Entrevistas</i>
25. Muestra	<i>Se aplicará al 70% de los usuarios atendido durante el periodo establecido</i>
26. Periodicidad	<i>Trimestral</i>
27. Responsable	<i>Jefatura de enfermería, enfermeras encuestadoras y responsables del indicador</i>

ESTANDAR No 11: Todo el personal de enfermería debe cumplir con 10 horas de capacitación y actualización de conocimientos sobre temas acorde a los servicios impartidos mediante un plan de capacitación elaborado por su personal

1. Nombre del Indicador	CAPACITACION CONTINUA
2. Tipo	PROCESO
3. Justificación	<i>La actualización de conocimientos en el campo de la salud cobra vital importancia para proporcionar cuidados cada vez más eficaces con técnicas, procedimientos y medicamentos nuevos</i>
4. Objetivo	<i>Mantener al personal de enfermería actualizado en área técnica-científica que les guíe a la excelencia</i>
5. Tipo de Medida	<i>Porcentaje de enfermeras que cumplen las 120 horas de capacitación</i>
6. Numerador	<i>No de enfermeras que cumplen las 120 horas de capacitación</i>
7. Denominador	<i>No total de enfermeras que laboran en el servicio</i>
8. Fórmula	$\frac{\text{No de enfermeras que cumplen las 120 horas de capacitación}}{\text{No total de enfermeras que laboran en el servicio}} \times 100$
9. Umbral	90%
10. Fuente de Datos	<i>Lista de asistentes a las capacitaciones programadas, plan de capacitación</i>
11. Técnica de Recolección	<i>Acudir a la fuente y tomar el dato para la tabulación</i>
12. Muestra	<i>Se trabajará con toda la población el 100% del personal de enfermería</i>
13. Periodicidad	<i>Anual</i>
14. Responsable	<i>Jefatura de enfermería, comité de capacitación continua</i>

ESTANDAR No 12: El servicio de Gineco Obstetricia y Pediatría debe impartir educación e información para el usuario y su familia

15. Nombre del Indicador	<i>EDUCACION E INFORMACION AL USUARIO</i>
16. Tipo	<i>PROCESO</i>
17. Justificación	<i>Los usuarios de los establecimientos de salud de los diferentes niveles de atención, demandan proceso de enseñanza impartido por la enfermera sobre aspectos preventivos, encaminado a modificar de manera favorable actitudes y hábitos de la persona, familia y comunidad.</i>
18. Objetivo	<i>Proporcionar a los usuarios que recibieron educación e información</i>
19. Tipo de Medida	<i>Porcentaje de usuarios que recibieron educación e información</i>
20. Numerador	<i>No de personas que recibieron educación e información</i>
21. Denominador	<i>No total de usuarios atendidos en el servicio en el periodo establecido</i>
22. Fórmula	<i>No de personas que recibieron educación e información</i> -----x100 <i>No total de usuarios atendidos en el servicio en el periodo establecido</i>
23. Umbral	<i>90%</i>
24. Fuente de Datos	<i>Lista de asistentes a charlas, y actividades educativas para los usuarios</i>
25. Técnica de Recolección	<i>Acudir a la fuente y tomar los datos para ser tabulados</i>
26. Muestra	<i>Se trabajará con el 60% de los usuarios atendidos en el periodo establecido</i>
27. Periodicidad	<i>Trimestral</i>
28. Responsable	<i>Jefatura de enfermería del servicio y enfermera encargada del indicador</i>

ESTANDAR No 13: El porcentaje de reacciones anafilácticas por medicamentos será menor del 1%

1. Nombre del Indicador	REACCIONES ANAFILACTICAS
2. Tipo	RESULTADOS
3. Justificación	Reacción inmunitaria generalizada del organismo, complicación grave y potencialmente mortal, debido a reacciones a medicamentos, o a cualquier otro agente
4. Objetivo	Mantener la seguridad del paciente durante la administración de medicamentos
5. Tipo de Medida	Porcentaje de reacciones anafilácticas por medicamentos
6. Numerador	No de pacientes que presentan reacción anafiláctica causada por medicamentos
7. Denominador	No total de pacientes que reciben medicación
8. Fórmula	$\frac{\text{No de pacientes que presentan reacción anafiláctica causada por medicamentos}}{\text{No total de pacientes que reciben medicación}} \times 100$
9. Umbral	Menos del 1%
10. Fuente de Datos	Historia clínica, notas de evolución médicas, registros de enfermería
11. Técnica de Recolección	Revisión de historias clínicas, acudir a la fuente, oficina de informática
12. Muestra	Se trabajará con el 100% de los pacientes que recibieron medicación durante el periodo establecido
13. Periodicidad	Mensual
14. Responsable	Jefatura de enfermería, enfermera asistencial encargada del indicador

ESTANDAR No 14: El porcentaje de reacciones transfusionales sanguíneas y derivados será menor del 2%

1. <i>Nombre del Indicador</i>	<i>REACCION TRANSFUSIONAL</i>
2. <i>Tipo</i>	<i>RESULTADOS</i>
3. <i>Justificación</i>	<i>Respuesta anormal de efectos adversos que un paciente presenta o desarrolla con la administración de los diferentes componentes sanguíneos por causas de origen inmunológico y no inmunológico</i>
4. <i>Objetivo</i>	<i>Mantener la seguridad para el paciente antes, durante y después de la administración de sangre y derivados</i>
5. <i>Tipo de Medida</i>	<i>Porcentaje de reacciones transfusionales</i>
6. <i>Numerador</i>	<i>No de pacientes que presentaron reacción transfusional</i>
7. <i>Denominador</i>	<i>No total de pacientes transfundidos</i>
8. <i>Fórmula</i>	$\frac{\text{No de pacientes que presentaron reacción transfusional}}{\text{No total de pacientes transfundidos}} \times 100$
9. <i>Umbral</i>	<i>Menos del 2%</i>
10. <i>Fuente de Datos</i>	<i>Historia clínica, prescripciones médicas, registros de enfermería</i>
11. <i>Técnica de Recolección</i>	<i>Acudir a la fuente y tomar el dato para tabulación</i>
12. <i>Muestra</i>	<i>Se tomará en cuenta al 100% de pacientes que recibieron transfusión sanguínea</i>
13. <i>Periodicidad</i>	<i>Trimestral</i>
14. <i>Responsable</i>	<i>Jefatura de enfermería y enfermera asistencial responsable del indicador</i>

ESTANDAR No 15: El porcentaje de incidencia de infecciones nosocomiales se mantendrá por debajo del 8%

15. Nombre del Indicador	INFECCIONES NOSOCOMIALES
16. Tipo	RESULTADOS
17. Justificación	<i>Se consideran infecciones nosocomiales todas aquellas que se desarrollan transcurridas las primeras 72 horas de la hospitalización o antes de los 15 días del alta, deben excluirse aquellas que en el momento del ingreso estaban presentes o en periodo de incubación</i>
18. Objetivo	<i>Disminuir la frecuencia de infecciones nosocomiales en el servicio</i>
19. Tipo de Medida	<i>Porcentaje de infecciones nosocomiales</i>
20. Numerador	<i>No de pacientes reportados con infecciones nosocomiales</i>
21. Denominador	<i>No total de pacientes atendidos en el servicio durante el periodo establecido</i>
22. Fórmula	$\frac{\text{No de pacientes reportados con infecciones nosocomiales}}{\text{No total de pacientes atendidos en el servicio durante el periodo establecido}} \times 100$
23. Umbral	<i>Menor del 8%</i>
24. Fuente de Datos	<i>Historia clínica, revisión de diagnósticos, notas de evolución</i>
25. Técnica de Recolección	<i>Acudir a la fuente y tomar los datos para su tabulación</i>
26. Muestra	<i>Se tomará el 70% del total de las atenciones en el periodo establecido</i>
27. Periodicidad	<i>Trimestral</i>
28. Responsable	<i>Jefatura de enfermería , enfermera asistencial encargada del indicador</i>

Unidad 3

PRUEBA PILOTO DE LA MEDICION Y EVALUACION DE 5 ESTANDARES E INDICADORES BASICOS EN EL SERVICIO DE GINECO-OBSTETRICIA Y PEDIATRIA

Dentro de la propuesta de la implementación de estándares e indicadores para mejorar la atención de enfermería, se realizó una prueba piloto, debido a que nunca antes se había intentado aplicar éste tipo de proyecto, resulta importante aplicar ésta prueba para poder llegar a conclusiones interesantes que sirvan de base para avanzar en una implementación futura de ésta herramienta tan valiosa para la mejora continua de la calidad.

3.1 Selección de los estándares e indicadores para la prueba piloto

Para la prueba piloto se tomarán en cuenta los 5 estándares e indicadores más representativos y sencillos de los desarrollados en la unidad anterior de éste manual; esto servirá para realizar una primera aproximación a lo constituye la medición y evaluación de estándares, los estándares e indicadores escogido son los siguientes que se detallan en el siguiente cuadro.

No	Estándar	Indicador	Tipo
1	<i>Deberá disponer de Protocolos de Atención que respondan a los procedimientos de enfermería más comunes realizados en el servicio</i>	<i>PROTOCOLOS DE ATENCION</i> <i>No de protocolos disponibles que responden a los procedimientos más comunes del servicio</i> ----- <i>x100</i> <i>No de procedimientos más comunes realizados en el servicio durante el periodo</i>	<i>Estructura</i>
2	<i>La incidencia de flebitis y extravasaciones</i>	<i>FLEBITIS Y EXTRAVASACION</i>	<i>Proceso y</i>

	<i>deberá ser menor al 1% en los adultos y menor al 3% en niños</i>	<i>Nº de usuarios con flebitis</i> ----- <i>x100</i> <i>Nº de usuarios con catéter venoso periférico</i>	<i>resultado</i>
3	<i>La venoclisis instalada deberán cumplir los siguientes criterios: 1. Debe tener menos de 24 horas 2. Membrete con datos correctos y completos 3. Equipo libre de residuos 4. Fijación firme y limpia 5. Se mantiene cerrada herméticamente 6. Infunde la cantidad prescrita</i>	<i>VIGILANCIA Y CONTROL DE VENOCLISIS</i> <i>No de pacientes cuyas venoclisis instaladas cumplen con los cinco criterios</i> ----- <i>x100</i> <i>No de pacientes con venoclisis instalada</i>	<i>Proceso</i>
4	<i>Los cuidados diarios del RN en alojamiento conjunto serán: 1. Toma de signos vitales c/8h 2. Peso 3. Baño 4. Alimentación al seno materno 5. Vigilar signos de alarma, y se deberán registrar en el informe correspondiente.</i>	<i>CUIDADOS DEL RN</i> <i>No de Recién nacidos cuyos cuidados básicos diarios fueron realizados</i> ----- <i>X100</i> <i>No total de recién nacidos atendido en el servicio en el periodo establecido</i>	<i>Proceso</i>
5	<i>El servicio de Gineco -Obstetricia y Pediatría debe impartir educación e información para el usuario y su familia</i>	<i>TRATO AL USUARIO</i> <i>No de personas que recibieron educación e información</i> ----- <i>X100</i> <i>No Total de usuarios</i>	<i>Proceso</i>

		<i>atendidos en el servicio en el periodo establecido</i>	
--	--	---	--

3.2 Conformación del Equipo de Trabajo

Para la realización de la prueba piloto se conformó un pequeño de grupo de tres personas contando con mi persona, especialmente para la recolección de la información, se dividió los 5 estándares para las tres personas, dos personas con dos estándares y la tercera con tres estándares.

3.3 Ámbito y fuente de información para la medición de los estándares e indicadores

Para la medición de los indicadores seleccionados se tomaron los datos correspondientes a los meses de octubre y noviembre del presente año, la principal fuente de información fue el sistema informático clínico que maneja el hospital el XHIS donde se pudo revisar la historias clínicas con todos sus registros médicos y de enfermería

3.4 Instrumentos de Recolección de Información

Se elaboraron dos registros, una lista de chequeo y un registro para la toma de datos del sistema XHIS, estos instrumentos constan en el ANEXO 1

3.5 Cuadro de Mando

Se diseñó un cuadro de Mando de Estándares e Indicadores, en el cual se expone la medición de los estándares con su indicador, describiendo los datos encontrados, la aplicación de las formulas y los resultados encontrados

Hospital San Francisco de Quito

Servicio de Gineco-Obstetricia y Pediatría

Cuadro de Mando para la medición y evaluación de Estándares Indicadores de Calidad para la Atención de Enfermería

Estándar	Indicador	Fórmula	Datos encontrados	Aplicación Formula	Umbral
Deberá disponer de Protocolos de Atención que respondan a los procedimientos de enfermería más comunes realizados en el servicio	Protocolos de Atención	<p>No de protocolos disponibles que responden a los procedimientos más comunes del servicio</p> <p>-----x100</p> <p>No de procedimientos más comunes realizados en el servicio durante el periodo</p>	En la revisión de Historias clínicas se identificaron 20 procedimientos de enfermería más comunes, se revisó el manual de protocolos y 10 de ellos responden a los procedimientos más comunes encontrados	<p>10</p> <p>-----x 100 = 50%</p> <p>20</p>	90%
La incidencia de flebitis y extravasaciones deberá ser menor al 1% en los adultos y menor al 3% en niños	Flebitis y Extravasación	<p>Nº de usuarios con flebitis</p> <p>-----x100</p> <p>Nº de usuarios con catéter venoso periférico</p>	<p>Las notas de enfermería revisadas registran en los dos meses estudiados 20 casos de flebitis y extravasaciones en el mismo periodo hubo 257 usuarios pediátricos con catéter venoso.</p> <p>En el caso de los adultos se presentaron 11 flebitis y extravasaciones y 280 usuarios adultos con catéter venoso</p>	<p>20</p> <p>-----x100= 7,7%</p> <p>257</p> <p>11-----x100= 3,9%</p> <p>280</p>	<p>1%</p> <p>3%</p>

<p>La venoclisis instalada deberán cumplir los siguientes criterios: 1. Debe tener menos de 24 horas 2. Membrete con datos correctos y completos 3. Equipo libre de residuos 4. Fijación firme y limpia 5. Se mantiene cerrada herméticamente 6. Infunde la cantidad prescrita</p>	<p>Vigilancia y control de venoclisis</p>	<p>No de pacientes cuyas venoclisis instaladas cumplen con los cinco criterios -----x100</p> <p>No de pacientes con venoclisis instalada</p>	<p>Según la lista de chequeo aplicada en las dos áreas tanto de pediatría como gineco-obstetricia registran 441 venoclisis que cumplen con los criterios del estándar</p> <p>El número total de pacientes con venoclisis instalada en el periodo de los dos meses es 456</p>	<p>305 -----x100= 66,8%</p> <p>456</p>	<p>100%</p>
<p>Los cuidados diarios del RN en alojamiento conjunto serán: 1. Toma de signos vitales c/8h 2. Peso 3. Baño 4. Alimentación al seno materno 5. Vigilar signos de alarma y se deberán registrar en el informe correspondiente</p>	<p>Cuidados del RN</p>	<p>No de Recién nacidos cuyos cuidados básicos diarios fueron realizados -----X100</p> <p>No total de recién nacidos atendido en el servicio en el periodo establecido</p>	<p>Según revisión de H. Clínicas y Hojas de enfermería 153 RN fueron realizados los cuidados básicos</p> <p>El número total de RN atendidos en los dos meses fueron 302</p>	<p>153 -----x100= 50,6%</p> <p>302</p>	<p>95%</p>
<p>El servicio de Gineco - Obstetricia y Pediatría debe impartir educación e información para el usuario y su familia</p>	<p>Educación e Información al Usuario</p>	<p>No de personas que recibieron educación e información -----X100</p> <p>No Total de usuarios atendidos en el servicio en el</p>	<p>Según la lista de chequeo aplicada reporta que se impartió educación e información a 308 personas.</p> <p>El número total de usuarios atendidos en</p>	<p>308 -----x100 = 48,4%</p> <p>636</p>	<p>90%</p>

		<i>periodo establecido</i>	<i>el servicio es de 636</i>		
--	--	----------------------------	------------------------------	--	--

3.6 Análisis de los Resultados de la Medición de los estándares e indicadores

Indicador	Análisis
Protocolos de Atención	<p>Los protocolos de Atención de enfermería resultan guías de actuación para la enfermera, es importante contar con ellos para que la práctica sea uniforme y se minimicen errores en la técnica, el resultado de éste primer indicador nos dice que el 50% de los protocolos existentes corresponden a los procedimientos más comunes realizados por las enfermeras por el otro lado se puede constatar que el otro 50% de procedimientos no cuentan con guías de actuación, por tanto se presentan diferentes métodos o formas de otorgar el cuidado, dando lugar a errores, falta de uniformidad, variables que pueden estar afectando de alguna manera a los pacientes; por ejemplo no existe protocolo para toma de muestra para hemocultivo, si observáramos a cada enfermera el método que utiliza vemos que cada una lo hará a su manera, sería bueno indagar ya que existen algunos casos en los que los hemocultivos que se han contaminado o regresan del laboratorio por muestras insuficientes, o mal tomadas.</p>
Flebitis y Extravasación	<p>Sin duda alguna éste es uno de los principales indicadores de la práctica asistencial de enfermería en hospitalización, ya que contar con una vía por la cual se administre la medicación resulta muy importante para el mejoramiento del estado de los pacientes, aquí podemos observar el porcentaje de flebitis y extravasaciones para los pacientes pediátricos se encuentra sobre lo que permite el estándar, el estándar dice un 3% en niños y tenemos un 7,7% al parecer la causa está dada al momento por la rotación del personal, casi la mitad de enfermeras son personal nuevo que ha empezado su rotación en pediatría y al parecer todavía no están bien relacionadas sobre técnicas de punción y fijación de las vías en niños.</p> <p>Cuando hablamos de flebitis y extravasación en adultos el</p>

	<p>porcentaje también excede pero no en tanta proporción como en los niños, ya que el estándar nos dice menos del 1% y está en 3.9% aquí al parecer el problema es con las madres en posparto que están en alojamiento conjunto y están manejando al bebé y la vía se desplaza causando extravasación o salida del catéter.</p>
<p>Vigilancia y Control de la Venoclisis</p>	<p>En base al reclamo realizado por el personal médico de que la infusión a un paciente pediátrico no era la correcta, se consideró tomar mucho en cuenta a este indicador, un 66,8% cumple con los criterios establecidos, sin embargo un 33,2% no cumple con alguno de los criterios, se encontraron 2 casos de infusión incorrecta por cambio en la prescripción y la enfermera no había revisado las últimas indicaciones</p>
<p>Cuidados del RN</p>	<p>La detección temprana de los signos de alarma como, fiebre, signos de hipoglicemia, problemas para el amamantamiento, letargia, etc, en el RN es de vital importancia para referir al bebe al servicio de neonatología y para ello los cuidados deben ser meticulosos , según los resultados de éste estándar un 50,6% de los informes revisados cumple con los criterios de valoración registrados, un 49,4 % no registran todos los cuidados realizados al RN, debemos tomar en cuenta que cuidado que no se registra no fue realizado, en este sentido podemos ver que el indicador no significa que no se den los cuidados en ese porcentaje, sino que muchas de las ocasiones se da el cuidado pero no se registra.</p>
<p>Educación e Información al Usuario</p>	<p>En este indicador el 48,4% da información y educa al paciente, pero es un porcentaje bajo que debe mejorarse, debido a la carga laboral de las enfermeras se dificulta disponer del tiempo necesario para impartir educación al paciente, al parecer se da más información, por ejemplo cuando la enfermera explica el procedimiento al paciente, se entrega la guía informativa de usuario, 51,6% no lo hace o lo hace de una manera poco personalizada, o proporciona información incompleta, éste porcentaje es preocupante porque de él se derivan otro tipo de problemas, por falta de información completa y oportuna al</p>

	usuario y familia.
--	--------------------

3.7 Propuestas de Mejoramiento

Constituyen actividades propuestas para mejorar los resultados de los indicadores evaluados que se los llevarán a cabo en consenso con todo el personal de enfermería y el apoyo de la Líder del servicio de enfermería

Protocolos de Atención	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Conformar una comisión encargada de los Protocolos de Enfermería</i> • <i>Actualizar los protocolos en base a los 20 procedimientos más comunes de la práctica de enfermería en el servicio.</i> • 	
Flebitis y Extravasación	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Capacitación sobre la técnica y cuidados en la canalización de vías periféricas en pacientes pediátricos y adultos, socialización del protocolo actualizado</i> • <i>Asignar a una enfermera asistencial para que se encargue de la vigilancia del indicador de manera mensual</i> • <i>Capacitación sobre características de nuevos tipos de catéteres por parte de casas comerciales de insumos médicos</i> 	
Vigilancia y Control de la Venoclisis	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Incluir un check list para la vigilancia y control de la venoclisis al formato de entrega y recepción de turno</i> • <i>Capacitación sobre cuidados de la venoclisis y difusión del protocolo actualizado, insistir en la revisión periódica de la indicaciones médicas para verificar cambios en la prescripción</i> • <i>Asignar a una enfermera asistencial para que se encargue de la vigilancia del indicador de manera mensual</i> 	
Cuidados del RN	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Informar al personal sobre el cumplimiento obligatorio de proporcionar y sobre todo registrar los cuidados otorgados al RN</i> 	

- *Difusión del protocolo de cuidados del RN*
- *Asignar a una enfermera asistencial para el control y vigilancia de éste protocolo*

Educación e Información del Usuario

- *Proporcionar el Manual de Atención al Usuario y Familia elaborado para su difusión, conocimiento y aplicación, para mejorar las técnicas de comunicación*
- *Difundir las Guías de Información e educacional actualizada y entregar a los usuarios y familia*
- *Elaborar un plan de educación para el usuario donde se difunda temas de interés como Lactancia Materna, cuidados del niño enfermo, cuidados postparto y post cesárea, etc.*

4. Conclusiones

- *Los estándares e indicadores para la atención de enfermería cumplen un papel importante en la evaluación de los cuidados, nos permiten ver el impacto que ellos generan en el paciente, en su familia y en la institución.*
- *El control periódico de los indicadores permite ubicarnos en qué nivel de calidad nos encontramos.*
- *De la evaluación de estándares e indicadores se generan acciones de mejoramiento que permiten elevar el nivel de calidad en la asistencia.*
- *Los indicadores y estándares deben ser actualizados con periodicidad, porque deben responder a la dinámica cambiante de los servicios asistenciales*
- *Se debe tomar en cuenta que la calidad no se mejora solamente con la aplicación de estándares e indicadores, es un conjunto de estrategias que parten desde una política clara de mejoramiento hasta actividades locales que involucren a todos lo que conforman la institución*

5. Glosario de términos

Calidad Grado en el que un conjunto de características inherentes, cumple con la necesidad, expectativa establecida, generalmente implícita y obligatoria

Eficacia Grado en que se alcanzan los objetivos propuestos, lograr resultados.

Eficiencia Lograr el resultado, alcanzar el objetivo con la optimización de los recursos; cumplir los objetivos con el menor costo posible

Estándar modelo, criterio, regla de medida o de los requisitos mínimos aceptables para la operación de procesos específicos, con el fin de asegurar la calidad en la prestación de servicio de salud

Evaluación proceso dinámico a través una organización o institución académica puede conocer sus propios rendimientos, especialmente sus logros y flaquezas y así reorientar propuestas o bien focalizarse en aquellos resultados positivos para hacerlos aún más rendidores.

Impacto impacto se refiere a los efectos de una intervención planteada, cambio en el resultado de un proceso

Indicador un indicador es la medida cuantitativa o la observación cualitativa que permite identificar cambios en el tiempo y cuyo propósito es determinar qué tan bien está funcionando un sistema, dando la voz de alerta sobre la existencia de un problema y permitiendo tomar medidas para solucionarlo

Medición *determinar una cantidad comparándola con otra.*

Mejoramiento de la Calidad *parte de la gestión orientada a mejorar su eficacia y eficiencia y, con ello, la satisfacción del cliente al menor coste.*

6. Bibliografía

1. Aranda Salcedo, T. *Cambio de modelo en la práctica de cuidados en la unidad de medicina interna del Hospital Universitario San Cecilio de Granada. Biblioteca Las casas, 2007; 3 (1).*
Disponible <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0214.php>
2. *Definiciones y conceptos fundamentales para la calidad en salud;*
3. http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/publicaciones/libro_salud_03.pdf
4. http://www.seis.es/seis/is/is44/IS44_47.pdf
5. <http://www.ics-aragon.com/cursos/iacs/102/lectura-recomendada-0-2.pdf>
6. <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0214.pdf>
7. <http://www.definicionabc.com/general/evaluacion.php#ixzz2lgEKJjvS>
8. <http://www.monografias.com/trabajos15/valoracion/valoracion.shtml#ixzz2lgJjViC>
s




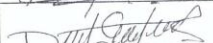




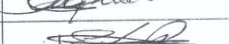


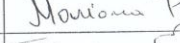
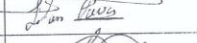


ANEXO No 6
LISTA DE ASISTENTES A LA CAPACITACION Y PRESENTACION DE MANUALES,
GUIAS EDUCACIONALES

Hospital San Francisco de Quito

Servicio de Gineco-Obstetricia y Pediatría

Lista de Asistentes a la presentación, socialización y entrega del Manual de Atención al Usuario y Familia, Guías de Informativas y educacionales y propuesta de aplicación de Estándares e Indicadores de calidad para la atención de enfermería.

Fecha: Miércoles 13 de noviembre del 2013

No	Nombres y Apellidos	No de Cédula	Firma
1	Elsa Elena Sabor	020161652-1	
2	Alexandra Tapia	171670633-1	
3	Carmen Andrea Oña	1714724102	
4	Dolci Gueloto Cacho	1720808665	
5	Janeth Yugcha	172001320-8	
6	Aimacana Quinapallo Laric	050235463-2	
7	XIMENA SALVADOR ZAPATA	171116749-2	
8	Susana Zwick	1712257668	
9	Patricio Pozo	171522258-2	
10	Patricia Pulaguary	1714356027	
11	Mariona Pozo	1703977107-2	Mariona Pozo
12	Lilias Pava	171649566-6	
13	Jeanneth Puli	171692680-1	
14	Guilcap No hemi	171336773-1	
15	Tania Mansol Talavera	172274643-3	
16	Miriam Elena	1712727320	
17			

18			
19			
20			
21			
22			
23			
24			

HOSPITAL SAN FRANCISCO DE QUITO
Lic. Gladys González
COORDINADORA DE ENFERMERÍA
HOSPITALIZACIÓN GINECO/PEDIATRÍA
ISS

Lcda. Patricia Pullaguari

Supervisora Encargada del servicio de Gineco-Obstetricia y Pediatría

Hospital San Francisco de Quito