



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
MAESTRÍA EN ENFERMERÍA

**INFLUENCIA DE LA FORMACIÓN ACADÉMICA DEL PERSONAL DE
ENFERMERÍA EN LA CALIDAD DEL CUIDADO BRINDADO A
PACIENTES ADULTOS HOSPITALIZADOS.**

TESIS

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRA EN ENFERMERÍA
(EDUCACIÓN EN ENFERMERÍA)**

PRESENTA:

E.E.R. MARÍA DEL CARMEN TOVAR MONCADA

TUTORA:

**DRA. SILVIA CRESPO KNOPFLER
FACULTAD DE ESTUDIO SUPERIORES ZARAGOZA**

MÉXICO D.F.

MAYO DE 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INDICE	
Capítulo	Página
Dedicatorias	5
Agradecimientos	6
1. RESUMEN	7
Abstract	8
2. INTRODUCCIÓN	9
3. MARCO TEÓRICO	10
3.1 Formación académica	10
3.2 Formación académica del personal de Enfermería	11
3.3 Elementos formativos teóricos	18
3.3.1 Créditos académicos	20
3.3.2 Perfiles de egreso	24
3.4 Elementos formativos prácticos	24
3.4.1 Organización de las prácticas clínicas	24
3.5 Antecedentes de la formación académica en enfermería	25
3.5.1 Revisión bibliográfica	27
3.6 Calidad del cuidado en Enfermería	33
3.6.1 El cuidado	34
3.6.2 Calidad del cuidado en enfermería	35
3.6.3 Dimensiones de la calidad del cuidado en Enfermería	37
3.6.3.1 Dimensión técnica: Preparación y administración de medicamentos intravenosos	40
3.6.3.2 Dimensión humana: satisfacción del paciente	44
3.7 Antecedentes de la calidad del cuidado en enfermería	46

Capítulo	Página
4. PROBLEMA	47
5. HIPÓTESIS	47
6. OBJETIVOS	48
7. MATERIAL Y MÉTODOS	48
7.1 Diseño de estudio	48
7.2 Universo de estudio	48
7.2.1 Muestra	49
7.2.2. Criterios de inclusión	49
7.2.3. Criterios de exclusión	50
7.3 Variables	50
7.3.1 Variables intervinientes	50
7.3.2 Variables de estudio	51
7.3.3 Operacionalización de variables	53
7.4 Técnica	
7.4.1 Prueba piloto	63
7. 4.2 Recolección de datos	63
7.4.3 Análisis de resultados	64
8. RESULTADOS	64
8.1 Caracterización de la población	65
8.2 Dimensión técnica	
(Administración de medicamentos intravenosos)	69
8.3 Dimensión humana	
(Satisfacción del paciente)	74

Capítulo	Página
8.4 Dimensión académica	
Antecedentes académicos de enfermería	78
8.5 Estadística inferencial	85
09. DISCUSIÓN	90
10. CONCLUSIONES	91
11. PERSPECTIVAS	92
12. REFERENCIAS	93
13. ANEXOS	98
A. Consentimiento informado enfermeras	
B. Consentimiento informado pacientes	
C. Instrumento 1. Administración de medicamentos intravenosos	
Descripción, confiabilidad y validez	
D. Instrumento 2. Censo de satisfacción del paciente	
Descripción, confiabilidad y validez	
E. Instrumento 3. Antecedentes académicos de enfermería	
Descripción, confiabilidad y validez	
F. Prueba piloto. Análisis y resultados	

DEDICATORIAS

A mis hijos,

Por ser, por acompañarnos, somos familia.

A mi familia

Por caminar conmigo.

A mis compañeros de maestría, a mis amigos Javier, Lizette, Arely y Esther.

De todos he aprendido algo, gracias.

AGRADECIMIENTOS

La presente investigación se llevó a cabo gracias al apoyo del Programa de Maestría en Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de México y al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) quien otorgó una beca para concluir los estudios de posgrado.

A la UNAM, por ser mi casa de estudios y enseñarme el deber ser.

A la doctora Silvia Crespo Knopfler, por sus enseñanzas, por compartir conmigo alegrías, triunfos y fracasos, por regalarme tiempo de su vida.

1. RESUMEN

Introducción. La formación académica inicial del personal profesional de enfermería parte de dos niveles: técnico o licenciatura; ambas llegan a la práctica institucional a ejercer funciones similares o equivalentes; quedando de lado las características distintivas de ambas formaciones. En el ámbito teórico se encuentran diferencias como el tiempo de permanencia, los créditos alcanzados y sobre todo, los perfiles de egreso. En el ámbito práctico, las relaciones, los objetivos y el ambiente laboral en general es idéntico.

Material y métodos. El universo de estudio estuvo compuesto por personal de enfermería del turno matutino y vespertino de un hospital regional público. Se observaron 90 enfermeras que realizaron la administración de medicamentos por vía intravenosa realizado por el personal mencionado, se encuestó a igual número de pacientes sobre la satisfacción de la atención a cargo de la enfermera que el investigador observó, y por último, se aplicó una encuesta al personal observado y evaluado respecto a sus antecedentes de formación académica.

Resultados. Se aplicó un instrumento a 65 integrantes del personal de nivel técnico y 25 de nivel licenciatura en ambas categorías se observaron por parte del investigador porcentajes bajos en la realización adecuada de las actividades correspondientes a la administración de medicamentos intravenosos, como lavado de manos (17.8%) del total, entre otros; no se encontraron diferencias significativas entre ambas categorías. Por otro lado, en lo referente a la satisfacción del paciente los usuarios evalúan la calidad de la atención recibida, aquí se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ítems como atención individualizada ($p=0.023$) y que el personal contesta con rapidez el botón de llamada ($p=0.008$) favoreciendo al personal de nivel técnico en esta dimensión.

Discusión. Al conjuntar los resultados de ambas dimensiones (técnica y humana) se observa un bajo nivel de cumplimiento por lo que es viable aseverar que la formación no es una variable única que de manera unilateral pueda determinar la calidad del cuidado.

Conclusiones. En base a los resultados y comparándolo con la información de la revisión sistemática es posible afirmar que los resultados son similares, sin favorecer a alguna formación académica en particular, por lo que es importante considerar en este sentido la revisión de otras dimensiones al respecto.

Abstract

Introduction. The initial academic training professional nurses from two levels: technical or degree; reach both institutional practice to exercise functions similar or equivalent; leaving out features of both formations. At the theoretical level differences are found from the residence time credits earned and above all, in the graduate profiles. In practical terms, relationships, objectives and the overall feel is identical.

Material and methods. The study group consisted of nurses of the morning and afternoon shift of a Regional Hospital. 90 procedures for medication administration were observed intravenously, were surveyed equal numbers of patients on satisfaction of care by nurse researcher noted, and finally, a survey was applied to the observed staff and evaluated by patients about their history of education.

Results. 65 instruments to staff technical level undergraduate and 25 were applied in both categories were observed by the researcher low percentages in the proper performance of the activities under the administration of intravenous medications, such as hand washing (17.8 %) of the total , among others, it is noteworthy that no significant differences were found between the two categories . Furthermore, with regard to patient satisfaction users assess the quality of care received , here statistically significant differences were found in items such as individual attention ($p = 0.023$) and the staff quickly answered the call button ($p = 0.008$) favoring technical level staff in this dimension.

Discussion. By bringing together the results of both dimensions (technical and human) a low level of compliance with what is feasible to assert that training is not a single variable can unilaterally determine the quality of care is observed.

Conclusions. Based on the results and comparing it with information from the systematic review we can conclude that the results are similars, so it is important to consider in this regard the review of other aspects about it.

2. INTRODUCCIÓN

Actualmente, la formación académica del personal de enfermería brinda dos perspectivas diferentes: por un lado, con nivel técnico, enfocada a la aplicación de procedimientos básicos y por otro, una formación profesional, con grado universitario, encaminada a formar seres humanos críticos, con juicio clínico y capacidad creativa de reflexión y solución de problemas capaces de ofrecer cuidados de enfermería a otros seres humanos.

Ambas formaciones, confluyen en el ámbito hospitalario realizando funciones similares y compartiendo responsabilidades en la atención directa; de manera tal, que las diferencias planteadas desde los ámbitos académicos formativos se entremezclan en la cotidianidad diluyendo diferencias y homogeneizando resultados, dando como resultado que la calidad del cuidado del equipo de enfermería decaiga en la aplicación de rutinas de trabajo.

En este sentido, se desea comparar la proporcionalidad de la formación académica y la calidad del cuidado ofrecida al adulto hospitalizado basado en la calidad del cuidado y de dos elementos utilizados como parte del trabajo diario: la administración de medicamentos por vía intravenosa y la opinión del usuario con un instrumento diseñado para conocer la satisfacción del paciente, así como también los antecedentes académicos del personal de enfermería participante.

De manera inicial se realizan precisiones teóricas en lo referente a conceptos principales y antecedentes conformados principalmente por otras investigaciones. A continuación se presenta el esquema nuclear del trabajo con el planteamiento del problema, hipótesis y objetivos. En material y métodos se incluyen material y métodos, sujetos de estudio, variables, técnicas y procedimientos.

Por último, se incluyen los hallazgos de la dimensión técnica, como los bajos porcentajes de realización en actividades prácticas como el lavado de manos (17.4%), para el personal con licenciatura se observan elementos favorables como la valoración de reacciones posteriores a la administración de medicamentos por vía intravenosa y la realización de los registros clínicos en la hoja de enfermería. En la dimensión humana destaca como la atención rápida a través del botón de llamada favoreciendo al personal técnico. En la dimensión académica destaca que el personal que se encuentra laborando no realiza diferencias al momento de la enseñanza clínica de los estudiantes a su cargo. Estos elementos proporcionar material para la discusión y las conclusiones correspondientes donde se destaca la contradicción de los resultados, la incorporación de múltiples elementos sociales y de organización que influyen en la determinación de la calidad de la atención del personal de enfermería a los pacientes hospitalizados.

3. MARCO TEÓRICO

Las transformaciones radicales y aceleradas generadas a partir de la globalización han afectado a las instituciones educativas, sobre todo si se considera como fin ser partícipe activo en la llamada sociedad del conocimiento¹, propuesta por autores que observan en un futuro cercano a la capacidad de producir y gestionar los saberes como parte importante del motor económico de las naciones, de las regiones, del mundo. Y entonces la universidad asume su papel protagónico replanteando sus relaciones sociales, económicas y culturales posicionándose como una respuesta real en la búsqueda del conocimiento para beneficio de la sociedad².

Así entonces, las universidades retoman conceptos necesarios como las llamadas competencias laborales en el globalizado mercado laboral donde se busca el mejoramiento de los sistemas de formación para lograr un mayor equilibrio entre las condiciones actuales de los seres humanos, de las empresas y de la sociedad en su conjunto³.

3.1 Formación académica

La palabra formación es cada vez más utilizada en la actualidad para designar estados, funciones, situaciones y prácticas, las cuales son igualmente nombradas con otros términos como perfeccionamiento, reciclaje, educación continua o permanente, aprendizaje, etc. Es frecuente que se hable globalmente de la “formación” en el transcurso de una actividad o refiriéndose a ella. Las instituciones educativas que la organiza generalmente la presenta asociándola a otra palabra, como si la formación no tuviera existencia más que en relación a un contenido: formación profesional, formación pedagógica y otras, siempre se trata de formación para algo⁴.

Actualmente, dentro de las preocupaciones de las organizaciones mundiales dedicadas al estudio del trabajo aparecen como temas centrales la formación como una cuestión esencial y también, la vigencia de ésta se proporciona considerando los elementos del sistema productivo y del educativo, todo ello visto como la incursión de recursos humanos “frescos” y su influencia en ellos mismos⁵.

Un primer esfuerzo se observa incluso desde la definición de la formación como personas para el trabajo; entonces, se orienta no sólo para obtener un empleo remunerado con un salario contractual, sino también para los empleos que pueden llevarse a cabo en otras formas de trabajo en la sociedad actual⁶. Además, debe

preparar para la vida comunitaria, donde se comprendan las relaciones sociales y se actúe en consecuencia con el fin de transformar su trabajo y su ciudadanía.

La formación entonces, es una actividad para percibir y desarrollar las aptitudes que cada ser humano tiene y que son útiles para una vida compartida, activa, productiva y satisfactoria en función de participar laboralmente en proyectos productivos individuales y/o colectivos⁶. A partir de lo anterior es posible afirmar que la formación académica es una actividad que se construye desde la parte educativa, y que debe orientar los conocimientos, las habilidades y las destrezas necesarias para desempeñarse en el mercado de trabajo formando no sólo trabajadores, sino también ciudadanos⁶.

Al aceptar la formación como un hecho educativo, es imprescindible recordar su articulación con los procesos de producción, estos compromisos requieren la participación activa de alumnos y profesores en todos los elementos del hecho pedagógico: programas, contenidos, metodologías, modalidades; es decir, se promueve la reflexión en cada elemento constitutivo con el fin de mejorar la calidad en los procesos inmiscuidos⁷.

3.2 Formación académica en enfermería

La formación está considerada como los estudios elementales que promueven la adquisición de las competencias básicas para el desempeño laboral. Para el caso de enfermería, corresponde a las instituciones de educación superior y universidades dedicadas a la formación de recursos humanos especializados en ésta rama de la atención a la salud brindar los fundamentos teóricos y prácticos con ética y humanismo encaminados a brindar cuidados de enfermería de calidad a pacientes, familias y comunidades.

Incumbe principalmente a las universidades e instituciones de educación superior (IES) la misión de fortalecer la vinculación de sus currícula con el campo laboral, actual y futuro; preservando relaciones y fomentando la innovación y creatividad de los futuros profesionistas, de manera que coadyuven a mejorar integralmente la prestación de los servicios de salud.⁸

A nivel internacional, los estudios de personal de enfermería comparten dos paradigmas formativos: nivel técnico y licenciatura en enfermería, nombrados como diplomatura y licenciatura o nombres similares. Sin embargo, en la práctica se han dado soluciones diferentes a los conflictos de intereses y similitud de perfiles laborales de diferentes maneras.

Por ejemplo, en Reino Unido y Estados Unidos se han dado diferentes responsabilidades de acuerdo a los perfiles de egreso, donde el personal con licenciatura en enfermería aplica el pensamiento crítico y el juicio clínico a través de mayores responsabilidades con atención personalizada y visitas a domicilio haciendo seguimiento de casos, valoraciones, medicaciones y aplicando los tratamientos necesarios a nivel personal, familiar y comunitario. Además, en el ámbito hospitalario las(los) licenciadas (os) en enfermería pueden acceder de inmediato a la categoría de Enfermera Registrada, que difiere de la categoría de enfermera diplomada, con formación de nivel técnico⁹.

En México la formación académica inicial en enfermería parte de tres proyectos contrastantes, diferentes en su concepción y en la práctica reunidas por lo general, bajo un mismo perfil.

Por un lado, se ofrecen programas de formación técnica, se solicita entre sus requisitos de ingreso únicamente la secundaria, egresan como enfermera(o) general técnica (o) o como enfermera(o) con bachillerato tecnológico; tienen una duración de 2 a 3 años.

Por otro lado, los programas universitarios solicitan el antecedente de educación media superior, tienen duración de 4 años y ofrecen: licenciatura en enfermería, licenciatura en enfermería y obstetricia.

Y también se ofertan cursos complementarios de licenciatura en enfermería, éstos los realiza el personal técnico ya inserto en el campo laboral, con bachillerato y donde la duración de los estudios se extiende desde un año seis meses hasta tres años seis meses, de acuerdo a la universidad elegida para alcanzar el grado académico y con la facilidad de ofrecerse en modalidad semipresencial o a distancia¹⁰; lo que ha redundado en un aumento considerable en cuanto al personal de enfermería con estudios universitarios, ver figura 3.2.1.

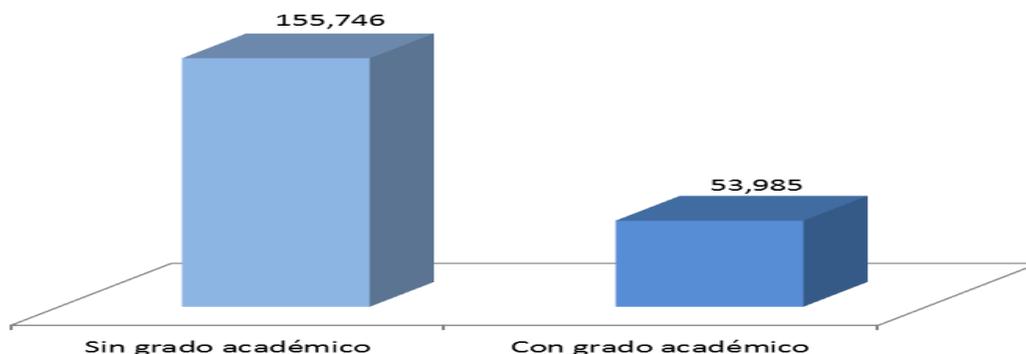


Figura 3.2.1. A nivel nacional, sólo el 25% cuenta con grado académico, considerando personal con licenciatura, especialidad, maestría o doctorado. Fuente: SIARHE Marzo 2012. Tomado del Boletín Estadístico 2012 del Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería. Comisión Permanente de Enfermería. Secretaría de Salud, México.

Una vez concluidos los créditos y la titulación respectivos el personal se inserta regularmente en instituciones de salud, principalmente en segundo nivel de atención, de acuerdo al Boletín Estadístico de la Comisión Permanente de Enfermería 53% se ubica en segundo nivel, 23% en primer nivel y 15% en tercer nivel y 9% en centros educativos y áreas administrativas¹¹.

En las instituciones de salud el personal con licenciatura en enfermería se incorpora de manera inicial a un organigrama que tiene cualquiera de los tres siguientes casos: 1) ambas son consideradas como enfermeras generales como pie de rama escalafonaria, o encuentran una deficiencia en la definición de los perfiles de puesto que reúne a ambas enfermeras en una sola categoría; 2) debido a esta deficiencia en la definición se ha acordado ofrecer una misma categoría (enfermera general) con una mejor percepción económica en un escalafón horizontal denominado con letras A, B o C. 3) En el mejor de los casos, se incorporan a una categoría de licenciada en enfermería con características iniciales bien definidas.

La ampliación del abanico de posibilidades de formación inicial han enrarecido el ambiente laboral con la duplicación de actividades promoviendo el replanteamiento de los perfiles de puesto, obteniendo algunas diferencias entre las categorías laborales a nivel normativo, lo que constituye un paso importante hacia el reconocimiento de las aportaciones de la licenciatura en enfermería en materia de atención a la salud.

Contribuyendo a esta situación a nivel nacional la Comisión Permanente de Enfermería de la Secretaría de Salud presenta en la Norma Oficial Mexicana NOM-019-SSA3-2012 para la práctica de enfermería en el Sistema de Salud con fecha del lunes 13 de agosto de 2012 en el Diario Oficial de la Federación, los siguientes conceptos:

Personal de enfermería: A la persona capacitada para proporcionar cuidados de enfermería que de acuerdo a las disposiciones jurídicas aplicables y su preparación académica, puede realizar actividades auxiliares, técnicas, profesionales o especializadas, según su ámbito de competencia, en las funciones asistenciales, administrativas, docentes y de investigación. El personal de enfermería, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables, independientemente de si existe o no una relación laboral, puede ser: personal profesional de enfermería y personal no profesional de enfermería.

Personal profesional de enfermería: A la persona que ha concluido sus estudios de nivel superior en el área de la enfermería, en alguna institución educativa

perteneciente al Sistema Educativo Nacional y le ha sido expedida cédula de ejercicio profesional con efectos de patente por la autoridad educativa competente.

En esta categoría se incluyen:

Enfermera(o) general: Es la persona que obtuvo título de licenciatura en enfermería expedido por alguna institución de educación del tipo superior, perteneciente al Sistema Educativo Nacional y le ha sido expedida por la autoridad educativa competente la cédula profesional correspondiente.

Enfermera(o) especialista: A la persona que además de reunir los requisitos de licenciado en enfermería, obtuvo el diploma de especialización en términos de las disposiciones jurídicas aplicables y le ha sido expedida por la autoridad educativa competente la cédula profesional de especialización correspondiente a un área específica de competencia.

Enfermera(o) con maestría: A la persona que además de reunir los requisitos de licenciado en enfermería, obtuvo el título que acredita el grado de maestría, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables y le ha sido expedida por la autoridad educativa competente la cédula profesional de maestría correspondiente.

Enfermera(o) con doctorado: A la persona que además de reunir los requisitos del grado de maestría, obtuvo el título que acredita el grado de doctorado, en términos de las disposiciones jurídicas aplicables y le ha sido expedida por la autoridad educativa competente la cédula profesional de doctorado correspondiente.

Profesional técnico de enfermería: A la persona que obtuvo el título expedido por alguna institución de educación del tipo medio-superior, perteneciente al Sistema Educativo Nacional y le ha sido expedida por la autoridad educativa competente la cédula profesional correspondiente. Se incluyen en esta categoría:

Técnico en enfermería: A la persona que ha concluido sus estudios de tipo medio superior (técnico) en el área de la enfermería, en alguna institución educativa perteneciente al Sistema Educativo Nacional y le ha sido expedida cédula de ejercicio profesional con efectos de patente por la autoridad educativa competente.

Técnico especializado en enfermería: A la persona que además de reunir los requisitos de estudios de nivel medio superior, obtuvo un diploma que señala el área específica de competencia expedido por alguna institución de educación, perteneciente al Sistema Educativo Nacional.

A partir de la consideración de estos conceptos, se reflexiona sobre el personal de enfermería básicamente dividido en dos grandes grupos, personal profesional de

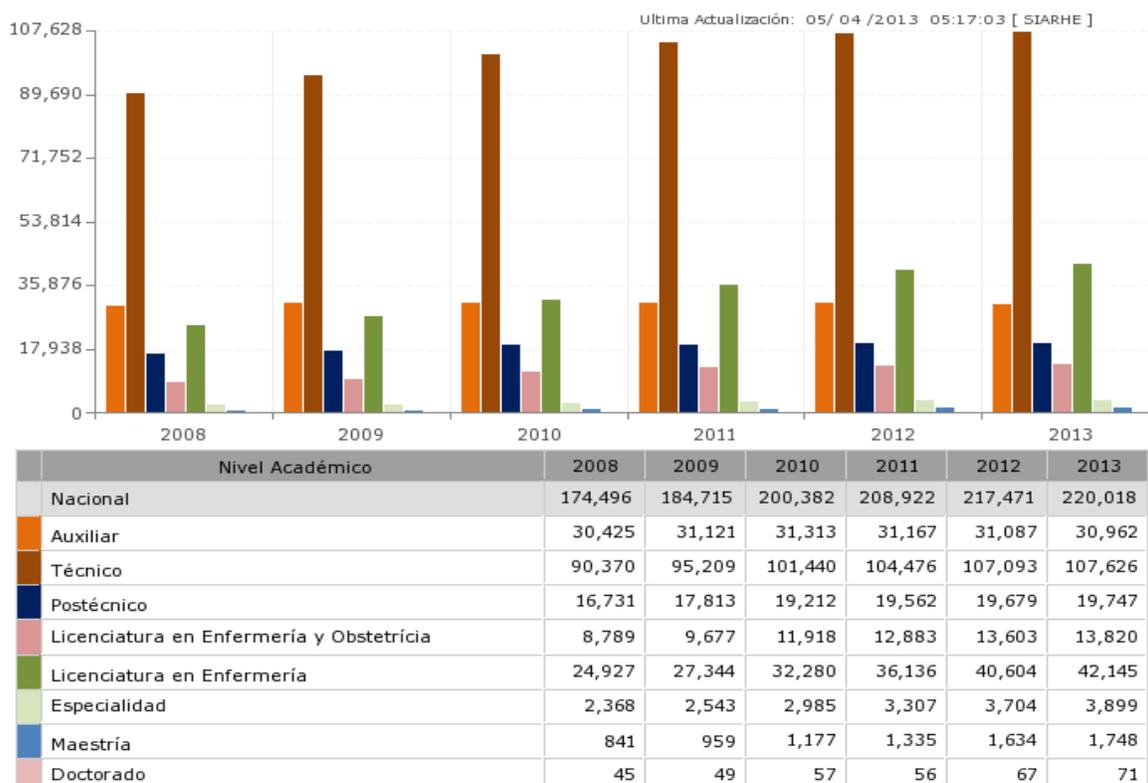
enfermería y personal profesional técnico en enfermería. Sin embargo, en la práctica, principalmente en las instituciones hospitalarias éste cambio tan reciente aún no consigue el impacto generalizado necesario para las transformaciones en los perfiles de puesto o más aún, en los sistemas escalafonarios laborales reales actuales.

En instituciones de tercer nivel de atención se observan algunos cambios importantes en la adopción de estas transformaciones, por ejemplo, en el Instituto Nacional de Rehabilitación, donde la licenciatura en enfermería es el requisito académico para ocupar el puesto de enfermera general¹²; o en el Instituto Nacional de Cardiología donde se distingue en la descripción de puestos las funciones de la(el) licenciada(o) en enfermería de las funciones de la enfermera general, principalmente por la aplicación del razonamiento crítico y el juicio clínico y el desarrollo del proceso atención de enfermería en áreas clínicas¹³.

A manera de antecedente, a partir de 1945 se comenzó a expedir la cédula profesional para poder ejercer esta carrera aunque los requisitos para tal ejercicio eran mínimos, como “gozar de buena salud”. En 1969 la Dirección General de Profesiones comenzó a expedir la cédula para la carrera de Licenciatura en Enfermería¹⁴, que ha tenido un incremento desde la década de los 90s del 500% en la matrícula tan sólo en el nivel licenciatura sin contar los incrementos en materia de posgrado (especialidades, maestrías y doctorados) y que a la vez, comparten el mercado laboral con las escuelas de financiamiento público y privado que continúan ofreciendo formación con bachillerato tecnológico y que contradicen al discurso oficial de profesionalización del personal para el ofrecimiento de la mayor calidad de la atención en materia de salud.

En el último lustro, la información estadística demuestra el crecimiento de formación técnica pero también de la licenciatura en enfermería, destacando que en éste último caso, las(los) estudiantes son jóvenes en universidades e IES y personal que ya se encuentra inserto en el mercado de trabajo (en cursos complementarios); demostrando un constante crecimiento en el mercado laboral, con aproximadamente 17 mil egresados en nivel técnico y licenciatura, ver figura 3.2.2.

Figura 3.2.2. Grado académico del personal de enfermería que se encuentra inmerso en el campo laboral. Abril 2013.



Nota: Excluye la información de SEDENA y SEMAR, debido a que la fuente reporta que no proporcionó datos para este periodo
Fuente: Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería (Secretaría de Salud)

En esta imagen se observa el crecimiento de personal con formación técnica y de grado universitario. Resalta el personal con formación técnica con 107 626 enfermeras(os) quienes aglutinan de manera sumaria las plazas o lugares de trabajo disponibles.

La situación de las enfermeras técnicas en México se analizó en el Instituto Nacional de Salud Pública en 2008¹⁵ la cual se ha distinguido por la heterogeneidad en la formación y en la práctica laboral. Se afirma que a nivel nacional una de las principales características de la enfermería técnica en el ámbito educativo es la incontable variedad de planes y programas de estudio. Algunas universidades públicas de prestigio que hasta hace algunos años formaban enfermeras técnicas, como la Universidad Nacional Autónoma de México o la Universidad Autónoma Metropolitana han dejado de hacerlo, para dar prioridad a la formación de profesionales.

Sin embargo, la cantidad de enfermeras técnicas en México sigue siendo notable, baste señalar que en la Encuesta Nacional de Empleo (ENE) en 2004 registró 307, 692 personas que declararon poseer este entrenamiento, en parte debido a la creación de escuelas de control privado que egresan técnicos de manera indiscriminada. Estas escuelas, generalmente de baja calidad académica y

educativa, comienzan a operar con la autorización de los gobiernos estatales, y no necesariamente teniendo la validez de estudios de la Secretaría de Educación Pública (SEP), quien usualmente permanece al margen¹⁵.

El breve periodo de tiempo de entrenamiento y el bajo nivel de estudios requerido hace de esta carrera una opción educativa altamente demandada. La duración de estos estudios promedia los tres años y para ingresar es suficiente haber cursado la secundaria; sin embargo, dentro del gremio de enfermería, el personal técnico enfrenta las peores condiciones laborales en términos de salarios y trato, su interacción con colegas de niveles superiores suele estar regida por una actitud de rivalidad que las lleva a competir de manera rutinaria impidiendo la cohesión de la comunidad.

A partir de la información derivada de la ENE y datos de la SEP, es posible observar una tendencia constante a la alza en materia de egresados en enfermería técnica que, se traduce en una población de desempleadas (os) y/o subempleadas (os). Por un lado, la oferta de técnicas está superando los requerimientos cuantitativos de su campo laboral y, por otro, las instituciones empleadoras están demandando personal profesional, aunque para fines prácticos ambas categorías terminan realizando las mismas actividades y recibiendo los mismos ingresos económicos.

La tendencia no sólo ha aumentado en escuelas particulares, sino también en escuelas públicas, principalmente a partir de dos instituciones de nivel medio superior: Dirección General de Educación Técnica Industrial (DGETI) de la SEP y Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP)¹⁵.

En el mercado de trabajo para el año 2000, se obtuvo el registro de 282, 265 enfermeras técnicas en todo el país, si se compara este dato con el reportado para las otras categorías ocupacionales; sin embargo, el crecimiento para 2004 en términos porcentuales fue el menor entre todas las categorías al sumarse 25,427 individuos, que significaron un incremento de 9% con respecto al 2000. Respecto al nivel de escolaridad en el año 2000, la mayoría de las enfermeras técnicas únicamente habían terminado la educación secundaria y sólo el 15% de los encuestados declaró haber concluido sus estudios de bachillerato.

El número de desempleados entre los técnicos en enfermería para los años seleccionados fue bastante alto, al rebasar el 30%, presumiblemente relacionado con su grado de entrenamiento ya que el incremento en las funciones atribuidas a la enfermería así como la incorporación de nuevas tecnologías en el desempeño de su trabajo, ocasiona que el mercado laboral exija cada vez más la formación universitaria de estos trabajadores. De las enfermeras técnicas que se

desempeñaban en el ámbito de su entrenamiento en los años revisados, la mayoría se encontraban insertas en instituciones públicas, que son las empleadoras más importantes de los trabajadores de la salud, sin embargo, el porcentaje que laboraba en el sector privado en el año 2000 rebasaba el 30%, aunque para el 2004 disminuyó hasta el 27.8%.

La situación de las licenciadas en enfermería en México se analizó en el Instituto Nacional de Salud Pública en 2008¹⁶ donde se afirma que abrazar esta carrera es una decisión difícil, sobre todo si no se cuenta con la información objetiva de la situación del mercado laboral, en donde esta profesión es poco valorada y mal remunerada, en comparación con otras categorías ocupacionales con un nivel académico similar.

La mayoría de estudiantes toman la carrera de enfermería como una segunda opción, como una forma de acercarse a las escuelas o facultades de medicina, esto querría decir que pocos eligen la licenciatura de enfermería por vocación. Sin embargo, la matrícula ha tenido un impresionante crecimiento durante el periodo de 1990-2004, en el primer año la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES) reportó 4,350 estudiantes y para el último año la matrícula total fue de 20,757, lo que significó un incremento cercano al 500% en 15 años¹⁷, aunque los cambios en este sentido han ido mejorando el panorama cuando esta carrera es elegida como primera opción.

La formación inicial del personal de enfermería en ambos niveles está compuesta por periodos teóricos y prácticos alternados a lo largo de la carrera. Los periodos teóricos tienen como característica principal la revisión de contenidos dictados en planes y programas vigentes aplicables y autorizados por la SEP o la universidad que los imparte. Los periodos prácticos se componen de dos elementos: prácticas en laboratorio (dentro de su institución formadora) y prácticas clínicas, realizadas en instituciones del sistema nacional de salud; primero se analizarán algunos elementos importantes en la cuestión teórica.

3.3 Elementos formativos teóricos

La Asociación Americana de Colegios de Enfermería (AACN por sus siglas en inglés), afirma que la educación tiene un impacto significativo en el conocimiento y las competencias de la enfermería clínica y en todo el cuidado que este personal puede proveer.¹⁸

Existe una gran diversidad de elementos para posible análisis en el terreno formativo inicial; sin embargo, este documento se centra en reflexiones sobre

componentes curriculares presentes desde los aspirantes, durante los años de estudio y hasta los egresados; traducido en, perfiles de ingreso y egreso y créditos académicos por cada plan de estudios; como elementos que permiten la evaluación y la comparación.

Si bien es cierto que estos elementos son parte del currículum prescrito, también es cierto que a partir de la redacción de estándares mínimos de actuación se desarrollan los procesos de enseñanza y aprendizaje regidos por esta normatividad.

De acuerdo a la currícula analizada de algunas universidades de gran importancia a nivel nacional y de alta influencia en la zona metropolitana (UNAM, IPN, UAM) la formación se divide en ambos subsistemas (técnico y licenciatura) en periodos teóricos y periodos prácticos a lo largo de la carrera de manera que se considera necesario el análisis de los créditos académicos otorgados en cada curso.

Partiendo de la comparación de los diversos elementos escritos que guían la formación de la enfermería en México, en los diversos planes y programas de estudio se especifican los criterios mínimos al inicio y al final de los estudios; los perfiles de ingreso y egreso son indispensables en la currícula de cualquier profesión.

La evaluación es un componente esencial de cualquier esfuerzo que se haga para producir valor como validar y explicitar valores, planes, acciones y logros, comprobar e interpretar ideas y tomar decisiones para que los procesos educativos sean cada vez en mayor medida acordes con las necesidades sociales del mundo contemporáneo incidiendo directamente con la calidad de la educación superior impartida.

En los últimos años existe una clara tendencia a la evaluación de los componentes de la educación superior de áreas de atención a la salud, priorizando la evaluación de la competencia y el desempeño profesional como proceso básico para determinar el nivel de desarrollo de los recursos humanos; incrementar la evaluación externa por evaluación de pares; incrementar la validez, confiabilidad y generalización de componentes y la necesidad de la interrelación e interacción entre la educación teórica, la práctica médica y la organización de la salud; ya que los servicios de salud son el escenario esencial para garantizar la calidad en la formación y superación de los recursos humanos en salud: la educación en el trabajo¹⁹.

Una medida que se ha implementado con éxito permeando a la educación superior ha sido la cuantificación del trabajo a partir de los créditos académicos.

3.3.1 Créditos académicos

De acuerdo con la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES) un crédito académico se define como una unidad de medida de reconocimiento académico, debe ser universal, transferibles y equivalente al trabajo académico del estudiante²⁰.

El valor del crédito académico consiste en un concepto que representa el trabajo del alumno, necesario para su formación académica integral y es reconocido por las academias de diferentes ámbitos, pues se trata de un patrón de medida académica que propicia la movilidad y el reconocimiento de estudios entre IES. No niega las calificaciones, cualesquiera que fuera su sistema o escala, porque es un patrón de medida consensado y orientado hacia la flexibilidad curricular.

El crédito debe reflejar el trabajo necesario para una formación académica integral mediante un aprendizaje adecuado que permita desarrollar en el alumno habilidades, actitudes, relaciones y conocimientos que le permitan con éxito desarrollar las responsabilidades profesionales de la carrera de su elección y lo habiliten para la vida.

El sistema de créditos se centra en el aprendizaje y su base es la carga de trabajo necesaria del estudiante para la consecución de aprendizajes en las categorías de conocimientos, habilidades, actitudes y relaciones²¹.

A partir del cumplimiento de expresión de los requisitos mínimos a cursar en un plan de estudios en la licenciatura en enfermería se formulan los créditos académicos de cada plan, crédito es la unidad de valor o puntuación de una asignatura, que se computa en la siguiente forma:

- a) En actividades que requieren estudio o trabajo adicional del alumno, como en clases teóricas o seminarios, una hora de clase semana- semestre corresponde a dos créditos.
- b) En actividades que no requieren estudio o trabajo adicional del alumno, como en prácticas, laboratorio, taller, etcétera, una hora de clase semana semestre corresponde a un crédito.
- c) El valor en créditos de actividades clínicas y de prácticas para el aprendizaje de música y artes plásticas, se computará globalmente según su importancia en el plan de estudios, y a criterio de los consejos técnicos respectivos y del Consejo Universitario.

El semestre lectivo tendrá la duración que señale el calendario escolar. Los créditos para cursos de duración menor de un semestre se computarán proporcionalmente a su duración. Los créditos se expresarán siempre en números enteros²². Una primera comparación se basó en las escuelas y facultades de la Zona Metropolitana de la Ciudad de México, compuesta por el Distrito Federal y el Valle de México del Estado del mismo nombre, ver cuadro 3.3.1.1

Institución	Pública						Particular		
	UNAM ENEO	UNAM FES-Z	UNAM FES-I	UAM	IPN ESEO	UAEMex CU Valle de Chalco	INSTITUTO MARILLAC	LA SALLE	UNITEC
LIC EN ENFERMERIA	391 ¹	377 ²	425 ³	534 ⁴	435 ⁵	400	441 ⁶	409.5 ⁷	No específica
LIC EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA	No específica				425 ⁸				

Cuadro 3.3.1.1 Asignación de créditos académicos en escuelas que ofrecen licenciatura en enfermería.

Las instituciones de educación superior que ofrecen licenciatura en Enfermería son: Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México (ENE0- UNAM), Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES-Z UNAM), Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FES-I UNAM), Universidad Autónoma Metropolitana en campus Xochimilco, Escuela Superior de Enfermería y Obstetricia del Instituto Politécnico Nacional (ESEO-IPN) y la Universidad Autónoma del Estado de México campus Valle de Chalco.

En estas seis escuelas y facultades públicas se obtuvo la información de los créditos académicos directamente de sus páginas de internet. La media es de 360 créditos en la licenciatura en enfermería sistema escolarizado, el número más bajo

FUENTE:

¹ Página Web de Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México.

Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/estudiosprofesionales/LicenciaturaEnfermeriaUNAM.gif>

² <https://www.dgae.unam.mx/planes/zaragoza/Enf-Zar.pdf>

³ <https://www.dgae.unam.mx/planes/iztacala/Enf-Izt.pdf>

⁴ <http://cbs.xoc.uam.mx/licenciaturas/enfermeria/mapa.php>

⁵ http://www.eseo.ipn.mx/Documents/MAPA_CURRICULAR0CA7.PDF

⁶ <http://www.institutomarillac.edu.mx/licenciatura.html>

⁷ http://www.lasallep.edu.mx/enfermeria/index.php?option=com_content&view=article&id=37&Itemid=9

⁸ http://www.eseo.ipn.mx/Documents/MAPA_CURRICULAR0CA7.PDF

de créditos lo presenta la FES-Z, con 377. Y el número más alto lo presenta la UAM con 534 créditos.

Además, la ENEO-UNAM y la ESEO IPN ofrecen el programa de licenciatura en enfermería y obstetricia, donde la primera no especifica el total de créditos y la segunda ofrece 425 créditos académicos.

En lo referente a escuelas particulares resalta el Instituto Marillac, la Universidad La Salle y UNITEC. La comparación de créditos académicos otorgados al cursar la licenciatura en enfermería no fue posible porque la UNITEC no especifica esta información.

En este análisis es necesario reconocer la importancia de la especificación de los créditos académicos como una forma de evaluar y pulsar de manera cuantitativa el trabajo que los alumnos realizarán al cursar estos estudios.

La relevancia del programa de licenciatura en enfermería se torna interesante cuando se compara con algunas otras licenciaturas. Por ejemplo, en la licenciatura de medicina de UNAM se otorgan 449 créditos²⁰, y la licenciatura en pedagogía en la Universidad Pedagógica Nacional (UPN) se otorga 332 créditos²³. Por tanto, se considera que los programas de formación de profesionales de la enfermería se ubican dentro de la media en cuanto a los créditos académicos.

Por otro lado, también se encuentra disponible la opción de hacer cursos complementarios para que el personal técnico de enfermería que cumple entre otros con dos requisitos importantes como tener al menos dos años de experiencia laboral en instituciones pública de salud y tener concluido el nivel medio superior (bachillerato) puede aspirar a los cursos de este tipo, en la ENEO- UNAM con duración de dos años y en la modalidad a distancia o semi presencial, en la ESEO IPN con duración de dos años en modalidad semi presencial y en la UAEMex Centro Universitario Valle de Chalco con modalidad a distancia y duración de tres años y seis meses.

En todos los casos, se utilizan los planes de estudio de la modalidad presencial y la novedad es la permisividad que en semipresencial y a distancia permite conjugar otras responsabilidades y destinar de manera autónoma y personal el tiempo de estudio.

Para el caso de los estudios de nivel técnico, actualmente el número de escuelas de enfermería que ofrece esta opción aunque actualmente son escasas siguen estando presentes; en instituciones que ofrecen educación pública la Escuela de Enfermería de la Cruz Roja Mexicana imparte cursos cortos o técnicos desde 1910,

actualmente imparte el curso de técnico profesional en enfermería quirúrgica, con duración de tres años²⁴.

En la zona también existen escuelas incorporadas a la UNAM, las cuales, al parecer cuentan con planes de estudio propios aprobados por la máxima casa de estudios del país, pero que no necesariamente se encuentran publicados en sus páginas web.

Como las Escuelas de Enfermería de los Institutos Nacionales (De Nutrición y Ciencias Médicas, de Cardiología, de Enfermedades Respiratorias), de escuelas de enfermería de diversos hospitales como: Hospital Juárez de México (Lindavista), de la Secretaría de Salud del Distrito Federal, del ISSSTE. Así como de la Escuela de Enfermeras de Guadalupe AC, Escuela de Enfermería del Hospital de Jesús AC, Escuela de Profesionales en Salud del Grupo Ángeles AC, y Centro Universitario del Estado de México.

La Dirección General de Educación Tecnológica Industrial (DGETI)²⁵ que depende de manera directa de la Secretaría de Educación Pública (SEP) imparte el bachillerato tecnológico con enfermería general (técnica) con duración de tres años en el Distrito Federal en el plantel Iztapalapa (Cetys 57) y plantel Iztacalco (Cetys 76) y en el Estado de México en Texcoco (Cetys 97).

De igual manera, en el Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica (CONALEP)²⁶ también dependiente de la SEP, ofrece el bachillerato tecnológico con enfermería general (técnica) con duración de tres años en dos planteles en el Distrito Federal: Coyoacán y Milpa Alta; y siete planteles en el Estado de México: Tlanepantla I, Neza I, Chalco, Temoaya, Almoloya, Villa Victoria y Cuautitlán I.

En el ámbito de las escuelas particulares que brindan este servicio destacan por su alta cantidad de planteles en la Zona Metropolitana el Instituto Roosevelt (10) Aragón, Izcalli, Neza, Chalco, Tlalpan, La Villa, Zaragoza, Iztapalapa, Centro y Taxqueña²⁷.

Es necesario considerar que los cursos de enfermería general a nivel técnico se imparten en escuelas pequeñas diseminadas por todo el país, la mayoría con el Reconocimiento Oficial de Estudios de la SEP, pero sobretudo con opacidad en sus diseños curriculares, profesorado y organización interna.

En el mismo tenor, es necesario hacer notar que las escuelas mencionadas de nivel técnico no cuentan con ninguna medida cercana a los créditos académicos que permita observar de manera clara, equitativa y homogénea el desempeño ni de los estudiantes, ni de los docentes.

3.3.2 Perfiles de egreso

Los perfiles de egreso son un conjunto de proposiciones y de elementos mínimos a alcanzar deseables en la formación de quien cursa una u otra carrera.

En el aspecto universitario los currícula actuales están encaminados desde su prosa a las competencias, esto es, el conocimiento y aplicación de conocimientos teóricos declarativos, procedimentales y actitudinales. A partir de los cuales se enmarcan para cada una de las escuelas formadoras diferencias en cuanto a extensión y de especificación de cada una de ellas.

3.4 Elementos formativos prácticos

Como parte de las actividades curriculares y a todo lo largo de los periodos académicos se insertan como parte de la misma formación prácticas clínicas; desarrolladas en diferentes contextos de desempeño están permeadas ampliamente por situaciones hospitalarias reguladas por la normatividad federal.

3.4.1 Organización de las prácticas clínicas

El papel de la educación del estudiante de enfermería en servicio queda en manos del equipo de enfermería de cada uno de los servicios en donde se realizan las prácticas clínicas; y donde este equipo es el responsable indirecto de la formación de los estudiantes a su cargo; porque en la práctica el personal de enfermería que en su mayoría es de formación técnica posee la experiencia suficiente para continuar brindando el servicio hospitalario requerido según su personal perspectiva o porque tradicionalmente la rutina se sigue preservando de generación en generación; quedando en el trasfondo, en el currículo oculto las opiniones y comentarios, e incluso la propia formación del personal de enfermería que lo determina para priorizar actividades y estrategias de actuación.

Si bien es cierto que alcanzar el grado universitario en el personal de enfermería ha sido vital para tener mayores alcances y retos teóricos en la formación académica, paradójicamente en la práctica clínica los estudiantes de licenciatura en enfermería continúan haciendo la aplicación de técnicas y procedimientos de manera memorística y repetitiva.

Las condiciones se dificultan cuando la docente en campo clínico debe atender a un grupo de 15 estudiantes según la NOM- 010-SSA3-2012²⁸ distribuidas en diferentes servicios, generando gastos de tiempo en traslados de un servicio a

otro, procedimientos de entrada a cada servicio (lavado de manos, colocación de uniformes quirúrgicos, uso de bata de traslado, presentación, saludo y pequeñas charlas evaluativas con el personal respecto al alumnado, etcétera), y la inclusión de tiempos para la recepción de los estudiantes al inicio de turno, receso para alimentos, evaluaciones parciales o individuales necesarias y tiempo para hacer alguna dinámica de evaluación al final del turno, quedando al final, escasos periodos para la observación y retroalimentación del desempeño con cada uno de los alumnos.

Para mejorar la atención se ha buscado el apoyo de la enfermera clínica que regularmente se queda a cargo de la supervisión directa de los estudiantes concibiendo dentro de su evaluación elementos como la obediencia e iniciativa desvirtuando los objetivos iniciales de la práctica (que desde el inicio deben conocer) para considerar en algunos casos a las estudiantes para la disminución de su propia carga de trabajo más que para aportar elementos trascendentales a la formación del futuro licenciado(a) en enfermería como la aplicación práctica del pensamiento crítico y del juicio clínico en el quehacer cotidiano, o la utilización del proceso atención de enfermería como la metodología propia de la especialidad en la atención a la salud; situaciones que se pueden considerar al margen de la práctica por desconocimiento o por desvirtuación del desempeño diario.

3.5 Antecedentes de la formación académica en enfermería.

En los tiempos recientes ha habido un aumento interesante en el número de investigaciones encaminadas a conocer las diferencias entre los niveles académicos a partir de diversos abordajes. Por ejemplo, en dos estudios realizados en Estados Unidos, en la Universidad de Pennsylvania^{29,30}; ambos trabajos son realizados por el mismo equipo, en los cuales se relaciona el aumento de personal de licenciatura y la disminución de la mortalidad de los pacientes.

En el primer estudio en 2003 se encontró que la proporción de enfermeras registradas tiene presencia en los hospitales desde un 0% hasta 77% del nivel licenciatura. Después de ajustar por las características de los pacientes y las características estructurales del hospital (tamaño, estado de la enseñanza, nivel de tecnología), así como el personal de enfermería, la experiencia enfermera y si el cirujano es certificado se encontró un aumento del 10% en la proporción de enfermeras licenciadas asociado con una disminución del 5% en la probabilidad de que los pacientes fallezcan dentro de los 30 días de admisión y del fracaso terapéutico (odds ratio, 0,95, 95% de intervalo de confianza, 0,91-0,99 en ambos

casos). Para el segundo estudio realizado en 2011 el efecto de 10% más con licenciadas en enfermería decrecen las probabilidades de ambos resultados en todos los hospitales, independientemente de su ambiente de trabajo, en aproximadamente un 4%.

En Reino Unido se llevó a cabo un estudio en 2000³¹ donde los graduados de nivel superior obtuvieron mejores calificaciones que las personas con diplomado inmediato al egreso en liderazgo, aunque durante el primer año de ejercicio laboral en áreas de desarrollo gerencial se observan diferencias favoreciendo a los graduados desde el inicio de su desempeño a nivel hospitalario.

Utilizando la mortalidad de los pacientes como variable relacionada con la formación del personal de enfermería se encontró un estudio llevado a cabo en Tailandia en 2003³² en el que se demostró que la proporción de personal de enfermería con respecto a los pacientes totales fue significativamente relacionada con la mortalidad intrahospitalaria tanto en los análisis parciales y marginales.

En contraparte con los estudios antes mencionados aquí no se encontró ninguna relación significativa entre la mortalidad intrahospitalaria y tres variables del personal de enfermería (la proporción de enfermeras para el personal de enfermería, los años promedio de experiencia frente a los pacientes y el porcentaje de enfermeras preparadas con licenciatura). Ver cuadro de revisión sistemática.

En Estados Unidos se realizó en 2012³³ un estudio considerando de manera similar las variables de mortalidad del paciente y formación de personal de enfermería sólo que aquí se concluyó que el incremento en el número de enfermeras licenciadas está significativamente asociado con la baja en la mortalidad de pacientes quirúrgicos. Afirma también de manera categórica que los años de experiencia no sustituyen a los grados académicos, debido a que además de la habilidad se requiere el análisis crítico de cada situación y que no provee la práctica.

Por cada diez puntos que se incrementan las licenciadas en el personal se asocian sólo 2,12 muertes probables por cada 1000 pacientes quirúrgicos, por lo que recomienda el incremento de personal con licenciatura en al menos el 80% del total de cada entidad hospitalaria.

Los hallazgos son contrastantes debido a que en otros estudios no se encontró una diferencia significativa entre formaciones, como lo demuestran los estudios realizados en 1989 en Canadá³⁴, en 1990 en Estados Unidos³⁵, y Reino Unido en 2005³⁶, por lo que se considera pertinente realizar este estudio en enfermera mexicanas.

Cuadro 3.5.1. Revisión bibliográfica

Año país	Objetivo	Material y método	Resultados	Discusión	Conclusiones	Referencia
2003 EUA	Examinar si la proporción de enfermeras registradas educadas en nivel licenciatura o posgrado tiene relación con el riesgo de mortalidad ajustada y falla en el rescate (muerte en pacientes quirúrgicos con serias complicaciones).	Transversal retrospectivo, analiza los expedientes de 232 342 pacientes de cirugía general, ortopedia y vascular. Del 1 de Abril de 1998 al 30 de Noviembre de 1999.	La proporción de enfermeras registradas tiene presencia en los hospitales desde un 0% hasta 77% del nivel licenciatura. Después de ajustar por las características de los pacientes y las características estructurales del hospital (tamaño, estado de la enseñanza, nivel de tecnología), así como el personal de enfermería, la experiencia enfermera y si el cirujano es certificado se encontró un aumento del 10% en la proporción de enfermeras licenciadas asociado con una disminución del 5% en la probabilidad de que los pacientes fallezcan dentro de los 30 días de admisión y del fracaso terapéutico (odds ratio, 0,95, 95% de intervalo de confianza, 0,91-0,99 en ambos casos).	Un análisis completo del equipo de enfermería, experiencia y nivel educativo son independientes y no adicionan al tas de salvamento en la mortalidad de los pacientes. La experiencia de manera individual no se asoció a la falla en el rescate.	En los hospitales con mayor proporción de enfermeras educadas en el nivel superior o posgrado los pacientes quirúrgicos experimentaron una menor mortalidad y menor fracaso en medidas de rescate. Este estudio sugiere una fuerte asociación entre la educación de las enfermeras y la reducción de la mortalidad hospitalaria. Estos hallazgos son consistentes con la visión de que la educación superior de enfermería atrae, fortalece y crea a mejor personal de ésta área.	Aiken HL, Clarke PS, Silber HJ & Sloane MD. Hospital Nurse Staffing, Education and Patient Mortality JAMA September 24-2003 Vol. 290 No. 12.

Año país	Objetivo	Material y método	Resultados	Discusión	Conclusiones	Referencia
2006 RU	Investigar las competencias de calificación de cursos de grado de tres años y cursos diploma de tres años de duración que se imparten al mismo tiempo en Inglaterra.	Diseño transversal que incluyó una versión revisada y acortada del Cuestionario de Competencias en Enfermería para medir la competencia general y ocho competencias específicas. Se midieron dos competencias adicionales: conciencia de investigación y conciencia política.	Se utilizó un modelo de ecuaciones estructurales encontrando muy poca diferencia en las competencias de los graduados y los diplomados, en las competencias generales ($\chi^2=14.654$ y $p= 0.066$) con algunas diferencias en las competencias gerenciales con diferencia estadística significativa ($\chi^2=7.226$ y $p= 0.0.19$) Las diferencias se encontraron donde los diplomados tuvieron mejores resultados en las construcciones de planificación y participación social, sin embargo, esas diferencias no fueron significativas cuando las variables de antecedentes fueron controladas.	Los resultados son interpretados con cautela debido al tamaño de las diferencias, el tamaño de algunas de las muestras de respuestas y la etapa de desarrollo del instrumento utilizado.	No parece que los graduados y diplomados en Inglaterra difieran en su nivel de competencia de forma importante medido por las competencias de la enfermería. Este estudio encontró pequeñas diferencias entre ambas formaciones referentes a competencias generales y gerenciales durante los primeros tres años laborales.	Clinton M, Murrells T & Robinson S. Assessing competency in nursing: a comparison of nurses prepared through degree and diploma programmes. Journal of Clinical Nursing 114, 82-94. 2005

Año país	Objetivo	Material y método	Resultados	Discusión	Conclusiones	Referencia
2000 Reino Unido	Medir las diferencias de las competencias generales y gerenciales entre egresados de licenciatura y egresados de diplomado.	Longitudinal descriptivo, con el instrumento Objective Structures Clinical Examination (OSCE) autoadministrado vía correo, se dio seguimiento por un año a personal con 6 a 12 meses posteriores a su egreso educativo. Muestra: 52 de diplomado y 28 de licenciatura. Midió conductas: conceptualización, autoestima, fuerza del ego, expectativas de vida, independencia, pensamiento reflexivo y conductas gerenciales divididas en liderazgo, colaboración y enseñanza, planeación y evaluación, relaciones interpersonales y comunicación y desarrollo profesional.	Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en rubros gerenciales y de liderazgo: desarrollo profesional (p=0.0096), valoración (p=0.008) y fuerza del ego (p=0.028) con mejorías para los egresados de licenciatura en comparación con los diplomados, a excepción del liderazgo, en las mediciones realizadas inmediata al egreso y a los seis meses, aunque a los 12 meses las diferencias son menores si el personal observado participó en educación continua.	Las mayores diferencias se encuentran en liderazgo que favorece a los diplomados recién egresados, pero esta situación no es perdurable comentando que puede ser por la dificultad de ejercer el liderazgo para este grupo en especial.	Es notoria la falta de consenso para la definición de las competencias en enfermería. Los hallazgos en este estudio sugieren algunas áreas de diferencias entre grupos con las que se puede trabajar para mejorar en ambos casos. Limitaciones de estudio: el instrumento es de autopercepción. Además, se requiere la revisión de ambos currículums y las competencias de ambos al egreso.	Bartlett H, Simonite V, Wescott E y Taylor H. A comparison of the nursing competence of graduates and diplomats from UK nursing programmes. Journal of Clinical Nursing 2000; 9: 369-381.

Año país	Objetivo	Muestra y método	Resultados	Conclusiones	Referencia
2011 EUA	Determinar las condiciones bajo las cuales el impacto del personal de enfermería, la educación de enfermería y el ambiente de trabajo se asocian con los resultados del paciente.	Se eligieron 665 hospitales en 4 grandes Estados, se eligieron los resúmenes de alta de 1, 262,120 de ortopedia y cirugía general y vascular, se eligió una muestra aleatoria de 39,038 enfermeras de los hospitales mencionados, así como información obtenida de la Asociación Americana de Hospitales.	Principales medidas de resultados: Una mortalidad hospitalaria de 30 días e insuficiencia para el rescate. Resultados: El efecto de la disminución de las cargas de trabajo por un paciente/enfermera en muertes y falla en el rescate es prácticamente nulo en los hospitales con ambientes pobres de trabajo, pero disminuyen las probabilidades con un ambiente promedio en 4% y en los hospitales con los mejores ambientes en un 9% y 10% respectivamente. El efecto de 10% más con licenciadas en enfermería decrece las probabilidades de ambos resultados en todos los hospitales, independientemente de su ambiente de trabajo, en aproximadamente un 4%.	Aunque el efecto positivo de porcentajes cada vez mayores de Licenciadas en Enfermería es consistente en todos los hospitales, la reducción de los coeficientes paciente/enfermera mejora los resultados del paciente en los hospitales con buenos ambientes de trabajo, ligeramente los mejora en ambientes normales y no tiene ningún efecto en los hospitales con ambientes pobres.	Aiken LH, Cimiotti JP, Sloane DM, Smith EL, Flynn L y Neff DF. Efectos del personal de enfermería y educación en enfermería en deceso de pacientes hospitalizados con diferentes entornos laborales de enfermería. Revista Medical Care, vol. 49, número 12, diciembre 2011.

Año país	Objetivo	Muestra y método	Resultados	Discusión	Referencia
2012 EUA	Examinar los cambios en los porcentajes de enfermeras licenciadas acompañados por cambios concomitantes en las tasas de la mortalidad de pacientes quirúrgicos y en falla de rescate. Determinar la relación simultánea de estos cambios con la cantidad de personal, la combinación de capacidades y los años de experiencia como enfermera registrada.	Diseño retrospectivo, con dos etapas. El estudio incluyó las siguientes fuentes de datos desde 1999 hasta 2006: encuesta con datos administrativos de enfermería, datos de alta del paciente y la Encuesta Anual de la Asociación Americana de Hospitales. Se encontraron 134 hospitales con estos datos disponibles en los puntos de recolección de información. FUENTES DE DATOS Y POBLACIÓN MUESTRA ENFERMERA. La Universidad de Pennsylvania aplicó Encuesta de la Enfermera Registrada en 1999 por correo a hogares a muestra aleatoria del 50% de los registrados y en 2006 aplicó la Encuesta Multiestatal de Cuidado de Enfermería y Seguridad del Paciente a muestra del 40% de todas las licenciadas en Pennsylvania. Ambas encuestas contenían información como: carga de trabajo y características demográficas como edad, experiencia y último grado de estudios en enfermería. La tasa final de respuesta para la encuesta de 1000 fue de 52%, aproximadamente 42000 enfermeras, la tasa final de respuesta para la encuesta de 2006 fue de 39%, más de 25000 enfermeras. En 2006, un método de muestreo doble implica el reencuestado de los no respondedores iniciales (n=650) se usó para demostrar que no había sesgo asociado a las variables de interés. En promedio, fueron encuestados, 80 y 48 enfermeros de cada uno de los 134 hospitales en 1999 y 2006 respectivamente. MUESTREO PACIENTES. Pacientes de 20-85 años de edad, con dx clasificado en cirugía general, ortopédico vascular fueron incluidos en este estudio. Esos pacientes fueron seleccionados porque constituyen una proporción sustancial de la descarga del hospital y porque el riesgo ajustado de este trabajo ha sido validado con este tipo de pacientes. Los datos de los pacientes fueron obtenidos desde el Consejo de Pennsylvania de Contención de Costos en Cuidados a la Salud, incluyendo: facilidad de identificación, características demográficas de los pacientes, información de la admisión, dx y códigos de procedimientos utilizados contenidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades, 9a revisión y Modificación Clínica (ICD-9 CM) hasta 8 procedimientos secundarios y si el paciente estaba vivo o muerto. 134 hospitales.	No se observaron reducciones significativas en la mortalidad o en falla del rescate asociadas a cambios en la cantidad de personal de enfermería, las habilidades o los años de experiencia. Por otro lado, aunque el promedio de las enfermeras con licenciatura no varió entre 1999 y 2006 muchos hospitales tuvieron aumentos en los porcentajes de licenciados en enfermería, mientras que otros tuvieron disminuciones y algunos de los cambios en ambas direcciones fueron bastante considerables.	El incremento en el número de enfermeras licenciadas está significativamente asociado con la baja en la mortalidad de pacientes quirúrgicos y con la disminución en las tasas de falla en el rescate. No se encontró asociación entre el número de personal, las habilidades o los años de experiencia del personal de enfermería con pacientes quirúrgicos. Fue difícil demostrar la relación de ésta última, ya que no existe un registro único como tal. Los años de experiencia no sustituyen a los grados académicos, debido a que además de la habilidad se requiere el análisis crítico de cada situación y que no provee la práctica. Por cada diez puntos que se incrementan las licenciadas en el personal se asocian sólo 2,12 muertes probables por cada 1000 pacientes quirúrgicos, esperando que el coeficiente estimado esté presente o se incremente en cada hospital, e incluso llegar hasta el 80% de licenciadas como recomienda el Instituto de Medicina.	Kutney-Lee A, Sloane DM and Aiken LH. An Increase in the number of nurses with baccalaureate degree is linked to lower rates of Postsurgery mortality. Health Affairs, 32, no.3 (2012): 579-586.

Año país	Objetivo	Muestra y método	Resultados	Conclusiones	Referencia
2003 Tailandia	<p>Analizar la asociación entre la mortalidad hospitalaria y la dotación de personal enfermero a partir de cuatro variables: la relación entre el personal de enfermería y los pacientes totales, la proporción de enfermeras y el total de personal de enfermería, los años promedio de experiencia de enfermeras y el porcentaje de enfermeras con grado de licenciatura en ciencias de la enfermería.</p>	<p>Estudio retrospectivo, transversal, observacional. Los datos se recolectaron de 2531 pacientes ingresados en siete unidades médicas y 10 unidades quirúrgicas de un hospital universitario de 2300 camas en Tailandia. Todos los datos de los pacientes ingresados se acomodaron en cuatro grupos en base a sus diagnósticos principales (enfermedades del corazón, tumores malignos, hipertensión y enfermedades cerebrovasculares y neumonía y otras enfermedades de los pulmones) se extrajeron las historias clínicas y se descargaron los resúmenes de 1999. Las variables del personal de cada unidad de enfermería en 1999 se trabajaron con las bases de datos correspondientes. Se utilizó el método de regresión logística para determinar la relación entre variables del personal de enfermería y la mortalidad intrahospitalaria.</p>	<p>Los resultados de este estudio revelaron que la proporción de personal de enfermería con respecto a los pacientes totales fue significativamente relacionada con la mortalidad intrahospitalaria tanto en los análisis parciales y marginales, controlando las características de los pacientes. Además, la proporción de personal de enfermería total a los pacientes se encontró que el mejor predictor de la mortalidad hospitalaria de las cuatro variables de personal de enfermería es el control de las características del paciente. El estudio no encontró ninguna relación significativa entre la mortalidad intrahospitalaria y tres variables del personal de enfermería (la proporción de enfermeras para el personal de enfermería, los años promedio de experiencia frente a los pacientes y el porcentaje de enfermeras preparadas con licenciatura), probablemente, debido a la baja variación de estas variables a través de las unidades de enfermería o porque puede haber una correlación con otras variables.</p>	<p>Los resultados de este estudio se suman a nuestra comprensión de la importancia del personal de enfermería y su relación con la evolución de los pacientes, de la mortalidad hospitalaria. Además, los resultados también proporcionan información para los administradores del hospital y de enfermería a utilizar cuando la reestructuración de la fuerza de trabajo clínico, revisión de las políticas del hospital, o se vaya a tomar decisiones contractuales en nombre de la enfermería y de beneficiarios públicos. El cambio organizacional, rediseño del trabajo, control de costos y dimensionamiento correcto se ha convertido en los últimos años en las consecuencias de la crisis económica de Tailandia. Durante el año fiscal 1998 el presupuesto del gobierno central fue revisado y reducido en tres ocasiones. Estas reducciones en el presupuesto han afectado a los hospitales públicos más que los hospitales privados porque el 60% de los ingresos de explotación se obtuvo a partir de la asignación del gobierno. En consecuencia, los hospitales públicos tuvieron que reducir sus costos de operación, mano de obra e inversiones de capital para controlar los gastos hospitalarios, con una política de crecimiento cero para el personal. Los servicios de enfermería han sufrido con estos recortes presupuestarios, algunas enfermeras registradas (con licenciatura) han sido reemplazadas con personal con menor formación, esta situación es una preocupación a nivel mundial, el principal argumento en contra de este enfoque es que la calidad de la atención del paciente y la seguridad del paciente se reducirán si el número de personal de enfermería disminuye o se disminuye la formación y las capacidades del mismo.</p>	<p>Sasichay-Akkadechanunt T, Scalzi CC, Jawaad AF. The relationship between nurse staffing and patient outcomes. Journal of Nursing Administration September 2003 - Volume 33 - Issue 9 - pp. 478-485.</p>

3.6 Calidad del cuidado en enfermería

El cuidado es el bien interno de la profesión de enfermería; fin propio por el cual adquiere sentido y la legítima socialmente.

El constructo calidad del cuidado tiene una alta complejidad desde la definición de los términos que lo componen, por lo que se parte de la definición de dos de sus elementos: el cuidado y la calidad.

La principal misión de enfermería es proporcionar cuidados a los demás seres humanos; hoy en día, esos cuidados si son institucionalizados deben cumplir con estándares internacionales encaminados al reconocimiento de la parte subjetiva de los procesos humanos; la calidad asistencial se mide en un servicio concreto, calidad científico-técnica, accesibilidad, eficiencia y satisfacción.

Se revisan ambos constructos, partiendo de considerar que el cuidado de enfermería requiere evaluación.

3.6.1 El cuidado

Cuidar tiene raíces interesantes que conjugan el hacer y el pensar con un sentido humano explícito; como se afirmaba anteriormente, es también la esencia y objeto de estudio de la profesión de enfermería, diversas autoras de esta rama como Imogene King, Ida Orlando entre otras, se han dedicado a establecer la interacción enfermera-paciente como el eje fundamental en el momento en que se establece una relación de cuidado a través de la comunicación verbal o no verbal y que a partir de la valoración en enfermería se identifiquen necesidades de la persona, de la familia y/o de la comunidad para afrontar experiencias dolorosas que ocasionan dolor, desesperación y muerte³⁷.

Jean Watson propone una teoría del cuidado humano, donde el rasgo humano es una característica universal, que parte de la sociedad y es una necesidad para la supervivencia humana, enfatiza las experiencias mutuas, recíprocas e interactivas con un ingrediente moral de dignidad y respeto recíproco.

El cuidado de enfermería contempla elementos éticos, técnicos, de conocimientos científicos y de relaciones interpersonales como dimensiones de la calidad que constituyen un entramado de factores requeridos para el logro de la excelencia en el ejercicio profesional. Existe un bien interno de la profesión, que es procurado cuando la ética la encuadra y donde es preciso dominar las habilidades técnicas propias traducidas en un bien para el individuo, la familia y la comunidad quienes

se deben beneficiar de sus acciones otorgándole así legitimidad social a esta profesión.

Asumiendo que esta aplicación nos lleva a la asunción conceptual del poder como elemento liberador o contenedor de las acciones del cuidado, capaz de generar autonomía.

El cuidado planteado como un afecto está inmerso en sentimientos de compasión o empatía; ahora bien, el cuidado como interacción personal se entiende como un esfuerzo bidireccional entre la enfermera y el paciente²⁷, estableciendo relaciones de mutua interrelación y en el caso de la relación terapéutica, buscando el mantenimiento de la vida.

Esta interrelación intenta también situar al “otro” desde su contexto de referencia planteando la complementariedad de los elementos técnico - biológicos con los socio-culturales y de interrelación en los que se basa la presente investigación³⁸.

La era de la atención a la salud que empieza en estos primeros años del siglo XXI comienza en 1999, cuando se publicó la obra: “Errar es humano” del Instituto de Medicina de Estados Unidos; en éste texto se reconoce que los servicios de salud están brindados por personas, por seres humanos que cometen errores, quizá en mayor medida de lo que antes se había aceptado, pero sobretodo, se reconoce que estos errores, llamados eventos adversos producen o aumentan enfermedades e incluso producen muertes.

A decir verdad, no es una novedad esta situación por toda conocida, lo diferente ahora, es la disposición a evitar esos eventos adversos con todas las medidas disponibles y claramente diseñadas para estas tareas.

El escrutinio público está ahora pendiente de los errores y hoy, la red es una forma muy efectiva de acercar información a todo el mundo, sin importar el tipo de economía presente; los errores más que señalar deben representar para el equipo de salud puntos donde se necesita mejorar; y desde luego, buscando los beneficios económicos que no deben quedar a un lado, y donde la salud se considera como una mercancía.

Esta necesidad de gestionar sobre la calidad de la atención se reflejó en la resolución que de la 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana de la Organización Panamericana de la Salud realizada en Washington D.C. en Estados Unidos se presentó en octubre de 2007, instando a los miembros a priorizar la seguridad del paciente y la calidad de la atención en las políticas y programas para la promoción de una cultura al respecto³⁹.

En este sentido, los eventos adversos han sido estudiados desde 1950, sin embargo, y siguiendo los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud a través de su oficina regional (la Organización Panamericana de la Salud) emite los criterios mínimos que los países deben seguir, entre los que se encuentra la promoción de la cultura organizacional para promover la seguridad del paciente, sobretodo en escenarios de vulnerabilidad, como un ámbito hospitalario, donde los reportes de daños por problemas de medicación se han reportado desde 1991 en Estados Unidos.

Otro punto necesario es la naturaleza y la calidad de la relación personal-usuario, que constituye un determinante crítico del éxito o fracaso de las organizaciones; lo más importante es comprender el tipo de interacciones que se desarrollan y el fomento que de éstas se haga, con el fin de promover la confianza de ambas partes de la relación terapéutica.

La forma en que los usuarios se acercan a los profesionales de la salud es cada vez más pública y de fácil acceso para quienes comparten una red social, una página en la web, un video de dominio público, de manera que esta inmediatez en la emisión de juicios respecto a la atención recibida exige de todos los participantes máxima atención no sólo de la atención personal y profesional, sino también de los elementos estructurales, políticos y culturales que influyen en la atención a la salud, que últimamente han repercutido en acciones legales emitidos a médicos, enfermeras, etcétera⁴⁰.

Cuidar es un fenómeno social, cultural, forma parte del mantenimiento de la vida, requiere preparación, conocimientos, investigación y sobretodo, experiencia en el hacer y en el ser⁴¹. El cuidado de enfermería brindado al paciente hospitalizado está relacionado con la estructura de servicios que la misma institución provee, además, también depende de los procesos establecidos para brindar cuidado de acuerdo con los problemas que los pacientes presentan, y los resultados de todas estas acciones.

3.6.2 Calidad del cuidado en enfermería

Los primeros informes de calidad en atención a la salud se originaron a finales del siglo XIX. El escenario fue la guerra de Crimea y el registro más importante fue la mortalidad en los hospitales de campaña, elaborado por Florence Nightingale⁴².

El término calidad proviene de la palabra latina *qualitas* referente a cualidad. Las cualidades que se buscan en el área de la salud permiten establecer estándares

mínimos a cumplir para comparar y mejorar las prácticas relacionadas con los servicios de salud ²⁷.

La calidad en los servicios de salud se ha abordado en diversos estudios, en diferentes ángulos, es el tema actual, es una de las metas a alcanzar establecidas desde la Organización Mundial de la Salud y la adherencia de las instituciones a los lineamientos en la medida de sus posibilidades y su idiosincrasia interna desde hace aproximadamente quince años con la carencia de estrategias generales para todo el país pero tan particulares que den coherencia e impulso a todos los esfuerzos que se emprenden en la cotidianidad ⁴³

La gestión de la calidad del servicio es un factor determinante clave para garantizar el buen desempeño empresarial y que a través de ésta se promuevan tanto la competencia del personal como los beneficios económicos para las instituciones ⁴⁴.

Avedis Donabedian consideró a la calidad como una propiedad que la atención médica puede poseer en diferentes grados ⁴⁵; se orienta hacia los beneficios, los riesgos y los costos de la atención y busca la identificación de elementos técnicos e interpersonales que influyen, se han agregado conceptos como la utilidad, el acceso y la satisfacción asumiendo que todos ellos influyen para generar juicios de valor, reconociendo en ellos un reflejo de los valores y objetivos actuales del sistema de salud ⁴⁶.

Al respecto de la definición de calidad del cuidado existen diversas opiniones al respecto, algunas complementarias, por ejemplo, en España la Oficina de Evaluación de Tecnología (OTA) la define como el grado en el que, de acuerdo con el estado actual de los conocimientos, el proceso del cuidado directo al paciente incrementa la probabilidad de obtención de resultados deseables para el mismo y reduce la probabilidad de obtención de resultados no deseables ⁴⁷.

Anteriormente, ante los problemas se presentaban soluciones reactivas, es decir, en respuesta a los hechos sucedidos, al día de hoy se busca una visión integral y multidisciplinaria de todos los participantes en la atención a la salud, proponiendo mejoras en el sistema incluso, de manera proactiva, antes de que surjan los hechos y se proponen soluciones creativas con los recursos disponibles, para conseguir mayor eficiencia y calidad en los cuidados y alcanzar y mantener los estándares de calidad mínima establecidos por la institución para la práctica asistencial.

Así, por la importancia, la naturaleza y la necesidad de actuar a diferentes niveles, es importante reconocer el papel de las enfermeras en la atención directa al paciente, que puede ser vista desde dos de las diferentes dimensiones existentes

con la calidad; una, desde la dimensión técnica con un procedimiento que se realiza únicamente por personal de enfermería como es la administración de medicamentos y una segunda dimensión, referente a satisfacción de los usuarios, considerado a partir de la cuestión humana de interrelación y como pieza clave en la comunicación que es parte del cuidado brindado a los pacientes hospitalizados.

Donabedian aseveró que la calidad es producto de dos factores: uno referente a la ciencia y la tecnología aplicadas al cuidado de la salud; esto incluye la biología de la enfermedad, conductas y atributos del individuo y de la población y el diagnóstico y las intervenciones terapéuticas (dimensión técnica). El segundo factor fue la aplicación en la actual práctica de la promoción del cuidado a la salud (dimensión humana)⁴⁸.

3.6.3 Dimensiones de la calidad del cuidado de enfermería

La calidad no es un concepto único, sino que tiene diferentes dimensiones según el aspecto que se aborde en relación a la calidad de un servicio directo⁴⁹. Las principales perspectivas existentes sobre las dimensiones de la calidad se mencionan a continuación:

Cuadro 3.6.1 Clasificación de las dimensiones de la calidad.

Palmer	Programa Ibérico	Vouri	Jcaho
Competencia profesional	Calidad científico-técnica	Calidad científico técnica	Accesibilidad
Accesibilidad	Accesibilidad	Distribución de la asistencia/Integral	Participación
Aceptabilidad/satisfacción	Satisfacción	Efectividad/eficiencia	Efectividad
Efectividad		Continuidad/coordinación	Eficiencia
Eficiencia			Adecuación
			Continuidad
			Eficacia
			Oportunidad
			Privacidad
			Confidencialidad
			Seguridad
			Apoyo estructural

FUENTE: Universidad de Cadiz. Dimensiones de la calidad y tendencias actuales. Estudios y Acceso, 2014⁴⁸.

Calidad científico-técnica o competencia profesional: Se refiere a la capacidad de los proveedores de utilizar el más avanzado nivel de conocimientos existente para

abordar los problemas de salud; ésta dimensión es muy estudiada y es la que frecuentemente se mide, con la idea de atender de forma científica las necesidades sanitarias.

Eficacia. Probabilidad de beneficio que se proporciona a los individuos en condiciones ideales de uso.

Efectividad. Probabilidad de beneficio de una tecnología en condiciones normales de uso, con una determinada práctica sanitaria que mejora la salud en una población concreta.

Eficiencia. Se refiere a la obtención mayor de beneficios con el menor costo posible.

Accesibilidad. Facilidad con que la atención sanitaria se obtiene en relación con los aspectos que puedan funcionar como barreras, incluyendo aspectos organizacionales, económicos y culturales; por ejemplo, esta dimensión es importante cuando se habla de elementos de los programas de salud como es la cobertura.

Satisfacción: Medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultantes cumplen con las expectativas del usuario; teniendo en cuenta la manera en que la atención es percibida por el usuario y sus reacciones como consecuencia de ello.

La satisfacción tiene tres componentes:

- a) Aspectos organizativos: tiempo de espera, ambiente físico, etc.
- b) Efecto de la atención sobre el estado de salud.
- c) Trato recibido: empatía, información veraz, en términos comprensibles, etc.

Es un hecho comprobado que un mejor trato personal produce mayor satisfacción. Por eso la satisfacción se relaciona de forma directa con lo que se domina el arte de la atención, es decir, con conseguir establecer una comunicación efectiva con los pacientes.

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

Adecuación. Correcto, conveniente o necesario para el paciente. Se obtiene el beneficio esperado con las mínimas consecuencias negativas.

Continuidad. La atención se provee de forma ininterrumpida y coordinada entre proveedores e instituciones.

Privacidad. Respeto a los derechos del paciente, controlar el acceso a los datos del paciente, confidencialidad.

Tomando la clasificación más amigable el Programa Ibérico aborda la calidad con las dimensiones: accesibilidad, calidad científico-técnica y satisfacción.

La accesibilidad puede verse inmersa en la satisfacción, ya que en la manera en que los servicios sean más cercanos y fáciles el usuario expresará mayor satisfacción.

Por otro lado, la calidad científico-técnica y la satisfacción del usuario pudieran observarse en conflicto ya que ambas miden elementos completamente diferentes; también puede afirmarse que son complementarios y que su observación puede realizarse en forma conjunta; si falta alguna de ellas, la conclusión es que la calidad es mejorable.

Los profesionales precian en primer lugar la atención científicamente correcta y adecuada, dentro de las limitaciones que puedan presentarse en cada institución o servicio; y buscando los fines inmediatos en cada paciente. Por otro lado, los usuarios tienden a coincidir a reconocer las limitaciones pero aun así solicitar la mejor atención disponible que desde sus perspectivas aprecian el trato interpersonal, la accesibilidad y los resultados concretos con bienestar a corto plazo⁴⁸.

Ahora bien, la calidad asistencial se mide en un servicio concreto, un grupo de pacientes; se requiere de la especificación de un grupo de requisitos o características que el servicio debe poseer haciendo referencia o sin perder de vista las dimensiones incluidas en la definición de calidad.

Para saber la medida en que los criterios de calidad se encuentran presentes se requiere de la observación directa, de la revisión de los registros de la actividad asistencial y/o de encuestas y entrevistas.

De acuerdo con el Quality Assurance Indicators Development Group (ASHP) los indicadores son elementos de medida de la calidad desarrollados para evaluar el nivel de asistencia real de un proceso, persona, organización o sistema y para determinar, finalmente, los métodos necesarios para garantizar sus funciones³⁷.

Los indicadores señalan o avisan sobre áreas que deben ser objeto de revisiones exhaustivas, deben contener como características su validez, sensibilidad y especificidad; incluso la comparabilidad en el tiempo y espacio y tener sencillez de cálculo que permita su utilización, lo que ha sido motivo de diversas investigaciones buscando la posibilidad de aplicación de los hallazgos en otros terrenos investigativos^{50 51}.

Cada día los seres humanos necesitan diferentes opciones de cuidados, para comparar las consecuencias de los métodos para cuidar en las dimensiones cuantitativa y cualitativa de vida. Entendiendo la naturaleza del intercambio personal que se logra con el paciente y su salud,⁵² como respuesta a estos campos abiertos y a la incorporación de la enfermería en la medición de procesos en la búsqueda de mejoría la actividad del cuidado en sus diferentes manifestaciones y en la medida posible se ha ido incorporando a la medición administrativa.

La enfermería moderna enfrenta nuevos retos en el cuidado de la salud porque buscando no quedarse diferida debe considerar los contextos y sus características socioeconómicas y políticas del área de la salud; así como la necesidad de inclusión en la visión administrativa de la certificación y la medición de todos los procesos disponibles.

En este sentido, la calidad asistencial tiene dos componentes: la calidad científico-técnica o intrínseca, que mide la resolución del problema, y la calidad percibida o extrínseca, que mide la satisfacción del usuario con respecto a la percepción del servicio recibido⁵³.

3.6.3.1 Dimensión técnica

La dimensión técnica de la calidad se refiere a la aplicación de los conocimientos y a la adecuada utilización de la tecnología, cuya función científico técnica favorece la aplicación del conocimiento con criterios unificados, probados y evaluados sistemáticamente⁵⁴.

Procedimiento: Administración de medicamentos intravenosos

En la actualidad, desde la filosofía que representa la atención con fármacos, la utilización de los sistemas integrales de distribución individualizada de medicamentos (SIDIM) es considerada como una de las actividades que los servicios de Farmacia de los hospitales deben establecer con la máxima prioridad.

Es decir, en los hospitales la utilización de sistemas de distribución de medicamentos por dosis unitarias (SDMDU) y las unidades de terapia intravenosa (UTIV) deben ser incluidos dentro de la infraestructura básica que permita desarrollar e impulsar una farmacoterapia segura y eficiente⁵⁵.

Ambos sistemas liberan al personal de enfermería de las unidades de hospitalización de tareas que estaban restando su atención al paciente. Independientemente de las posibles innovaciones técnicas que se incorporen

como puede ser la prescripción médica por terminal informática, el concepto de sistema integral deben afianzarse, permitiendo la potenciación de la actividad farmacéutica en su más amplio significado; esto es, poniendo el acento no sólo en los servicios prestados al hospital, sino además, y sobre todo en los resultados que los mismos producen en los pacientes.

La administración de medicamentos por vía intravenosa tiene una gran utilización en el ámbito hospitalario. Su fuerte desarrollo se debe a diversos motivos, entre los que se encuentra la aparición de fármacos efectivos por esta vía, algunos exclusivamente por ella; los avances en los métodos y equipos para la administración de un sistema venoso efectivo; otro ejemplo, viene del campo de la pediatría, donde se considera que la vía intravenosa es la manera más fiable de garantizar la biodisponibilidad completa del fármaco.

Otro ejemplo, es la predilección por esta vía en anestesia e incluso es recomendable para pacientes ambulatorios en cuidado extra hospitalario, donde la administración continua y exacta depende de una bomba de infusión con parámetros personalizados⁵⁶.

La administración de medicamentos ha sido una práctica incluida dentro del conjunto de responsabilidades que el personal de enfermería cumple en su cotidianidad. En este día a día, es necesario reconocer que esta práctica debe realizarse en base a normas establecidas y reglamentadas a nivel mundial con los lineamientos establecidos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), a nivel nacional a partir de la Ley General de Salud y de las Normas Oficiales Mexicanas y a nivel Institucional con los diversos manuales de procedimientos que son elaborados y actualizados por el mismo personal que los utiliza en su práctica rutinaria⁵⁷.

Enfermería puede ejercer funciones independientes (ejercicio profesional autónomo), funciones interdependientes (consultorías en equipos de atención a la salud) y funciones dependientes que son las más comunes en el medio hospitalario y que forman un conjunto de actividades que ésta [la enfermera] desarrolla a partir de las instrucciones del médico en posición de su licencia legal para ejercer⁵⁸. De las cuales, destaca la terapia endovenosa y la preparación y administración de medicamentos como las técnicas que mayormente se aplican en el servicio hospitalario.

La terapia de infusión intravenosa es un procedimiento con propósitos profilácticos, diagnósticos o terapéuticos que consiste en la inserción de un catéter en la luz de una vena, a través del cual se infunden al cuerpo humano líquidos, medicamentos, sangre o sus componentes.

Representa un importante apoyo durante el proceso asistencial de los pacientes, independientemente de la complejidad del problema de salud. Diferentes publicaciones y otros documentos, revelan que en México entre el 80 y el 95% de los pacientes hospitalizados reciben tratamiento por vía intravenosa y que en los Estados Unidos de Norteamérica se colocan anualmente más de 5 millones de catéteres venosos centrales y más de 200 millones de catéteres venosos periféricos⁵⁹, con lo que se amplía la visión hacia la terapia intravenosa, y en especial, como parte de los motivos de este estudio, la administración de medicamentos utilizando la vía intravenosa.

Se define como la preparación y administración segura y precisa de medicamentos, es una de las responsabilidades más importantes de la enfermera, quien debe conocer tanto los efectos esperados como los no esperados, además de la aplicación correcta y de vigilar su respuesta⁶⁰.

Por la constante realización de este procedimiento y su gran relevancia, ha sido considerado como un indicador de la calidad del cuidado de enfermería para la elaboración a su vez, de estándares del cuidado.

Un medicamento administrado por vía intravenosa generalmente produce efectos terapéuticos beneficiosos para el paciente, *sin embargo*, no actúan en un determinado tejido u órgano, sino que altera sus funciones fisiológicas, puede proteger las células de la influencia de otros agentes químicos, estimular la función celular, acelerar o enlentecer los procesos celulares o sustituir a una sustancia ausente en el organismo. Esto a través de la alteración de los líquidos corporales, las membranas celulares o bien interactuando con receptores⁴⁸.

La administración de medicamentos es un objetivo estratégico y un valor principal de la atención al paciente en todos los niveles del sistema de salud. Los medicamentos contribuyen de manera considerable a mejorar la calidad de vida de sus usuarios; sin embargo, su uso no está exento de riesgos, ya que si no se cumple con una administración segura puede ponerse en riesgo la seguridad de los pacientes hospitalizados y por lo tanto, la calidad de la atención prestada a los mismos⁶¹.

La administración de medicamentos por vía intravenosa puede utilizar dos diferentes accesos: vía venosa central o vía venosa periférica.

Para la vía venosa periférica se recomienda el uso de las venas de menor a mayor calibre y por tanto, de regiones distales a proximales en ambos miembros torácicos. En orden de conveniencia:

- Venas carpianas.

- Vena radial superficial.
- Vena cubital.
- Vena mediana cefálica
- Vena mediana basílica
- Vena basílica
- Vena cefálica

Se recomienda el uso de las venas más blandas y rectas posibles, evitando las venas ya utilizadas, con irritación, con datos de infección, con algún tipo de lesión y las venas con flebitis superficial. Tampoco es recomendable utilizar zonas afectadas por quemaduras, celulitis, trombosis y fístulas arterio-venosas.

En el caso del acceso venoso central está indicado en caso de necesitar un acceso vascular urgente para fluidoterapia o administración de fármacos, incapacidad para obtener una vía periférica y en caso de administración de soluciones concentradas o nutrición parenteral total. Es recomendable la punción en venas cefálica y basílica, yugular interna, subclavia o femoral.

Formas de administración intravenosa

Existen distintas vías de administración intravenosa, con la característica común de estar definidas por el tiempo de perfusión, el volumen de administración y los volúmenes plasmáticos alcanzados:

- a) Intravenosa directa.
- b) Intravenosa en perfusión intermitente.
- c) Intravenosa en perfusión continua⁶².

Intravenosa directa

El tiempo de perfusión es de 3 a 10 minutos, exceptuando los bolos así indicados que se realizan en 8 a 10 segundos. El volumen de administración por lo regular es menor a 10 mililitros, con una velocidad de administración de 0,5-1 ml/min. Se realiza con jeringa más aguja o jeringa más llave de 3 vías; presenta la ventaja de no haber pérdida de dosis debido a que no necesita un equipo de infusión aunque, presenta mayor riesgo de toxicidad.

Intravenosa en perfusión intermitente⁵¹

Se define el tiempo de perfusión entre 15 a 20 minutos, el medicamento se diluye en una cantidad moderada de volumen, de 50 a 100 ml; consiguiendo así prevenir la flebitis en caso de fármacos irritantes por lo que permite mantener el acceso venoso funcional.

Perfusión intravenosa continua⁵¹

Aquí el volumen a administrar es \geq a 250 ml, con un tiempo de administración \geq a cuatro horas y con el fin de mantener niveles plasmáticos constantes.

En pacientes críticamente enfermos se prefiere la administración intravenosa de fármacos para asegurar una disponibilidad sistémica adecuada, ya que muchas veces hay problemas de perfusión periférica o en el gasto cardiaco. Es muy importante considerar la dilución de medicamentos y el tiempo de administración cuidando manejar volúmenes pequeños para no alterar el balance hídrico⁶³.

Como nota final de este tema las complicaciones de interacción farmacocinética (estudia los procesos de LADME: liberación, absorción, distribución, metabolismo y excreción⁶⁴) y farmacodinamia (estudia las acciones sobre los distintos aparatos, órganos y sistemas y su mecanismo de acción bioquímico o molecular)⁵² de cada medicamento administrado por vía intravenosa deben considerarse en cada una de las ocasiones que se administran sustancias por ésta vía.

3.6.3.2 Dimensión humana (satisfacción del paciente).

La percepción es el resultado de la capacidad del individuo de sintetizar las experiencias del pasado y las señales sensoriales presentes; como dimensión de la calidad es la experiencia advertida y expresada por el usuario y que, en la mayoría de los casos no tiene ninguna relación con los aspectos científicos y técnicos sino con las necesidades de afecto, comprensión, protección, bienestar, ocio e información⁵³.

La participación social en las políticas públicas ha aumentado considerablemente en los últimos decenios. Las bases filosóficas de este cambio radican en la nueva gestión pública y educación popular⁴⁹.

Donabedian (1996) agrupó los componentes fundamentales del servicio en una división de tres grupos: como componentes (dimensiones) técnicos, componentes interpersonales y componentes del entorno⁶⁵.

La satisfacción de los pacientes debe ser un objetivo irrenunciable para los responsables de los servicios sanitarios y es una medida que debe ser considerada cuando se evalúa a los recursos utilizados.

Los pacientes expresan satisfacción con enfermería en la medida en que se han cubierto sus expectativas con respecto al servicio recibido. Los primeros en afirmar que la satisfacción del paciente es, ante todo, "una medida del resultado

de la interacción entre el profesional de la salud y el paciente⁶⁶ fueron Koss y Donabedian generando cambios en su concepción.

El interés por conocer la opinión de los usuarios tiene, al menos, una triple justificación: por un lado, desde la óptica de la participación social, se ha puesto énfasis en que los ciudadanos sean parte integrante y central del sistema, participando activamente tanto en la evaluación como en la planificación y redefinición de la política de salud⁶⁷.

Por otro lado, en muchos ámbitos existe el convencimiento de que son los usuarios quienes pueden monitorizar y finalmente juzgar la calidad de un servicio, aportando a los evaluadores información de primera mano sobre determinados aspectos que no es posible obtener por otros medios, ya que la percepción subjetiva del usuario habla de la calidad del servicio conjugando al mismo tiempo tanto sus necesidades como sus expectativas⁶⁸.

Así, la medida de la satisfacción es una medida que va en aumento en todas las organizaciones públicas o privadas, mercantiles o de servicios, y el éxito se alimenta en gran medida de clientes satisfechos con lo que la organización es capaz de otorgar. Algunos autores consideran que los programas de mejora de la calidad deberían centrarse en el cliente/usuario porque se entiende que éstos deben ir dirigidos a satisfacer sus necesidades⁶⁹.

Hay una alta correlación entre la satisfacción del usuario y la calidad del servicio, implicando la necesidad de conocer mejor al cliente, sus necesidades y percepciones para poder mejorar la calidad que se le ofrece. De hecho, la satisfacción es un buen elemento para medir la calidad.

Algunos autores definen la satisfacción como los juicios de valor personales y las reacciones posteriores a los estímulos que se reciban de ese lugar⁵⁸ donde se observa que las expresiones del paciente están impregnadas de sus necesidades, sus expectativas y sus percepciones.

Las variables sociodemográficas pueden presentar ligeras tendencias hacia la satisfacción del paciente⁵⁷ las mujeres tienen tendencia a valorar con mejores puntuaciones las relaciones interpersonales, sin embargo, valoran con mayor presteza las cuestiones de infraestructura y materiales.

El método más utilizado para la aplicación de encuestas es generalmente en escala tipo Likert variando de excelente a pésimo con diferentes acepciones. Las encuestas suelen incluir información sobre empatía, tipo y cantidad de información a los pacientes y a sus familiares, competencia técnica del personal de salud, facilidades para el acceso y permanencia cuando la situación lo permite,

continuidad de los cuidados, confort en las instalaciones, complejidad burocrática y facilidades generales para su atención.

3.7 Antecedentes de calidad del cuidado

Existe una gran cantidad de información acerca del estudio de la calidad del cuidado y el campo de la enfermería no es la excepción. La constante revisión y adaptación de los estándares internacionales en la búsqueda de alcanzar las metas de calidad del cuidado y seguridad del paciente han persuadido al campo práctico en la constante búsqueda, definición y operación de pautas de actuación verificables con motivo del cuidado.

Algunos de los antecedentes parten de propuestas realizadas desde el Instituto Nacional de Salud Pública o del Instituto Nacional de Cardiología^{8 70} como modelos generales de evaluación de la calidad del cuidado de enfermería.

Por otro lado, los estudios destinados a la calidad del cuidado utilizan como referente común el tipo de servicio o departamento en el que éste se proporciona, en enfermería es común encontrar estudios que demuestran preocupación por la calidad de la atención en las unidades de cuidados intensivos^{71 72} que en otros servicios. Sin embargo, los servicios con pacientes adultos corresponden a gran parte de la población total en un centro hospitalario y donde algunas investigaciones han demostrado que es necesario implementar medidas específicas y explícitas destinadas a evaluar la calidad otorgada⁷³.

En lo referente a la opinión del usuario como indicador en la calidad del servicio recibido también se pueden encontrar diversos estudios al respecto y sobretodo en el área de enfermería donde el usuario retoma nuevamente su papel protagonista de la atención.

En España en 2005⁷⁴ no se encontró relación alguna entre las variables sociodemográficas del paciente y su satisfacción con la calidad del servicio de enfermería recibido; aunque resaltan como puntos a mejorar la relación y la comunicación que el personal de enfermería establece con sus pacientes y que los tiempos de espera para los procedimientos sugieren sean más cortos.

En 2006⁷⁵ en el mismo país prevalecía la falta de relación entre las variables sociodemográficas y la satisfacción de los pacientes; sin embargo, los pacientes dependientes valoraban con más alto puntaje los cuidados recibidos y los pacientes con formación universitaria aceptaban con más agrado los consejos sobre cuidados a la salud posteriores a la hospitalización.

4 .PROBLEMA.

En los últimos años la salud ha recobrado importancia en la agenda mundial como estrategia para impulsar el desarrollo; también han adquirido relevancia los recursos humanos en salud, aspecto desfavorecido por las reformas sectoriales que ignoraron al grupo de enfermería dedicado al servicio, que aunado a la globalización provocaron una crisis en la fuerza de trabajo en salud que afectó principalmente a enfermería, fenómeno visible principalmente en América Latina⁷⁶.

Enfermería presenta para 2012, 107 626 enfermeras (os) con formación técnica y 56 065 enfermeras(os) con licenciatura en enfermería o en enfermería y obstetricia¹⁵; a pesar de las diferencias en las cifras finalmente en la práctica ambos perfiles académicos en el terreno laboral cubren puestos de enfermera general con similares funciones y responsabilidades.

Esta duplicidad a que se hace referencia provoca la disminución de la calidad del cuidado porque distrae la atención del personal hacia otras situaciones que dificultan el desempeño del equipo de enfermería.

Por tanto, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿La formación académica del personal de enfermería (nivel técnico y licenciatura) influye en la calidad del cuidado otorgado, medido a partir de las dimensiones: técnica y humana?

5. Hipótesis

Hipótesis de trabajo

Ha. Tomando en cuenta los estudios previos se conjetura que la licenciada en enfermería por su formación profesional ofrece un cuidado de mejor calidad, de acuerdo a la dimensión técnica (administración de medicamentos por vía intravenosa) y la dimensión humana (satisfacción del paciente) en comparación con el personal técnico de enfermería.

Ho. Tomando en cuenta los estudios previos se conjetura que la licenciada en enfermería por su formación profesional ofrece un cuidado de menor calidad, de acuerdo a la dimensión técnica (administración de medicamentos por vía intravenosa) y la dimensión humana (satisfacción del paciente) en comparación con el personal técnico de enfermería.

Variable independiente: Formación académica de la licenciada en relación a la técnica en enfermería.

Variable dependiente: Calidad de la atención de enfermería, medida a partir de dos dimensiones: técnica (administración de medicamentos por vía intravenosa) observada por el investigador y humana (satisfacción del paciente) en una institución pública de salud de segundo nivel de atención.

6. OBJETIVOS

Objetivo general

Analizar la influencia de la formación académica en la calidad del cuidado del personal de enfermería con nivel académico técnico y del personal con licenciatura en enfermería desde la perspectiva del usuario y de un observador a partir de: dimensión humana (satisfacción del paciente) y dimensión técnica (administración de medicamentos por vía intravenosa).

Objetivos específicos

Observar la realización de un procedimiento llevado a cabo de manera cotidiana por el personal de enfermería, como es la administración de medicamentos intravenosos.

Indagar sobre el agrado que obtiene el paciente acerca de la calidad de cuidado que recibe durante su estancia hospitalaria.

Reconocer variables extrañas que sean corresponsables en la calidad del cuidado que brinda enfermería.

7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1 Diseño de estudio

El estudio fue de tipo transversal, observacional, prolectivo y descriptivo. La recolección de información se realizó en una sola observación, durante los meses de julio y agosto de 2013.

7.2 Universo de estudio

Se estudió al personal de enfermería de una institución hospitalaria pública de segundo nivel de atención. Y al mismo número de pacientes atendidos por ese personal de enfermería.

7.2.1 Muestra

La determinación de la muestra se realizó a conveniencia; se incluyó a 90 enfermeras(os) buscando proporcionalidad entre las dos principales categorías a investigar: personal de enfermería nivel técnico y personal de enfermería nivel licenciatura. Sin embargo, se obtuvo un reflejo claro de la constitución del grueso del personal de enfermería a nivel nacional, donde prevalece la formación técnica y donde el personal con formación de licenciatura tiene una proporción de alrededor del 30% del total; por lo que al final, la muestra estuvo constituida por un grupo de 65 enfermeras (os) de formación técnica y 25 de formación licenciatura.

7.2.2 Criterios de inclusión

Personal de enfermería:

Nivel académico técnico o licenciatura en enfermería.

Adscrito a algún área de hospitalización como: medicina interna, cirugía general, neurocirugía, gineco obstetricia, traumatología y ortopedia y urgencias (ya que la estancia promedio en este servicio es de 7 a 9 días). Siempre y cuando el paciente atendido se encuentre en condiciones de acceder y contestar el instrumento.

Cualquier tipo de contratación.

Que labore en turno matutino o vespertino.

Que brinde atención directa a los usuarios.

Que acepte participar en el estudio.

Pacientes:

Internado en alguna de las siguientes áreas de hospitalización: medicina interna, cirugía general, traumatología y ortopedia, neurocirugía, gineco obstetricia y urgencias.

Que se encuentre en condiciones de acceder y contestar el instrumento.

Que acepte participar en el estudio.

Que cuente con al menos 24 horas de internamiento.

7.2.3 Criterios de exclusión

Personal de enfermería:

Con formación de auxiliar de enfermería.

Pasantes o estudiantes de enfermería.

Que labore en el turno nocturno (ya que el objetivo de la atención de enfermería por la noche es que los pacientes tengan periodos de sueño y descanso lo más confortable posible y la relación enfermera-paciente es diferente a la atención diurna).

Que realice actividades administrativas o directivas como encargados o jefes de servicio, supervisión o jefatura.

Que esté adscrito a servicios de corta estancia o de cuidado intensivo como consulta externa, rehabilitación física, cirugía de corta estancia, unidad tocoquirúrgica, unidades quirúrgicas y unidades de cuidados intensivos.

Que no acepte participar en el estudio.

Pacientes:

Hospitalizados en servicios de corta estancia o de cuidado intensivo como consulta externa, rehabilitación física, cirugía de corta estancia, unidad tocoquirúrgica, unidades quirúrgicas y unidades de cuidados intensivos.

Que no se encuentre en condiciones físicas, mentales o emocionales para responder el instrumento.

Que no acepte participar en el estudio.

7.3 Variables

7.3.1 Variables intervinientes

Del personal de Enfermería: Sexo, edad, servicio, turno, antigüedad en atención directa, promedio de pacientes regularmente atendidos, pacientes asignados el día de hoy, formación académica y categoría laboral.

Del paciente: Sexo, edad, escolaridad, número de estancias hospitalarias previas, servicio, días de estancia en el hospital, días de estancia en el servicio.

7.3.2 Variables de estudio

Preparación y administración de medicamentos por vía intravenosa. Grado de cumplimiento en la realización del procedimiento con base a la NOM-022-SSA-2012⁵⁹. El procedimiento está dividido en 18 acciones que se enumeran a continuación:

- 1 Revisa la hoja de indicaciones médicas, el kárdex, tarjeta u hoja de enfermería donde se encuentra la indicación para la administración del medicamento.
- 2 Se lava las manos
- 3 Verifica las características del medicamento
- 4 Verifica la fecha de caducidad
- 5 Comprueba la tarjeta, kárdex, hoja de enfermería o de indicaciones frente a la etiqueta del medicamento
- 6 Valora la presencia de un acceso venoso permeable
- 7 Prepara el medicamento correcto
- 8 Dosis correcta
- 9 Paciente correcto
- 10 Vía correcta
- 11 Hora correcta
- 12 Etiqueta el medicamento
- 13 Identifica al paciente preguntándole su nombre, verificando su brazalete y/o tarjeta de identificación.
- 14 Con amabilidad se dirige al paciente o familiar y le informa sobre el procedimiento.
- 15 Administra el medicamento en el horario indicado.
- 16 Valora que la velocidad de administración sea correcta.
- 17 Valora la presencia de reacciones locales o sistémicas.
- 18 Realiza los registros correspondientes en la hoja de enfermería.

Satisfacción del paciente. La satisfacción del paciente con la calidad de la atención de enfermería se examina a partir de la consideración de este constructo como subjetivo y complejo que comprende la asistencia acorde con el avance de la ciencia, a fin de ofrecer cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes para asegurar su continuidad.

Se incluyen los siguientes rubros:

1. La atención individual que enfermería me proporciona es:
2. Recibo ayuda de enfermería en las cosas que no puedo hacer por mí mismo.
3. Siento que estoy “en buenas manos” con enfermería.
4. Recibo la ayuda de enfermería cuando la necesito.
5. Recibo un trato cortés por parte de enfermería.
6. En caso de explicación, enfermería usa palabras que yo pueda entender.
7. Contestan con rapidez el botón de llamada a enfermería.
8. La apariencia del personal de enfermería me inspira confianza.
9. El personal de enfermería me hace sentir seguro.
10. La frecuencia con que las enfermeras se preocupan por mí y mi condición es...
11. Recibo respeto a mi dignidad como ser humano por enfermería.
12. Me explican de manera que yo pueda entender lo que me pasa durante pruebas o procedimientos.
13. Enfermería me informa sobre el cuidado de mi enfermedad.
14. Enfermería coloca elementos para atender mis necesidades como agua, teléfono, luz, timbre cerca para que pueda alcanzarlos con facilidad.
15. Enfermería me pregunta mi punto de vista al atenderme.

7.3.3 Operacionalización de variables. Administración de medicamentos por vía intravenosa

Tabla 7.3.3.1. Operacionalización de variables.

Tipo de variable	VARIABLE	DEFINICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CÓDIGO O VALOR	TIPO DE VARIABLE
Variables intervinientes del personal de enfermería	Sexo enfermera (o)	Características biológicas que diferencia a los hombres de las mujeres ⁷⁷ .	Características propias de las personas.	1) Femenino 2) Masculino	Cualitativa Nominal
	Edad enfermera (o)	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo hasta la fecha actual ⁷⁸ .	Edad del personal de enfermería.	El que aparezca	Cuantitativa Intervalar
	Servicio	Prestación humana que satisface alguna necesidad social y que no consiste en la producción de bienes materiales.	Lugar del centro hospitalario donde se prestan los servicios de enfermería.	1. M. Interna 2. Cir. General 3. Traum y Ort. 4. Ginecoobst. 5. Urgencias	Cualitativa Nominal
	Turno de la enfermera (o)	Espacio temporal en el que se distribuye el periodo de trabajo y se establece el comienzo y el fin de la jornada laboral diaria.	Jornada laboral del personal de enfermería en una institución de salud en donde se tiene trato directo y constante con el paciente.	1. Matutino 2. Vespertino	Nominal
	Antigüedad en la atención directa al paciente	Tiempo en que alguien ha permanecido en un cargo o empleo	Tiempo que lleva trabajando en atención directa a pacientes.	El que aparezca	Intervalar

Tipo de variable	VARIABLE	DEFINICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CÓDIGO O VALOR	TIPO DE VARIABLE
Variables intervinientes del personal de enfermería	Pacientes asignados el día de hoy	Conteo y valoración del estado de salud de cada uno de los pacientes asignados ⁷⁹ .	Identificación del estado de salud de los pacientes asignados atendidos en su jornada laboral.	El que aparezca	Cualitativa Ordinal
	Promedio de pacientes asignados a usted por turno	Conteo y valoración del estado de salud de cada uno de los pacientes asignados ⁸⁰	Identificación del promedio de pacientes asignados a usted regularmente en los últimos 5 turnos.	El que aparezca	Cualitativa Ordinal
	Formación académica del personal de enfermería	Formación académica es un constructo que tiene cuatro condiciones: 1. Gradación. Implica grados, generalmente medidos en años, de complejidad creciente. 2. Competencias. Gradación de competencias implica desarrollar capacidades superiores conforme se avanza en el proceso educativo. 3. Complejidad. Será creciente. 4. Prerrecurrentes. Las competencias desarrolladas en un nivel son prerrecurrentes a las del siguiente ⁸¹ .	Formación académica con el que cuenta el personal de enfermería.	1. Carrera técnica 2. General + postécnico(s) 3. General + Complementario de Licenciatura 4. Licenciatura en enfermería 5. Licenciatura + postécnico(s) 6. Licenciatura + especialidad 7. Licenciatura + maestría 8. Licenciatura + doctorado 9. Otros estudios	Cualitativa Ordinal

Tipo de variable	VARIABLE	DEFINICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CÓDIGO O VALOR	NIVEL DE MEDICIÓN
Variables intervinientes del personal de enfermería	Categoría laboral de la enfermera (o)	Cada una de las divisiones establecidas para determinar los roles laborales.	Identificación de la categoría laboral del personal de enfermería	1. Enfermera general A 2. Enfermera general B 3. Enfermera general C 4. Enfermera especialista A 5. Enfermera especialista B 6. Enfermera especialista C 7. Jefe de servicio	Cualitativa Ordinal
	Trabaja como enfermera en otro turno?	Alargamiento de la jornada laboral que sobrepasa las 8 horas indicadas por la OMS ⁸² .	Realiza guardias en contra turno o turnos extra. Labora en un segundo servicio u hospital.	0. No 1. Si	Cualitativa Ordinal

Tipo de variable	VARIABLE	DEFINICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CÓDIGO O VALOR	TIPO DE VARIABLE
Variables de estudio	Calidad en la administración de medicamentos por vía intravenosa	Es la calidad en que se aplica el procedimiento para administrar medicamentos por vía específica.	La administración de medicamentos a los pacientes en las instituciones de salud es un proceso complejo, con múltiples pasos que dependen de una serie de decisiones relacionadas entre sí.	El que aparece	Cualitativa Ordinal
	Revisa la hoja de indicaciones médicas, el kárdex, tarjeta u hoja de enfermería donde se encuentra la indicación para la administración del medicamento.	Revisión de la indicación escrita, con hora y firma en la prescripción.	El personal de enfermería verifica la prescripción por escrito.	0. No 1. Si	Cualitativa Nominal
	Lavado de manos	Lavarse las manos	El personal de enfermería realiza un lavado de manos médico previo a la realización del procedimiento	0. No 1. Si	Cualitativa Nominal
	Verifica las características del medicamento	Corroborar las características del medicamento	El personal de enfermería observa las características del medicamento como son: color, sedimento, cantidad, sellado del envase.	0. No 1. Si	Cualitativa nominal

Tipo de variable	VARIABLE	DEFINICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CÓDIGO O VALOR	TIPO DE VARIABLE
Variables de estudio	Verifica la fecha de caducidad	Corroborar la fecha de caducidad	El personal de enfermería vigila que el medicamento a utilizar no esté caducado.	0. No 1. Si	Cualitativa Nominal
	Comprueba la tarjeta, kardex, hoja de enfermería o de indicaciones frente a la etiqueta del medicamento	Compara la indicación escrita con la etiqueta del medicamento disponible	El personal de enfermería revisa que el medicamento prescrito corresponda con el disponible en cuanto a paciente, nombre, dosis, vía y horario.	0. No 1. Si	Cualitativa nominal
	Valora la presencia de un acceso venoso permeable	Corroborar la presencia de un acceso venoso permeable	El personal de enfermería verifica la permeabilidad de un acceso venoso periférico o central obteniendo retorno venoso y con ausencia de flebitis como dolor, ardor o rubor localizados en la zona de punción.	0. No 1. Si	Cualitativa nominal
	En caso necesario, recoloca la venoclisis	En caso de complicaciones con la venoclisis actual toma la decisión de cambiar el sitio de punción para reinstalar la venoclisis ⁸³ .	Cambio del sitio de punción en el caso de hallar al momento de la revisión hematoma, flebitis, embolismo del catéter, punción arterial, perfusión extravascular o infección.	0. No 1. Si	Cualitativa Nominal
	Prepara el medicamento correcto	Preparación del medicamento correspondiente.	El personal de enfermería diluye, "carga" o toma en jeringa o en envase sin aire, estéril con cuidado de no tocar o punccionarse con agujas hipodérmicas, de acuerdo al kárdex u hoja de enfermería.	0. No 1. Si	Cualitativa nominal

Tipo de variable	VARIABLE	DEFINICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CÓDIGO O VALOR	TIPO DE VARIABLE
Variables de estudio	Realiza la dilución correcta	Adicionar a una solución un medicamento de carácter líquido, con objeto de disminuir su concentración ⁸⁴ .	Ajustar las diluciones según pautas individuales.	0. No 1. Si	Cualitativa Nominal
	Verifica dosis correcta	Corroborar la dosis correcta	El personal de enfermería coteja detenidamente la cantidad de medicamento a administrar con kárdex u hoja de enfermería.	0. No 1. Si	Cualitativa nominal
	Verifica paciente correcto	Corroborar el paciente correcto	El personal de enfermería coteja que el nombre del paciente sea el mismo en el kárdex, en la hoja de enfermería y/o en las indicaciones médicas.	0. No 1. Si	Cualitativa Nominal
	Verifica vía correcta	Corroborar la vía correcta	El personal de enfermería revisa la vía indicada anotada en el kárdex o en la hoja de enfermería.	0. No 1. Si	Cualitativa Nominal
	Verifica hora correcta	Corroborar la hora correcta	El personal de enfermería vigila el apego a la hora de administración anotada en el kárdex u hoja de enfermería.	0. No 1. Si	Cualitativa nominal
	Etiqueta el medicamento	Coloca etiqueta al medicamento	El personal de enfermería coloca membrete al medicamento preparado con: número de cama, nombre del medicamento, vía, dosis y horario.	0. No 1. Si	Cualitativa nominal

Tipo de variable	VARIABLE	DEFINICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CÓDIGO O VALOR	TIPO DE VARIABLE
Variables de estudio	Identifica al paciente preguntándole su nombre, verificando su brazalete y/o tarjeta de identificación	Identifica al paciente preguntándole su nombre, junto con brazalete y tarjeta de identificación.	El personal de enfermería realiza la identificación verbal preguntándole su nombre al paciente, o no verbal revisando el brazalete de identificación o la tarjeta de identificación de la unidad del paciente.	0. No 1. Si	Cualitativa nominal
	Valora los signos vitales del (la) paciente.	El uso de los principales juicios clínicos de enfermería es cuando y con qué frecuencia se valoran los signos vitales en relación al estado de salud ⁸⁵ .	Valorar los cambios funcionales por o para la administración de medicamentos.	0. No 1. Si	Cualitativa nominal
	Valora diuresis del (la) paciente.	La cantidad media de orina emitida en 24 hrs es en promedio de 1.5 lts. Puede verse alterada por la administración de algunos medicamentos como diuréticos ⁸⁶ .	La orina puede presentar cambios en cantidad, color y olor.	0. No 1. Si	Cualitativa nominal
	Valora estado de conciencia del (la) paciente.	Aplicación de la Escala de Glasgow	Determinación de la conciencia del paciente antes, durante y después de la administración medicamentosa	0. No 1. Si	Cualitativa nominal
	Con amabilidad se dirige al paciente o familiar y le informa sobre el procedimiento	Informa sobre el procedimiento	El personal de enfermería explica el procedimiento en forma clara, utilizando lenguaje sencillo al paciente o al familiar en caso necesario.	0. No 1. Si	Cualitativa nominal
	Administra el medicamento en el horario indicado	Administra en horario indicado	El personal de enfermería administra el medicamento en el horario prescrito y revisado.	0. No 1. Si	Cualitativa nominal

Tipo de variable	VARIABLE	DEFINICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CÓDIGO O VALOR	TIPO DE VARIABLE
Variables de estudio	Valora que la velocidad de administración sea correcta	Valoración de la velocidad de administración	El personal de enfermería administra el medicamento con la velocidad apropiada en cada caso en particular.	0. No 1. Si	Cualitativa nominal
	Valora la presencia de reacciones locales o sistémicas	Valora reacciones locales o sistémicas	El personal de enfermería valora la presencia de algún signo o síntoma de reacción al medicamento en forma inmediata o mediata. Y que puede ser desde ardor, dolor o enrojecimiento locales, hasta taquicardia, exantema, irritabilidad, etc.	0. No 1. Si	Cualitativa nominal
	Realiza los registros correspondientes en la hoja de enfermería	Anota los registros correspondientes	El personal de enfermería anota: nombre del medicamento, vía, dosis y horarios de administración, así como la presencia o ausencia de reacciones alérgicas.	0. No 1. Si	Cualitativa nominal

Operacionalización de variables. Satisfacción del paciente.

Tabla 7.3.3.2. Operacionalización de variables 2.

Tipo de variable	VARIABLE	DEFINICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CÓDIGO O VALOR	TIPO DE VARIABLE
Variables sociodemográficas del paciente	Sexo del paciente	Característica biológica que caracteriza a los individuos hombres y mujeres ⁸⁷ .	Características propias de la persona.	1) Femenino 2) Masculino	Cualitativa Nominal
	Edad del paciente	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo hasta la fecha del estudio	Edad del paciente al momento de participar en el estudio	El que aparezca	Cuantitativa
	Escolaridad	Es la educación formal, en donde se considera el total de años de estudio, grado último alcanzado.	Último grado de estudios alcanzado.	1) Primaria 2) Secundaria 3) C. Técnica 4) Licenciatura 5) Especialidad 6) Maestría 7) Doctorado	Cualitativa ordinal
	Ha estado hospitalizado en alguna otra ocasión	Número de hospitalizaciones que ha tenido hasta el día de hoy.	Número de hospitalizaciones que ha tenido hasta el día de hoy.	0. No 1. Si	Cualitativa Nominal
	Días de estancia en el hospital	Número de días que han pasado desde que ingresó a este hospital.	Número de días que han pasado desde que ingresó a este hospital.	El que aparezca	Cuantitativa
	Días de estancia en este servicio	Tiempo transcurrido desde que se ingresa al hospital	Número de días desde que se ingresa al servicio actual.	El que aparezca	Cuantitativa

Tipo de variable	VARIABLE	DEFINICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CÓDIGO O VALOR	TIPO DE VARIABLE
Variables de estudio	Calidad en la atención de enfermería	Es una propiedad que la atención médica puede poseer en grados variables. ⁸⁸ Identifica las variables que definen esta propiedad: beneficios, riesgos y costos, mostrando sus relaciones a través de un modelo unificador, aplicable a las dimensiones técnica e interpersonal de la relación médico paciente, y posteriormente agregando conceptos como utilidad, acceso y satisfacción. Partiendo de elementos muy simples, se asegura que los criterios de calidad no son más que juicios de valor que se aplican a varios aspectos, propiedades, ingredientes o dimensiones de un proceso llamado atención médica, por lo que normalmente es un reflejo de los valores y objetivos actuales en el sistema del cual forma parte ⁸⁹	Se refiere a la eficacia en la atención de enfermería.	1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre	Cualitativa Ordinal
	La atención individual que enfermería me proporciona es	Detección y consideración de las necesidades del paciente ⁹⁰ .	Realiza en la atención alguna variación considerando sus necesidades.	1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre	Cualitativa Ordinal
	Recibo ayuda de enfermería en las cosas que no puedo hacer por mí mismo.	Concibe el papel de enfermera como la realización de acciones que el paciente no puede llevar a cabo en un determinado momento en su ciclo vital (enfermedad, niñez, anciano), fomentando el autocuidado por parte del paciente	Suple y complementa las actividades y necesidades que el paciente no puede realizar por sí solo.	1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre	Cualitativa Ordinal

Tipo de variable	VARIABLE	DEFINICIÓN	DEFINICIÓN OPERACIONAL	CÓDIGO O VALOR	TIPO DE VARIABLE
Variable de estudio	Siento que “estoy en buenas manos” con enfermería	Personal profesional cercano, competente, con visión integral, con capacidades de anticipación, de gestión, formación y presencia y alta relación costo-beneficio. Empático.	Personal cercano y con empatía que logre establecer relaciones sociales con el paciente para detectar necesidades.	1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre	Cualitativa Ordinal
	Recibo la ayuda de enfermería cuando la necesito	Presteza en la atención de enfermería	Se otorga la atención de enfermería cuando el paciente lo requiere.	1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre	Cualitativa Ordinal
	Recibo un trato cortés por parte de enfermería	Trato atento, educado.	Trato atento a los pacientes.	1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre	Cualitativa Ordinal
	En caso de explicación, enfermería usa palabras que yo pueda entender.	Uso del lenguaje de acuerdo al nivel educativo, experiencia y contexto social y cultural del paciente.	Adapta la terminología médica de modo que sea entendible.	1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre	Cualitativa Ordinal
	Contestan con rapidez el botón de llamado a la enfermera	El timbre de llamado permite una atención con mayor prontitud.	El paciente debe ser atendido a la brevedad posible,	1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre	Cualitativa Ordinal
	La apariencia profesional del personal de enfermería me inspira confianza	Confianza definida como la capacidad humana que permite la acción y la experiencia en conciliación con el medio social actual ⁹¹ .	Permite el acercamiento y las relaciones humanas con el personal de enfermería.	1) Nunca 2) Casi nunca 3) A veces 4) Casi siempre 5) Siempre	Cualitativa Ordinal

7.4 Técnicas

7.4.1 Prueba piloto

Una vez autorizada la investigación por el Comité de Ética e Investigación del nosocomio se asistió durante los meses de abril y mayo de 2013.

La prueba piloto se realizó en un hospital general público de segundo nivel de atención en del Distrito Federal; se llevó a cabo en tres fases:

- 1) Se observó a treinta y un enfermeras realizar el procedimiento de administración de medicamentos por vía intravenosa al personal elegido para la muestra.
- 2) Se aplicó a treinta y un usuarios atendidos por las enfermas observadas la encuesta del censo de satisfacción del paciente.
- 3) Se realizó la aplicación de treinta y una encuestas sobre la formación académica del personal elegido en la muestra. Ver anexo 13.6.

Una vez obtenidos los resultados se realizó la modificación sobre todo del tercer instrumento titulado antecedentes académicos y diferenciación en la práctica del personal de enfermería, donde se eliminaron las respuestas abiertas y se agruparon en opciones múltiples.

7.4.2 Recolección de datos

En el hospital regional público elegido se solicitó la autorización correspondiente al Comité de Ética e Investigación mediante la presentación del protocolo en sesión extraordinaria; posteriormente se solicitó por escrito a la Jefatura de Enseñanza del Hospital Regional público el permiso para la recolección de información de enfermería y de pacientes atendidos por el personal encuestado.

Consentimiento informado

Tanto al personal de enfermería como los pacientes incluidos en este estudio leyeron y firmaron el consentimiento informado autorizando su participación en el mismo, siguiendo las consideraciones éticas especificadas en el mismo siguiendo lo contenido en la Ley General de Salud, Título quinto, Capítulo único, Artículos 96 al 103⁹². Ver anexo A y B.

Esta investigación presentó desde su diseño la necesidad de analizar dos dimensiones de la calidad del cuidado de enfermería: la técnica y la humana como

elementos interrelacionados que se presentan en la práctica cotidiana y donde también se hizo necesario preguntar con un instrumento los elementos de la formación académica del personal de enfermería.

Se dividió en tres fases de acuerdo a cada dimensión mencionada:

DIMENSIÓN TÉCNICA: Se aplicó el instrumento destinado a la administración de medicamentos intravenosos mediante la observación directa de la investigadora del procedimiento contrastando sus actividades con una lista de cotejo dicotómica (SÍ realiza, NO realiza), desarrollada en una investigación anterior de este programa de maestría UNAM⁹³ y modificada para este estudio, ampliándola observación a 18 actividades, el personal observado fue informado de esta actividad mediante los oficios correspondientes enviados a los servicios participantes. Ve anexo C.

DIMENSIÓN HUMANA. Se aplicó el instrumento sobre la satisfacción del paciente desarrollado en Estados Unidos⁹⁴, así como también su versión al español por la necesidad explícita de la atención de la población latina en ese país, su aplicación se realizó en una corta entrevista dirigida a un paciente elegido al azar, atendido por el personal de enfermería en cuestión, incluyendo quince preguntas y brindando seis opciones posibles de respuesta en una escala tipo Likert que van en orden ascendente desde mucho menos de lo esperado hasta mucho más de lo esperado. Ver anexo D.

FASE ACADÉMICA: La última fase se realizó con una encuesta basada en el tercer instrumento se realizó ex profeso para esta investigación, y recogió la información correspondiente a antecedentes académicos y diferenciación en la práctica del personal de enfermería; se aplicó al término de la entrevista al personal de enfermería. Ver anexo E

7.4.3 Análisis de Resultados

Para este fin se utilizó el programa SPSS versión 21.0 y Excel para Windows XP.

8. Resultados

Los resultados se organizaron primero a la caracterización de la población, después al análisis descriptivo de cada uno de los instrumentos utilizados y por último a las correlaciones posibles (de la muestra en general y luego a las categorías de formación del personal).

8.1 Caracterización de la población

De los 90 profesionales de enfermería que participaron en esta investigación el 84.4% corresponde al sexo femenino, y el 15.6% al sexo masculino; con una media de edad de 35 años \pm 10. Trabajan en turno matutino 52.2% y en vespertino 47.8%; el turno adicional sólo 6.7% del total.

En relación a la formación académica de enfermería, el personal técnico representa el 70 % del total, el personal técnico con uno o más cursos posttécnicos constituye el 2.2 %; enfermeras(os) con licenciatura ascienden a 25.6%, personal de enfermería con licenciatura y posttécnicos es de 1.1 % y el personal con licenciatura y especialidad asciende 1.1 %. Del personal encuestado, la categoría laboral de auxiliar de enfermería representa el 52.2 %, enfermera general A es 43.3 %, general B es 2.2 %, general C es de 1.1% y enfermera especialista C 1.1%. Ver cuadro 8.1.1.

Cuadro 8.1.1 Características sociodemográficas del personal de enfermería encuestado.

Variable	n=90
Edad	35 \pm 10*
Sexo	
Femenino	76 (84.4%)
Masculino	14 (15.6%)
Jornada laboral	
Matutina	47 (52.2%)
Vespertina	43(47.8%)
Turno adicional	
Si	6 (6.7%)
No	84 (93.3%)
Formación académica	
Técnico (Enfermera general)	63 (70.0%)
Técnico + posttécnico	2 (2.2 %)
Licenciatura en enfermería	23 (25.6 %)
Licenciatura + posttécnico	1 (1.1 %)
Licenciatura + especialidad	1 (1.1 %)
Categoría laboral	
Auxiliar de enfermería	47 (52.2 %)
Enfermera general A	39 (43.3%)
Enfermera general B	2 (2.4 %)
Enfermera general C	1(1.2%)
Enfermera especialista C	1 (1.2%)
Servicio asignado	
Medicina interna	29 (32.2%)
Urgencias	25 (27.8%)
Cirugía General	20 (22.2%)

Traumatología y ortopedia	11(12.2%)
Ginecoobstetricia	5 (5.6%)
Años en el servicio	11 ± 8*
Pacientes asignados	6 ± 2*
Promedio de pacientes asignados regularmente	7 ± 2*

* Prueba estadística: media y desviación estándar.

En cuanto al servicio asignado, del total personal encuestado 32.2 % está asignado al servicio de medicina interna, al servicio de urgencias el 27.8 %, en cirugía general 22.2 %, traumatología y ortopedia 12.2% y 5.6% en ginecoobstetricia. Los años en el servicio directo frente al paciente tiene una media de 11 años, ±8. El número de pacientes asignados representa una media de 6 ±2; considerando un promedio regular de pacientes asignados con una media de 7±2.

En lo referente a los pacientes incluidos en la muestra, fueron 57.8% mujeres y 42.2% hombres; con un promedio de edad de 53 años ± 18.1. La escolaridad presentada abarca desde 7.8% que declararon no tener algún nivel completo, 40% con primaria, 21.1% con secundaria, 20% con carrera técnica y 11.1% con licenciatura. Ver cuadro 8.1.2.

Cuadro 8.1.2 Características sociodemográficas de los pacientes adultos atendidos

Variable	n=90
Edad	53 ± 18.1*
Sexo	
Femenino	52 (57.8 %)
Masculino	38 (42.2 %)
Escolaridad	
Ningún nivel concluido	7 (7.8 %)
Primaria	36 (40 %)
Secundaria	19 (21.1 %)
Carrera técnica	18 (20 %)
Licenciatura	10 (11.1 %)
Hospitalizaciones previas	
Si	65 (72.2 %)
No	25 (27.8 %)
Días de estancia en el hospital	8.93 ± 9.15*
Días de estancia en el servicio	7.68 ± 8.71*

*Pruebas estadísticas: media y desviación estándar.

Estos pacientes en 72.2% de los casos han estado hospitalizados en alguna otra ocasión y en 27.8% casos es la primera vez que se encuentran internados en un hospital. El promedio de esta estancia hospitalaria es de 8.93 días ± 9.15; la estadía en el servicio es de 7.68 días ± 8.71.

Una vez agrupados los datos por formación académica en el grupo de nivel técnico se obtuvo una media en edad de 36 años \pm 10, en el grupo de licenciatura la edad media fue de 33 años \pm 9. En el caso de sexo, el grupo de nivel técnico presentó 55 enfermeras y 10 enfermeros; para el nivel licenciatura se presentaron 21 enfermeras y 4 enfermeros.

El personal de nivel técnico trabaja en turno matutino y vespertino en una proporción similar (47.7% y 52.3% respectivamente) a diferencia del personal con licenciatura con mayor porcentaje en el turno matutino (64%) y en el vespertino solo (36%).

En cuanto a la categoría laboral en el nivel técnico se observa el mayor porcentaje de (56.9%) como auxiliar de enfermería, 40.0 % como enfermera general A y un 3.1 % como enfermera general B. En cambio, en el nivel licenciatura se observa el 40% como auxiliares de enfermería, 52% como enfermera general A, una persona con nivel de enfermera general C (4.0%) y una persona con categoría de enfermera especialista C (4.0%).

El servicio de adscripción presenta una situación similar, donde el 35.4% del nivel técnico se encuentra en el servicio de medicina interna, después urgencias con 23.1 %, cirugía general con 21.5%, traumatología y ortopedia con 13.8% y ginecoobstetricia con 6.2%. En cambio, el personal con formación de licenciatura se desempeña mayormente en el servicio de urgencias (40%), cirugía general y medicina interna con similares cantidades (24.0%), traumatología y ortopedia con 8.0% y 4.0% en ginecoobstetricia. Ver cuadro 8.1.3.

Cuadro 8.1.3. Variables sociodemográficas por formación académica del personal de enfermería.

Variables	Formación académica	
	Técnico (n=65)	Licenciatura (n=25)
Edad	36 \pm 10*	33 \pm 9*
Sexo		
Masculino	10 (15.4%)	4 (16.0%)
Femenino	55 (84.6%)	21 (84.0%)
Jornada laboral		
Matutino	31 (47.7%)	16 (64.0%)
Vespertino	34 (52.3%)	9 (36.0%)
Turno adicional	62 (95.4%)	22 (88%)
Formación académica		
Auxiliar de enfermería	37 (56.9%)	10 (40%)
Enfermera general A	26 (40.0%)	13 (52%)
Enfermera general B	2 (3.1%)	0
Enfermera general C	0	1 (4%)

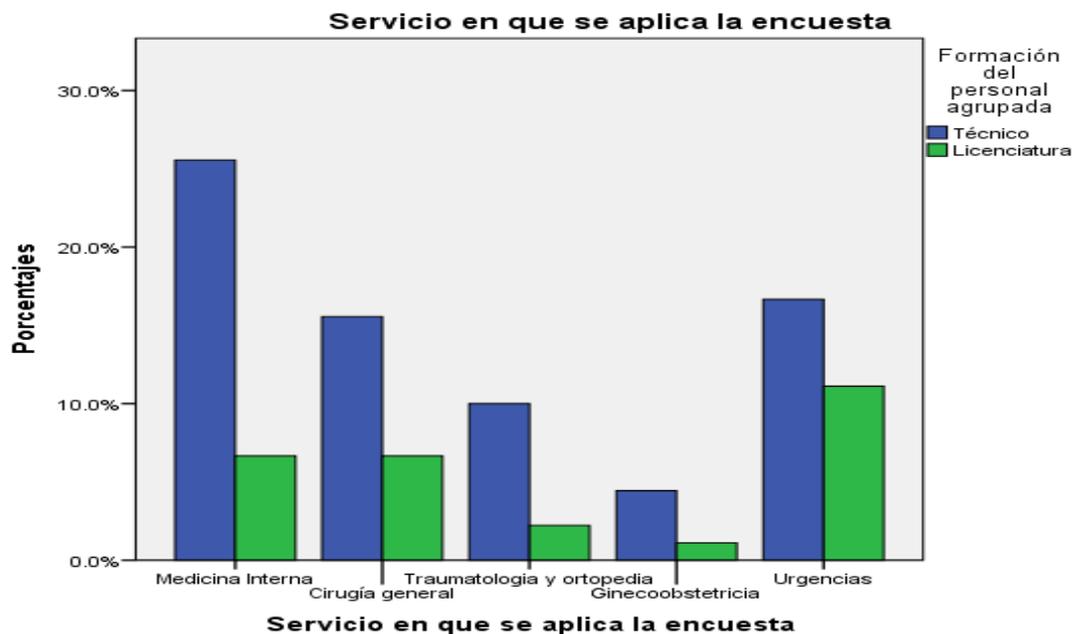
Enfermera especialista C	0	1 (4%)
Servicio		
Medicina interna	23 (35.4%)	6 (24.0%)
Cirugía general	14 (21.5%)	6 (24.0%)
Traumatología y Ortopedia	9 (13.8%)	2 (8.0%)
Ginecoobstetricia	4 (6.2%)	1 (4.0%)
Urgencias	15 (23.1%)	10 (40.0%)
Años de servicio	12 ± 1*	7 ± 1*
Pacientes asignados	6 ± 1*	7 ± 1*
Promedio de pacientes asignados	7.25 ± 1*	7.52 ± 0.3*

* Pruebas estadísticas: Media y desviación estándar.

Existe una diferencia más, en los años de atención directa en el nivel técnico reportan una media de 12.42 ± 0.99 y en el nivel licenciatura se reporta media de 7.48 ± 1.4 . La asignación de pacientes el día de la investigación es equivalente; para nivel técnico, media de $6.17 \pm .22$ y para el nivel licenciatura $6.60 \pm .31$. El promedio de pacientes asignados de manera regular es considerado con similares proporciones, donde para el nivel técnico tiene una media de 7.25 ± 1 y para el nivel licenciatura una media de 7.92 ± 0.26 .

Cabe destacar dentro de los resultados las diferencias en cuanto a la adscripción del personal de enfermería y su nivel académico; como se mencionó anteriormente, la mayor proporción de personal con licenciatura se encuentra en el servicio de urgencias (40.0%), a diferencia del nivel técnico que en su mayoría se encuentra asignado al servicio de medicina interna (35.4%). Ver figura 8.1.1

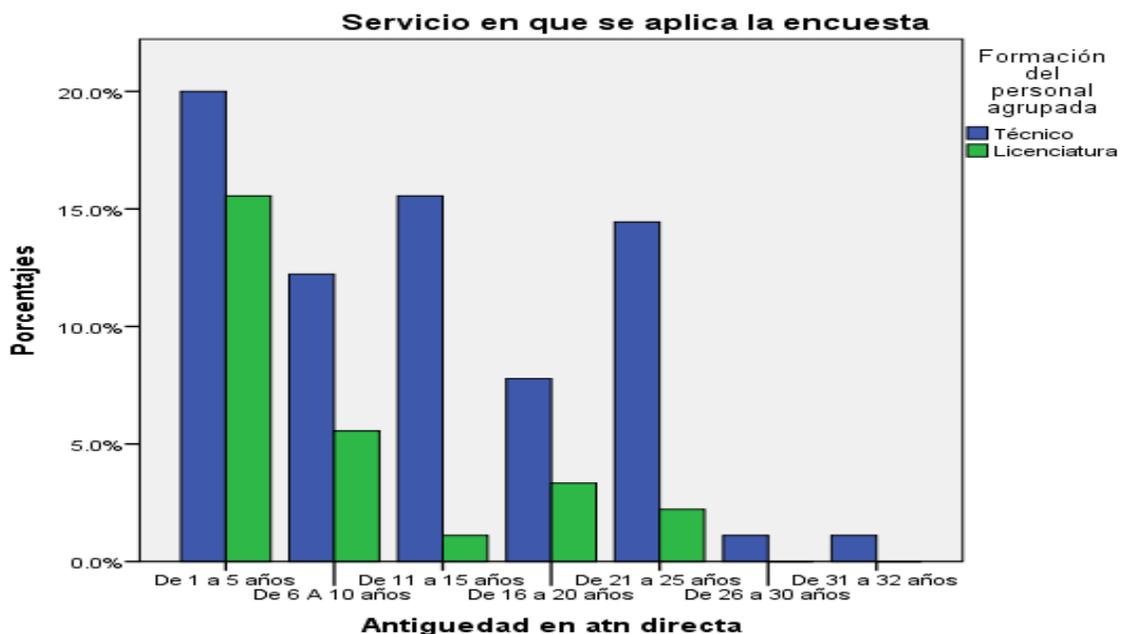
Figura 8.1.1 Servicio de adscripción del personal de enfermería por nivel académico.



En este gráfico resalta la elevada presencia de personal de enfermería de nivel técnico en servicios como medicina interna y urgencias, en el caso de personal con licenciatura el servicio con mayor número de personal es el servicio de urgencias.

Una de las mayores diferencias observadas se presenta en la antigüedad o el tiempo (en años) en atención que el personal tiene en base a su formación. El personal con formación técnica presenta desde uno hasta 32 años de servicio; en contraste, el personal con formación de licenciatura es escaso de once a 25 años, en cambio, la mayor frecuencia se obtiene de uno hasta diez años de atención frente al paciente. Ver figura 8.1.2.

Figura 8.1.2. Años de servicio y la formación del personal de enfermería.



En esta figura se debe hacer notar que se encuentra personal técnico desde un año hasta 32 años de antigüedad en el servicio; a diferencia del personal de licenciatura que presenta mayor incidencia de uno a cinco años de servicio.

8.2 Administración de medicamentos intravenosos

De acuerdo al instrumento aplicado, la administración de medicamentos por vía intravenosa incluye 23 actividades. Ver cuadro 8.2.1

Para iniciar la preparación de medicamentos intravenosos, 72.2 % revisa las indicaciones médicas, el lavado de manos no es realizado por el 82.2 %. Las características de los medicamentos no son revisadas por el 92.2 %; la fecha de

caducidad no es examinada en 96.7% de los casos, mientras que el medicamento se comprueba frente al kárdex en 16.7 % de los casos.

Cuadro 8.2.1 Administración de medicamentos por vía intravenosa de todo el personal encuestado.

(Cuadro concentrador del personal de enfermería participante en el estudio)

Variable	n=90	
	Sí	No
Revisa indicaciones médicas	65 (72.2 %)	25 (27.8 %)
Se lava las manos	16 (17.8 %)	74 (82.2 %)
Verifica características del medicamento	7 (7.8 %)	83 (92.2%)
Verifica la fecha de caducidad	3 (3.3 %)	87 (96.7 %)
Comprueba el kárdex frente al medicamento	15 (16.7 %)	75 (83.3 %)
Valora la presencia de un acceso venoso permeable	65 (72.2 %)	25 (27.8 %)
Recoloca venoclisis	32 (35.6 %)	58 (64.4 %)
Prepara el medicamento correcto	90 (100 %)	0
Realiza la dilución correcta	75 (83.3 %)	15 (16.7 %)
Dosis correcta	88 (97.8 %)	2 (2.2 %)
Paciente correcto	89 (98.9 %)	1 (1.1 %)
Vía correcta	89 (98.9 %)	1 (1.1 %)
Hora correcta	37 (41.1 %)	53 (58.9 %)
Etiqueta el medicamento	25 (27.8 %)	65 (72.2 %)
Identifica al paciente	79 (87.8 %)	11 (12.2 %)
Valora signos vitales	19 (21.1 %)	71 (78.9 %)
Valora diuresis	3 (3.3 %)	87 (96.7 %)
Valora estado de conciencia	14 (15.6 %)	76 (84.4 %)
Se dirige amable e informa el procedimiento	81 (90 %)	9 (10 %)
Administra en el horario indicado	37 (41.1 %)	53 (58.9)
Valora velocidad de administración correcta	39 (43.3 %)	51 (56.7 %)
Valora la presencia de reacciones	9 (10 %)	81 (90 %)
Realiza los registros en hoja de enfermería	71 (78.9 %)	19 (21.1 %)

Prueba estadística: Frecuencias y porcentajes.

La valoración de un acceso venoso permeables se llevó a cabo en 72.2 % de los casos y en 35.6% de los casos se recolocó la venoclisis, en 64,4 % se continuó con el acceso venoso ya existente. En 100 % de los casos se preparó el medicamento correcto. Sin embargo, se realizó la dilución correcta en 83.3 % de las observaciones; la dosis correcta se aplicó en 97.8 % de los casos, a pesar de haber un 2.2 % de error en la dosificación.

En el caso de paciente correcto y vía correcta, el 98.9 % aplicó de manera adecuada. En hora correcta 58.9 % de las observaciones se realizaron a la hora indicada y 41.1% tuvieron algún retraso o adelanto; la etiqueta del medicamento fue colocada solo en 27.8 % de los casos.

Se identificó al paciente preguntándole su nombre y verificando el brazalete o tarjeta de identificación en 87.8 % de las observaciones. Para la administración de medicamentos se valoraron los signos vitales en 21.1 % de los casos. La valoración de la diuresis se omitió en 96.7 % de las veces; situación similar referente a la valoración del estado de conciencia donde 84.4 % del total excluyeron esta actividad.

La amabilidad para dirigirse al paciente e informarle sobre el procedimiento a realizar estuvo presente en 90% de las observaciones. El medicamento fue administrado en el horario indicado en 41.1 % de las ocasiones, siendo atrasado o adelantado en 58.9 %, la velocidad de administración se valoró como correcta en 43.3 %.

La valoración de reacciones locales o sistémicas debidas a la administración de medicamentos intravenosos se realizó en 10 % de las ocasiones siendo un paso prescindido en 90% de las veces. Los registros correspondientes en la hoja de enfermería se realizaron en 78.9 % de las ocasiones y en 21.2 % se postergó la actividad

Estas actividades se agrupan en cuatro grupos: previas, correctas, durante y posteriores a la realización del procedimiento para mejorar el manejo y presentación; también se consideró la agrupación de los datos referentes a la formación académica quedando en dos grupos: nivel técnico y nivel licenciatura.

Una vez que se aplicó la prueba ji cuadrada no se obtienen diferencias estadísticamente significativas al comparar ambos grupos con frecuencias absolutas. Sin embargo, en cuanto a resultados relativos es necesario precisar que poco más del 75% del personal técnico revisó indicaciones médicas y que el personal licenciado sólo un 64%.

El lavado de manos se realizó a nivel técnico sólo 15.4% y de nivel licenciatura un 24%; la verificación de las características del medicamento se realizó en 9.2% del nivel técnico y del nivel licenciatura sólo 4.0%. Ver cuadro 8.2.2.a

Cuadro 8.2.2.a Administración de medicamentos por vía intravenosa por formación académica. Actividades de preparación.

Variable	Formación de enfermería		Valor de p
	Técnica n= 65	Licenciatura n= 25	
Revisa indicaciones médicas	49 (75.4%)	16 (64%)	0.280
Se lava las manos	10 (15.4%)	6 (24%)	0.338
Verifica características del medicamento	6 (9.2%)	1 (4.0%)	0.370

Verifica la fecha de caducidad	3 (4.6%)	0 -	--
Comprueba el kárdex frente al medicamento	11 (16.9%)	4 (16.0%)	0.595

Prueba estadística: ji cuadrada. * Significancia estadística < 0.05.

La fecha de caducidad en nivel técnico sólo se revisó en el 4.6% y en nivel licenciatura en ninguno de los casos. En la última actividad de preparación se observó sólo el 16% comprueban el kárdex frente al medicamento en ambos niveles formativos (técnico y licenciatura).

Las “actividades correctas” buscaron desde un principio ser una guía de orientación para el personal que aplica medicamentos; ambos niveles (técnico y licenciatura) preparan el medicamento correcto. El nivel técnico realizó la dilución correcta en 86.2% de las veces a diferencia del nivel licenciatura que sólo lo realizó en 60.0 %. En cambio, en la dosis correcta ambas formaciones alcanzaron resultados similares (98.5% para técnico y 96.0% para licenciatura). En cambio en los criterios de paciente correcto y de vía correcta el nivel técnico detectó una decisión errónea y para nivel licenciatura no se detectó error alguno en estos rubros. Ver cuadro 8.2.2.b

Cuadro 8.2.2.b Administración de medicamentos por vía intravenosa por formación académica. Actividades correctas.

Variable	Formación de enfermería		Valor de p
	Técnica n=65	Licenciatura n= 25	
Prepara el medicamento correcto	65 (100.0%)	25 (100.0%)	+
Realiza la dilución correcta	56 (86.2%)	19 (60.0%)	0.247
Dosis correcta	64 (98.5%)	24 (96.0%)	0.481
Paciente correcto	64 (98.5%)	25 (100.0%)	0.722
Vía correcta	64 (98.5%)	25 (100.0%)	0.722
Hora correcta	28 (43.1%)	9 (36.0%)	0.541
Etiqueta el medicamento	18 (27.7%)	7 (28.0%)	0.977

Prueba estadística: ji cuadrada. * Significancia estadística < 0.05. + El resultado es una constante. En contraste, el personal de nivel técnico realizó la administración en hora correcta en 43.1% de los casos y en nivel licenciatura en 36.0%, situación similar en etiquetar el medicamento de forma correcta sólo en 27.7% de los casos y en licenciatura en 28.0% de los mismos.

Las actividades durante la administración incluyeron la valoración de un acceso venoso permeable en 73.8 % de nivel técnico y 64.0 % en licenciatura. En todo caso, se recolocó la venoclisis en 32.3% de ocasiones en nivel técnico y en 44.0% de nivel licenciatura. Para el caso de identificar la paciente en el preciso momento de la administración, se realizó en 89.2% en nivel técnico y sólo en 4.4% en licenciatura. Ver cuadro 8.2.2c

Cuadro 8.2.2.c Administración de medicamentos por vía intravenosa por formación académica.. Actividades durante la administración.

Variable	Formación de enfermería		Valor de p
	Técnica n= 65	Licenciatura n= 25	
Valora la presencia de un acceso venoso permeable	48 (73.8%)	17 (64.0%)	0.579
Recoloca venoclisis	21 (32.3%)	11 (44.0%)	0.299
Identifica al paciente	58 (89.2%)	21 (4.4%)	0.361
Valora signos vitales	15 (23.1%)	4(16.0%)	0.335
Valora diuresis	3 (4.6%)	0	--
Valora estado de conciencia	11(16.9%)	3 (12.0%)	0.414
Se dirige amable e informa el procedimiento	59 (90.8%)	22 (88.0%)	0.480
Administra en el horario indicado	30 (46.2%)	7 (28.0%)	0.117

Prueba estadística: ji cuadrado. * Significancia estadística < 0.05.

Valorar los signos vitales del paciente se realizó en 23.1% de las veces para nivel técnico y 16.0 % en licenciatura; valorar la diuresis sólo se realizó en 4.6% de los casos en nivel técnico y en nivel licenciatura no se obtuvieron resultados positivos. La valoración del estado de conciencia se realizó en bajas proporciones (16.9% en nivel técnico y 12.0% en nivel licenciatura) aunque, se dirigen amablemente e informan al paciente el procedimiento en 90.8% para nivel técnico y 88.0% para licenciatura. Por último, el medicamento se administró en el horario indicado en 46.2% de las ocasiones en nivel técnico, a diferencia del nivel licenciatura que lo aplicó en horario correcto en 88.0%.

La correcta velocidad de administración fue realizada en 44.6% de los casos del nivel técnico y en 40.0% del nivel licenciatura. Las reacciones fueron valoradas por el nivel técnico en 6.2% y por el nivel licenciatura en 20.0% de los casos. Ver cuadro 8.2.2.d

Cuadro 8.2.2.d Administración de medicamentos por vía intravenosa por formación académica. Actividades posteriores.

Variable	Formación de enfermería		Valor de p
	Técnica n= 65	Licenciatura n= 25	
Valora velocidad de administración correcta	29 (44.6%)	10 (40.0%)	0.692
Valora la presencia de reacciones	4 (6.2%)	5 (20.0%)	0.063
Realiza los registros en hoja de enfermería	49 (75.4%)	22 (88.0%)	0.152

Prueba estadística: χ^2 . * Significancia estadística < 0.05.

Para finalizar, los registros correspondientes en la hoja de enfermería se realizaron para nivel técnico en 75.4% y para nivel licenciatura en 88.0%.

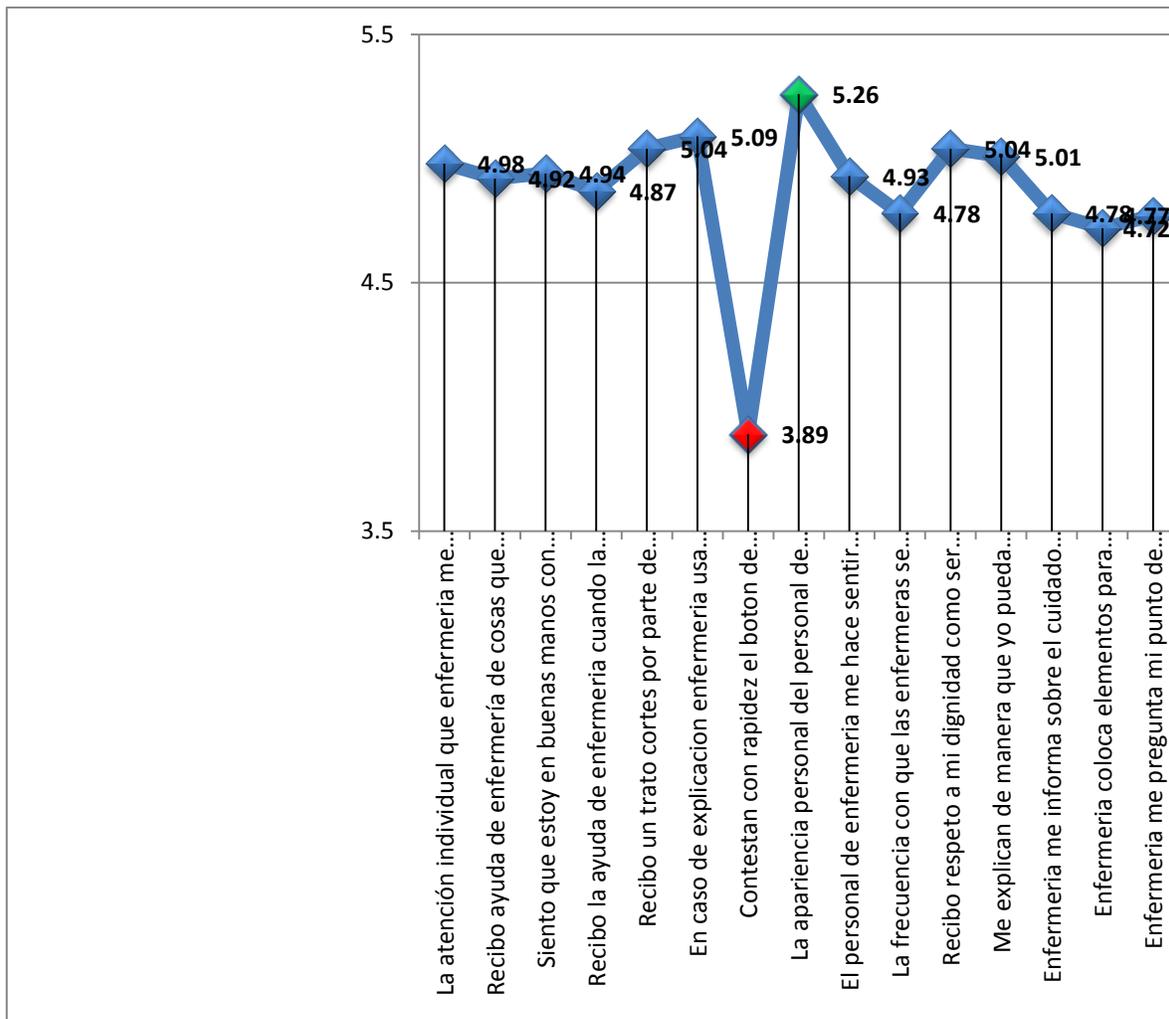
8.3 Dimensión humana (satisfacción del paciente)

En lo referente a la satisfacción del paciente el instrumento elegido permitió la observación de 15 categorías para la determinación de la dimensión satisfacción del paciente. De manera general, este instrumento se calificó con escala de Likert dando puntuaciones en orden ascendente:

- (1) mucho menos de lo que esperaba
- (2) un poco menos de lo esperado
- (3) lo que esperaba
- (4) un poco más de lo esperado
- (5) suficiente más de lo esperado
- (6) mucho más de lo esperado

Se obtuvo la menor calificación en los siguientes tres rubros: la atención con rapidez el botón de emergencia con una media de 3.89 ± 1.87 ; si enfermería coloca elementos para atender las necesidades del paciente como agua, teléfono, luz, timbre cerca para que pueda alcanzarlos con facilidad obtuvo 4.72 ± 1.49 ; si le pregunta al paciente su punto de vista al atenderlo con 4.77 ± 1.47 , ver gráfico 8.3.1.

Gráfico 8.3.1 Media del Censo de satisfacción del paciente.



Gráfica con la media estadística de cada ítem del Censo de Satisfacción de los pacientes. En color rojo se marca la media de la calificación menor (3.89) correspondiente a contesta con rapidez el botón de llamada y con verde la media mayor encontrada (5.26) para la apariencia del personal de enfermería si inspira confianza.

Por otro lado, los ítems que tuvieron resultados similares entre ellos fueron: informa sobre el cuidado de su enfermedad al paciente 4.78 ± 1.33 , la frecuencia con que las enfermeras se preocupan por el paciente y su condición es 4.78 ± 1.42 ; el paciente recibe la ayuda de enfermería cuando la necesita es 4.87 ± 1.91 , recibir ayuda de enfermería en cosas que el paciente no puede hacer por sí mismo con 4.92 ± 1.25 , si se proporciona seguridad en 4.93 ± 1.21 , el paciente siente que se encuentra en buenas manos en 4.94 ± 1.29 , la atención individual proporcionada tuvo una media de 4.98 ± 1.32 , sí explica de manera que el paciente pueda entender en 5.01 ± 1.23 , y sí el paciente recibe respeto a su dignidad en 5.04 ± 1.29 . Ver cuadro 8.3.1.

Cuadro 8.3.1 Análisis de las medias del Censo de satisfacción del paciente.

Variable	Media	DE	Valor de p
La atención individual que enfermería me proporciona es	4.98	1.151	0.001*
Recibo ayuda de enfermería en cosas que no puedo hacer por mí mismo	4.92	1.247	0.001*
Siento que estoy en buenas manos con enfermería	4.94	1.293	0.001*
Recibo la ayuda de enfermería cuando la necesito	4.87	1.384	0.001*
Recibo trato cortés por parte de enfermería.	5.04	1.170	0.001*
En caso de explicación, enfermería usa palabras que yo puedo entender.	5.09	1.098	0.001*
Contestan con rapidez el botón de llamada a la enfermera.	3.89	1.869	0.001*
La apariencia del personal de enfermería me inspira confianza.	5.26	0.989	0.001*
El personal de enfermería me hace sentir seguro.	4.93	1.216	0.001*
La frecuencia con que el personal de enfermería se preocupa por mí y mi condición es:	4.78	1.420	0.001*
Recibo respeto a mi dignidad como ser humano por enfermería.	5.04	1.289	0.001*
Me explican con palabras que yo pueda entender lo que me pasa durante pruebas o procedimientos.	5.01	1.232	0.001*
Enfermería me informa sobre el cuidado en mi enfermedad.	4.78	1.339	0.001*
Enfermería coloca elementos para atender mis necesidades como agua, teléfono, luz, timbre, cerca para que pueda alcanzarlos con facilidad.	4.72	1.492	0.001*
Enfermería me pregunta mi punto de vista al atenderme.	4.77	1.492	0.001*

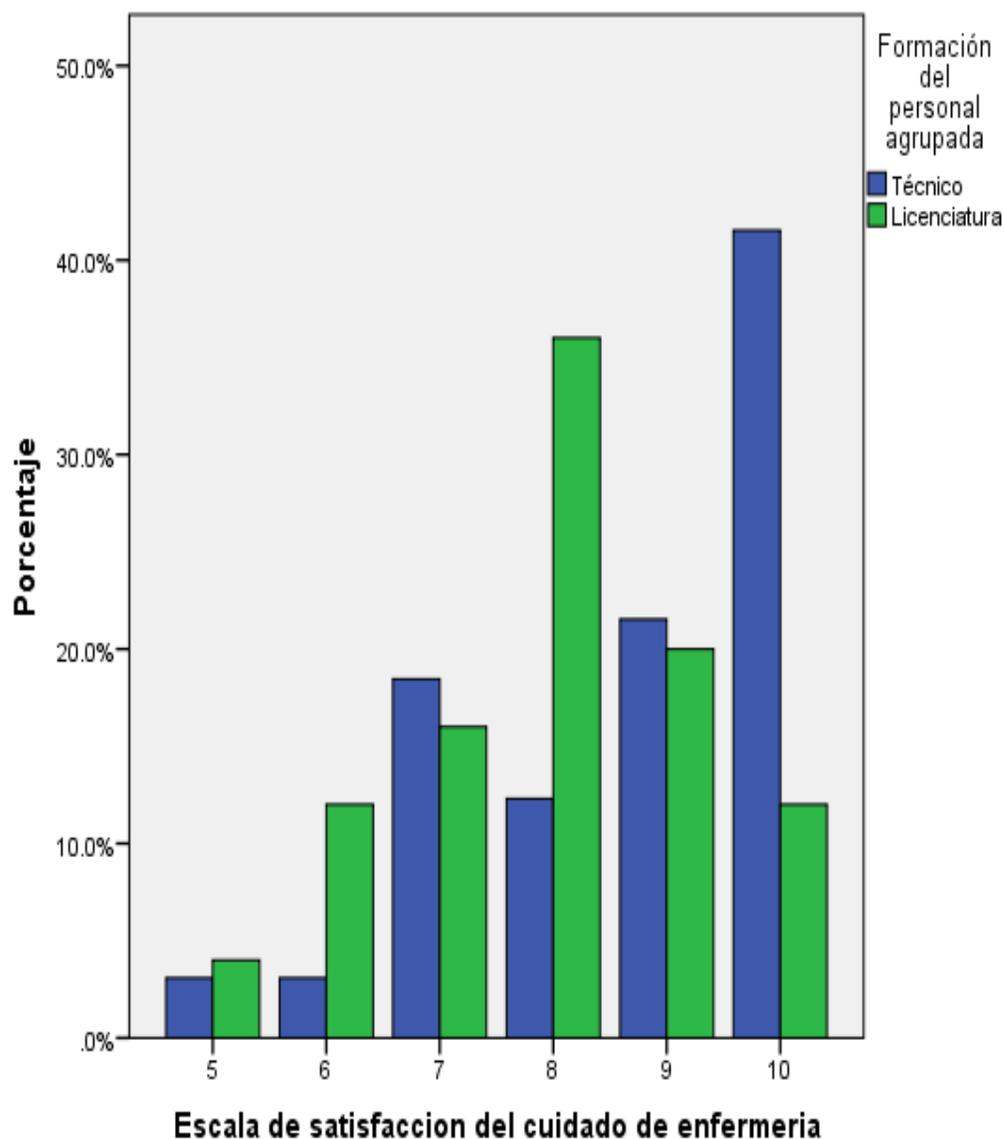
Prueba estadística: T de Student. * Significancia estadística $p < 0.05$.

Las calificaciones más altas se obtuvieron en los siguientes tres rubros: sí el paciente recibe un trato cortés en 5.04 ± 1.38 , sí en caso de explicación se utilizan palabras que él pueda entender 5.09 ± 1.10 y el más alto habla sobre la apariencia del personal que inspira confianza presentó una media de 5.26 ± 0.99 . Debe hacerse mención que en todos los casos existe significancia estadística ($p < 0.05$).

Una vez dividida la información en base a la formación académica del personal de enfermería se obtuvieron los siguientes resultados:

La media de las calificaciones otorgadas al personal de enfermería técnico es de nueve a diferencia del personal con licenciatura que recibió en promedio ocho. Ver gráfico 8.3.2

Gráfico 8.3.2 Escala de satisfacción agrupada y formación del personal de enfermería.



En este gráfico se observa que el personal técnico obtuvo las mejores calificaciones en la escala de satisfacción contestada por los pacientes, a diferencia del personal con licenciatura, que en su mayoría obtuvo calificaciones de 8 y 9.

El personal de enfermería con formación de licenciatura obtuvo mejores calificaciones en el rubro donde la apariencia del personal inspira confianza, aunque este resultado no tiene significancia estadística ($p=0.340$). Ver cuadro 8.3.2.

Cuadro 8.3.2. Media de satisfacción del paciente por formación académica.

Variable	Medias		Valor de p
	Técnico (n=65)	Licenciatura (n=25)	
La atención individual que enfermería me proporciona es	5.12	4.60	0.059
Recibo ayuda de enfermería en cosas que no puedo hacer por mí mismo	5.08	4.52	0.057
Siento que estoy en buenas manos con enfermería	5.12	4.48	0.075
Recibió la ayuda de enfermería cuando la necesito	5.03	4.44	0.076
Recibió trato cortés por parte de enfermería.	5.11	4.88	0.383
En caso de explicación, enfermería usa palabras que yo puedo entender.	5.23	4.72	0.064
Contestan con rapidez el botón de llamada a la enfermera.	4.20	3.08	0.012*
La apariencia del personal de enfermería me inspira confianza.	5.32	5.88	0.340
El personal de enfermería me hace sentir seguro.	5.12	4.44	0.028*
La frecuencia con que el personal de enfermería se preocupa por mí y mi condición es:	4.94	4.36	0.100
Recibo respeto a mi dignidad como ser humano por enfermería.	5.18	4.68	0.138
Me explican con palabras que yo pueda entender lo que me pasa durante pruebas o procedimientos.	5.18	4.56	0.048*
Enfermería me informa sobre el cuidado en mi enfermedad.	4.92	4.40	0.130
Enfermería coloca elementos para atender mis necesidades como agua, teléfono, luz, timbre, cerca para que pueda alcanzarlos con facilidad.	4.92	4.20	0.055
Enfermería me pregunta mi punto de vista al atenderme.	4.91	4.40	0.178

Prueba estadística: T de Student. * Significancia estadística $p < 0.05$.

Por otro lado, el personal de nivel técnico obtuvo mejores calificaciones en el caso contestar con rapidez el botón de llamada, otorgar seguridad y explicar con palabras que el paciente pueda entender pruebas o procedimientos donde se obtuvo significancia estadística en sus resultados ($p < 0.05$).

8.4 Antecedentes académicos de enfermería

En base al instrumento para la revisión de los antecedentes académicos por escuela de procedencia de todo el personal encuestado y el desempeño en la práctica clínica resalta que el 17.8% (16 casos) de enfermeras (os) proceden de la ENEO y en igual proporción de CONALEP, les siguen CETIS con 15.6% (14 casos), FES Zaragoza UNAM con 11.1 % (10 casos), las escuelas de menor presencia son la ESEO IPN, una escuela particular de nivel licenciatura y la Escuela de Enfermería del GDF con un caso para cada una de ellas, lo que les corresponde a 1.1% a cada escuela. Ver cuadro 8.4.1.

Cuadro 8.4.1 Escuela de procedencia del personal de enfermería encuestado.

Variable	n=90
ENEO UNAM	16 (17.8%)
CONALEP	16 (17.8%)
CETIS	14 (15.6%)
FES ZARAGOZA UNAM	10 (11.1%)
Incorporada UNAM	9 (10.0%)
Escuela particular nivel técnico	9 (10.0%)
Universidades estatales	4 (4.4 %)
CBTIS	4 (4.4%)
Incorporada SEP	3 (3.3%)
UAM	2 (2.2%)
Escuela particular nivel licenciatura	1 (1.1%)
ESEO IPN	1 (1.1%)
Escuela de Enfermería del GDF	1 (1.1%)

Prueba estadística: frecuencias y porcentajes.

Es necesario hacer notar que la UNAM a partir de sus diversas escuelas (ENEO, FES Zaragoza e incorporadas) hace un total de 34 casos (38.9%) con sus diversos planes de estudio de nivel licenciatura. Así también se afirma que el 85.6% (77 casos) del personal encuestado eligió esta carrera como su primera opción.

En 51.1% del total (46 casos) la enfermera general técnica fue quien les enseñó principalmente en sus prácticas clínicas, seguido de 34.4% (31 casos) que refieren a la enfermera licenciada (o). Ver cuadro 8.4.2

Cuadro 8.4.2 A todo el personal de enfermería, quién le enseñó durante sus prácticas clínicas principalmente?

Variable	n= 90
Enfermera(o) general técnico (o)	46 (51.1%)
Enfermera (o) licenciada (o)	31 (34.4%)
Auxiliar de enfermería	10 (11.1%)
Profesor(a) tutor (a)	1 (1.1 %)
Médicos	1 (1.1 %)
Nadie	1 (1.1 %)

Prueba estadística: Frecuencias y porcentajes.

También se menciona como principal enseñante a auxiliares de enfermería en 11.1% (10 casos) y con un caso se mencionó al profesor(a) tutor (a), a médicos e incluso a nadie correspondiéndoles 1.1% a cada uno de ellos.

Respecto al contenido que le dejó la enseñanza del personal sobresalen con 42.2% (38 casos) las cuestiones actitudinales. Ver cuadro 8.4.3.

Cuadro 8.4.3 A todo el personal de enfermería, qué le enseñó?

Variable	n= 90
Contenidos actitudinales	38 (42.2%)
Contenidos procedimentales	29 (32.2%)
Contenidos declarativos o teóricos	21 (23.3%)
Nada	2 (2.2%)

Prueba estadística: frecuencias y porcentajes.

Con 32.2% (29 casos) el énfasis de las enseñanzas lo recibieron los procedimientos y las revisiones teóricas recibieron el 23.3 % (21 casos), aunque, dos personas (2.2%) mencionaron que lo recibido no redundó en ningún tipo de aprendizaje específico.

Siguiendo la misma tendencia en 26 casos (28.9%) se considera a la enfermera general técnica como el principal modelo a imitar, en segundo lugar se considera a la licenciada(o) en enfermería con 23 casos (25.6%). Ver cuadro 8.4.4.

Cuadro 8.4.4 A todo el personal de enfermería, quién ha sido su modelo a seguir?

Variable	n= 90
Enfermera general técnica	26 (28.9%)
Licenciada(o) en enfermería	23 (25.6%)
Profesor(a) tutor(a)	13 (14.4%)
Auxiliar de enfermería	10 (11.1 %)
Enfermera célebre	6 (6.7 %)
Nadie	5 (5.6 %)
Jefe de servicio o supervisora	5 (5.6%)
Médico	2 (2.2%)

Prueba estadística: medias y frecuencias.

En condiciones muy similares se reflexiona sobre el profesor(a) tutor(a) 13 casos (14.4%) como una cuarta opción con la auxiliar de enfermería muy cercana con 10 casos (11.1%) y como opciones menos consideradas se encuentra a las enfermeras célebres, a jefes de servicio o supervisoras, a los médicos e incluso a nadie como modelo a seguir.

Desde la percepción de los encuestados 40 casos (44.4%) observan diferencias en los objetivos de las prácticas clínicas de los estudiantes en formación técnica o que cursan licenciatura en enfermería. Ver cuadro 8.4.5.

Cuadro 8.4.5 Observa diferencias entre la formación y en las prácticas clínicas?

Variables	n=90	
	SÍ	NO
Observa diferencias en los objetivos de las prácticas clínicas entre escuelas de nivel técnico y de nivel licenciatura?	40 (44.4%)	50 (55.6%)
Usted hace alguna diferencia entre nivel técnico y nivel licenciatura?	26 (28.9%)	64 (71.1%)
Observa diferencias en las prácticas profesionales de nivel técnico y de nivel licenciatura?	63 (70.0%)	27 (30.0%)

Prueba estadística: Frecuencias y porcentajes.

El personal de enfermería hace diferencias entre ambos niveles solo en 26 casos (28.9%) y observan diferencias en las prácticas profesionales del nivel técnico y del nivel licenciatura en 63 casos (70.0%).

Las diferencias observadas en el desempeño profesional se refirieron principalmente a habilidades en 33.3% (30 casos). Ver cuadro 8.4.6.

Cuadro 8.4.6. De todo el personal de enfermería, diferencias observadas en el desempeño profesional

Variable	n= 90
Habilidades	30 (33.3%)
Actitudes	25 (27.8%)
Conocimientos	15 (16.7%)
Ninguna	20 (22.2 %)

Prueba estadística: frecuencias y porcentajes.

En segundo término se encontraron diferencias en actitudes 27.8% (25 casos) y en conocimientos teóricos como 16.7% (15 casos), a pesar de ello, en 20 casos (22.23%) no se observan diferencias.

Analizando la escuela de procedencia se observa que para la formación de licenciatura la escuela que más ha aportado egresados (13 casos) con 52.0% es la ENEO UNAM, y de nivel técnico es el CONALEP (16 casos) con 24.6% y CETIS (13 casos) con 20.0%. Ver cuadro 8.4.7.

Cuadro 8.4.7. Escuela de procedencia por formación académica.

Variable	Formación de enfermería	
	Técnica n= 65	Licenciatura n= 25
ENEO UNAM	3 (4.6%)	13 (52.0%)
CONALEP	16 (24.6%)	0
CETIS	13 (20.0%)	1 (4.0%)
FES Zaragoza UNAM	5 (7.7%)	5 (20.0%)
Incorporada UNAM	1 (1.5%)	1 (4.0%)
Escuela particular nivel técnico	9 (13.8%)	0
Universidades estatales	2 (3.1%)	2 (8.0%)
ESEO IPN	1 (1.5%)	0
CBTIS	4 (6.2%)	0
Incorporada SEP	3 (4.6%)	0
UAM	1 (1.5%)	1 (4.0%)
Escuela particular nivel licenciatura	0	1 (4.0%)
Escuela de Enfermería del GDF	1 (1.5%)	0

Prueba estadística: χ^2 *Significancia estadística $p < 0.05$.

Es de hacer notar que existen más de diez escuelas que aportan recursos humanos de enfermería a este hospital regional público.

Los resultados por nivel académico reflejan que el personal técnico observa diferencias en las prácticas clínicas en las habilidades (22.0%); en contraste, el personal con licenciatura observa diferencias en cuestiones actitudinales (44.0%), cuyos resultados son estadísticamente significativos; además, en ambas formaciones más de la mitad de los encuestados no observan diferencias en los objetivos de las prácticas.

El 50.8% del personal técnico considera que existen diferencias entre los objetivos de las prácticas clínicas entre las escuela, la misma afirmación se presenta en 68.0% del personal con licenciatura. En la observación de las prácticas clínicas el 67.7% del personal técnico afirma ver diferencias, lo mismo que el 76.0% del nivel licenciatura. Sin embargo, sólo el 27.7% de nivel técnico hace diferencias en el momento en que desempeñan su labor docente junto con los alumnos a su cargo, lo mismo que el 32.0 % de licenciatura. Ver cuadro 8.4.8.

Cuadro 8.4.8 Antecedentes académicos de enfermería por nivel formativo.

Variable	Formación de enfermería		Valor de p
	Técnica n= 65	Licenciatura n= 25	
Qué diferencias observa entre las prácticas de las enfermeras técnicas y licenciadas en enfermería			0.029*
Ninguna	17 (26.2%)	3 (12.0 %)	
Conocimientos	12 (18.5 %)	3 (12.0 %)	
Habilidades	22 (33.8 %)	8 (32.0 %)	
Actitudes	14 (21.5 %)	11 (44.0 %)	
Observa diferencias en los objetivos de las prácticas clínicas entre escuelas	33 (50.8 %)	17 (68.0 %)	0.108
Hace alguna diferencia entre nivel técnico y licenciatura	18 (27.7 %)	8 (32.0 %)	0.436
Observa diferencias en las prácticas clínicas de nivel técnico y nivel licenciatura	44 (67.7 %)	19 (76.0 %)	0.308
Carrera de primera opción	55 (84.6 %)	22 (88.0 %)	0.485
Quien le enseñó durante sus prácticas clínicas principalmente			0.464
Nadie	1 (1.5 %)	0	
Auxiliar de enfermería	8 (12.3 %)	2 (8.0 %)	
Enfermera general técnica	31 (47.7 %)	15 (60.0 %)	
Enfermera licenciada	24 (36.9 %)	7 (28.0 %)	
Profesora tutora	0	1 (4.0 %)	
Médicos	1 (1.5 %)	0	
Qué le enseñó?			0.473
Nada	1 (1.5 %)	1 (4.0 %)	
Contenidos declarativos	14 (21.5 %)	7 (28.0 %)	
Contenidos procedimentales	22 (33.8 %)	7 (28.0 %)	
Contenidos actitudinales	28 (43.1 %)	10 (40.0 %)	
Quién ha sido su modelo a seguir?			0.119
Nadie	4 (6.2 %)	1 (4.0 %)	
Auxiliar de enfermería	10 (15.4 %)	0	
Enfermera general técnica	15 (23.1 %)	11 (44.0 %)	
Licenciada en enfermería	16 (24.6 %)	7 (28.0 %)	
Jefe de servicio o supervisora	3 (4.6 %)	2 (8.0 %)	
Profesor tutor	10 (15.4 %)	3 (12.0 %)	
Enfermera célebre	5 (7.7 %)	1 (4.0 %)	

Prueba estadística: χ^2 *significancia estadística $p < 0.05$

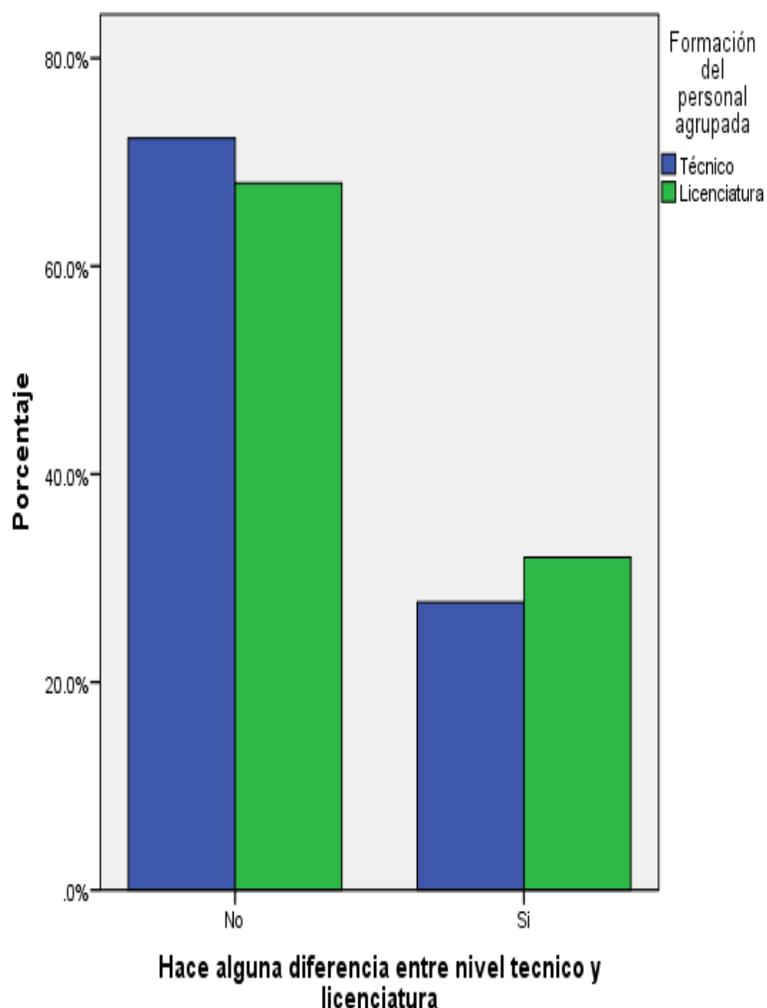
En cuanto al reconocimiento que se hace de la persona como ser quien la formó, del nivel técnico mencionan 47.7% a la enfermera general técnica y 36.9% a la licenciada en enfermería. El nivel licenciatura reconoce en 60.0 % a la enfermera general técnica y en 28.0% a la licenciada en enfermería.

Respecto a los conocimientos más importantes que le enseñaron primeramente mencionan los conocimientos actitudinales en ambas formaciones con 43.1% y 40.0%, los contenidos procedimentales con 33.8% y 28.0%, contenidos declarativos en 21.5% y 28.0% y por último, sin reconocerles ningún mérito 1.5% y 4.0% en respectivas formaciones. Respecto a quién ha sido su modelo a seguir el

personal técnico reconoce 24.6% a alguna licenciada en enfermería, 23.4% a enfermera general técnica, 15.4% a profesor tutor y a auxiliares de enfermería, alguna enfermera célebre el 7.7%, a nadie 6.2% y a jefes de servicio o supervisoras sólo 3.4%. El nivel licenciatura mencionó en 44.0% a la enfermera general técnica, a la licenciada en enfermería 28.0% y profesor tutor en 12. %.

En lo referente a las prácticas educativas el personal de enfermería de ambas formaciones no observa diferencias en las prácticas educativas, o en los objetivos ni tampoco el personal hace diferencia alguna en los momentos en que participan directamente en la docencia con alumnos en formación. Ver gráfico 8.4.1.

Gráfico 8.4.1 Si hace alguna diferencia entre nivel técnico y licenciatura.

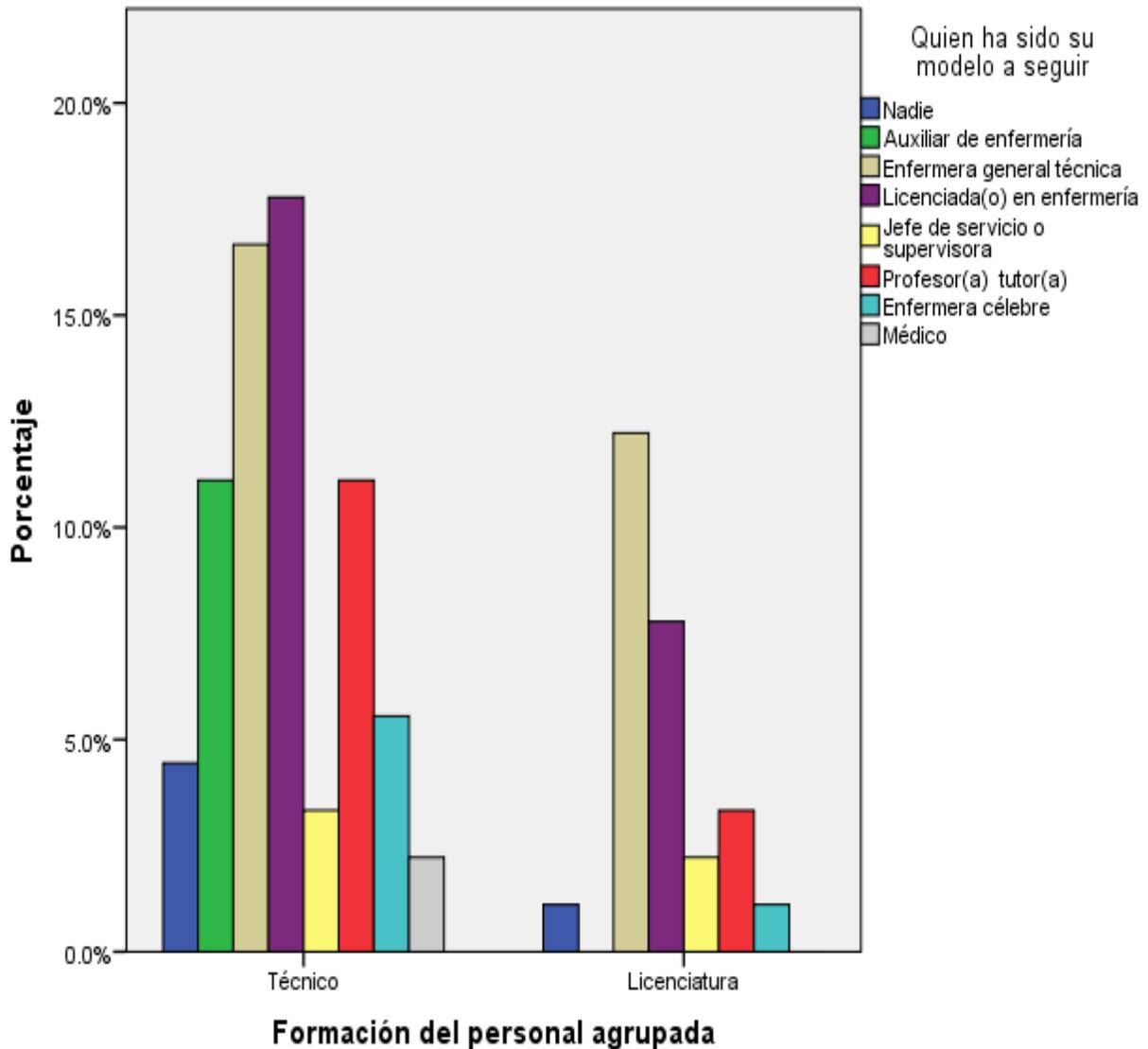


En este gráfico puede observarse que el personal de enfermería en la mayoría de los casos no hace diferencia alguna cuando enseña a estudiantes de ambos niveles.

Por otro lado, se le reconoce al personal técnico con 47.7% y 60.0% respectivamente su participación en la enseñanza principalmente de elementos actitudinales de los encuestados con más del 40.0% en ambos grupos.

Para el personal técnico, el modelo a seguir ha sido alguna licenciada en enfermería (24.6%) y para el personal con licenciatura ha sido una enfermera técnica (44.0%). Gráfico 8.4.2.

Gráfico 8.4.2 Quién ha sido su modelo a seguir.



En este gráfico se observa correspondencia recíproca en lo que se refiere al modelo a seguir, el personal de nivel técnico ha tomado como modelo a personal licenciado, y el personal de licenciatura tiene como modelo a seguir al personal técnico.

8.5 Análisis inferencial

En términos generales, la administración de medicamentos intravenosos incluye 18 actividades, el 43.1% del personal técnico realiza al menos la mitad o más de las actividades necesarias, en contraste, el 32.0% del personal con licenciatura realiza las mismas actividades ya mencionadas. Ver cuadro 8.5.1.

Cuadro 8.5.1 Calidad de la atención según indicadores elegidos por nivel de formación en enfermería.

Variable	Formación de enfermería		Valor de p
	Técnica n= 65	Licenciatura n= 25	
Administración de medicamentos intravenosos			0.337
De 6 a 12 actividades	37 (56.9 %)	17 (68.0 %)	
De 12 a 18 actividades	28 (43.1 %)	8 (32.0 %)	
Satisfacción del paciente			0.025*
Calificación 5	2 (3.1 %)	1 (4.0 %)	
Calificación 6	2 (3.1 %)	3 (12.0 %)	
Calificación 7			
Calificación 8	12 (18.5 %)	4 (16.0 %)	
Calificación 9	8 (12.3 %)	9 (36.0 %)	
Calificación 10	14 (21.5 %)	5 (20.0 %)	
	27 (41.5 %)	3 (12.0 %)	

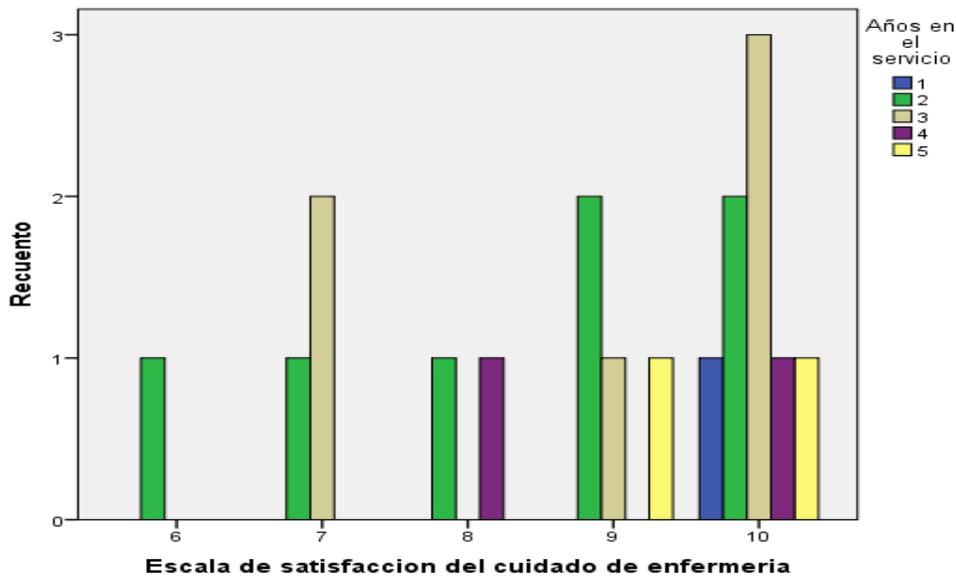
Prueba estadística: χ^2 *Significancia estadística $p = < 0.05$

La satisfacción del paciente es calificada en forma numérica con un 10 (en escala de 0 a 10) a la atención brindada por el 41.5% del personal técnico y sólo al 12.0% del nivel licenciatura.

Ahora bien, es necesario observar que la antigüedad de todo el personal de enfermería encuestado y que proporciona atención directa tiene una relación estadísticamente significativa de 0.804 ($p = 0.0001$) en relación a la formación académica con la prueba Rho de Spearman.

En este sentido, el personal de enfermería con formación técnica se observa desde sus primeros años con calificaciones de 9 y 10 por parte de los pacientes, aunque esto no es estadísticamente significativo (Rho de Spearman con valor de 0.108 y $p = 0.671$) Gráfico 8.5.1.

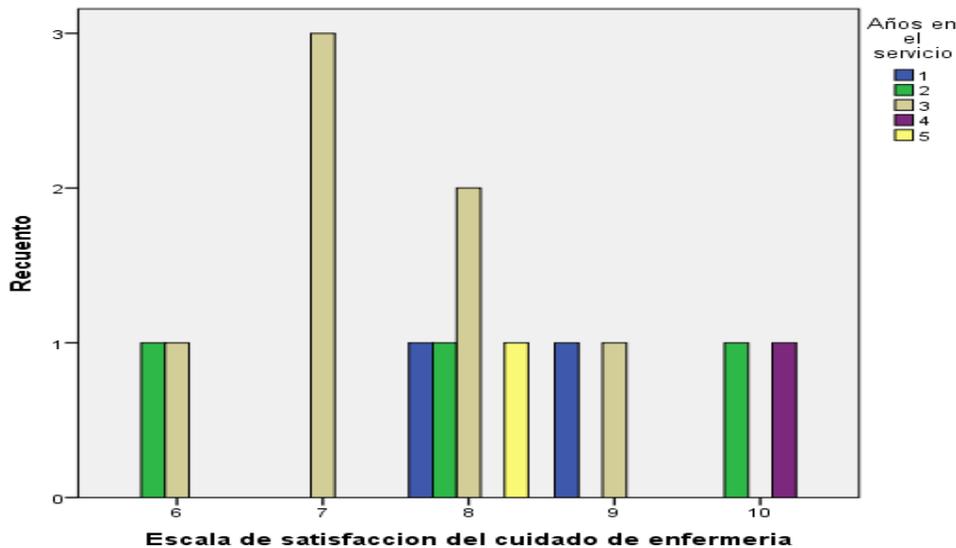
Gráfico 8.5.1 Relación entre escala de satisfacción del paciente y años en el servicio del personal de formación técnica.



En este gráfico se observa al personal de enfermería con formación técnica obteniendo calificaciones altas, desde el personal con un año de servicio hasta el personal con cinco años frente al paciente.

En cambio, para el personal de licenciatura se encontraron calificaciones mayormente entre 8 y 9 sin significancia estadística (Rho de Spearman -0.47 y $p=0.872$) Gráfico 8.5.2.

Gráfico 8.5.2 Relación entre escala de satisfacción del paciente y años en el servicio del personal de formación licenciatura.

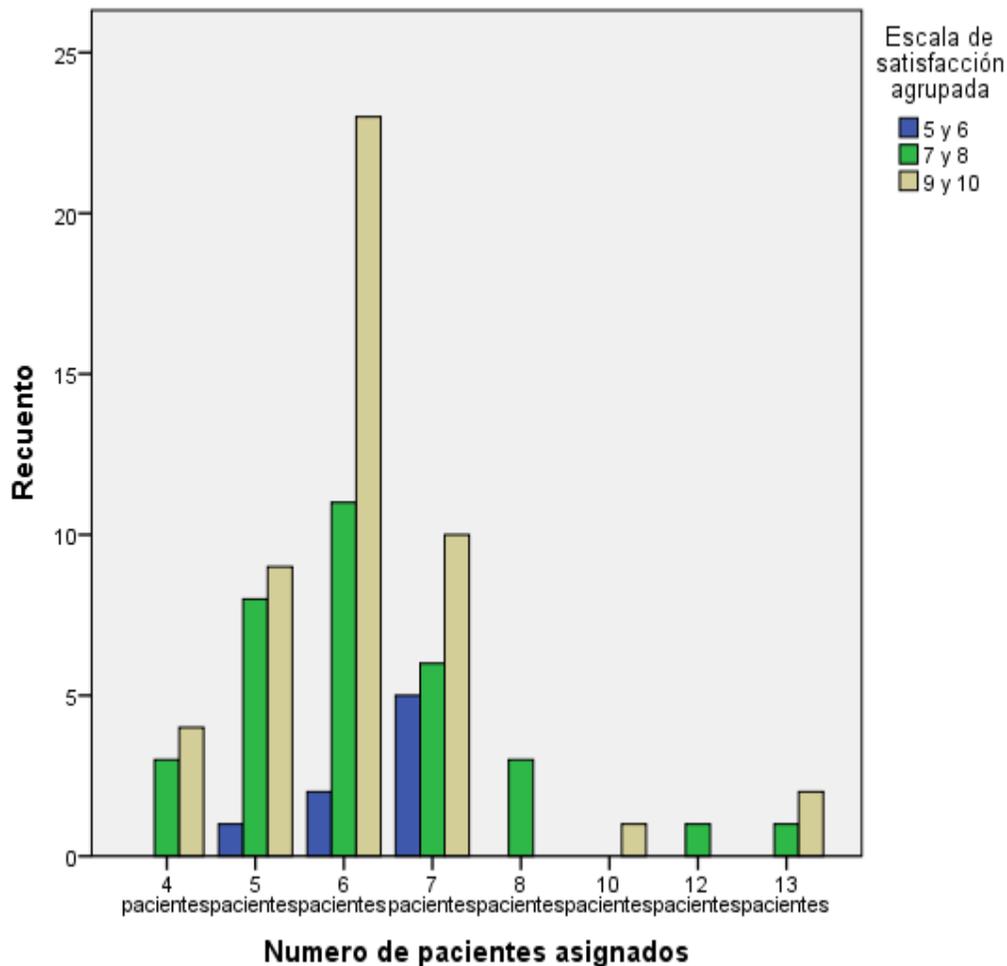


En este gráfico se observa que a diferencia del personal de nivel técnico, el personal de enfermería con nivel licenciatura obtiene calificaciones en su mayoría entre 8 y 9. Prevalciendo sin cambios significativos observables desde personal con un año de servicio hasta el personal con cinco años frente al paciente.

Por otro lado, es necesario denotar una correlación negativa entre la formación y la escala de satisfacción que los pacientes les asignaron obtenida con la prueba Rho de Spearman (-0.287) por lo cual no es estadísticamente significativa ($p=0.006$).

No existe una correlación entre el nivel académico del personal y la escala de satisfacción reportada (Rho de Spearman 0.192) aunque ésta no es estadísticamente significativa ($p=0.389$).

Gráfico 8.5.3. Relación entre la escala de satisfacción y el número de pacientes asignados del total del personal encuestado.



Al observar este gráfico resalta el hecho de obtener mejores calificaciones otorgadas por los pacientes cuando se tienen de 5 a 7 pacientes, aunque la NOM determine una menor cantidad de pacientes el personal otorga cuidado de mejor calidad en el rango especificado.

Considerando toda la información existente no existe una correlación entre los años de servicio y la calificación general de la administración de medicamentos intravenosos, con un valor de r de Pearson de 0.231 estadísticamente no significativo ($p=0.028$); situación similar se da en el caso de la correlación entre años de servicio y la escala de satisfacción del cuidado con valor de r de Pearson de 0.198 no siendo estadísticamente significativo ($p=0.062$).

La edad del paciente en relación a los años de servicio del personal presentan una relación lineal negativa con un valor de r de Pearson de -0.082, sin significancia estadística ($p=0.442$).

La puntuación obtenida en la escala de satisfacción de cuidados no presenta correlación positiva con los años de servicio del personal de enfermería, con valor de r de Pearson de 0.198 con un significancia estadística escasa, $p=0.162$.

9. Discusión

En base a los resultados obtenidos en el presente estudio se puede afirmar que existen diferencias en los años de experiencia del personal de enfermería, en el nivel técnico se reporta una media de doce años y en licenciatura reportan una media de siete años de servicio frente al paciente; en este sentido, resulta interesante que el 35.5% del total del personal de licenciatura se encuentra en un rango de uno a cinco años de antigüedad, lo que establece una diferencia al estudio realizado por Clinton en 2006, donde se presentaron diferencias en los primeros tres años de servicio.

Una vez que se examinaron los resultados en consideración de la revisión bibliográfica es posible afirmar que en la calidad del cuidado brindado a los pacientes adultos hospitalizados, las diferencias no estriban en la formación académica como factor único, ya que se observaron calificaciones similares en los dos de las dimensiones del estudio (técnica y humana) con resultados similares en el lavado de manos, que medidos, se consideró a la calidad en dos de sus dimensiones; tampoco se encontraron grandes diferencias en el estudio realizado por Clinton, Murrells y Robinson en 2005.

En el estudio de Aiken 2011 se comprobó que la disminución en las cargas de trabajo mejora la atención a los pacientes; en el presente estudio se observó un promedio de ocho pacientes para el área de hospitalización, siendo que esto no rebasa el índice enfermera paciente recomendado por la OMS, la satisfacción del paciente debería verse mejorada, aunque esto sólo se percibe en rubros como atención individualizada y rapidez en contestar el botón de llamado, diferencias que favorecieron al personal con formación técnica.

En otro estudio de esta misma autora (Aiken) en 2003 se observó diferencias importantes en el desempeño que favorecían al personal de enfermería con licenciatura; lo que se analizó sólo parcialmente en esta investigación con dos elementos de la dimensión técnica (la valoración de reacciones locales o sistémicas y el registro correspondiente en la hoja de enfermería) con significancia estadística que favorecieron al personal con licenciatura.

En 2012, en el estudio de Kutney-Lee se demostró la necesidad de incrementar personal con licenciatura para disminuir las fallas en las medidas de rescate, sin asociación de los resultados en años de experiencia o habilidades específicas del personal, sólo a la aplicación del pensamiento crítico que favoreciera la toma de decisiones de manera asertiva. Situación reproducible en el presente estudio donde tampoco se demostró una relación positiva entre los años de servicio y la dimensión humana (satisfacción del paciente).

10. Conclusiones

En base a los resultados obtenidos en la presente investigación es posible realizar tres afirmaciones derivadas de las dimensiones planteadas en el estudio:

1. Se rechaza la hipótesis de trabajo considerando que el personal de enfermería por su formación profesional no ofrece un cuidado de mejor calidad, de acuerdo a la dimensión técnica (administración de medicamentos por vía intravenosa) ya que en la mayoría de los elementos observados tiene un desempeño similar al personal técnico de enfermería, como el lavado de manos y la aplicación de al menos los diez correctos.

2. Se acepta la hipótesis nula, donde se afirma que la licenciada en enfermería por su formación profesional ofrece un cuidado de menor calidad, de acuerdo a una sola, la dimensión humana (satisfacción del paciente) en comparación con el personal técnico de enfermería quienes obtuvieron mejor calificaciones en variables como contestar con rapidez el botón de llamada, brindar seguridad en la atención y explicar pruebas o procedimientos con palabras que el paciente pudiera entender.

3. En base a la dimensión académica analizada en esta investigación es posible afirmar que los elementos derivados de la práctica clínica no establecen diferencias en la formación del personal de enfermería ya sea técnica o licenciada en enfermería.

11. Perspectivas

Es necesario complementar este estudio con la versión cualitativa de los hechos, que den voz a las enfermeras que participan y que pueden de manera clara desde sus discursos establecer las razones de sus actuaciones profesionales.

La formación académica no es un factor determinante de calidad en la atención de enfermería; sin embargo, es necesario realizar estudios destinados a la revisión específica del pensamiento crítico y del juicio clínico que son los puntos nodales que desde la propia formación académica se enfatizan como variables que hacen diferencias y mejoran la atención de la enfermería que posee un grado universitario.

La atención del equipo de enfermería se encuentran en conjuntos imbricados procesos sociales, culturales, políticos e ideológicos que llevan a observar prácticas basadas en rutinas impuestas por los usos y costumbres de cada uno de los servicios, de los turnos y del personal que ahí labora, situación que da oportunidad de estudiar las razones de que estos fenómenos se presentan. Un ejemplo claro de ello es el aún predominio del personal de nivel técnico (más del 70% de enfermeras en servicio) considerando que ellas son las que forman a las licenciadas en la clínica actualmente y que ejercen un grado de poder y control sobre los estudiantes y el resto de enfermeras, mediante las rutinas de los servicios, situación que debe ser estudiada.

La situación del personal de enfermería que ha cursado nivel licenciatura amerita la observación minuciosa desde varias perspectivas al modelarse de otra forma a la proporcionada en las escuelas de enfermería por los docentes y el currículo vigente.

FUENTES BIBLIOGRÁFICAS Y HEMEROGRÁFICAS CONSULTADAS

-
- ¹Drucker PF. La sociedad post-capitalista. Barcelona: Grupo Editorial Norma; 1997.
- ² Ferro BJ. Visión de la universidad ante el siglo xxi. 2da edic. Barranquilla, Colombia. Ediciones Uninirte; 2000. P. 48.
- ³ Ruiz de Vargas M, Jaraba BB y Romero SL. Competencias laborales y la formación universitaria. Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte. No.16:64-91,2005.
- ⁴ Saavedra, M. Diccionario de pedagogía. México: Editorial Pax; 2001. P.76
- ⁵ Centro Interamericano de Investigación y Documentación sobre Formación Profesional (CINTERFOR), Organización Internacional del Trabajo (OIT). Formación y trabajo: de ayer para mañana. CINTERFOR, OIT. Montevideo, Uruguay. 1996.
- ⁶ Casanova F. Formación profesional y relaciones laborales. Montevideo: CINTENFOR, 2003. P. 77.
- ⁷ Centro Interamericano de Investigación y Documentación sobre Formación Profesional (CINTERFOR), Organización Internacional del Trabajo (OIT). Formación y trabajo: de ayer para mañana. CINTERFOR, OIT. Montevideo, Uruguay. 1996.
- ⁸ Ortega-Vargas, C y Suárez-Vazquez MG. (2009) Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería: estrategias para su aplicación. 2da. edición. México: Editorial Médica Panamericana. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia Universidad Nacional Autónoma de México, Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez; 2009.
- ⁹ Cockayne D. Two levels of practice: meeting professional or workforce needs. Nursing Standard. 21,27, 44-47. 2007.
- ¹⁰ Málvarez SM, Castrillón-Agudelo MC. Panorama de la fuerza de trabajo en Enfermería en América Latina. Segunda parte. RevEnferm IMSS 2006; 14(3): 145-165.
- ¹¹ Secretaría de Salud. Boletín Estadístico 2012 del Sistema de Información Administrativa de Recursos Humanos en Enfermería. Comisión Permanente de Enfermería. México: Secretaría de Salud; 2012.
- ¹² Instituto Nacional de Rehabilitación. Manual de organización. Descripción de puestos. México: Secretaría de Salud; 2009.
- ¹³ Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez Manual Administrativo de la Dirección de Enfermería. México: Secretaría de Salud; 2008.
- ¹⁴ Rubio Domínguez S Profesionalización de Enfermería en México [Artículo versión electrónica] Rev Mex de Enf Cardiol Vol.18, Núm. 1-2, Enero-Agosto 2010. Pp.4-6
- ¹⁵ Instituto Nacional de Salud Pública. Recursos Humanos para la Salud. Formación, empleo y regulación. Boletín bimestral no. 7. Marzo/Abril 2008.
- ¹⁶ Instituto Nacional de Salud Pública. Recursos Humanos para la Salud. Formación, empleo y regulación. Boletín bimestral no. 6. Enero/Febrero, 2008.
- ¹⁷ Secretaría de Gobernación. Decreto que Reforma el artículo 28 bis de la Ley General de la Salud. Diario Oficial de la Federación de fecha: 05-03-2012.
- ¹⁸ American Association of Colleges of Nursing. The Impact of Education on Nursing Practice. Disponible en: <http://www.aacn.nche.edu/media-relations/fact-sheets/impact-of-education>
- ¹⁹ Borroto-Cruz R. y Salas-Pérez R. El reto por la calidad y la pertinencia: la evaluación desde una visión cubana. Rev. Educ Medic Super v.13 n.1 Ciudad de la Habana ene-jun 1999.
- ²⁰ Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior. Sistema de Asignación y Transferencia de Créditos Académicos. ANUIES SEP. México 2010
- ²¹ Universidad Autónoma del Carmen. Guía Orientativa para Establecer el Sistema de Créditos en la Universidad Autónoma del Carmen. Campeche, México. Disponible en: http://www.unacar.mx/sec_academica/dplanes/guia_creditos.pdf Consultado el 29 de diciembre de 2012.

-
- ²²Universidad Nacional Autónoma de México Plan de estudios de la Carrera de Médico Cirujano. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/plan/estructura.html> Consultado el 03 de enero de 2013.
- ²³Universidad Pedagógica Nacional. Mapa curricular Licenciatura en Pedagogía. Campus Ajusco. Sistema Escolarizado. Disponible en: <http://www.upn.mx/index.php/estudiar-en-la-upn/licenciaturas/pedagogia#mapa-curricular> Consultado el 03 de enero de 2013.
- ²⁴Cruz Roja Mexicana. Escuela de Enfermería. Disponible en: <http://www.cruzrojadf.org.mx/escuela-de-enfermeria/> Consultado el 03 de enero de 2013.
- ²⁵Dirección General de Educación Tecnológica e industrial. DGETI México. Disponible en: <http://www.dgeti.sep.gob.mx/> Consultado el 03 de enero de 2013.
- ²⁶Colegio Nacional de Educación Profesional Técnica CONALEP. México. Disponible en: <http://www.conalep.edu.mx/> Consultado el 03 de enero de 2013.
- ²⁷Instituto Tecnológico Roosevelt. Disponible en: <http://www.roosevelt.edu.mx/planteles.htm>
- ²⁸Secretaría de Salud. NOM-010-SSA3-2012. Norma Oficial Mexicana Educación en salud. Utilización de campos clínicos para las prácticas clínicas y el servicio social de enfermería. México. Secretaría de Salud.
- ²⁹Aiken LH, Clarke SP, Silbeer JH, Sloane DM, Sochalski J y Silber JH. Hospital Nurse Staffing, Education and Patient Mortality JAMA September 24-2003 Vol. 290 No. 12 p.20-25.
- ³⁰Aiken LH, Cimiotti JP, Sloane DM, Smith EL, Flynn L y Neff DF. Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. Medical Care, vol. 49, number 12, december 2011. P.38-47.
- ³¹Bartlett H, Simonite V, Wescott E y Taylor H. A comparison of the nursing competence of graduates and diplomats from UK nursing programmes. Journal of Clinical Nursing 2000; 9: 369-381.
- ³²Sasichay-Akkadechanunt T, Scalzi CC, Jawad AF. The relationship between nurse staffing and patient outcomes LDI Issue Brief 2003 Oct; 9(2):1-4 Disponible en: http://ldi.upenn.edu/uploads/media_items/hospital-nurse-staffing-education-and-patient-mortality.original.pdf Consultado el 17 de diciembre de 2012.
- ³³Kutney-Lee A, Sloane DM and Aiken LH. An Increase in the number of nurses with baccalaureate degree is linked to lower rates of Postsurgery mortality. Health Affairs, 32, no.3 (2013): 579-586.
- ³⁴Wetzel K, Berg S y Gallagher D. Nursing education and organizational commitment: degree versus diploma programs. Can J Nurs Adm 1989 Nov-Dec; 2(4):9-14
- ³⁵Davis-Martin S. Research on the differences between baccalaureate and associate degree nurses. NLN Public 1990 Jan: (15-2339):109-45.
- ³⁶Clinton M, Murrells T, Robinson S. Assessing competency in nursing: a comparison of nurses prepared through degree and diploma programmes. Journal of Clinical Nursing 2005 14, 82-94.
- ³⁷Ariza Olarte, C. Calidad del cuidado de enfermería al paciente hospitalizado. Bogotá, Colombia: Editorial Pontificia Universidad Javeriana; 2006. P. 13
- ³⁸Daza de Caballero R. Research line: Nursing care and practice. Index de Enfermería [IndexEnferm] (versión digital) 2005 50.
- ³⁹Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana. Washington, DC, EUA, 1-5 de Octubre de 2007. Resolución CSP27.R10. Política y estrategia regionales para la garantía de la calidad de la atención sanitaria, incluyendo la seguridad del paciente.
- ⁴⁰Ruelas Barajas E, Sarabia González O y Tovar Vera W. Seguridad del paciente hospitalizado Instituto Nacional de Salud Pública, Médica Panamericana. 2007, México. p.9
- ⁴¹González Gil T, Lara M G y Luengo GR. Antropología de los cuidados en el ámbito académico de la enfermería en España. Rev Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2006; 15(1):155-61.
- ⁴²Malagón-Lomdoño, Galán Morera y Pontón Laverde (2006) Garantía de calidad en salud 2da edición. Médica Panamericana. Bogotá, Colombia.

-
- ⁴³ Secretaría de Salud. Programa de acción. Cruzada Nacional por la calidad de los servicios de salud. México. 2008
- ⁴⁴ Colmenares AO Aproximación teórica de los modelos conceptuales de la calidad del servicio. Técnica Administrativa Vol. 06 Número 04 octubre diciembre 2007.
- ⁴⁵ Donabedian A. Calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. Trad al español. México: La Prensa Médica Mexicana; 1984
- ⁴⁶ Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*, vol 83, Issue 4, Article first published online 9 nov 2005.
- ⁴⁷ Climente MM y Jiménez TNV. Capítulo 3. Normalización y mejora de la calidad en la unidad de terapia intravenosa. En: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (s/f) Farmacia Hospitalaria. 3ra edición. Tomos I y II.
- ⁴⁸ Block JD Healthcare outcomes management. Strategies for planning and evaluation. USA; Jones and Bartlett Publishers; 2006.
- ⁴⁹ Universidad de Cadiz. Dimensiones de la calidad y tendencias actuales. Estudios y Acceso, 2014. Disponible en: http://ocw.uca.es/pluginfile.php/1042/mod_resource/content/1/TEMA_2.pdf
- ⁵⁰ Savitz LA, Jones CB y Bernard Sch. Quality Indicators Sensitive to Nurse Staffing in Acute Care Settings. *Advances in Patient Safety*: vol. 4
- ⁵¹ Mattke S, Needleman J, Buerhaus P, Stewart M y Zelevinsky K. Evaluating the role of patient sample definitions for quality indicators sensitive to nurse staffing patterns. *MedCare* 2004 Feb; 42(2suppl): II21-33.
- ⁵² Donabedian, A. The quality of care: How can it be assessed? *Archive of Pathology & Laboratory Medicine*; Nov 1997; 121, 11; ProQuest Nursing Journals.Pp.1145
- ⁵³ Pujiula-Masó, Jordi; Suñer-Soler, Rosa; Puigdemont-Guinart, Montserrat; Grau-Martín, Armand; Bertrán-Noguer, Carme; Hortal-Gasull, Gemma; Baró-Ministral, Núria; García, Teresa; Algans-Coll, Lluisa; Estañol-Posas, Francesca; Mascort, Zaida. La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de la calidad asistencial. Publicado en *EnfermClin*. 2006;16:19-26. - vol.16 núm 01.
- ⁵⁴ Orrego-Sierra S. y Ortiz Zapata AC. Calidad del cuidado de enfermería. *Rev Investigación y Educación en Enfermería*. Universidad de Antioquia, Medellín, vol. XIX, no.2, septiembre 2001.
- ⁵⁵ Borrás AC, Pérez PC y Jiménez TNV. Capítulo 2. Unidades de terapia intravenosa. En: : Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (s/f) Farmacia Hospitalaria. 3ra edición. Tomos I y II.
- ⁵⁶ Lacasa AC, Giráldez DJ e Idoate GA. Capítulo 4. Administración intravenosa de medicamentos: Aspectos técnicos. En: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (s/f) Farmacia Hospitalaria. 3ra edición. Tomos I y II.
- ⁵⁷ Llodrá V, Puigventós F, Barroso MA, Martínez A, Comas F, Ginés F, Escrivá A, Delgado O y Serra J. Impacto de una guía de administración de medicamentos vía parenteral en las unidades de enfermería. *FarmHosp* 1996; 20(4): 245-249.
- ⁵⁸ Iyer, P. Taptich B y Benochi-Losey D. Proceso de Enfermería y Diagnóstico de Enfermería. Traducción al español. México: Interamericana Mc Graw – Hill; 1989.
- ⁵⁹ Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-022-SSA3-2012, que instituye las condiciones para la administración de la terapia de infusión en los Estados Unidos Mexicanos. Diario Oficial de la Federación. México. Martes 18 de septiembre de 2012.
- ⁶⁰ Potter PA, Perry AG. Fundamentos de enfermería. Teoría y práctica. 3ra edición, España: Harcourt; 1997. P. 657-711
- ⁶¹ Organización Panamericana de la Salud (OPS) Enfermería y seguridad de los pacientes. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2011 P. 225
- ⁶² Amboage MC y Agüera PM. Administración intravenosa de medicamentos de urgencias. Madrid, España: Ediciones Arán; 2003 P.21
- ⁶³ Mendoza Patiño N. Farmacología médica. México: Editorial Médica Panamericana y Universidad Nacional Autónoma de México; 2008. P. 838

-
- ⁶⁴ Lorenzo P, Moreno A, Lizasoain I, Leza JC, Moro MA y Portolés A. Farmacología: básica y clínica. 18va edición. México: Editorial Médica Panamericana; 2008. P. 8
- ⁶⁵ García-Ortegón MS, Gómez Álvarez E, Díaz-Quiroz G. Satisfacción del usuario como un indicador de calidad en el Servicio de Cirugía Cardiovascular del CMN 20 de Noviembre del ISSSTE. *RevEspMedQuir* 2011;16(4):208-214.
- ⁶⁶ Mira JJ, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica* 2000;114(Supl 3):26-33.
- ⁶⁷ Serrano-del Rosal R, Lorient-Arín N. La anatomía de la satisfacción del paciente. *Salud Pública de México* 2008; 50:162-172.
- ⁶⁸ Donabedian A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. *Salud. Conferencia Magistral. Publica Mex* 1993;35:238-247
- ⁶⁹ Caminal J. LA medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Universidad Autónoma de Barcelona. *Rev Calidad Asistencial* 2001;16: 276-279.
- ⁷⁰ Ruelas Barajas E, Sarabia González O y Tovar Vera W. Seguridad del paciente hospitalizado. 3ra edición. Mc Graw Hill Interamericana, México. 2007
- ⁷¹ García MP, López P, Esevenri C, Zazpe C y Asiain MC. Calidad de enfermería en cuidados intensivos. Estudio retrospectivo a larga distancia. *Enfermería Intensiva* vol. 9 núm. 3 Julio Septiembre 1998.
- ⁷² Goñi Vigoiria R, García Santolaya MP, Vázquez Catalayud M, Margall Coscojuela MA, Asiañan Erro MC. Evaluación de la calidad de cuidados en la UCI a través de un plan de atención informatizado. *Enferm Intensiva*. 2004; 15: 76-85- vol. 15, núm. 02.
- ⁷³ Alonso R, Blanco-Ramos MA. Validación de un cuestionario de calidad de cuidados en enfermería. *Revista de Calidad Asistencial* vol.20 Issue 5, Agosto 2005.
- ⁷⁴ Hernández Meca ME, Ochando García A, Mora Canales J, Lorenzo Martínez S y López Revuelta K. Satisfacción del paciente en una unidad de hemodiálisis: objetivo de la calidad asistencial en enfermería. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 2005; 8(2) 90/96.
- ⁷⁵ Pujulá-Maso J, Suñer-Soler R, Puigdemont-Guinart M, Grau-Martin A, Bertrán-Noguer C, Hortal-Gasuli G, et. al. La satisfacción de los pacientes como indicador de la calidad asistencial. *Enfermería Clínica*. Vol. 16, issue 1, January 2006.
- ⁷⁶ Málvarez SM y Castrillón-Agudelo C Panorama de la fuerza de trabajo en enfermería en América Latina. Primera Parte. [Artículo versión electrónica] *RevEnferm IMSS* 2006; 14 (3): 145-165.
- ⁷⁷ Academia Mexicana de la Lengua. Diccionario de la lengua española. Consulta en línea. Disponible en: <http://www.academia.org.mx/rae2.php> Consultado el 08 de septiembre de 2012.
- ⁷⁸ Referencia 1.
- ⁷⁹ s/a Evaluación del paciente grave. Society of Critical Care Medicine. Disponible en: <http://www.sccm.org/SiteCollectionDocuments/01%20Capitulo%20-%20Evaluacion%20del%20Paciente%20Grave.pdf> Consultado el 19 de septiembre de 2012.
- ⁸⁰ s/a Evaluación del paciente grave. Society of Critical Care Medicine. Disponible en: <http://www.sccm.org/SiteCollectionDocuments/01%20Capitulo%20-%20Evaluacion%20del%20Paciente%20Grave.pdf> Consultado el 19 de septiembre de 2012.
- ⁸¹ López Suárez A, Morales Hernández I y Silva Beltrán E. (2009) La estructura del sistema educativo mexicano. Cuarta época, no. 36. Universidad Autónoma del Estado de México. México. Pp.13.15
- ⁸² Haro-García L, Sánchez-Román R, Juárez Pérez CA y Larios Díaz E. Justificaciones médicas de la jornada laboral máxima de ocho horas. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007;45(2):191-197. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2007/im072n.pdf> Consultado el 06 de mayo de 2013.

-
- ⁸³Laboratorios Abott. Cateterización de vía venosa periférica. Disponible en: <http://www.oc.lm.ehu.es/Fundamentos/fundamentos/TecnicasCM/Venocllisis.PDF> Consultado el 06 de mayo de 2013.
- ⁸⁴Rabadán Anta MT, Flores Baeza MJ, Cayuela Fuentes J, Cevidades Lara MM, Valvuela Moya R, Ruiz Morales MT, Rodríguez Mondéjar M y Cervantes Martínez MD. Interacciones medicamentosas en la administración de fármacos dentro del proceso de enfermería. *Enfermería Global* no. 1, noviembre 2002. Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/683/715> Consultado el 06 de mayo de 2013.
- ⁸⁵Corral-Quiroz RJ, Corral-Mendoza MGR, Juárez-Barrón ME y Ochoa-Chávez ML. Signos vitales: conocimientos y cumplimiento de técnicas de medición. *Rev Enferm IMSS* 2006; 14(2): 97-100. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2006/eim062f.pdf> Consultado el 06 de mayo de 2013.
- ⁸⁶Rioufol M O. Determinación y registro de la diuresis en la hoja de control evolutivo. Lyon, Francia. *Revista Nosocomio* no.57 2009. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/291/291v57nEspeciala13135607pdf001.pdf> Consultado el 06 de mayo de 2013.
- ⁸⁷ Academia Mexicana de la Lengua. Diccionario de la lengua española. Consulta en línea. Disponible en: <http://www.academia.org.mx/rae2.php> Consultado el 08 de septiembre de 2012.
- ⁸⁸ Donabedian, Avedis. The Quality of Care, How Can it Be Assessed? *JAMA* 1988, 260(12) 1746-1748. Disponible en: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=374139> Consultado el 17 de septiembre de 2012.
- ⁸⁹Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Quarterly*, vol 83, Issue 4, Article first published online 9 nov 2005. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x/pdf> Consultado el 01 de diciembre de 2012.
- ⁹⁰ Sociedad Española de Cuidados paliativos. Indicadores y estándares de calidad en cuidados paliativos. Fundación Avedis Donabedian. España. 2006. Disponible en: <http://www.eutanasia.ws/hemeroteca/j59.pdf> Consultado el 06 de mayo de 2013.
- ⁹¹ Luhmann N. *Confianza*. Edit. Anthropos, Universidad Iberoamericana. 2005.
- ⁹²Secretaría de Salud. *Ley General de Salud*. Última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación el 15 de Enero de 2014. Secretaría de Salud, México 2014.
- ⁹³ Cárdenas-Sánchez PA y Zárate-Grajales RA. Calidad en la administración de medicamentos intravenosos y su efecto en la seguridad del paciente. *Revista Enfermería Universitaria ENEO UNAM*. Vol. 6 Año 6 No.2 Abril-Junio 2009 pp. 23-30.
- ⁹⁴ Eriksen R.L. y Witter J. *Measurement of patient satisfaction with nursing care: Spanish language translation* en: Strickland O.L. *Measurement of nursing outcomes volume 2: client outcomes and quality of care*. Second edition. Springer Publishing Company. Estados Unidos, 2003.

13. ANEXOS

ANEXO A

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PERSONAL DE ENFERMERÍA

Cordialmente deseo invitarlo (a) a usted a participar en el proyecto de investigación sobre la calidad del cuidado de enfermería que se está llevando en este centro hospitalario para la atención de la población derechohabiente.

Este estudio forma parte de la tesis de maestría en enfermería, y tiene el propósito de observar la calidad del cuidado de enfermería medido a través de dos indicadores: administración de medicamentos por vía intravenosa y percepción del paciente sobre la calidad del cuidado.

Esta investigación se basa en la observación de los procesos que el personal de enfermería realiza cotidianamente. No obstante, no tiene riesgo, la información obtenida en la investigación se mantendrá anónima y bajo estricta confidencialidad y no se utilizará el nombre o cualquier otra información que pueda identificar a la persona que participe.

Manifiesto que he leído el contenido de esta hoja de consentimiento, he escuchado la explicación dada por la investigadora o la persona encargada, se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas a este proyecto y las mismas me han sido contestadas a satisfacción y he decidido participar por voluntad propia, dando mi consentimiento para participar en el presente estudio que tiene relación con el cuidado que le proporciono a los pacientes a mi cargo, durante su estancia en esta institución.

Gracias por su cooperación: E.E.R. María del Carmen Tovar Moncada

Firma _____

Fecha _____

Folio: _____

ANEXO B

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PACIENTES

Cordialmente deseo invitarlo (a) a usted a participar en el proyecto de investigación sobre la calidad del cuidado de enfermería que se está llevando en este centro hospitalario de gran importancia para la atención de la población derechohabiente al ISSSTE de la Zona Oriente Metropolitana.

Por lo que doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en el presente estudio que tiene relación con la opinión que tengo del cuidado que me proporciona el personal de enfermería, durante mi estancia en esta institución. No obstante, no tiene riesgo, la información obtenida en la investigación se mantendrá anónima y bajo estricta confidencialidad y no se utilizará el nombre o cualquier otra información que pueda identificarlo a Usted.

La participación en este proyecto es voluntaria y tiene derecho de abstenerse a participar o retirarse del estudio en cualquier momento.

Manifiesto que he leído el contenido de esta hoja de consentimiento, he escuchado la explicación dada por la investigadora o la persona encargada, se me ha dado la oportunidad de hacer preguntas a este proyecto y las mismas me han sido contestadas a satisfacción y he decidido participar por voluntad propia.

Mi participación consiste en responder algunas preguntas acerca de la calidad del cuidado proporcionado por el personal de enfermería.

Muchas gracias por su participación. E.E.R. María del Carmen Tovar Moncada

Firma _____

Fecha _____

Folio: _____

ANEXO C

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRAVENOSA

INSTRUCCIONES: De la siguiente lista de actividades marque con una X si el personal realiza o no cada una de ellas.

Actividades	LO HACE	
	SI	NO
Revisa la hoja de indicaciones médicas, para la administración del medicamento.		
Se lava las manos		
Verifica las características del medicamento		
Verifica la fecha de caducidad		
Comprueba la hoja de enfermería frente a la etiqueta del medicamento		
Valora la presencia de un acceso venoso permeable		
En caso necesario, recoloca la venoclisis.		
Prepara el medicamento correcto		
Realiza la dilución correcta		
Verifica dosis correcta		
Verifica paciente correcto		
Verifica vía correcta		
Verifica hora correcta		
Etiqueta el medicamento		
Identifica al paciente preguntándole su nombre, verificando su brazalete y/o tarjeta de identificación.		
Valora signos vitales del (la) paciente. Especifique cual: _____		
Valora diuresis del(la) paciente		
Valora el estado de conciencia del(la) paciente		
Con amabilidad se dirige al paciente o familiar y le informa sobre el procedimiento.		
Administra el medicamento en el horario indicado.		
Valora que la velocidad de administración sea correcta.		
Valora la presencia de reacciones locales o sistémicas.		
Realiza los registros correspondientes en la hoja de enfermería.		

*Elaborado por: Cárdenas SPA y Zárate GR. Calidad en la administración de medicamentos intravenosos y sus efectos en la seguridad del paciente. Revista Enfermería Universitaria ENEO UNAM. Vol. 6 Año. 6 No. 2 Abril-Junio 2009. [Artículo electrónico] Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/reu/article/view/30027> Consultado el 11 de septiembre de 2012. Tomado con permiso escrito. Modificado por Tovar-Moncada y Crespo, 2012.

Descripción, confiabilidad y validez.

El instrumento 1 fue elaborado por Cárdenas y Zárate y publicado en la Revista de Enfermería Universitaria en 2009, con el propósito de evaluar la calidad en la administración de medicamentos por vía intravenosa que proporciona el profesional de enfermería a través de la aplicación de un instrumento que mide el nivel de eficiencia, lo que permite determinar las fallas e implementar estrategias de mejora, pero también identifica sus fortalezas para reforzarlas.

Se parte de la reflexión sobre uno de los aspectos primordiales que guían las acciones del profesional de salud, la cultura de la calidad, enfatizando en este caso la dimensión científico técnica. Por otra parte es importante destacar que dentro de la práctica del cuidado, los

ANEXO D

CENSO DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE

Instrucciones: Marque con una X el cuadro con la opción que considere correcta.

Folio: _____

A continuación encontrará una serie de comportamientos o características del personal de enfermería; en cada uno de ellos decida a qué grado ha llegado su experiencia en esta ocasión y con este personal de enfermería se encuentra usted satisfecho. No existen respuestas buenas o malas, solo su opinión. Los números van ascendiendo desde 0 la más baja, hasta 6 que es la más alta. Sólo le pido por favor, que no deje afirmaciones sin contestar.

profesionales de enfermería realizan diversos procedimientos, por lo que deben poseer habilidades, destreza y conocimientos científicos para realizarlos de manera correcta, eficaz y segura. Entre las amenazas más comunes hacia la seguridad del paciente en la práctica hospitalaria se encuentran los errores de medicación, lo que puede dar lugar a estancias más prolongadas o a índices de mortalidad más elevados.

Cada uno de los ítems tiene un valor numérico el cual se asignó como "0" cuando no son llevadas a cabo o se cumplen de manera incorrecta y "1" a las actividades que se realizan de manera correcta, la suma total proporciona el nivel de eficiencia en el procedimiento.

Después de la aplicación en la prueba piloto se agregaron al documento ítems referentes a la aplicación de la valoración de enfermería antes y después de la administración de medicamentos, considerados como básicos para el trabajo profesional del personal.

Se obtuvo confiabilidad de 0.957 con la prueba de Kuder-Richardson.

CALIFICACIÓN

La atención individual que enfermería me proporciona

Recibo ayuda de enfermería en las cosas que no puedo hacer por mí mismo.

Enfermería me mantienen informado de lo que ocurre.

Recibo la ayuda de enfermería cuando la necesito.

Trato cortés por parte de enfermería

Siento que estoy "en buenas manos" con enfermería

En caso de explicación, enfermería usa palabras que yo pueda entender.

Recibo compasión por enfermería

Me explican de manera que yo entienda lo que me pasa durante pruebas o procedimientos

Rapidez en contestar el botón de asistencia

La apariencia profesional del personal de enfermería

El personal de enfermería me hace sentir seguro

La frecuencia con que las enfermeras se preocupan por mí y mi condición

Enfermería coloca elementos para atender mis necesidades como agua, teléfono, luz, timbre cerca, de manera que pueda alcanzarlos con facilidad.

Me incluyen en planes y arreglos para mi cuidado.

En la escala del 1 al 10, con el número 1 el más bajo, y el 10 el más alto, yo ratificaré mi absoluta satisfacción del cuidado de mi enfermera(o) como: _____.

FUENTE: Eriksen LR y Witter J. Measure of Patient Satisfaction with Nursing Care: Spanish Language Translation. En: Strickland OL y Dilorio C. Measurement of Nursing Outcomes. Volumen 2. Second Edition. Springer Publishing Company. 2003. Pp.217-230. Modificado por Tovar-Moncada y Crespo, 2013.

Descripción, confiabilidad y validez

El instrumento 2 titulado Censo de satisfacción del paciente, el instrumento original se usó en 1988 con el objetivo de obtener una escala para la medición de la opinión del paciente con respecto a la atención de enfermería recibida.

Retoma el concepto de la calidad de Donabedian considerando de gran relevancia la opinión del paciente sobre el cuidado que le provee, y aunque ha recibido varias modificaciones existen en su estructura una escala Likert que valora en orden ascendente la calidad recibida, desde "1" a menos de lo esperado, "2" a un poco menos de lo esperado, "3" a como esperaba, "4" a un poco más de lo esperado, "5" suficiente más de lo esperado o "6" mucho más de lo esperado.

Se obtuvo validez de expertos al someterla a la opinión de cuatro maestras en diferentes áreas tanto de educación como de administración en enfermería seleccionadas al azar y quienes expresaron por escrito sus opiniones al respecto aprobando el instrumento.

El instrumento publicado expresaba un Alfa de Cronbach de 0.870; sin embargo, para la aplicación de la prueba piloto se hicieron modificaciones en cuanto a la redacción para que los ítems fueran más entendibles ya que la redacción sugería autoaplicación y para esta investigación se contó con la participación de la investigadora para aprovechar el instrumento. Obteniéndose una calificación en Alfa de Cronbach de 0.748.

ANEXO E

ANTECEDENTES ACADÉMICOS

INSTRUCCIONES: Se le solicita amablemente, regalarnos algunos minutos de su tiempo para contestar las siguientes preguntas. Marque la respuesta correcta.

- 1) Escuela o Universidad en la que realizó sus estudios de enfermería
- (1) ENEO UNAM
 - (2) FES-Zaragoza UNAM
 - (3) FES-Iztacala UNAM
 - (4) ESEO IPN
 - (5) UAM
 - (6) Escuela incorporada UNAM. Especifique: _____
 - (7) Escuela incorporada SEP. Especifique: _____
 - (8) CETIS
 - (9) CBTIS
 - (10) CONALEP
 - (11) Escuela particular nivel técnico
 - (12) Escuela particular nivel licenciatura
 - (13) Universidades estatales
 - (14) Otra: _____
- 4) Año de egreso _____

ANTECEDENTES DE FORMACIÓN CLÍNICA

5) Quién le enseñó a usted durante sus prácticas clínicas principalmente? Elija uno de la siguiente lista.

- 7.1. Auxiliar de enfermería ()
 - 7.2. Enfermera(o) general técnica (o) ()
 - 7.3. Enfermera(o) licenciada(o) ()
 - 7.4. Profesor(a) tutor(a) ()
 - 7.5. Otro personal de atención a la salud ()
- Especifique cual: _____

6) La persona que menciona en primer lugar, ¿qué fue lo más importante que le enseñó? Seleccione uno.

- 8.1 Contenidos declarativos o teóricos ()

8.2 Contenidos procedimentales ()

8.3 Contenidos actitudinales ()

7) En el ámbito de enfermería y considerando desde su formación hasta el día de hoy, quién ha sido su modelo a seguir?

9.1. Auxiliar de enfermería ()

9.2. Enfermera(o) general técnica (o) ()

9.3. Enfermera(o) licenciada(o) ()

9.4. Profesor(a) tutor(a) ()

9.5. Otro personal de atención a la salud ()

Especifique cual: _____

TRABAJO CON ESTUDIANTES

8) Número promedio de estudiantes a su cargo?

11.1 Uno a dos ()

11.2 Tres a cuatro ()

11.3 Cinco o más ()

9) Semestre más común de las estudiantes a su cargo? Seleccione uno.

12.1 Primer semestre ()

12.2 Segundo semestre ()

12.3 Tercer semestre ()

12.4 Cuarto semestre ()

12.5 Quinto semestre ()

12.6 Sexto semestre ()

12.7 Séptimo semestre ()

12.8 Octavo semestre ()

10) Conoce las diferencias en los **objetivos** de las prácticas clínicas de las diferentes escuelas? (0) NO (1) Si

11) **Usted hace alguna diferencia** entre el nivel técnico y el nivel licenciatura en la enseñanza y el acompañamiento que usted realiza con los diferentes estudiantes? (0) No (1) Si

12) Considera que existe alguna diferencia entre las prácticas de las estudiantes de nivel técnico y de nivel licenciatura? (0) No (1) Si

13) Qué diferencias existen entre las prácticas de las enfermeras técnicas y las licenciadas en enfermería?

13.0 Ninguna ()

13.1 Contenidos teóricos ()

13.2 Contenidos procedimentales ()

13.3 Contenidos actitudinales ()

MIL GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN.

DESCRIPCIÓN, CONFIABILIDAD Y VALIDEZ.

Este instrumento llamado Antecedentes académicos del personal de enfermería buscó reunir la información pertinente a la formación académica de los participantes profesionales en el estudio.

Se aplicaron 32 instrumentos en la prueba piloto con preguntas abiertas, una vez obtenidos los parámetros iniciales se acotaron las respuestas en opción múltiple para la recolección de los datos en el hospital elegido.

Se obtuvo validez de expertos al someterla a la opinión de cuatro maestras en diferentes áreas tanto de educación como de administración en enfermería seleccionadas al azar y quienes expresaron por escrito sus opiniones al respecto aprobando el instrumento.

Se obtuvo una confiabilidad por Alfa de Cronbach de 0.820.