

**Plan de mejoramiento de la atención para los pacientes del área de hospitalización de la
Unidad Clínica de la Magdalena en la ciudad de Barrancabermeja**

María Juliana Arenas Avellaneda

**Trabajo de grado para optar el título de Especialista en Gerencia de Instituciones de
Seguridad Social en Salud**

Director

Maryi Yurany Olarte Dueñas

Magister en Administración

Universidad Santo Tomas, Bucaramanga

División de Ciencias Económicas, administrativas y contables

Facultad de Economía

2022

Contenido

Introducción	10
1. Plan de mejoramiento de la atención para los pacientes del área de hospitalización de la Unidad Clínica de la Magdalena en la ciudad de Barrancabermeja	11
1.1 Planteamiento del problema	11
1.2 Formulación del problema	14
1.3 Sistematización del problema.....	¡Error! Marcador no definido.14
1.4 Justificación.....	15
1.5 Objetivos	18
1.5.1 Objetivo general	18
1.5.2 Objetivos específicos.....	18
2. Marco referencial	19
2.1 Antecedentes	19
2.1.1 Antecedentes en el ámbito internacional	19
2.1.2 Antecedentes en el ámbito nacional	20
2.1.3 Antecedentes en el ámbito local	22
2.2 Marco teórico	24
2.2.1 Calidad en salud	24
2.2.2 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud	25
2.2.3 Enfermería	26
2.3 Marco contextual.....	29
2.3.1 Misión.....	31
2.3.2 Visión	32

2.3.3 Valores.....	32
2.3.4 Política de calidad.....	32
3. Diseño metodológico	33
3.1 Tipificación de la investigación	33
3.2 Diseño de la investigación	33
3.3 Metodología	34
3.4 Operacionalización de variables.....	35
3.5 Instrumentos de recolección de información	37
3.6 Análisis y procesamiento de datos	40
3.7 Población y muestra	40
3.7.1 Caracterización de la población.....	40
3.7.2 Muestra	41
4. Resultados	42
4.1 Caracterización clínica y sociodemográfica de los pacientes hospitalizados	42
4.2 Diagnóstico de la percepción de la calidad de atención de los pacientes hospitalizados de la UCM.....	48
4.2.1 Resultados de la categoría cualidades del hacer de enfermería.....	48
4.2.2 Resultados de la categoría apertura a la comunicación enfermero(a)- paciente.....	50
4.2.3 Resultados de la categoría disposición para la atención.....	51
4.2.4 Resultados de la percepción general de los comportamientos del cuidado humanizado de enfermería	53
4.3 Acciones e indicadores de mejoramiento de los procedimientos y actividades del área de hospitalización.....	54

5. Conclusiones.....	61
6. Recomendaciones	64
7. Referencias.....	66
Apéndices.....	73

Lista de Tablas

Tabla 1. <i>Metodología de la investigación</i>	34
Tabla 2. <i>Operacionalización de variables</i>	35
Tabla 3. <i>Rangos totales interpretación instrumento PCHE</i>	38
Tabla 4. <i>Rangos cualidades del hacer de enfermería</i>	39
Tabla 5. <i>Rangos apertura a la comunicación enfermero(a)- paciente</i>	39
Tabla 6. <i>Rangos disposición para la atención</i>	40
Tabla 7. <i>Percepción categoría cualidades del hacer de enfermería</i>	49
Tabla 8. <i>Percepción categoría apertura a la comunicación enfermero(a)- paciente</i>	50
Tabla 9. <i>Percepción categoría disposición para la atención</i>	52
Tabla 10. <i>Percepción general del cuidado humanizado</i>	53

Lista de Figuras

Figura 1. <i>Clínica la Magdalena en el año 1988</i>	30
Figura 2. <i>Clínica la Magdalena en el año 2022</i>	31
Figura 3. <i>Características sociodemográficas: Género, estado civil y edad</i>	43
Figura 4. <i>Características sociodemográficas: Número de hijos, lugar de residencia y nivel académico</i>	44
Figura 5. <i>Características sociodemográficas: Estado laboral, estrato socioeconómico y afiliación a seguridad en salud</i>	46
Figura 6. <i>Características clínicas: Patología, especialidad por la que se encuentra siendo atendido y días de estadía</i>	47
Figura 7. <i>Percepción categoría cualidades del hacer de enfermería</i>	49
Figura 8. <i>Percepción categoría apertura a la comunicación enfermero(a)- paciente</i>	50
Figura 9. <i>Percepción categoría disposición para la atención</i>	51
Figura 10. <i>Percepción general del cuidado humanizado</i>	53
Figura 11. <i>Puntajes de criterios de priorización</i>	56

Lista de apéndices

Apéndice A. *Instrumento PCHE* 69

Apéndice B. *Formato plan de mejoramiento* 71

Resumen

La falta de comportamientos humanizados por parte del personal de enfermería en áreas como hospitalización, es una *problemática* que afecta directamente la calidad de atención observada en las instituciones de salud, y que los estudios demuestran se evidencia a nivel internacional y nacional. Ante esto, se planteó como *objetivo* diseñar un plan de mejoramiento en una institución de salud en Barrancabermeja, Colombia, que incremente la satisfacción del usuario con las atenciones brindadas por parte de estos profesionales. La *metodología* de este estudio fue de tipo transversal cuantitativo donde se recolectó información sociodemográfica y clínica de los pacientes atendidos durante dos meses del 2022, se aplicó un instrumento para la medición de la percepción del servicio humanizado y se generó un plan de mejoramiento. Dentro de los *resultados y discusión* estuvo: la concordancia de la evidencia bibliográfica con los resultados del presente estudio y la caracterización donde la mayoría de los pacientes eran mujeres, de afiliación subsidiada al sistema de seguridad social, y siendo ginecología y obstetricia la especialidad más solicitada. Frente al instrumento, en términos generales, la complacencia de los pacientes con la atención recibida fue satisfactoria; no obstante, se obtuvieron algunos casos donde hubo malestar con el trato de enfermería. Con base en esto, se plantearon, según su priorización, cinco acciones de mejoramiento que se recomiendan a la institución para la mejoría de sus indicadores de calidad.

Palabras clave: Percepción, calidad de la atención, humanización, enfermería, acciones de mejoramiento.

Abstract

The lack of humanized behavior by nursing staff in areas such as hospitalization is a *problem* that directly affects the quality of care observed in health institutions, and that studies show is evidenced at the international and national levels. Given this, the *objective* was to design an improvement plan in a health institution in Barrancabermeja, Colombia, to increase user satisfaction with the care provided by these professionals. The *methodology* of this study was of a quantitative cross-sectional type where sociodemographic and clinical information was collected from the patients attended for two months of 2022, an instrument was applied to measure the perception of the humanized service and an improvement plan was generated. Among the *results* and *discussion* was the concordance of the bibliographic evidence with the results of the present study and the characterization where the majority of the patients were women, with subsidized affiliation to the social security system, and gynecology and obstetrics being the most requested specialty. Faced with the instrument, in general terms, the satisfaction of the patients with the care received was satisfactory; however, some cases were obtained where there was discomfort with the nursing treatment. Based on this, five improvement actions were proposed, according to their prioritization, that are recommended to the institution to improve its quality indicators.

Keywords: Perception, quality of care, humanization, nursing, improvement actions.

Introducción

La satisfacción del usuario frente a la atención recibida en las instituciones de salud se ha vuelto un indicador indispensable para medir la calidad de prestación que ofrece la empresa. La asistencia hospitalaria brindada por el personal de enfermería es determinante en la atención en salud; no obstante, diversos estudios a nivel internacional y nacional (Torres, 2010; Monsalve et ál; 2018; Bustamante, 2015) han evidenciado falencias técnicas y actitudinales por parte de estos profesionales, que entorpecen la recuperación y conformidad del paciente durante su estancia en un centro de salud, especialmente en hospitalización donde el paciente puede perdurar mayor tiempo en vigilancia que en otras áreas asistenciales. En adición, se percibe una tendencia hacia la apatía y falta de comunicación con el paciente, generando como resultado un servicio cada vez menos humanizado.

La Unidad Clínica la Magdalena es una institución prestadora de salud ubicada en Barrancabermeja, Colombia. Dentro de sus servicios habilitados está la hospitalización de pacientes, en donde cuenta con jefes y auxiliares de enfermería prestos para brindar la atención del paciente. Entre las quejas que mayormente se presentan en el departamento de calidad se hace referencia a la falta de compromiso y disposición que presentan algunos de los profesionales; no obstante, no se ha hecho una medición confiable ni acciones de mejora formales ante esta problemática. Como consecuencia, el objetivo del presente estudio radica en proponer un plan de mejoramiento de atención del servicio de enfermería para los pacientes hospitalizados. Para su ejecución, se dividió en seis secciones: Problemática, marco referencial, diseño metodológico, resultados, conclusiones y recomendaciones. Se recolectó información sociodemográfica y clínica; se aplicó un instrumento diseñado para la percepción de los pacientes frente a la calidad de atención de enfermería, y se plantearon cinco acciones de sostenimiento y mejoramiento.

1. Plan de mejoramiento de la atención para los pacientes del área de hospitalización de la Unidad Clínica de la Magdalena en la ciudad de Barrancabermeja

1.1 Planteamiento del problema

Actualmente, concebir la salud sin un mejoramiento continuo de sus productos y servicios se hace inviable, pues día a día se hace más exigente y necesaria la presencia del enfoque de calidad para la seguridad y recuperación del paciente. Desde esta perspectiva, el paciente se convierte en el protagonista de la prestación de servicios, considerándose como prioridad la satisfacción del cliente con respecto a la atención brindada. Para su óptima recuperación cuando se encuentra hospitalizado, se considera de vital importancia el papel de los profesionales en enfermería, pues son los encargados de velar por el cuidado continuo y seguro de la persona en estado de dificultad física. Dado que, de los jefes y auxiliares en enfermería depende mayormente la pronta y grata recuperación del paciente, es relevante analizar, y si es necesario, mejorar la calidad de atención prestada por parte de enfermería (Lenis & Manrique, 2015).

Al analizar la calidad de atención del personal de enfermería a nivel latinoamericano, se observa en países como Perú, que a pesar de que la percepción no es totalmente desfavorable, existe un grado de inconformidad dado que no se interesan por interactuar más de lo necesario con la persona en estado de enfermedad, o demostraron menor capacidad y competencias de lo que se esperaba. Es importante recalcar que todo estímulo que reciba el paciente durante su estadía afecta su grado de satisfacción con respecto a la atención prestada. En adición a eso, los pacientes perciben deficiencias con respecto a generar confort y comodidad, pues en ocasiones la persona requiere de condiciones especiales donde el personal de enfermería no le da relevancia o atención temprana (Bustamante, 2015). Asimismo, en la cultura mexicana se rectifica que la satisfacción

del paciente hospitalizado radica en que sus expectativas en la calidad del servicio por parte de enfermería se confirmen con la realidad de la atención que reciba durante su estadía. Dentro de los aspectos claves a tener en cuenta está la comunicación del estado físico del paciente, la validez de las emociones y empatía por ellas, el tiempo de respuesta y la capacidad de responder ante las necesidades, entre otras. De este análisis, se concluye que para el paciente no sólo es relevante el tratamiento y cuidado asistencial, sino el valor que le sea concedido como ser humano ante su estado emocional (Álvarez et ál, 2012).

Cuando se adentra a examinar el cuidado del paciente intrahospitalario en Colombia, los estudios demuestran que es posible invertir mayores esfuerzos para que su satisfacción incremente. Un aspecto que los pacientes de una institución de salud en la región Boyacense consideran valioso, es la presentación y apariencia personal de los jefes y auxiliares de enfermería al realizar un procedimiento, pues la imagen repercute en su percepción de la calidad del servicio que están recibiendo. De igual manera, resaltan la importancia de la amabilidad, la preparación técnica del personal en el cuidado, el equipo tecnológico que se maneje, el tiempo de espera para resolver sus inquietudes y dar respuesta efectiva. Un aspecto que los pacientes de este estudio enfatizaron es la falta de relación con el personal de enfermería, puesto que desconocían el nombre de quienes los atendían y no había interés por parte de ellos en generar rapport y confianza (Barragán et ál, 2013).

Por otro lado, en la zona costera del país, hay población que ha estado hospitalizada que ubica su satisfacción en medianamente favorable y desfavorable. En cuanto a los aspectos tangibles exponen la tecnología, limpieza de materiales e infraestructura, mientras que en las habilidades blandas del personal manifiestan la empatía, interés por solucionar problemas, puntualidad y trato personalizado, especialmente, pues no quieren ser tratados como un número de habitación sino como seres humanos en estado de vulnerabilidad. Una particularidad clave que

predomina mejorar es la calidad de la información, ya que se presta para que sea limitada o en términos médicos difíciles de entender (Borré & Vega, 2014).

Ya ubicándose en el departamento de Santander, se expone que el interés por conocer la satisfacción del paciente frente a su cuidado por parte de enfermería también ha estado presente en la región, puesto que en instituciones prestadoras de salud de la ciudad de Bucaramanga y sus alrededores se ha medido de igual manera este impacto. En estos estudios los pacientes resaltan la importancia de respetar las creencias y valores, las decisiones, además de la intimidad, pues en la mayoría de los casos no se pueden realizar actividades de higiene sin ayuda. En adición, se evidenció que el personal de enfermería suele realizar procedimientos sin explicar o dialogar con el paciente su perspectiva o carga emocional (Monsalve et ál, 2018). Sumado a lo anterior, otro estudio del área metropolitana confirmó lo evidenciado tanto a nivel internacional, nacional y departamental, agregando que al personal de enfermería le falta dedicación para aquellos pacientes que requieren cuidados personalizados (Torres, 2010).

Finalmente, la institución de salud privada Unidad Clínica la Magdalena (UCM), se encuentra ubicada en la ciudad de Barrancabermeja, en el departamento de Santander. Su infraestructura y procesos están habilitados para atender situaciones médicas de mediana complejidad, con aproximaciones y potencial a casos de alta complejidad. Se destaca por ser la institución que, a nivel del Magdalena Medio, abarca mayor cantidad de contratos con EPS, y, por ende, involucra la atención de la mayoría de la población. Dada esta condición, el flujo de pacientes es altamente significativo en el servicio de hospitalización, y debido a esta situación se llegan a generar inconformidades por la atención prestada por parte del personal de enfermería.

Se ha evidenciado que lo anterior es responsabilidad tanto de la institución como de los pacientes, ya que en ocasiones estos últimos tienen condiciones demandantes y fuera de las

funciones que el personal de enfermería debe desempeñar; no obstante, es responsabilidad de la empresa cuando los jefes de enfermería y auxiliares no se preocupan por la carga emocional del paciente, la adecuada administración de los medicamentos, el interés y capacidad de resolución a tiempo de sus inquietudes, y la falta de información acerca de su condición médica y tratamiento, entre otros. Como consecuencia de estas dificultades, se genera en el servicio de información y atención al usuario SIAU un sentimiento de insatisfacción frente a la institución y el personal vinculado a ella. Igualmente, la imagen de la Clínica se afecta pues se considera que la calidad no es un principio rector en su política institucional.

Siendo la satisfacción del usuario un factor de vital relevancia para la calidad prestada por parte de la institución se considera indispensable conocer a detalle las dificultades que presenta el área. Dado que, en países latinoamericanos y en varias instituciones médicas del departamento, comparten factores ya identificados, se desea conocer si estos persisten en la Unidad Clínica la Magdalena, así como proponer un plan de mejoramiento de atención del servicio de enfermería para los usuarios de hospitalización.

1.2 Formulación del problema

¿Cómo reducir la percepción desfavorable de la calidad de atención del servicio de enfermería en el área de hospitalización de la Unidad Clínica la Magdalena de Barrancabermeja?

1.3 Sistematización del problema

- ¿Cuáles son las características clínicas y sociodemográficas de los pacientes hospitalizados en la UCM durante los meses de abril y mayo de 2022?
- ¿Cuál es la percepción de la calidad de atención que tienen los pacientes hospitalizados en la

UCM durante los meses de abril y mayo de 2022?

- ¿Cuáles acciones de mejoramiento de las actividades y procedimientos del área de hospitalización deben aplicarse para mejorar el servicio?

1.4 Justificación

La Unidad Clínica la Magdalena es una institución privada que hoy día se encuentra interesada en seguir habilitando servicios que le permitan brindar atención a pacientes con patologías de mayor riesgo y ubicados en un tercer nivel de complejidad. Para esta meta, la entidad requiere tener presente los estándares de habilitación y calidad vinculados a la satisfacción de sus usuarios puesto que esto garantiza que la institución mantenga un flujo de pacientes permanente e incluso captar otros interesados en ser atendidos. Para lograr lo anterior, la Clínica debe mantener esfuerzos constantes en generar planes de mejoramiento encaminados en estandarizar la atención de calidad en los servicios como hospitalización, donde se evidencia un alto volumen de pacientes.

Al tenerlos, la empresa se beneficia positivamente en varios aspectos empresariales. Primero que todo, si los usuarios perciben una atención humanizada, se reducirán las quejas y malestares por parte de familiares y pacientes en el servicio de SIAU de la clínica y con las EPS, por lo que estas entidades querrán mantener y generar nuevos contratos con la institución dado que cumplen con los estándares solicitados. En adición, a nivel económico, los pacientes que tienen buena atención asistencial reinciden menos en la institución pues tienen un proceso de sanación adecuado, lo que favorece la cartera de la Clínica, ya que sus contratos son por pago global prospectivo. Asimismo, comentarán con gusto a sus familiares y amigos el buen trato asistencial recibido en la institución, y por ende la imagen y proyección de la clínica ante los usuarios será favorable y recomendable. Igualmente, al prestarse una atención adecuada se reducen los errores,

confusiones u otros problemas que puedan enlentecer el proceso de recuperación del paciente y generar conflictos de clima organizacional en el grupo de enfermería, puesto que, cuando hay planes de mejoramiento, se expone una estructuración delimitada a un proceder institucional y se originan menos niveles de estrés laboral.

Con base en lo anterior, se considera sustancial conocer el significado de un plan de mejoramiento. Según la Real Academia de la Lengua Española, plan se define como “modelo sistemático de una actuación pública o privada, que se elabora anticipadamente para dirigirla y encauzarla” (Real Academia Española, s.f., definición 3), y mejoramiento se define como “acción y efecto de mejorar” (Real Academia Española, s.f., definición 1). Al buscar el verbo mejorar, se define como “adelantar, acrecentar algo, haciéndolo pasar a un estado mejor”. (Real Academia Española, s.f., definición 1). Uniendo los conceptos anteriores, el plan de mejoramiento es un conjunto de acciones que se generan con el ánimo de cambiar determinado hecho o contexto de manera positiva.

Al vincular este término al contexto de la salud, se considera que un plan de mejoramiento en salud en una clínica es un conjunto de actividades planeadas, estudiadas y organizadas según su prioridad que buscan aumentar de manera permanente la calidad de los servicios en la institución de salud. Su propósito es resolver necesidades y problemáticas específicas, al mejorar la calidad percibida por parte del paciente, fomentar la seguridad del paciente, estructurar procesos administrativos y asistenciales, entre otros. Los planes de mejoramiento se han originado como un instrumento promotor de la calidad, en donde se busca establecer estrategias que impulsen al cambio continuo del sistema, del talento humano, de los procesos. Se realizan con el ánimo de acabar con el conformismo o prácticas inadecuadas, sino aspirando a cumplir cada vez más el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud (Ministerio de salud y protección social

Colombia, 2016).

Dichas las anteriores características, establecer un plan de mejoramiento es una acción que toda empresa debe llevar a cabo. Como todo cambio, este va a generar un impacto en el área administrativa y asistencial, puesto que adoptar nuevos esquemas supone un periodo de aprendizaje; sin embargo, con el tiempo dichas acciones ocasionarán la creación de una nueva cultura organizacional adaptada a los objetivos delimitados.

Debido a los grandes beneficios que nacen del establecimiento de un plan de mejoramiento, los principales beneficiarios de este proyecto de grado serán los usuarios vinculados a las EPS atendidas por la Unidad Clínica la Magdalena, ya que la calidad y oportunidad en la atención del servicio va a estar a la altura de sus expectativas, suponiendo que a mayor satisfacción habrá mayor interés por asistir recurrentemente a los servicios de urgencias y hospitalización. Asimismo, la Unidad Clínica la Magdalena obtendrá mayores ganancias a nivel organizacional y económico, puesto que, al cumplirse con el cuidado adecuado del paciente, se va a reducir su tendencia a reingresar a la Clínica y así se reduce facturar nuevamente servicios de atención, además que su personal va a poder trabajar bajo acciones y actividades ordenadas.

En adición, los estudiantes autores de este estudio se benefician con la participación académica del proyecto de grado, debido a la amplia investigación realizada, adquiriendo conocimientos necesarios para la aplicación de estos en el ámbito laboral que se desempeñan, así como tener aproximaciones a un plan estratégico disruptivo que pueda generar cambios significativos en el funcionamiento del sistema de seguridad social en salud de Colombia.

En última instancia, la Universidad Santo Tomás de Bucaramanga se enriquecerá académicamente a través de este proyecto puesto que abre las puertas e interés para próximas investigaciones de futuros estudiantes que profundicen en el tema sobre la percepción de la calidad

de atención por parte de enfermería en el servicio de hospitalización, como factor fundamental en el concepto de calidad que las instituciones de salud deben fomentar con ímpetu.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Proponer un plan de mejoramiento de atención del servicio de enfermería para los usuarios de hospitalización la Unidad Clínica la Magdalena en la ciudad de Barrancabermeja.

1.5.2 Objetivos específicos

- Caracterizar clínica y sociodemográficamente los pacientes hospitalizados en la UCM, durante los meses de abril y mayo de 2022.
- Diagnosticar la percepción de la calidad de atención de los pacientes hospitalizados de la UCM, durante los meses de abril y mayo de 2022.
- Construir las acciones de mejoramiento de las actividades y procedimientos del área de hospitalización.

2. Marco Referencial

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes en el ámbito internacional

Al hablar de investigaciones internacionales, el autor Walter Quispe Holguín (Holguín, 2016) desarrolló una investigación en la cual genera un plan de mejora para la calidad de atención en una entidad prestadora de salud en Perú. Este estudio es de carácter descriptivo, cuantitativo y transversal y se basó en la aplicación del cuestionario SERVQUAL, modificado para aplicarse en el sector salud, como estrategia metodológica de recolección de datos. Dentro de los resultados obtenidos generales estuvo que la percepción de la atención prestada en el centro de salud era de baja calidad en empatía, confiabilidad, capacidad de respuesta, entre otros. Ante esto, el autor planteó un plan de mejoramiento basado en las dimensiones del servicio medidas por el instrumento utilizado: Para mejorar la fiabilidad, demostrar interés por resolver las dificultades de los pacientes; en términos de seguridad, mejorar la confianza que se transmite al paciente; y al hablar de empatía, fomentar la amabilidad por parte del personal de enfermería, humanizar el personal de tal manera que comprenda las necesidades individuales del paciente, y generar con mayor claridad la información médica.

De igual manera, dentro del amplio abanico de estudios realizados, se encuentra la propuesta de Lissette Estefanía Murrieta (2019), artículo realizado en Guayaquil, Ecuador, donde se propone un plan de mejora continuo con base en el análisis actual de un hospital de la ciudad, en el área de pediatría, con el ánimo de aumentar la satisfacción de los pacientes. Su metodología fue de carácter transversal, no experimental y cuantitativo, en donde a través del cuestionario

SERVQUAL se recolecta la información que será la base para la creación del plan de mejora. Sus hallazgos determinaron que calidad de atención por parte del personal asistencial en cuanto al interés y actitud es muy grata, y enfocaron las deficiencias en falta de higiene, daños en equipos, carencia de personal, exceso de trabajo, entre otros. Dentro del plan de mejora generado para abatir las dificultades está generar capacitaciones en el personal como buenas prácticas de higiene, valores y principios; plantear material informativo para los pacientes; y generar grupos focales donde se escuche experiencias y opiniones del personal, entre otros.

En adición, en el año 2016, Josefa Patricia Moreno (Moreno, 2016) se propone generar una investigación donde plantea una mejora de la calidad sobre cuidados enfermeros en la región de Murcia, España, dado que la gestión del cuidado por parte del personal asistencial es fundamental para el bienestar del paciente. En este estudio descriptivo y tanto cualitativo como cuantitativo se propusieron estrategias como espacios de formación académica y buenas prácticas; generar planes de cuidado estandarizados que todos deban cumplir; adaptarse a determinadas necesidades del paciente como la edad o patologías severas, entre otros.

2.1.2 Antecedentes en el ámbito nacional

En el ámbito nacional, se puede observar un panorama de acción similar al internacional, puesto que diversos investigadores se han interesado por hallar métodos para mejorar el sistema de atención de pacientes existente en el contexto de la salud actual. Tal como se evidenció en el estudio realizado por María Elena Lucumi, Nelson Didier Obando y Maribel Pava Pérez (Lucumi et ál, 2018), se identificó a través de una encuesta que en servicio de urgencias donde hay pacientes en observación y espera de ser hospitalizados, existe poca capacidad de resolución por parte del personal de enfermería, demora en la atención de triage y falta de actitud y proactividad del gremio

asistencial. Con la información recolectada, generaron un plan de mejoramiento que les permitió sintetizar la información para generar la propuesta. Dentro de sus estrategias de acción estuvo realizar capacitaciones para el ingreso del paciente en el triage, diseñar un plan de contingencia cuando haya alto volumen de personas y no se queden pacientes sin atender, entre otros. Un punto para destacar es la propuesta de generar un plan de bienestar para el personal de enfermería donde ayude a mejorar la calidad de su trabajo.

Asimismo, dentro de las investigaciones desarrolladas en el país, se resalta el estudio llevado a cabo en la ciudad de Pereira por los autores Mónica Campo, Yuli Cerón y Elisabeth Rodríguez (Campo et ál, 2018) donde identifican como situación problemática la falta de atención que se le presta a la presencia de errores, a la seguridad del paciente y a la adherencia a las buenas prácticas de atención en salud. Ante esto, se propone evaluar la magnitud de las prácticas seguras de determinadas áreas de un hospital de la región del Valle de Cauca. Esta investigación de carácter analítico descriptivo y cuantitativo, en el que se utilizaron como unidad de análisis guías técnicas de buenas prácticas y listas de chequeos diseñadas por el Ministerio de Salud y Protección Social. A pesar de que este estudio no evalúa como tal la percepción de los pacientes, sí compara los criterios estipulados a nivel nacional con la realidad de las IPS, y permite generar un plan de mejora que beneficie la calidad de atención en los pacientes. Después de analizada su información, plantearon como recomendaciones que se deben realizar auditorías internas y rondas de seguridad con frecuencia donde se evalúa el buen proceder y trato del personal de enfermería. Igualmente, generar espacios académicos y de reflexión sobre la necesidad de las buenas prácticas. Proponen fomentar el reporte de los eventos adversos donde se genere un espacio de confidencialidad y esto sea visto como un espacio de crecimiento y no punitivo. En adición, se considera fundamental la educación al familiar y paciente sobre su cuidado, pues desconocen cómo actuar en determinadas

condiciones, tienden a recargar o juzgar al personal de enfermería por el desconocimiento.

De igual importancia, en la Cruz Blanca EPS regional Occidente, en la Ciudad de Cali, se llevó a cabo por los autores Sandra Patricia Potes, Liliana Victoria y Héctor Fabio Vergara (Potes et ál, 2018). Este estudio empleó una metodología cualitativa y cuantitativa, de tipo descriptivo y corte transversal. Su instrumento de recolección de datos fue la encuesta y mediante estadística descriptiva interpretaron los datos obtenidos. Dentro de sus acciones para el mejoramiento de la Institución está establecer un cronograma de capacitaciones tanto en la parte técnica como en la humanización del servicio; realizar seguimientos a las peticiones, quejas y reclamos para determinar la esencia de las dificultades; establecer tiempos de respuesta y definir rutas de apoyo; programar reuniones con los líderes de áreas y con aquellas que se relacionan para retroalimentar y gestionar conflictos; entre otros.

2.1.3 Antecedentes en el ámbito local

A nivel local, son limitados los estudios que se han enfatizado en estudiar la percepción de la calidad de la atención en pacientes hospitalizados en instituciones de salud en Barrancabermeja. Dentro de las pocas investigaciones que se han interesado en este problema, está el estudio realizado por Enrique Jiménez y John Manuel Delgado (2004) titulado “Diagnóstico y fundamentos de una propuesta de mejoramiento de la calidad en el área de consulta externa de la división de salud del Magdalena Medio Ecopetrol Barrancabermeja”. A pesar de que se realizó en un área diferente a hospitalización, su objetivo se enfocó en generar una propuesta para alcanzar un nivel satisfactorio de calidad con base en el sistema de evaluación de instituciones de salud del centro de gestión hospitalario. En su metodología, se realizaron entrevistas, listas de chequeo y encuestas para analizar la actualidad del área. Con esa información, se generó la propuesta de

implementación de estándares de calidad, en donde una sección se titula “satisfacción de los clientes”, teniendo en cuenta elementos claves como conocer las expectativas del usuario, interpretar las necesidades, atender sus quejas, establecer procedimientos definidos para minimizar el riesgo, capacitar al personal en prácticas culturales y religiosas, barreras de lenguaje, entre otros.

Asimismo, uno de los autores ya mencionados, Enrique Jiménez (2008), realizó una nueva investigación, donde se planteó como objetivo generar un programa de auditoria para mejorar continuamente la calidad en el área de hospitalización de la Policlínica de Ecopetrol sede Barrancabermeja. Para esto, en su metodología se realizó la verificación del estado actual del área con base en la Resolución 1445 de 2006 del Ministerio de Protección social, y con base en esto, se generó el programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad. Dentro de sus hallazgos está: Asegurar, diseñar e implementar estrategias para que los pacientes conozcan tanto sus derechos como deberes, capacitar al personal en servicio al cliente, informar al paciente y su familia sobre a quién contactar en caso de ayuda, tener en cuenta las necesidades educativas y expectativas del paciente y familiar, apoyar o buscar al personal encargado para el apoyo emocional y espiritual del paciente, velar por el correcto diligenciamiento de la historia clínica, brindar información oportuna y asertiva, entre otros. Se establecieron fechas para retroalimentar el impacto de este programa.

El anterior recorrido científico es una muestra que tanto a nivel internacional, nacional y local es de exhaustiva importancia medir la calidad de atención que presta el servicio de enfermería, puesto que a nivel global se han hecho esfuerzos por conocer su desempeño, y así mismo proponer estrategias de mejora que permitan generar un cambio en la percepción del paciente. Como se puede observar, en los tres ámbitos existen puntos en comunes en cuanto a las deficiencias, ya que se presenta falta de interés y capacidad resolutivo ante las dificultades por

parte del personal, indiferencia ante las buenas prácticas y el surgimiento de errores, y la atención humanizada al paciente. Ante esto, varios estudios concuerdan en la necesidad de realizar auditorías internas que vigilen el cumplimiento de protocolos, llevar a cabo capacitaciones de habilidades técnicas y blandas, generar grupos focales donde se promuevan los espacios para escuchar la versión del personal y sus dificultades, entre otros.

Toda esta evidencia bibliográfica aporta al presente proyecto, puesto que su objetivo es generar acciones de mejoramiento que modifiquen la mala percepción que se pueda tener del servicio. Los anteriores documentos son base y fuente de ideas para aportar a los hallazgos generados en este estudio, y soportan con mayor énfasis la importancia de generarlo en una región donde poca investigación se ha generado en este aspecto.

2.2 Marco teórico

2.2.1. Calidad en salud

Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad se define como “el grado en que los servicios de salud para las personas y los grupos de población incrementan la probabilidad de alcanzar resultados sanitarios deseados y se ajustan a conocimientos profesionales basados en datos probatorios” (Organización Mundial de la Salud, 2020). En los servicios sanitarios de calidad, se han establecido unas características básicas a cumplir para poder asegurar la presencia de la calidad, como en el valor de la persona, en donde se tiene en cuenta al ser humano en su vulnerabilidad, conociendo y atendiendo sus necesidades. Así mismo, el trato equitativo, evitando cualquier discriminación, y oportuno, sin crear tantas barreras para la prestación de los servicios.

Por otro lado, Avedis Donabedian, conocido por su interés en este tema, la describió como

"el tipo de atención que se espera que vaya a maximizar el bienestar del paciente, una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención". En su teoría, dentro de los tipos de calidad, plantea la individualizada, la cual depende de la perspectiva única del paciente, que se puede ver afectada por factores como la experiencia, la familia, la cultura, entre otros. Ante este hecho, es indispensable la comunicación por parte del personal asistencial en cuanto a los procedimientos, consentimientos y acciones a realizar, puesto que permite que el paciente se sienta tranquilo y valioso ante su condición médica (Donabedian, 2001). La calidad del servicio es aquella que se genera a nivel interpersonal entre el profesional y el paciente, en donde se refleja el respeto, la actitud e interés, y es clave para la satisfacción del usuario, puesto que, de acuerdo con su percepción, va a generarse un sentimiento de satisfacción o de crítica negativa.

2.2.2 Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud

En el decreto 780 de 2006, se define como "el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos del sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de servicios de salud del país" (Ministerio de salud y protección social Colombia, 2016). Su necesidad surge dado a que tanto las instituciones de salud públicas y privadas deben regirse por procesos y estándares reglamentados que aseguren la prestación de un servicio con calidad. Su propósito es que se cree unificación de criterios, así las empresas de salud son medidas de igual manera y hay una mayor organización para todos los entes involucrados en el sector. Este sistema tiene un gran alcance puesto que mide el desempeño de la empresa, y con base en sus resultados, puede reconocerla como competitiva, o por el otro lado, puede perjudicarla según lo establecido en la normatividad (Álvarez, 2007).

Dentro de las estrategias estipuladas en el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud se encuentra la realización de auditorías que permita identificar inicialmente cuáles son las principales dificultades presentes en la institución, y así con base en ellas generar procesos, protocolos y acciones concretas de mejoramiento. Para realizar una medición objetiva, se establecen indicadores de calidad, existencia a eventos adversos y autoevaluaciones, entre otros. Con lo anterior estipulado, se genera un proceso de seguimiento para conocer la efectividad del plan de mejora estipulado. El propósito de este Sistema es centrarse en el usuario, puesto que su finalidad no está dada hacia el cumplimiento de la infraestructura y documentación únicamente, sino en el cumplimiento de los requisitos necesarios en cuanto accesibilidad, oportunidad, continuidad, atención humanizada, entre otros, y velando por el respeto a los derechos del paciente. (Sáenz, Moreno & Olascuaga, 2021).

2.2.3 Enfermería

Para Virginia Henderson, autora destacable en el arte de enfermería, una buena profesional en esta área se destaca cuando su propósito principal es generar las actividades necesarias para ayudar a la recuperación o mantenimiento de la salud de un ser humano, bajo el empleo del conocimiento y voluntad adecuada, de tal manera que, al terminar la atención, la persona en la medida de lo posible adquiera independencia (Simmons & Henderson, 1964).

Dentro de los modelos estipulados, se destaca el de Joyce Travelbee, titulado: Modelo de Relaciones entre Seres Humanos, en el cual se plantea que la enfermería tiene como función fundamental ayudar al paciente, su familia y demás contexto a prevenir la enfermedad, curar y mantener la esperanza, o afrontar de la mejor manera el dolor o pérdida. Consideraba que, en la relación humana entre el profesional y el paciente, debe prevalecer la compasión, el entendimiento

de las emociones del paciente y la empatía, todo esto siendo de carácter terapéutico al influenciar su recuperación (Travelbee, 1966).

Igualmente, surge el concepto del cuidado humanizado por parte de enfermería, conocido como más allá del hacer científico y legal, sino el moral, en donde se ubica la dignidad humana, conservación, restablecimiento y cuidado por la vida. En este enfoque, el profesional expone valores humanísticos, realiza sus actividades con conciencia y tiene como meta mejorar la calidad de vida del paciente. Además, se prioriza en igual medida la atención al usuario como las habilidades técnicas, exponiéndose una mejor percepción por parte de las personas que cuando se enfocan en un solo ámbito. Es fundamental tener presente la participación del paciente, pues estas determinan las acciones del personal de enfermería. Para que haya cuidado humanizado, debe haber un factor motivacional, ético y de vocación que esté interiorizado en los profesionales, convirtiéndose en una filosofía de vida y no únicamente como un deber profesional (Guerrero, Meneses & De la Cruz, 2016).

En adición, la doctora Jean Watson dedicó gran parte de su vida a desarrollar la teoría del cuidado de enfermería, basada en un enfoque filosófico y relacional, donde prima la ética del ser humano y el compromiso moral del profesional con el paciente. Plantea tres premisas (Walker, 1996):

- Premisa #1: El cuidado y la enfermería es un concepto transcultural. En todas las sociedades, el profesional debe combinar la adquisición del conocimiento que ha tenido en su formación superior con una orientación humanística.
- Premisa #2: La relación entre enfermero(a) – paciente debe nacer a través del interés por ayudar, por profundizar en los sentimientos y comprensión de la situación de la persona, recordando siempre verse en calidad de ser humano y no como objeto.

- Premisa #3: El personal de enfermería debe interesarse de manera sincera y noble por el bienestar del paciente, realizando las tareas del cuidado con dedicación y eficacia.

La teoría del cuidado de Watson se caracteriza por tener un campo fenomenológico, puesto que, en el momento del cuidado, el campo de la persona de enfermería y del paciente deben enlazarse, de tal manera que se conozca con mayor certeza la realidad de la persona, sus pensamientos, sensaciones, expectativas, entre otros, y así se permita brindar una mejor presencia y atención. En esta conexión, la enfermera tiene que ser consciente que el paciente expresará variedad de emociones, por lo que debe saber identificar los sentimientos, especialmente los negativos, y que ella será una ayuda para validarlos emocionalmente como racionalmente. Igualmente, debe ser fuente de educación y motivación del paciente, induciéndolo en toda oportunidad a buscar el bienestar y salud. En múltiples ocasiones, la persona en su estado de vulnerabilidad no sabe tomar decisiones o carece del conocimiento para hacerlo, por lo que es trabajo del personal de enfermería formar al paciente de tal manera que se apropie de velar por su condición de salud. La idea es crear un espacio y vínculo de interés y apoyo durante su estadía; muchos pacientes suelen tener una perspectiva del ámbito hospitalario como peligroso, triste o de incertidumbre. Ante esto, enfermería debe tratar de contener en la medida de lo posible aquellos factores externos e internos que desfavorezcan la recuperación del paciente, y generar un ambiente más saludable (Walker, 1996).

Dentro de los supuestos de Jean Watson, está siempre considerar al ser humano como un actor activo en el cuidado, y plantando que debe ser visto como lo que puede llegar a ser, y no únicamente como lo que es en ese momento. Sin relación interpersonal entre enfermería y el paciente, difícilmente va a darse un cuidado y una recuperación óptima. El hecho de vincular al paciente en su proceso promueve que él mismo sea capaz de tomar decisiones al final sobre su

salud. Enfermería se encarga por considerar sus necesidades humanas, dirigir y tener en cuenta todos los factores que puedan afectarlo, y darle las herramientas para generar una independencia. Para esta doctora, el concepto de amor es enfático, ya que considera que es una fuerza poderosa y cósmica capaz de movilizar toda energía. Cuando hay amor, se cubren grandes carencias propias y de los demás. Por eso es importante primero amarse a sí mismo; una persona profesional en enfermería debe quererse y tratarse a sí misma con respeto y compasión, para así poder brindarle la misma calidad de trato a los demás. Esto es algo que ni la tecnología ni cualquier cambio legislativo puede modificar, puesto que está basado en el ser humano, y es el fundamento y base de la enfermería (Watson, 2008).

Al final, esta gran profesional vela por la integralidad en la salud, donde haya participación de todos los involucrados, y predomine los valores morales y éticos en el actuar.

2.3 Marco contextual

Como se puede observar en la figura 1, La unidad Clínica la Magdalena se encontraba en el mapa ya hace varios años atrás; sin embargo, específicamente el 28 de junio de 1988, quedó en escritura pública en la Notaría Primera de Barrancabermeja con la gerencia y representante legal que hoy día siguen los líderes de esta institución. Las instalaciones de la clínica ya existían, pero se remodeló construyendo su primer edificio en este año y fue comprada por quien sigue siendo su actual dueño. En este entonces, la Clínica prestaba servicios de hospitalización, cirugía, rayos X, farmacia, entre otros. En este entonces el auge del petróleo estaba en su máximo tope, y Barrancabermeja se consideraba una ciudad atractiva para trabajar, por lo que se proyectó para la atención de esta población. En el año 2007, amplía sus instalaciones mediante la construcción de su segunda torre, ampliando la capacidad instalada en el servicio de urgencias, hospitalización, y

haciendo apertura de servicios de III nivel de complejidad como son la unidad de cuidados intensivos adultos y neonatal (Unidad Clínica la Magdalena, 2022).

Figura 1. *Clínica la Magdalena en el año 1988*



Tomado de Unidad Clínica la Magdalena, 2022

En el año 2015 (ver figura 2), comienza la construcción de su tercera torre, estando hoy actualmente en finalización de construcción interna de sus pisos. Cuenta con más de 500 trabajadores asociados a la cooperativa Asociados del Gremio Médico AGM, más de 100 camas de hospitalización, los anteriores servicios mencionados ya habilitados, ampliación de sus farmacias, 27 consultorios de consulta externa, piso VIP para prepagadas y particulares, además de especialidades únicas en la ciudad como son cardiología pediátrica, fisiatría, neurocirugía, entre otros. En adición, la Clínica está en apertura de la unidad coronaria, hemodinamia y en construcción de una nueva sede de servicios ambulatorios donde se tiene proyectado separar la atención ambulatoria de la hospitalaria (Unidad Clínica la Magdalena, 2022).

Figura 2. *Clínica la Magdalena en el año 2022*

Tomado de Unidad Clínica la Magdalena, 2022

Hoy día no se prestan servicios de primer nivel de atención; no obstante, con esta sede que se espera esté a final de año, la Clínica la Magdalena busca prestar un servicio de mayor integralidad, evitando el traslado de pacientes entre varias clínicas y ciudades. Es la institución de salud más grande del Magdalena Medio, recibiendo población local, de pueblos y corregimientos vecinos. En la actualidad, presenta contratación con la mayoría de las entidades prestadoras de salud que se encuentran suscritas en el área, tanto para la atención del régimen contributivo como subsidiado.

2.3.1 Misión

Brindar atención de alta calidad a las necesidades de salud de nuestros usuarios, mediante moderna infraestructura, talento humano calificado y tecnología de punta; en una constante búsqueda de crecimiento y excelencia (Unidad Clínica la Magdalena, 2022).

2.3.2 Visión

La Unidad Clínica la Magdalena será una institución prestadora de servicios de salud integrales: Baja, mediana y con énfasis en alta complejidad; mantendrá su reconocimiento como institución de calidad en la región del Magdalena Medio, e impactará nuevas zonas geográficas a su alrededor, con el fin de garantizar mayor facilidad en el acceso al sistema sanitario.

2.3.3 Valores

Los valores corporativos en una empresa se definen como esos principios rectores que deben estar presentes a nivel del personal de una organización sin importar su jerarquía; son lo que orientan la cultura de la empresa (Tamayo & Gondim, 1996). Dada esta definición, la Unidad Clínica la Magdalena tiene planteado que la empresa y su personal tengan presente valores como:

- Respeto
- Servicio humanizado
- Responsabilidad
- Trabajo en equipo
- Integridad

2.3.4 Política de calidad

Satisfacer las necesidades de los usuarios ofreciendo los servicios de salud con calidad; garantizando el trato humanizado y la seguridad del paciente, respondiendo con innovación, oportunidad y el mejoramiento continuo de los procesos que permitan la consecución de los objetivos de la institución y el cumplimiento de las expectativas del usuario (Unidad Clínica la Magdalena, 2022).

3. Diseño Metodológico

3.1 Tipificación de la investigación

La presente investigación es de carácter cuantitativo, dado que la recolección de datos se realiza a través de la medición numérica, frecuencias y su análisis estadístico. En este presente documento se evidencia su ámbito cuantitativo través del formato diseñado para la caracterización de la población, y del instrumento de evaluación denominado "Percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería" (PCHE). De igual manera, esta monografía es de carácter descriptivo, puesto que busca describir una situación o evento para medir y conocer las propiedades de determinada población (Hernández-Sampieri et ál, 1997), como en este caso, que se estudia la percepción de la atención por parte del paciente hospitalizado para poder analizar y generar un plan de mejoramiento.

3.2 Diseño de la investigación

El diseño de la investigación es no experimental, pues tal como lo define Hernández-Sampieri (2003), no se realiza una manipulación intencional de variables, sino que sólo se busca observar la dinámica de determinado evento o fenómeno para llevar a cabo un análisis de sus resultados, lo que en este caso significa únicamente medir la percepción de la calidad de atención sin manipularla o aplicar alguna intervención en los pacientes o el personal de enfermería. De igual manera, su corte es de tipo transversal, ya que se realiza la medición en un único momento y no con recolección de información a través del tiempo (Hernández-Sampieri, 2003).

3.3 Metodología

En la tabla 1, se describen las etapas a desarrollar para cumplir el objetivo general a través de los objetivos específicos planteados.

Tabla 1. *Metodología de la investigación*

Metodología de la investigación			
Objetivos Específicos	Procedimientos	Instrumentos	Recolección de datos
Caracterizar clínica y sociodemográficamente los pacientes hospitalizados en la UCM, durante los meses de abril y mayo de 2022.	Diseñar un formato donde se indague por las condiciones clínicas y sociodemográficas del paciente	Encuesta	Cuantitativa
Diagnosticar la percepción de la calidad de atención de los pacientes hospitalizados de la UCM, durante los meses de abril y mayo de 2022	Aplicar el instrumento “percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería” (PCHE). Condensar, tabular y analizar los datos recolectados.	Cuestionario	Cuantitativa
Construir las acciones de mejoramiento de las actividades y procedimientos del área de hospitalización.	Diseñar el plan de mejoramiento según los datos recolectados	Guía para la elaboración de un plan de mejoramiento	Cualitativa

En primera medida, se realizó la caracterización de la población, en donde se diseñó y aplicó un formato que recolecta información sobre la patología, tiempo de estancia, datos personales y factores sociales del paciente hospitalizado. Seguido a esto, se llevó a cabo la aplicación a la muestra de pacientes hospitalizados seleccionados del instrumento “percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería” (PCHE), su tabulación y análisis estadístico. Finalmente, se realiza el diseño del plan de mejoramiento según los datos recolectados,

con base en indicadores, estándares, oportunidades de mejora y acciones de mejoramiento.

3.4 Operacionalización de variables

Esta sección presenta las categorías para la validez de constructo del instrumento “percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería” (PCHE) (ver apéndice A).

Tabla 2. *Operacionalización de variables*

Operacionalización de variables		
Categorías	Definición	Ítems Relacionados
Cualidades del hacer de enfermería	Se refiere a las cualidades y valores que caracterizan al personal de enfermería que brinda cuidado. En esta categoría se destacan aspectos como facilitar que el paciente experimente sensaciones de bienestar y confianza, logrando que perciba un vínculo respetuoso en la relación enfermero(a)- paciente.	○ Ítem 1: Le hacen sentirse como una persona ○ Ítem 2: Le tratan con amabilidad ○ Ítem 6: Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted ○ Ítem 7: Le hacen sentirse tranquilo(a), cuando están con usted ○ Ítem 8: Le generan confianza cuando lo(a) cuidan ○ Ítem 15: Le explican los cuidados usando un tono de voz adecuado ○ Ítem 17: Le demuestran respeto por sus creencias y valores.
Apertura a la comunicación enfermero(a)-paciente	Esta categoría se refiere a la apertura por parte de quien brinda el cuidado (enfermero(a)) a un proceso dinámico, fundamental para el crecimiento, el cambio y la conducta, que permitan la interacción con el sujeto de cuidado (paciente) a través de habilidades comunicativas que posibilitan la transmisión de una realidad y la interacción con la misma. Esta apertura se orienta a la escucha activa, al diálogo, a la presencia y la comprensión de quien es cuidado.	○ Ítem 4: Le miran a los ojos, cuando le hablan ○ Ítem 5: Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes ○ Ítem 9: Le facilitan el diálogo ○ Ítem 10: Le explican previamente los procedimientos

Operacionalización de variables

Categorías	Definición	Ítems Relacionados
		○ Ítem 11: Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas ○ Ítem 12: Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos ○ Ítem 14: Le dan indicaciones sobre su atención cuando usted lo requiere o según su situación de salud ○ Ítem 19: Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud.
Disposición para la atención	Se refiere a la disposición que surge de ser solicitado por el sujeto de cuidado, que no se limita a un acto de observar sino que requiere en una inmersión en su realidad para descubrir sus necesidades y fortalecer el vínculo que los une en el cuidado.	○ Ítem 3: Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización ○ Ítem 13: Le dedican el tiempo requerido para su atención ○ Ítem 16: Le llaman por su nombre ○ Ítem 18: Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal) ○ Ítem 20: Le manifiestan que están pendientes de usted ○ Ítem 21: Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y el tratamiento ○ Ítem 22: Responden oportunamente a su llamado ○ Ítem 23: Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual

Operacionalización de variables		
Categorías	Definición	Ítems Relacionados
		○ Ítem 24: Le escuchan atentamente ○ Ítem 25: Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo ○ Ítem 26: Le brindan un cuidado cálido y delicado ○ Ítem 27: Le ayudan a manejar el dolor físico ○ Ítem 28: Le demuestran que son responsables con su atención ○ Ítem 29: Le respetan sus decisiones ○ Ítem 30: Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar ○ Ítem 31: Le respetan su intimidad ○ Ítem 32: Le administran a tiempo los medicamentos ordenados por el médico

3.5 Instrumentos de recolección de información

En primera medida, se diseñó un formato en Google Forms para la recolección de la información clínica y sociodemográfica del paciente, donde se indagaba por condiciones clínicas como patología, días de estancia y especialidad por la que se encontraba siendo valorado. En cuanto a la información sociodemográfica, se tuvo en cuenta la edad, sexo, estado civil, número de hijos, lugar de residencia, estado laboral, nivel educativo, estrato socioeconómico y tipo de afiliación a seguridad social en salud.

A continuación, para medir la percepción de la calidad de atención del cuidado por parte de enfermería, se transcribió el instrumento “percepción de comportamientos de cuidado humanizado de enfermería” (PCHE), en Google Forms, el cual consta de 32 ítems que se organizan en tres categorías: Cualidades del hacer de enfermería, que consta de 7 ítems; apertura a la

comunicación enfermero – paciente, con 8 ítems; y disposición para la atención, compuesta por 17 ítems. El tipo de respuesta es de escala Likert, generando las opciones de: Siempre, casi siempre, algunas veces y nunca. Para su interpretación, se estableció un valor de 1 para nunca y de 4 para siempre, no existen preguntas inversas, por lo que entre mayor sea el puntaje, más favorable es la percepción del paciente. En la tabla 3 se clasifican las respuestas totales en cuatro rangos.

Tabla 3. Rangos totales interpretación instrumento PCHE

Rangos totales interpretación instrumento PCHE	
Tipo de respuesta	Rango
Siempre	128-121
Casi siempre	120-112
Algunas veces	111-96
Nunca	95-32

Igualmente, mediante categorías se puede hacer en análisis para conocer el desempeño en cada una.

En “Cualidades del hacer de enfermería”, se identifican 7 preguntas, por lo que el rango de valores de respuesta se ubica de 7 – 28, y en la tabla 4 se muestra su división.

Tabla 4. Rangos cualidades del hacer de enfermería

Rangos cualidades del hacer de enfermería	
Tipo de respuesta	Rango
Siempre	28-27
Casi siempre	26-25
Algunas veces	24-20
Nunca	19-7

La categoría “apertura a la comunicación enfermera(o) - paciente” está compuesta por 8 ítems y sus valores de respuesta oscilan 8-32. La tabla 5 evidencia sus rangos.

Tabla 5. Rangos apertura a la comunicación enfermero(a)- paciente

Rangos apertura a la comunicación enfermero(a)- paciente	
Tipo de respuesta	Rango
Siempre	32-30
Casi siempre	29-27
Algunas veces	26-21
Nunca	20-8

En la tercera categoría titulada “disposición para la atención” se relacionan 17 ítems, generándose un rango de 17 – 68. La tabla 6 presenta su interpretación.

Tabla 6. Rangos disposición para la atención

Rangos disposición para la atención	
Tipo de respuesta	Rango
Siempre	68-65
Casi siempre	64-59
Algunas veces	58-50
Nunca	49-17

3.6 Análisis y procesamiento de datos

El análisis de datos se realizó mediante las hojas de cálculo y el sistema de análisis generado por Google Forms, haciendo uso de la estadística descriptiva, donde se analizaron frecuencias y porcentajes de los datos clínicos y sociodemográficos; y en el instrumento por categorías y valor total. A partir de eso se generaron gráficos circulares que permitiesen con mayor facilidad la interpretación de la información.

3.7 Población y Muestra

3.7.1 Caracterización de la población

La población objeto de estudio son los pacientes del quinto piso de hospitalización de la Unidad Clínica la Magdalena, Barrancabermeja. Dentro de los criterios de inclusión están:

- Pacientes con mínimo una noche de estadía en hospitalización
- Personas mayores de edad
- Pacientes sin alteración de conciencia, sin discapacidad cognitiva o sin efectos de algún medicamento
- Usuarios que acepten voluntariamente participar en el estudio

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no hayan cumplido una noche de estadía en hospitalización.
- Personas menores de edad
- Pacientes con alteración de conciencia, discapacidad cognitiva o bajo el efecto de algún medicamento
- Usuarios que voluntariamente decidan no participar en el estudio
- Pacientes a quienes su estado o condición de salud física o mental les impide el entendimiento de las preguntas

3.7.2 Muestra

El quinto piso de hospitalización de la UCM está habilitado con 17 camas para la atención de pacientes, por lo que en total por día se atenderían 17 pacientes hospitalizados, es decir, 510 pacientes por mes, si la ocupación de la clínica siempre fuese el 100% y durando un solo día de estancia. No obstante, no todos los días hay pacientes nuevos, puesto que hay varios de ellos que pueden durar hasta 20 días de estadía por su condición médica, ni todos los días hay ocupación total de camas. Con base en la estadística otorgada por la institución, se conoció que durante el mes de enero se recibieron 440 pacientes, en febrero fueron 298 pacientes, y en marzo 216 pacientes. Dada esta información, se promediaron los anteriores datos, generando un valor de 318 pacientes por mes. Como se evaluó tanto abril como mayo, se consideraron 636 pacientes la población total de la presente investigación.

El método de selección utilizado para designar la muestra fue muestreo aleatorio simple probabilístico, dado que los participantes fueron seleccionados al azar, sin ninguna conveniencia más de allá del cumplimiento de los criterios de inclusión y exclusión. El cálculo de la muestra fue

llevado a cabo mediante la siguiente fórmula, con un 95% de nivel de confianza y un 5% de margen de error. Como resultado, la muestra quedó asignada con 240 pacientes.

$$n = \frac{z^2(p \cdot q)}{e^2 + (z^2(p \cdot q))}$$

N

En donde:

n: Tamaño de la muestra

z: Nivel de confianza deseado (1.96)

p: Proporción de población con la característica deseada

q: Proporción de la población sin la característica deseada

e: Nivel de error dispuesto a cometer

N: Tamaño de la muestra

4. Resultados

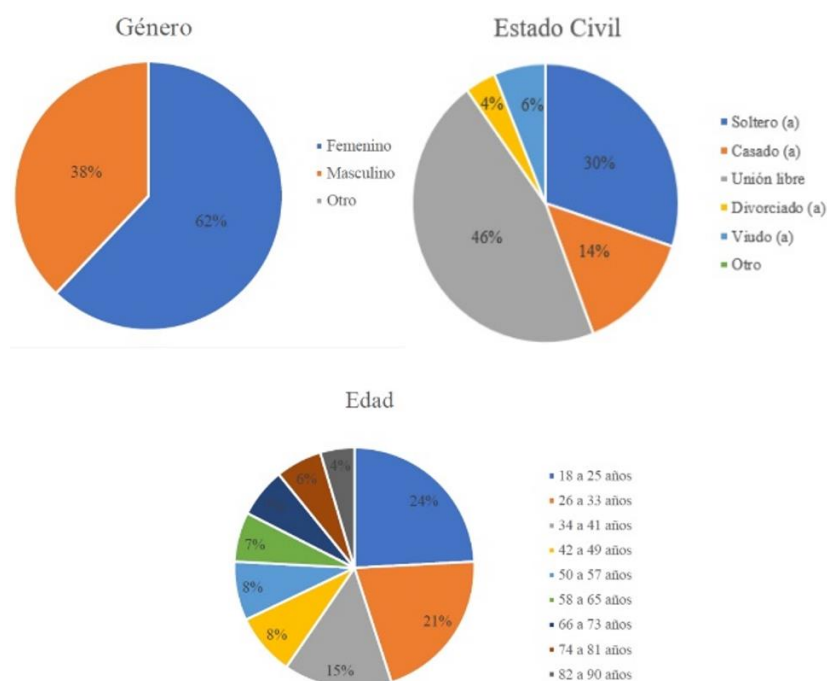
A continuación, se presentan los resultados obtenidos en cada uno de los objetivos específicos planteados para esta investigación. En la primera parte, se exponen las características clínicas y sociodemográficas de los usuarios hospitalizados; en segunda medida, se exhiben los resultados del diagnóstico de la calidad de atención percibida por los pacientes; y finalmente, se plantean las acciones de mejoramiento para el servicio de hospitalización.

4.1. Caracterización clínica y sociodemográfica de los pacientes hospitalizados

A continuación, en la figura 3, 4 y 5 se presentan las características sociodemográficas (género, estado civil, edad, número de hijos, lugar de residencia, nivel académico, estado laboral,

estrato socioeconómico y afiliación al sistema de seguridad social) encontradas en los 240 participantes del estudio, y en la figura 6 se exponen las características clínicas (patología, patología por la que se encuentra siendo atendido, días de estadía). No se tuvo ninguna dificultad con la aplicación de la encuesta ni con el instrumento, por lo que se pudieron obtener los resultados de todos los pacientes proyectados en la muestra. Igualmente, quienes participaron, demostraron voluntad por querer responder las preguntas.

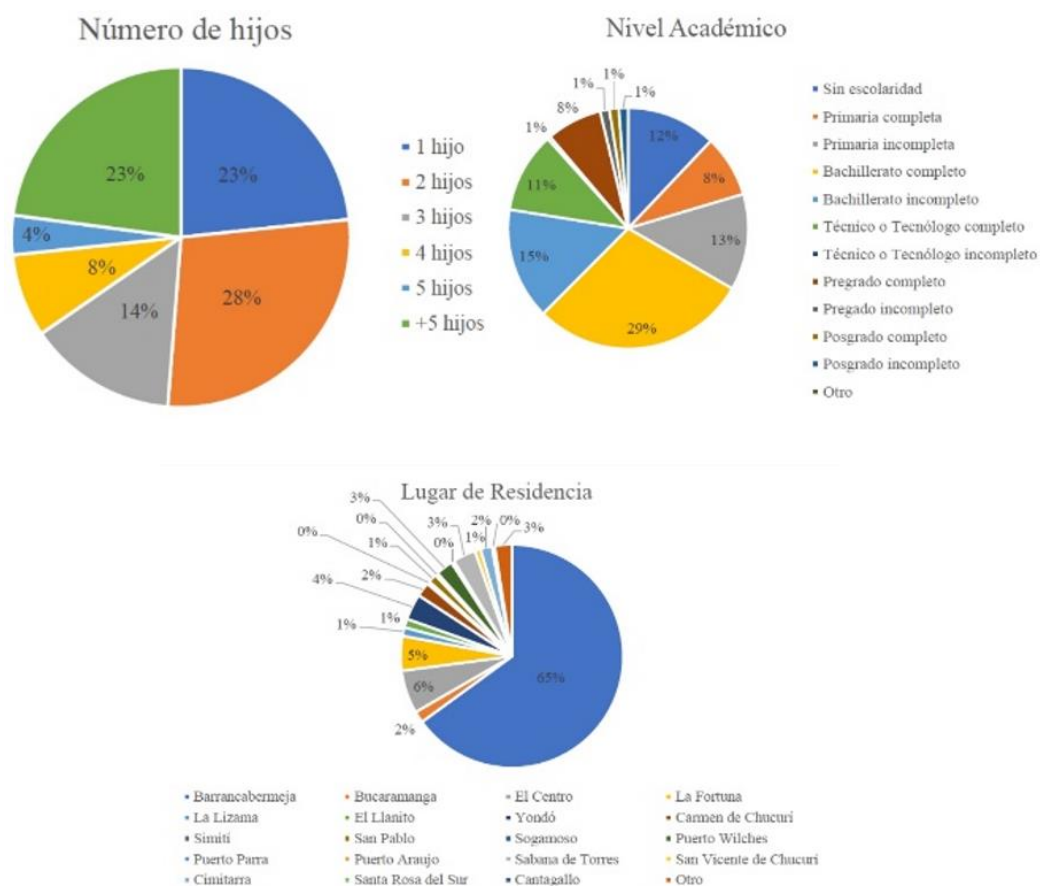
Figura 3. Características sociodemográficas: Género, estado civil y edad



Al hablar del género, se evidencia mayor presencia de mujeres hospitalizadas que hombres, lo cual concuerda con los datos presentados en la figura 6, donde la patología de mayor prevalencia es obstetricia, y la especialidad que más pacientes tenía para valoración era ginecología, ya que suelen presentarse varios casos a diario de mujeres con complicaciones en estado de embarazo o preparadas para dar a luz. Llama la atención que pocas personas de la población tienen un

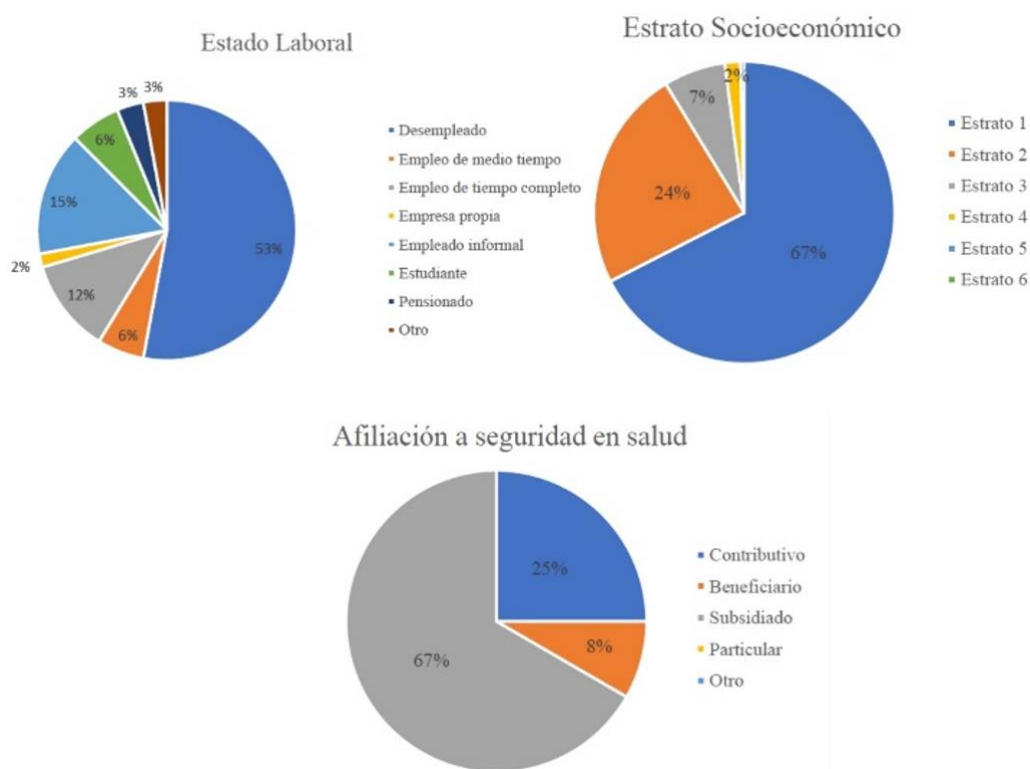
compromiso legal o religioso en cuanto a su relación de pareja, puesto que el 30% se encuentra soltero, el 46% en unión libre, y solamente un 14% se encuentra casado. En adición, al observar la edad, un 60% de la muestra es menor a los 41 años, lo cual indica que se encuentran aún en edad fértil para tener hijos. Asimismo, una persona se considera adulto mayor cuando se encuentra por encima de los 60 años, evidenciándose en este caso que sólo el 24% de los pacientes se ubican en esta etapa. Lo anterior significa que, en esta muestra, la población adulto medio tiende a tener mayor presencia de enfermedad que la población adulto mayor.

Figura 4. Características sociodemográficas: Número de hijos, lugar de residencia y nivel académico



De igual manera, se expone que la mayoría de la población que tuvo los servicios de hospitalización con la Clínica la Magdalena corresponde a personas que viven en Barrancabermeja, puesto que un 65% de los usuarios residen en esta ciudad. No obstante, debe destacarse que el 35% de la población proviene de áreas rurales y distantes del sector urbano, por lo que en múltiples ocasiones tienen más necesidades sociales que las personas residentes en la ciudad. Además, en cuanto al número de hijos, se obtuvo que la mayoría de las familias está compuesta por dos hijos; sin embargo, se analiza que las familias suelen tender hacia los extremos, ya que se constituyen con un único hijo, o numerosas con más de 5 hijos. Al adentrarse al nivel educativo, el 43% de los pacientes no ha tenido la oportunidad de tener un bachillerato completo, y un 29% logró llegar a ser bachiller. El porcentaje de personas universitarias y con posgrados es bajo, donde sólo un 8% logró la formación completa de pregrado, y un 2% tiene un título de posgrado. Estos datos de nivel académico son muy acordes a los hallazgos representados en la figura 5, en cuanto al estado laboral y estrato socioeconómico.

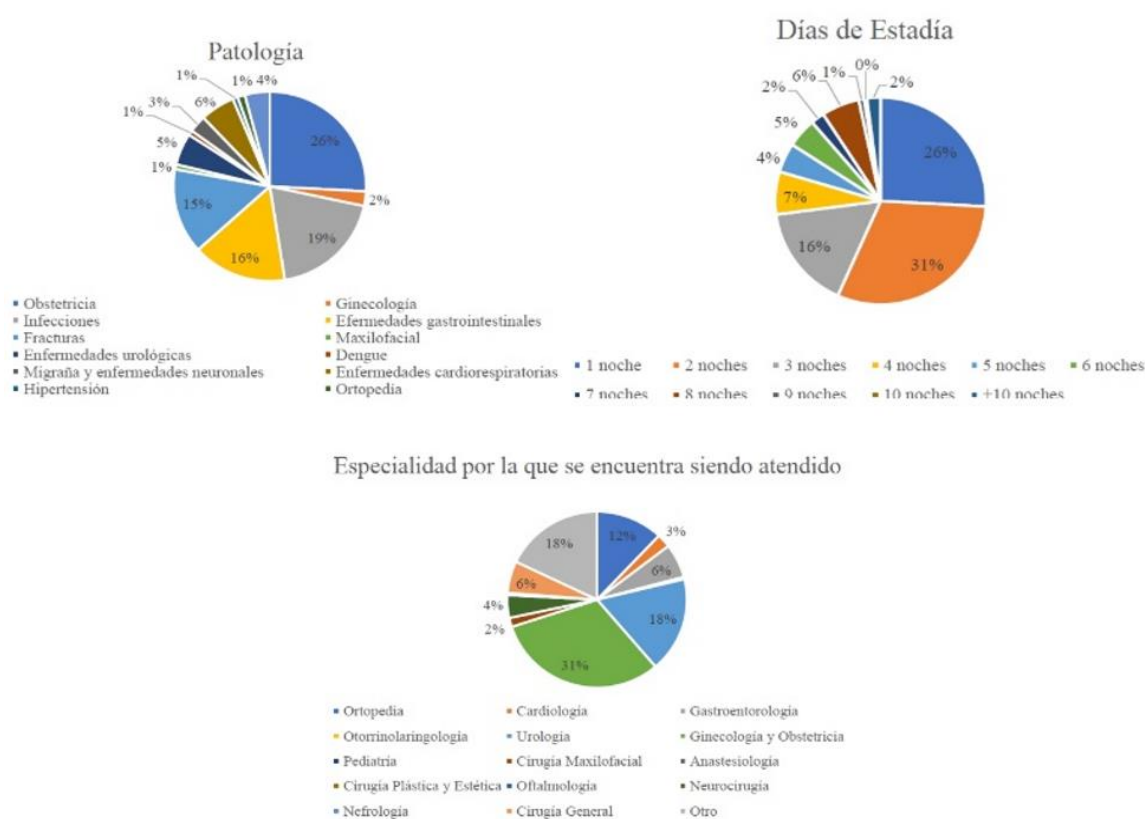
Figura 5. Características sociodemográficas: Estado laboral, estrato socioeconómico y afiliación a seguridad en salud



A la hora de hablar de estado laboral, en la figura 5 se evidencia que el 68% de las personas (53% desempleado y 15% empleado informal) no posee un trabajo fijo ni formal, y sólo un 20% tiene esa estabilidad laboral. Lo anterior concuerda con la afiliación a la seguridad en salud, pues el 67% está vinculado de manera subsidiada, lo cual significa que no contribuyen económicamente al sistema, ya que únicamente aportan las personas que trabajan formalmente en una empresa, son independientes o ya se encuentran pensionados. En adición, la anterior información se vincula con el estrato socioeconómico, ya que la mayoría de las personas que pertenecen al estrato 1 y estrato 2, no tienen la posibilidad de beneficiarse de muchos empleos formales ni reciben altos ingresos económicos. Según los resultados expuestos en la figura 5, no hubo ninguna persona hospitalizada que perteneciese al estrato socioeconómico 5 ni 6, pero si se demostró que un 91% de los pacientes

se ubican en el estrato 1 y 2. Cabe resaltar que la Unidad Clínica la Magdalena mantiene contratos con Entidades Prestadoras de Salud para régimen contributivo y subsidiado, pero predominan las negociaciones para la atención del subsidiado.

Figura 6. Características clínicas: Patología, especialidad por la que se encuentra siendo atendido y días de estadía



Al adentrarse a las características clínicas, en la figura 6 se evidencia que las enfermedades con mayor presencia en la población son las ginecológicas y obstétricas (28%), dato que concuerda con la información sociodemográfica en cuanto al género. Asimismo, prevalecieron las enfermedades de infecciones (19%), gastrointestinales (16%) y fracturas y ortopedia (16%), mientras que pocas personas presentaron patologías maxilofaciales, dengue y enfermedades

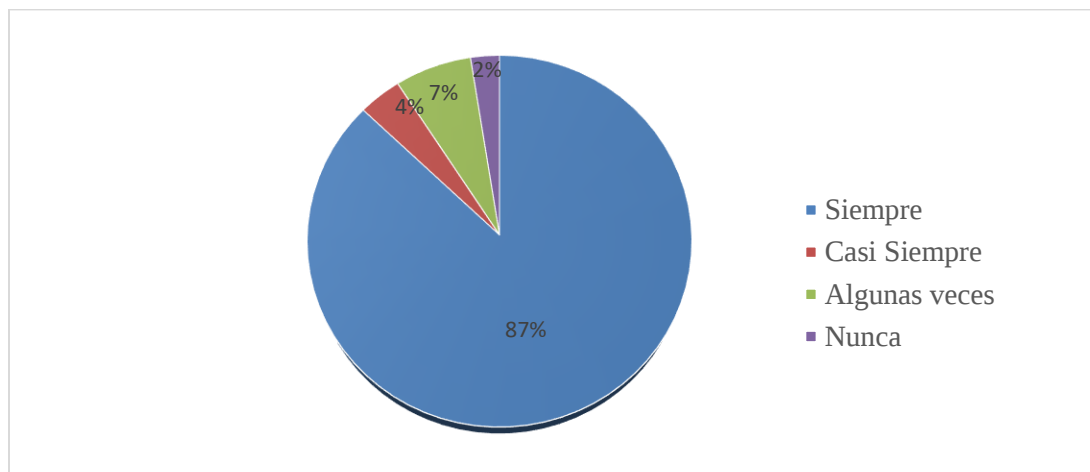
neurológicas. Lo anterior concuerda con la solicitud de valoración por especialistas, donde los más solicitados son los ginecólogos (31%), gastroenterólogos (18%), nefrólogos (18%) y ortopedistas (12%). Frente a sus días de estancia, se identifica que no son extensos, puesto que un 73% de los pacientes duró tres días hospitalizado, lo cual indica que hay rotación de camas. Esto se asocia con la alta presencia de mujeres en estado de embarazo, puesto que después de una intervención, no suelen demorarse mucho tiempo en la clínica, a menos que presenten una complicación severa que requiera seguimiento.

4.2. Diagnóstico de la percepción de la calidad de atención de los pacientes hospitalizados de la UCM

En este apartado se presentan los resultados generales y por categorías obtenidos en la aplicación del instrumento PCHE a 240 pacientes que estuvieron hospitalizados durante el mes de abril y mayo de 2022. Los resultados se generaron mediante la frecuencia de respuestas dadas por los usuarios en las opciones del instrumento: siempre, casi siempre, algunas veces y nunca, y son expresados a través de porcentajes y la media obtenida.

4.2.1. Resultados de la categoría cualidades del hacer de enfermería

La categoría *cualidades del hacer de enfermería* involucra que el personal mantenga empatía y escucha activa, administre el medicamento a tiempo, dé respuesta oportuna al ser llamado, valide las emociones y sepa dar apoyo en caso de ser necesario, entre otros.

Figura 7. *Percepción categoría cualidades del hacer de enfermería***Tabla 7.** *Percepción categoría cualidades del hacer de enfermería*

Percepción categoría cualidades del hacer de enfermería			
Tipo de respuesta	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	28 – 27	209	87%
Casi Siempre	26 – 25	9	4%
Algunas veces	24 - 20	16	7%
Nunca	19 - 7	6	2%
Total		240	100%
Media		27,170	

La figura 7 refleja que el 87% de los pacientes siempre percibieron que el personal contaba con las cualidades del hacer de enfermería mencionadas anteriormente; no obstante, un 2% de pacientes nunca recibió esas cualidades, y tuvieron total insatisfacción con el servicio. La tabla 7 exhibe que la media en esta categoría fue de 27,10, la cual se ubica en la opción de respuesta “siempre”, señalando que, en términos generales, los pacientes se sintieron complacidos con las cualidades del hacer del personal de la Clínica.

4.2.2. Resultados de la categoría apertura a la comunicación enfermero(a)- paciente

La categoría *apertura a la comunicación enfermero(a)- paciente* propone la presencia de una comunicación fluida, personal y atenta entre el personal de enfermería y el paciente. Dentro del contenido de las conversaciones debe haber educación al paciente sobre estrategias para mantener su salud, debe expresarse el tratamiento y sus motivos, darse respuesta a las necesidades físicas y verbales, entre otros.

Figura 8. Percepción categoría apertura a la comunicación enfermero(a)- paciente

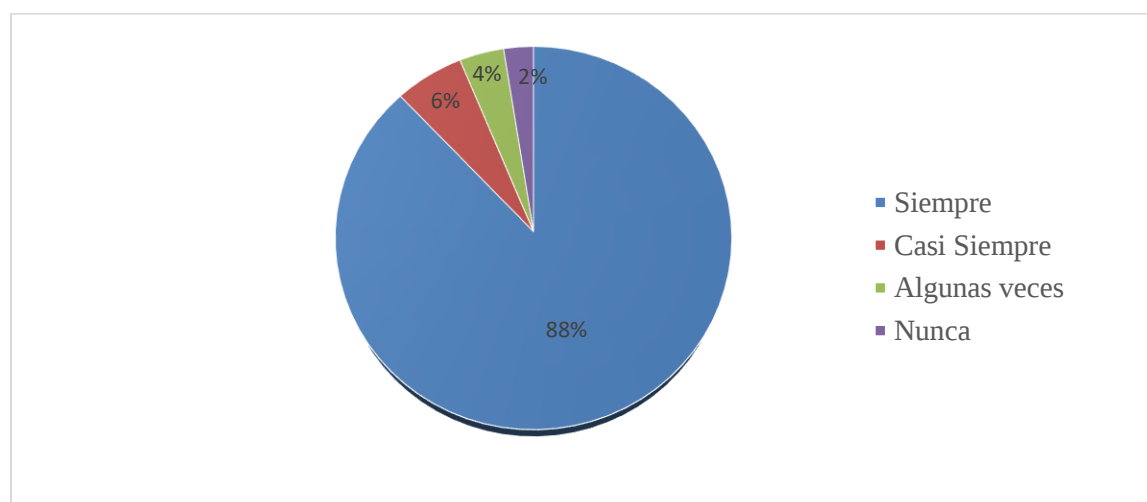


Tabla 8. Percepción categoría apertura a la comunicación enfermero(a)- paciente

Percepción categoría apertura a la comunicación enfermero(a)- paciente			
Tipo de respuesta	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	32 – 30	211	88%
Casi Siempre	29 – 27	14	6%
Algunas veces	26 - 21	9	4%
Nunca	20 - 8	6	2%
Total		240	100%
Media		30,925	

La figura 8 demuestra que el 88% de los pacientes que estuvieron hospitalizados respondieron “siempre”, por lo que la comunicación del personal con ellos estuvo totalmente presente y adecuada durante su estancia. Por otro lado, sólo un 2% sintió que nunca hubo comunicación ni intención de ella por parte de enfermería. Igualmente, un 4% percibió que algunas veces se daba y otras no, lo cual indica que, se pueden hacer esfuerzos por mejorar en esta categoría. La tabla 8 manifiesta que la media es de 30,925, equivaliendo a “siempre”, lo que significa que, en términos generales, los pacientes consideraron que hay apertura, disposición y entendimiento por parte de los profesionales en enfermería por entablar una conversación adecuada con ellos.

4.2.3. Resultados de la categoría disposición para la atención

La categoría disposición para la atención hace referencia a la participación que tiene el personal de enfermería con el paciente, en donde debe prevalecer el respeto por su dignidad, creencias y valores, además de enlazarse a la experiencia del usuario en cuanto a sus necesidades.

Figura 9. *Percepción categoría disposición para la atención*

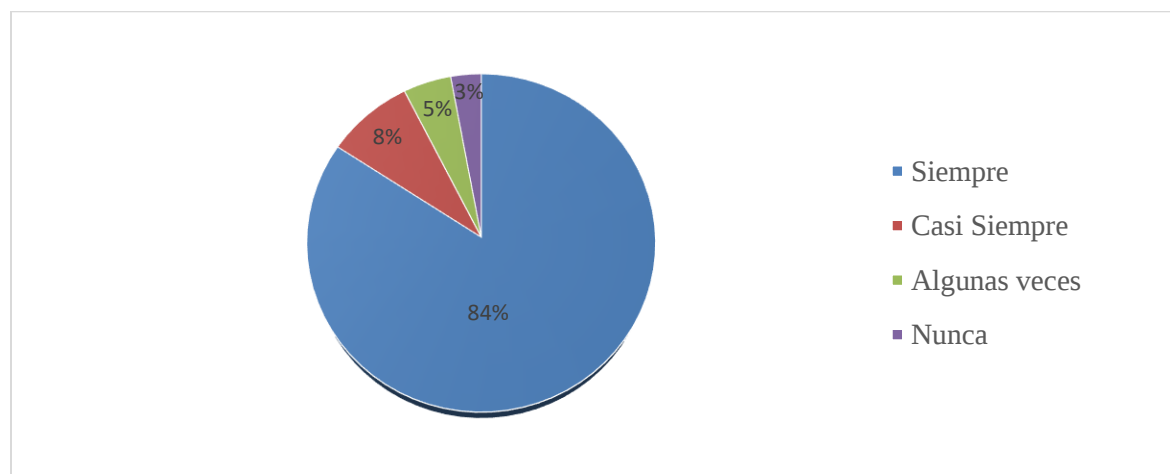


Tabla 9. *Percepción categoría disposición para la atención*

Percepción categoría disposición para la atención			
Tipo de respuesta	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	68 – 65	202	84%
Casi Siempre	64 – 59	20	8%
Algunas veces	58 - 50	11	5%
Nunca	49 - 17	7	3%
Total		240	100%
Media		65,679	

En la figura 9 se demuestra que los resultados en esta categoría fueron satisfactorios, pues el 84% de los pacientes siempre percibieron que hubo disposición para atenderlos. En cuanto a la inexistencia de disposición, se encontró que 7 personas, lo cual equivale al 3% estuvo con total inconformidad con el personal de enfermería en esta categoría. La media que se observa en la tabla 9 es de 65,679, ubicándose en la categoría “siempre”, lo cual indica, al igual que las dos categorías ya presentadas, que, en términos generales, el paciente sí encontró disposición por parte del personal para prestar una atención adecuada.

4.2.4. Resultados de la percepción general de los comportamientos del cuidado humanizado de enfermería.

Figura 10. Percepción general del cuidado humanizado

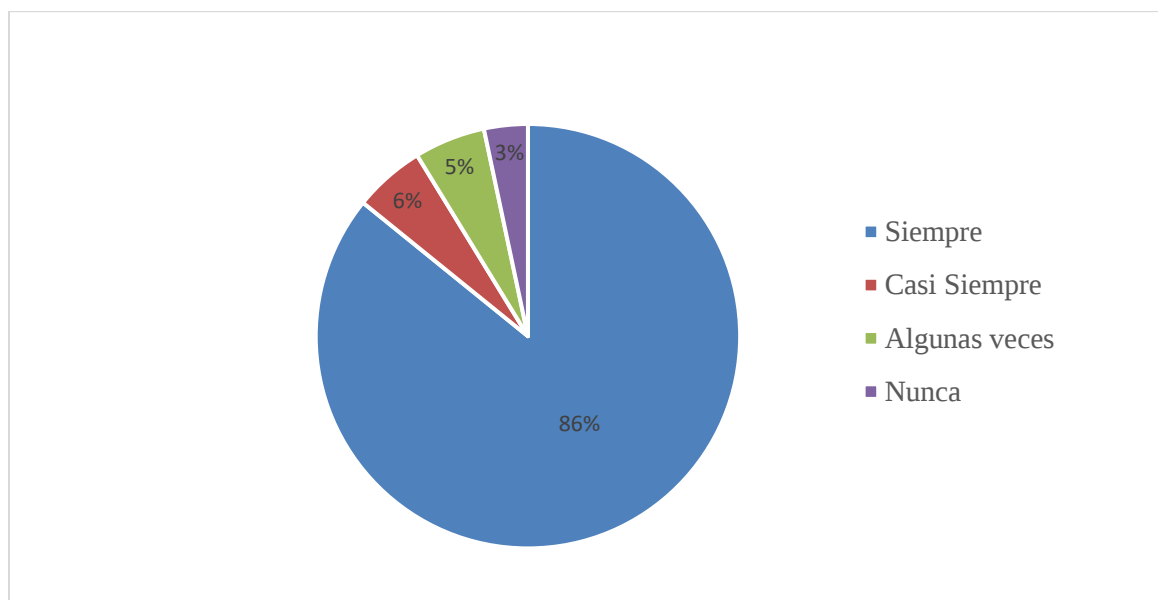


Tabla 10. Percepción general del cuidado humanizado

Percepción general del cuidado humanizado			
Tipo de respuesta	Rango	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	128 - 121	206	86%
Casi Siempre	120 - 112	13	6%
Algunas veces	111 - 96	13	5%
Nunca	95 - 32	8	3%
Total		240	100%
Media		123,775	

En la figura 10 se evidencia que la opción de respuesta con mayor frecuencia de selección fue “siempre”, con un 86% de satisfacción con la atención brindada, y únicamente un 3% de los pacientes consideró que la calidad de atención prestada era baja. En la tabla 10 se observa que la media de la percepción general es de 123,77, que, según el rango estipulado, se encuentra en el

tipo de respuesta “siempre”, lo que da a entender que los 240 pacientes hospitalizados percibieron durante su estancia una buena calidad de atención por parte de enfermería. De manera verbal, los usuarios manifestaron agradecimiento y gusto por el trato de personal de enfermería; por otro lado, las 8 personas que tuvieron total desagrado comentaron que no les prestaban atención a sus necesidades o se demoraban en dar respuesta.

Al analizar la totalidad de los resultados, es posible mencionar de manera general, que la satisfacción del usuario hospitalizado es positiva, puesto que, tanto en las categorías como en forma general, los puntajes se ubicaron en la opción de respuesta “siempre”. Hubo algunas personas situadas en las opciones “casi siempre” y “algunas veces”, pero su frecuencia fue poca en comparación a las opciones de las puntas. Igualmente, hay que tener en cuenta que, aunque su cantidad fue baja, existieron personas totalmente insatisfechas con el servicio prestado. Lo anterior permite plantear que aún hay trabajo por realizar, ya que el objetivo es lograr en la medida de lo posible, que las personas no valoren el servicio como “nunca” o “algunas veces”, es decir, con mayormente desagrado, sino que tiendan a elevar su satisfacción, llegando a ser “siempre” en todas las categorías.

4.3. Acciones e indicadores de mejoramiento de los procedimientos y actividades del área de hospitalización

Tras haber analizado los resultados del instrumento PCHE, se evidenció que, de manera general, la percepción de la calidad de atención brindada por parte del personal de enfermería es satisfactoria para los pacientes hospitalizados; no obstante, hubo una porción de la muestra que se expuso inconforme con el servicio prestado durante su estadía. Ante estos datos, se plantea la necesidad de llevar a cabo acciones de sostenimiento, que permitan que la calidad ya percibida

perdure con futuros pacientes, pero también acciones de mejoramiento con sus respectivos indicadores, que sirvan para medir los cambios y hacer seguimiento a los progresos que presente el personal a través de las estrategias planteadas.

Con base en lo anterior, se genera el formato de plan de mejoramiento para el servicio de hospitalización de la UCM (apéndice B), tomando como guía el Manual para la Elaboración de Planes de Mejoramiento en Acreditación creado por el Ministerio de la Protección Social (Ministerio de la Protección Social Colombia, s.f.). De este documento se extraen los apartados que se consideran relevantes para el plan de mejoramiento de la presente investigación, dividiéndose en las siguientes secciones:

- Calidad esperada: Calidad como se espera se realicen los procesos y se cumplan las necesidades y expectativas de los pacientes.
- Acción de mejoramiento: Acción de mejora puntual que permitirá el alcance de la calidad esperada.
- Criterios de priorización: Las acciones de mejoramiento se deben priorizar con base en tres criterios: “Riesgo: Riesgo al que se expone el usuario y/o la institución, y/o los clientes internos si no se lleva a cabo el mejoramiento; Costo: Posible impacto económico de no realizar el mejoramiento; Volumen: Alcance del mejoramiento o cobertura (Beneficio)” (Ministerio de la Protección Social Colombia, s.f.). La figura 11 expone la calificación de cada criterio, y para el cálculo total, se multiplican los tres resultados obtenidos. El máximo puntaje es de 125 puntos, en donde se deben priorizar las acciones de mejoramiento que tengan mayor alta calificación. Asimismo, se consideran relevantes de atención aquellas acciones con puntuaciones mayores a 70 puntos.

Figura 11. Puntajes de criterios de priorización

Criterios de Priorización		
Riesgo	Costo	Volumen
• Califique como 1 o 2 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos no corren ningún riesgo o existe un riesgo leve si no se efectúa la acción de mejoramiento	• Califique como 1 o 2 si al no realizarse el mejoramiento no se afectan o se afectan levemente las finanzas y la imagen de la institución.	• Califique como 1 o 2 si la ejecución del mejoramiento no tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos o el impacto es leve
• Califique como 3 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo medio si no se efectúa la acción de mejoramiento	• Califique como 3 si al no realizarse el mejoramiento se afectan moderadamente las finanzas y la imagen de la institución.	• Califique como 3 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance medio en la institución o en los usuarios internos o externos.
• Califique como 4 o 5 cuando la institución, el usuario y/o los clientes internos corren un riesgo alto o se puede presentar un evento adverso o incidente si no se efectúa la acción de mejoramiento	• Califique como 4 o 5 si al no realizarse el mejoramiento se afectan notablemente las finanzas y la imagen de la institución.	• Califique como 4 o 5 si la ejecución de la acción de mejoramiento tendría una cobertura o alcance amplio en la institución o en los usuarios internos o externos.

Tomado de Ministerio de la Protección Social Colombia, s.f.

- Meta cuantificable: Objetivo medible que se espera alcanzar con la acción de mejoramiento.
- Indicador: Instrumento que mide el cumplimiento de la meta
- Responsable: Persona o departamento responsable de la ejecución de la acción de mejoramiento

Teniendo claro los componentes que conforman el formato de plan de mejoramiento, se formularon cinco acciones concretas de sostenimiento y mejoramiento para el área de hospitalización de la UCM:

- *Conocimiento integral (físico y psicológico) del paciente:*

Tener clara la información del paciente durante su estadía es vital para evitar errores de atención en los procedimientos y acciones médicas a realizar, además de conocer el estado emocional y psicológico que permitan generar una comunicación activa, vínculo empático y mejor manejo del paciente durante su estadía. Para lograr este objetivo, se plantea como acción de mejoramiento fortalecer la entrega de turno donde estén presentes los jefes y auxiliares de

enfermería que acaban su horario laboral y quienes comienzan su turno. En cuanto a los criterios de priorización, el puntaje total es de 125 puntos, donde el riesgo es de 5 puntos, puesto que, si no se realizan las rondas en cada entrega de turno, se aumenta la probabilidad de cometer errores severos que atenten a la salud física y mental del paciente; el costo es de 5 puntos puesto que la imagen de la institución en los medios de comunicación y en el voz a voz se ve altamente afectada cuando no hay conocimiento ni manejo adecuado de los pacientes, además que un error asistencial puede acarrear demandas de alto valor monetario; el volumen es de 5 puntos, ya que el beneficio para la institución y los pacientes sería altísimo, lográndose impactar otras áreas como la unidad de cuidados intensivos o sala de partos que pueden realizar las mismas acciones de fortalecimiento.

La meta cuantificable establecida es alcanzar que el 100% de los pacientes hospitalizados sean conocidos durante la ronda, y el indicador se calcula dividiendo el total de pacientes socializados en las rondas sobre el total de pacientes hospitalizados y multiplicándolo por 100. Los jefes de enfermería del área de hospitalización son las responsables de iniciar y finalizar las rondas de entrega de turno.

- *Garantía de la seguridad del paciente durante su estadía:*

Cuando no existe una escucha activa a las necesidades de los pacientes, ni hay claridad en la forma de actuar en determinadas situaciones, se presentan en mayor cantidad los eventos adversos, ya que prevalece la confusión, la apatía e indiferencia. Ante esto, se debe fomentar la presencia de la seguridad física y psicológica del paciente durante su estadía. Para esta meta, se proponen dos acciones de mejoramiento: Elaborar protocolos concretos sobre seguridad del paciente, y hacerles el debido seguimiento para conocer sus utilidades. Se considera con 125 puntos de priorización, porque un evento adverso es sinónimo de riesgo grave para la salud del paciente, además que el personal y la institución pueden verse inmersos en problemas legales

severos. Igualmente, si se mejora la seguridad del paciente, el impacto en la clínica es alto, ya que se pueden generar protocolos para otras áreas, además que el paciente cuando esté ubicado en cualquier otra área de la clínica sabrá que se tienen estipuladas acciones concretas para asegurar la calidad de su hospitalización.

Sus metas cuantificables son: varios protocolos generados y ausencia de eventos adversos. Como indicadores se estipulan: Número de protocolos generados y la división de los pacientes con eventos adversos sobre el total de pacientes hospitalizados, todo esto multiplicado por 100. La coordinadora general de enfermería y la jefe de seguridad del paciente con su equipo de trabajo son los responsables de crear estos documentos y hacer seguimiento a su efectividad.

- *Administración de medicamentos y ejecución de procedimientos a tiempo:*

Una de las mayores quejas que suelen presentarse por parte de los pacientes, es el incumplimiento en la administración de las dosis de medicamentos y la ejecución de los procedimientos (baño en cama, rotación del paciente, succiones, etc.) estipulados por el médico tratante. Lo anterior se debe a la falta de atención e indiferencia por parte del personal, quienes muchas veces se entretienen conversando entre ellos y observando el celular, olvidando preparar y suministrar a tiempo los medicamentos y procedimientos necesarios para la recuperación del paciente. Dada esta dificultad, se plantea como responsable a la jefe de enfermería de cada área de hospitalización para vigilar y controlar la aplicación de medicamentos y ejecución de procedimientos a cada paciente. Se valora con 125 puntos, ya que su incumplimiento afecta la salida del paciente de la institución, puesto que su salud física no mejora, además que la salud mental del paciente se puede ver afectada por la prolongación innecesaria de hospitalización, ya que pocas personas gustan de estar encerradas en una habitación y limitadas a la atención de unas personas desconocidas de su ambiente cercano.

Como meta cuantificable se busca que el 100% de los pacientes cuenten con la medicación y procedimientos completos en el día, y para su medición, se estipula como indicador la división de los pacientes con tratamiento completo sobre el total de pacientes hospitalizados, multiplicando este valor por 100.

- *Atención empática y activa con los pacientes:*

Se ha identificado que, a pesar de que el personal brinde la atención médica y asistencial adecuada al paciente, en algunas ocasiones se percibe poco interés de parte del jefe o auxiliar de enfermería por vincularse con el paciente, en conocer sus dificultades o emociones que lo invaden dada su enfermedad o condiciones sociales. Esto puede presentarse como motivo de la cantidad de pacientes que son atendidos diariamente, por lo que la monotonía y constante cambio produce una apatía a la vulnerabilidad del paciente. Como acción de mejoramiento a esta carencia de empatía, se plantea capacitar al personal en humanización en el servicio de salud, en donde se enseñan temáticas como comunicación asertiva, respeto a la dignidad humana, inteligencia emocional, intervención en crisis y manejo del duelo, entre otros. Su priorización se catalogó con 60 puntos, puesto que la vida del paciente no se encuentra en riesgo, pero el costo sí es considerable, ya que los pacientes en su egreso van a considerar la institución inhumana y harán sentir a su medio social este malestar. Igualmente, la capacitación del personal tendrá una cobertura amplia en la clínica, ya que el área de hospitalización abarca gran parte de los pacientes que son atendidos en la institución, además que muchas veces son rotados a otros servicios, por lo que, si llevan inmersa esta humanización en la atención, podrán motivar al resto de auxiliares y jefes de otras áreas a imitar sus conductas.

Para esta meta, se espera que, al dividir los pacientes satisfechos con el servicio humanizado sobre el total de pacientes hospitalizados, y esto multiplicado por 100%, todos los

usuarios se sientan satisfechos con la atención humanizada por parte del personal. El departamento de calidad y gestión humana son los encargados de organizar los horarios y contenidos de esta capacitación.

- *Apropiación idónea de las competencias técnicas y humanas necesarias para el cargo:*

Tener claridad sobre las funciones técnicas y habilidades blandas que se deben tener en el cargo de jefe y auxiliar de enfermería debe ser una de las acciones principales a realizar con el personal que ingrese a la institución, así como recordarle al antiguo, puesto que muchas veces desde el comienzo no se tiene claro el perfil de cargo, por lo que se generan confusiones o excusas para realizar correctamente sus acciones, o en otras ocasiones, se tienden a cambiar autónomamente a su beneficio. Como solución, se sugiere llevar a cabo la inducción y reinducción de los puestos de trabajo según el cargo, en donde se le comunique al personal los conocimientos para manejarse adecuadamente en la Clínica y se fortalezca la cultura organizacional de la empresa, cuyo enfoque es brindar atención de calidad a sus pacientes. Dentro de las acciones de mejoramiento planteadas, se consideró la de menor priorización, con un puntaje de 36 puntos, estipulando un riesgo de 3 puntos, puesto que, si no se lleva a cabo la inducción o reinducción, hay un entorpecimiento en las acciones de enfermería, pero, sin embargo, con la experiencia se va generando un aprendizaje, lo que no pone en alto riesgo a la institución o al paciente. Se consideró un costo de 3 puntos, puesto que no hay una alta afectación económica ni de la imagen, y un volumen de 4 puntos, porque esta acción se puede desde ya mismo amplificar a todo el personal de la institución, ya que no es una acción de mejoramiento exclusiva para determinado servicio, sino replicable y efectivo tanto en la parte asistencial como administrativa.

La meta cuantificable es asegurar que el 100% del personal reciba inducción y reinducción de su puesto de trabajo, y se va a medir a través de la división del personal de enfermería con

inducción y reinducción sobre el total de personal de enfermería, multiplicando ese resultado por 100. La jefe coordinadora de enfermería y la entidad encargada del talento humano son los encargados de ejecutar esta acción de mejora.

5. Conclusiones

En diversos estudios de carácter internacional (Bustamante, 2015; Álvarez et ál, 2012), se evidenciaron resultados concordantes con los del presente estudio, donde la percepción de la calidad de atención percibida por parte de los pacientes era satisfactoria en términos generales; no obstante, tal como en esta investigación, en ninguno de ellos se presentaba una total conformidad, evidenciándose aún falencias en el personal de enfermería que, según los autores, son viables de mejorar. Igualmente, a nivel nacional, los resultados de los artículos científicos llevados a cabo en la región Boyacense (Barragán et ál, 2013) y Costera (Borré & Vega, 2014) reflejan que, en esta región Santandereana, no hay amplias diferencias con ellos en cuanto a la atención por parte del personal, puesto que la satisfacción percibida es buena, pero siguen existiendo vacíos actitudinales por parte de enfermería.

Dentro de las principales quejas similares encontradas en estos estudios internacionales y nacionales con el presente trabajo está: la escasez de interés por parte del personal en el estado emocional y necesidades del paciente; la realización de procedimientos o aplicación de medicamentos de manera desorganizada y atentando contra la dignidad humana; y la falta de comunicación activa sobre el estado físico o las conductas médicas a seguir. Lo anterior podría ser una señal que, las dificultades que se observan para brindar una atención adecuada no dependen de la cultura ni del país procedente del personal de enfermería, sino de otros factores como la formación personal, la vocación, las experiencias personales, entre otros.

En los planes de mejoramiento empleados en otras investigaciones realizadas en otros países y ciudades de Colombia plantearon acciones de mejoramiento semejantes a las del presente documento, dado que la naturaleza del problema trasciende las fronteras. Se destaca en todos los estudios el interés por la seguridad del paciente y la prevención de ocurrencia de eventos adversos (Holguín, 2016), acción de mejoramiento que en el presente estudio se consideró de alta priorización por el alto beneficio que trae para la salud del paciente y el desempeño de la institución. Asimismo, en países como Ecuador, se consideró como oportunidad de mejora invertir en capacitaciones sobre valores y principios que formen integralmente al personal (Murrieta, 2019), análoga a la capacitación en humanización del servicio de salud que se estipula para el personal de la UCM. Ya a nivel nacional, hubo identificación de acciones de mejoramiento similares en diferentes instituciones de salud del país, como la ejecución entregas de turno y la constante inducción y reinducción del personal de enfermería donde también se abran espacios para que ellos manifiesten sus dudas y problemáticas (Campo et ál, 2018; Delgado & Jiménez, 2004).

En los hallazgos obtenidos en la caracterización sociodemográfica y clínica, se destaca que la población que es atendida en la UCM proviene en la mayoría de las ocasiones del régimen subsidiado, lo cual denota que su contexto social y su acceso al servicio de salud es limitado en comparación a quienes tienen mayor estabilidad económica, laboral y social. Un ejemplo de lo anterior son las mujeres embarazadas, quienes desconocen sobre temas de salud, y, por ende, no se realizan los chequeos en el tiempo adecuado, o ante una patología, suele complicarse al no saber cómo actuar frente a ella, y su estancia hospitalaria se incrementa al asistir ya con un diagnóstico tardío. Igualmente, se han observado las duras condiciones que presentan muchos de los pacientes, en donde el personal de enfermería posee capacidades limitadas, y debe acudir otro profesional en

el tema para poder gestionar la situación. Todas estas características sociodemográficas y clínicas de los pacientes que asisten a la UCM, generan que el personal de enfermería enfatice en la prestación de una atención integral, desde la realización adecuada de sus funciones asistenciales, así como la conexión con las personas que desconocen de medicina, del funcionamiento del sistema de salud o no cuentan con una red de apoyo protectora para su recuperación.

Frente a los resultados del instrumento PCHE, se concluye, en términos generales, que el personal de enfermería está presentando un servicio de atención con calidad. No obstante, como ya se ha mencionado varias veces, hubo algunas inconformidades evidenciadas, puesto que no hubo ninguna categoría del instrumento: Cualidades del hacer de enfermería, apertura a la comunicación enfermero(a)-paciente y disposición para la atención, que presentase total satisfacción por parte del paciente, lo que permite estipular la relevancia de generar nuevas estrategias de sostenimiento y mejoramiento. El plan de mejora que se estipuló recolectó acciones que involucren las tres categorías anteriores, ya que ellas son interdependientes, por lo que al mejorar una, las otras dos se verán beneficiadas. El conjunto de actividades a realizar involucra diferentes departamentos responsables, ya que requiere la presencia del ámbito técnico de enfermería, pero también la gestión humana y actitudinal. Igualmente, las acciones de mejoramiento se basan en diferentes instrumentos para su ejecución, como son protocolos, capacitaciones, inducciones, rondas de entrega de turnos, entre otros, lo que señala que hay diversidad para analizar aquellas que sean de mayor efectividad y adecuación al estilo del grupo de enfermería. Hay que destacar que el costo económico para la ejecución de este plan de mejoramiento no es alto para la institución, ya que no requiere compra de materiales ni equipos sofisticados, además que los responsables ya están vinculados a la empresa, por lo que no hay que acudir a personal externo. Aún mejor, se consideran eminentes los beneficios para la Clínica, en

cuanto a su reputación y ante alguna situación legal incómoda.

Factores como la rotación del personal, la aparición de enfermedades desconocidas, pacientes con situaciones contextuales diversas e inesperadas, entre otros, son motivos para que la UCM invierta con constancia en la realización de acciones de mejora de manera continua, no sólo como responsabilidad legal ante el Ministerio, sino desde la moralidad. Vale más pecar por exceso que por escasez.

6. Recomendaciones

- Fomentar a través de los profesionales en psicología y trabajo social la educación de los pacientes, de tal manera que se les enseñe sobre la promoción, prevención y el tratamiento de sus enfermedades, además de ayudarles en las problemáticas sociales y de salud mental mediante los recursos que estén al alcance.
- Replicar la aplicación del instrumento PCHE en otras áreas de la Clínica donde labora el personal de enfermería, como la unidad de cuidados intensivos, cirugía o urgencias, con el ánimo de conocer si los resultados son similares o hay condiciones y características de las áreas que afectan el desempeño de la atención con calidad.
- Ejecutar el plan de mejoramiento y realizarle seguimiento mediante las metas cuantificables y los indicadores para conocer su efectividad, o dado el caso, generarle modificaciones que permitan alcanzar la calidad esperada.
- Realizar grupos focales con otros profesionales como médicos generales o especialistas, fisioterapeutas, instrumentadores quirúrgicos, entre otros, para conocer su perspectiva frente al desempeño del personal de enfermería y ahondar en sus motivos.

- Fortalecer el departamento de calidad con mayor presencia de personal y que sea idóneo en el tema, para que se efectúen programas de mejoramiento de la calidad en general del área de hospitalización, en donde se involucre el ámbito teórico, pero también esencial ponerlo en práctica.

7. Referencias

- Álvarez, A., Olivares, C., Cadena, J., & Olvera, S. (2012). Satisfacción de los pacientes hospitalizados con la atención de enfermería. *Enf Neurol*, 11(12), 68-72, 2012.
- Álvarez, F. (2007). *Calidad y auditoría en salud*. Ecoe Ediciones.
- Araujo, J., & Cruz, C. (2016). Percepción de la calidad de atención de enfermería, área de pediatría, Hospital Básico Cayambe 2015 – 2016. Cayambe –ecuador”. [Trabajo de grado, Ciencias de la Salud]. Universidad Técnica Del Norte. Repositorio Institucional Universidad Técnica Del Norte. <http://repositorio.utn.edu.ec/bitstream/123456789/6211/1/06%20ENF%20732%20TRABAJO%20GRADO.pdf>
- Ariza, C., & Daza, R. (2005). Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado. *Actual. Enferm*, 8(3):8-14.
- Barragan, J., Pedraza, Y., & Rincón, M. (2013). Calidad percibida de la atención de enfermería por usuarios hospitalizados, Tunja, 2011. *Salud Pública*, 31(2): 187-193.
- Borré, Y., & Vega, Y. (2014). Calidad percibida de la atención de enfermería por pacientes hospitalizados. *Ciencia y enfermería*, 20(3), 81-94.
- Bustamante, E. (2015). *Percepción del paciente hospitalizado acerca de la calidad de atención de enfermería. Hospital José Soto Cadenillas Chota 2015*. [Trabajo de grado, Ciencias de la Salud]. Universidad Nacional de Cajamarca. Repositorio Universidad Nacional de Cajamarca. <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/937/tesis%20final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Calero, A., Espinoza, G., & Romero, G. (2018). *Plan de mejora continua de la calidad Hospital*

San Juan de Lurigancho.

https://www.hospitalsjl.gob.pe/ArchivosDescarga/Calidad/Concurso/PLAN_MEJORA.pdf

- Campo, M., Cerón, Y., & Rodríguez, E. (2018). *Adherencia al cumplimiento de las buenas prácticas de seguridad del paciente en el Hospital Local de Candelaria Valle – Colombia 2018*. [Trabajo de grado, Ciencias de la Salud]. Fundación Universitaria Del Área Andina. Repositorio Institucional Fundación Universitaria Del Área Andina. <https://digitk.areandina.edu.co/bitstream/handle/areandina/2143/ADHERENCIA%20AL%20CUMPLIMIENTO%20%20DE%20LAS%20BUENAS%20PR%26%3F81CTICAS%20%20DE%20SEGURIDAD%20DEL%20PACIENTE%20%20EN%20EL%20HOSPITAL%20LO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cespedes, M., & levano, E. (2020). *Percepción de la calidad del cuidado de enfermería y el nivel de satisfacción del usuario hospitalizado en el servicio de cirugía del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren – ESSALUD. CALLAO. 2020*. [Tesis de maestría, Ciencias de la Salud]. Universidad Nacional Del Callao. Repositorio Institucional Universidad Nacional Del Callao. <http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/5237/LEVANO%20FELIPA-CESPEDES%20AYALA%20FCS%202020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Delgado, J., & Jiménez, E. (2004). *Diagnóstico y fundamentos de una propuesta de mejoramiento de la calidad en el área de consulta externa de la división de salud del Magdalena Medio Ecopetrol Barrancabermeja*. [Trabajo de grado, ciencias de la salud]. Universidad Industrial de Santander. Repositorio Institucional Universidad Industrial de Santander.
- Donabedian, A. (2001). La calidad de la atención médica. *Rev. Calidad Asistencial*, 16, 29-38.

Dublas, G. (1998). *Tratado de Enfermería Práctica (4ª edición)*. Interamericana.

González, Y. (2013). Percepción del paciente sobre el cuidado recibido por las enfermeras de un hospital de segundo nivel de atención. *Revista Científica de Enfermería*, 13(8): 51-59.

Guerrero, R., Meneses, M., & De la Cruz, M. (2016). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima Callao, 2015. *Rev enferm Herediana*, 9(2):133-142.

Gutiérrez, R., & Ochoa, F. (2011). Calidad de la atención médica y seguridad del paciente; un compromiso impostergable. *GAMO*, 10(2): 59-60.

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (1997). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill.

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C., & Baptista-Lucio, P. (2003). *Metodología de la investigación*. Mc Graw Hill Interamericana.

Holguín, W. (2016). *Plan de mejora para la calidad de atención en el puesto de salud Motupillo, Ferreñafe– Lambayeque, 2016*. [Tesis de maestría, Ciencias de la Salud]. Universidad Señor de Sipán. Repositorio Institucional Universidad Señor de Sipán. [https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/4437/Quispe%20Holgu%
%adn%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/4437/Quispe%20Holgu%c3%adn%20.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Jiménez, E. (2008). *Diseño del programa de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención en salud de la unidad funcional de hospitalización, de La Policlínica Ismael Darío Rincón, en la regional de salud del Magdalena Medio de Ecopetrol S.A. en Barrancabermeja*. [Trabajo de grado, ciencias de la salud]. Universidad CES. Repositorio Institucional Universidad CES. https://repository.ces.edu.co/bitstream/handle/10946/1717/Diseno_programa_auditoria_

mejoramiento_calidad.pdf?sequence=2&isAllowed=y

Jiménez, M. (2003). Satisfacción del usuario como indicador de calidad. *Rev Mex Enferm Cardiológica*, (2): 58–65.

Lenis, V., & Manrique, F. (2015). Calidad del cuidado de enfermería percibida por pacientes hospitalizados en una clínica privada de Barranquilla (Colombia). *Aquichan*, 15(3), 413-425. DOI: 10.5294/aqui.2015.15.3.9.

Lucumi, M., Obando, N., & Palva, M. (2018). *Plan de mejoramiento del proceso de atención en el área de urgencias de la ESE Hospital Benjamín Barney del municipio de Florida, Valle del Cauca en el 2018*. [Trabajo de grado, Facultad de Administración de Empresas]. Universidad Cooperativa de Colombia sede Santiago de Cali. Repositorio Institucional Universidad Cooperativa de Colombia. https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/4630/1/2018_plan_mejoramiento_proceso.pdf

Ministerio de salud y protección social Colombia. (2016). *Plan Nacional de Mejoramiento de la Calidad en Salud*. Imprenta Nacional de Colombia. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/Plan-nacional-de-mejoramiento-calidad.pdf>

Ministerio de salud y protección social Colombia. (2016, 06 de mayo). Decreto 780 de 2016. *Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud*. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Decreto%200780%20de%202016.pdf

Ministerio de la Protección Social Colombia. (s.f.). Manual para la elaboración de planes de mejoramiento en acreditación.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/CA/manual-elaboracion-planos-mejoramiento-acreditacion.pdf>

Monsalve, C., Herrera, L., & Suárez, R. (2018). *Prueba piloto de la percepción de la calidad en el cuidado de enfermería por parte de los pacientes en el servicio de hospitalización*. [Trabajo de grado, Ciencias de la Salud]. Universidad de Santander UDES. Repositorio Universidad de Santander UDES. <https://repositorio.udes.edu.co/bitstream/001/710/1/Prueba%20piloto%20de%20la%20percepci%3b%20de%20la%20calidad%20en%20el%20cuidado%20de%20enfermer%3b%20por%20parte%20de%20los%20pacientes%20en%20el%20servicio%20de%20hospitalizaci%3b.pdf>

Moreno, J. (2016). *Calidad de los cuidados enfermeros: Mejora de la calidad en los planes de cuidados enfermeros en el área de salud VI de la región de Murcia*. [Tesis doctoral, Facultad de Enfermería]. Universidad de Murcia. Repositorio Institucional Universidad de Murcia. <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/49582/1/Josefa%20Patricia%20Moreno%20Pina%20Tesis%20Doctoral.pdf>

Murrieta, L. (2019). *Evaluación de la calidad de atención y su relación con la satisfacción de los pacientes en el área de pediatría y propuesta de un plan de mejora continua para aumentar la satisfacción de los usuarios de consulta externa y hospitalización del Hospital General IESS de los Ceibos*. [Tesis de maestría, Ciencias de la Salud]. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Repositorio Institucional Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. <http://201.159.223.180/bitstream/3317/13946/1/T-UCSG-POS-MGSS-214.pdf>

Organización Mundial de la salud. (2020, 11 de agosto). *Servicios sanitarios de calidad*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>

Pascoe, G. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and análisis. *Eval Program Plann*; 6(3-4):185-210.

Pecho, M. (2017). *Percepción del cuidado humanizado en paciente hospitalizados en el hospital*

“Augusto Hernández Mendoza” ESSALUD ICA – 2016. [Tesis doctoral, Facultad de

Enfermería]. Universidad Nacional De San Agustín De Arequipa. Repositorio Institucional

Universidad Nacional De San Agustín De Arequipa.

<http://190.119.145.154/bitstream/handle/UNSA/4769/ENDpetamc.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Potes, S., Victoria, L., & Vergara, H. (2018). *Propuesta de plan de mejoramiento para la*

prestación del servicio en Cruz Blanca EPS Regional Occidente. [Trabajo de grado,

Ciencias administrativas económicas y contables]. Universidad Cooperativa de Occidente.

Repositorio Institucional Universidad Cooperativa de Occidente.

https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/4631/1/2018_propuesta_plan_mejoramiento.pdf

Ramos, V., Rico, R., & Martínez, P. (2012). Percepción del familiar acompañante con respecto al

cuidado de enfermería en hospitalización. *Enfermería global*, 5. 219:232.

Real Academia Española (s.f.). *Mejoramiento*. En Diccionario de la lengua española. Recuperado

de <https://dle.rae.es/mejoramiento>

Real Academia Española (s.f.). *Mejorar*. En Diccionario de la lengua española. Recuperado de

<https://dle.rae.es/mejorar>

Real Academia Española (s.f.). *Plan*. En Diccionario de la lengua española. Recuperado de

<https://dle.rae.es/plan>

- Sáenz, M., Moreno, S. & Olascuaga, G. (2021). *La auditoría en salud y el sistema obligatorio de garantía de calidad frente a los derechos de los usuarios, 2021*. [Trabajo de grado, ciencias de la salud]. Universidad de Córdoba. Repositorio Institucional Universidad de Córdoba.
- Silva, J., Ramón, S., Vergaray, S., Palacios, V., & Partezani, R. (2015). Percepción del paciente hospitalizado respecto a la atención de enfermería en un hospital público. *Enfermería Universitaria*, 12(2): 80-87.
- Simmons, L., & Henderson, V. (1964). *Nursing research: a survey and assessment*. Appleton-Century-Crofts.
- Tamayo, A., & Gondim M. G. C. (1996). Escala de Valores Organizacionales. *Revista de Administración – RAUSP*, 31(2), 62-72.
- Torres, C. (2010). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes hospitalizados. *Av.enferm*, 28(2): 98-110.
- Travelbee, J. (1966). *Interpersonal aspects of nursing*. F.A. Davis.
- Unidad Clínica la Magdalena. (2022). Nuestra clínica.
<http://www.clinicalamagdalena.com/nuestra-clinica/>
- Walker, C. (1996). Coalescing the theories of two nurse visionaries: Parse and Watson. *Journal of Advanced Nursing*, 24(5): 988-996.
- Watson, J. (2008). *Nursing: The Philosophy and Science of Caring*. University Press of Colorado.

Apéndices

Apéndice A. Instrumento PCHE

INSTRUMENTO PERCEPCIÓN DE COMPORTAMIENTOS DE CUIDADO HUMANIZADO DE ENFERMERÍA (PCHE) Clinicountry – 3° versión

Apreciado(a) señor(a): A continuación, le realizaremos algunas preguntas sobre los comportamientos de cuidado de los integrantes de enfermería (jefes enfermeras(os) y auxiliares de enfermería). Frente a cada afirmación, responda dentro de las opciones de respuesta [nunca, a veces, casi siempre, siempre] según su percepción, y que corresponda a la forma en que se presentaron estos comportamientos durante su hospitalización. La presente encuesta corresponde a un proyecto de investigación de la especialización de Gerencia de Instituciones de Seguridad Social, desarrollado con la Universidad Santo Tomás sede Bucaramanza.



ÍTEM	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	NUNCA
1. Le hacen sentir como una persona				
2. Le tratan con amabilidad				
3. Le muestran interés por brindarle comodidad durante su hospitalización				
4. Le miran a los ojos, cuando le hablan				
5. Le dedican tiempo para aclararle sus inquietudes				
6. Le hacen sentirse bien atendido cuando dialogan con usted				
7. El personal de enfermería le hace sentirse tranquilo(a), cuando está con usted				
8. Le generan confianza cuando lo(la) cuidan				
9. Le facilitan el diálogo				
10. Le explican previamente los procedimientos				
11. Le responden con seguridad y claridad a sus preguntas				
12. Le indican su nombre y cargo antes de realizarle los procedimientos				
13. Le dedican el tiempo requerido para su atención				
14. Le dan indicaciones sobre su atención cuando usted lo requiere o según su situación de salud				

15. Le explican los cuidados usando un tono de voz pausado				
16. Le llaman por su nombre				
17. Le demuestran respeto por sus creencias y valores				
18. Le atienden oportunamente sus necesidades básicas (higiene, alimentación, evacuación urinaria e intestinal)				
19. Le proporcionan información suficiente y oportuna para que pueda tomar decisiones sobre su situación de salud				
20. Le manifiestan que están pendientes de usted				
21. Le permiten expresar sus sentimientos sobre la enfermedad y tratamiento				
22. Responden oportunamente a su llamado				
23. Identifican sus necesidades de tipo físico, psicológico y espiritual				
24. Le escuchan atentamente				
25. Le preguntan y se preocupan por su estado de ánimo				
26. Le brindan un cuidado cálido y delicado				
27. Le ayudan a manejar su dolor físico				
28. Le demuestran que son responsables con su atención				
29. Le respetan sus decisiones				
30. Le indican que cuando requiera algo, usted les puede llamar				
31. Le respetan su intimidad				
32. Le administran a tiempo los medicamentos ordenados por el médico				

Observaciones:

Apéndice B. Formato plan de mejoramiento

Calidad Esperada	Acción(es) de Mejoramiento	Criterios de Priorización				Meta Cuantificable	Indicador de Cumplimiento	Responsable
		Riesgo	Costo	Volumen	Total			
Conocimiento integral (físico y psicológico) del paciente	Fortalecer la entrega de turno con jefe y auxiliares de enfermería	5	5	5	125	100% pacientes socializados durante la ronda de entrega de turno	$\frac{\text{Pacientes socializados ronda entrega turno}}{\text{Total pacientes hospitalizados}} \times 100\%$	Jefes de enfermería de cada área de hospitalización
Garantía de la seguridad del paciente durante su estadía	Elaborar protocolos sobre seguridad del paciente y realizar seguimiento	5	5	5	125	- Protocolos generados - Ausencia de eventos adversos	$\frac{\text{Número de protocolos generados}}{\text{Pacientes con ocurrencia de evento adverso}} \times 100\%$ Total pacientes hospitalizados	Departamento de enfermería y seguridad del paciente
Administración de medicamentos y ejecución de procedimientos a tiempo	Vigilar y controlar la aplicación de medicamentos y ejecución de procedimientos a cada paciente	5	5	5	125	100% pacientes con medicación y procedimientos completos al día	$\frac{\text{Pacientes con tratamiento completo}}{\text{Total pacientes hospitalizados}} \times 100\%$	Jefes de enfermería de cada área de hospitalización
Atención empática y activa con los pacientes	Capacitar al personal en humanización en el servicio de salud	3	5	4	60	100% pacientes satisfechos con el servicio	$\frac{\text{Pacientes satisfechos con el servicio}}{\text{Total pacientes hospitalizados}} \times 100\%$	Departamento de calidad y gestión humana
Apropiación idónea de las competencias técnicas y humanas necesarias para el cargo	Inducción y reincidencia de los puestos de trabajo según el cargo (auxiliares y jefes)	3	3	4	36	100% personal de enfermería con inducción y reincidencia	$\frac{\text{Personal de enfermería con inducción}}{\text{Personal total de enfermería}} \times 100\%$	Departamento de enfermería y talento humano

TOTAL ACCIONES DE MEJORAMIENTO: 5