



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA. SEDE MENDOZA

Ciclo de Licenciatura en Enfermería

Tesis Final

Tema: Calidad de atención de enfermería en el servicio de guardia de clínica Santa Clara. Año 2013.

Autores:

Avecilla Franco Nicolas

Deblasi Marisol Adriana

MENDOZA, FEBRERO DE 2014



El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela del autor o los autores

Acta de Aprobación



Presidente:.....

Vocal 1:.....

Vocal 2.....

Trabajo Aprobado el:/...../.....

Agradecimientos



Al equipo docente de la carrera de Licenciatura en Enfermería, ciclo 2012 – 2013

Quienes participaron en la formación profesional de quienes desarrollaron esta investigación durante los dos años de cursado. Gracias por su constante dedicación en la formación de enfermeros que aspiran a capacitarse cada vez más

Al jefe de enfermería de la guardia Enfermero Fernández Miguel

El cual colaboró activamente y comprometido con la misma, autorizando en forma escrita el ingreso al servicio de guardia para realizar la recolección de información.

Al personal de enfermería del servicio de guardia de clínica Santa Clara

Quienes participaron, y amablemente respondieron en forma escrita las encuestas realizadas.

A las familias de quienes hicieron posible la realización de esta investigación.

Por su constante apoyo y comprensión en momentos de ausencias con la familia. Tiempos dedicados exclusivamente al desarrollo de esta investigación.

Prólogo



Tenemos el enorme agrado de presentarles este trabajo que nos sumergió al mundo de la atención en las guardias generales de centros asistenciales. Básicamente en la guardia general de la actual clínica Santa Clara ex Clínica Pelegrina, donde pudimos realizar una profunda investigación gracias a la colaboración de los integrantes del equipo de enfermería del servicio principalmente queremos agradecer y dedicarle esta investigación a todas las personas que colaboraron desde lo afectivo como así también a aquellos que nos brindaron su atención y tiempo para poder llevar a cabo esta investigación. Al leer esta investigación se podrá identificar una problemática que se plantea frecuentemente tanto en clínicas como en hospitales de la provincia de Mendoza y del país.

Luego de plantear esta problemática se desarrolla en forma extensa la influencia de factores que modifican fluctuadamente la calidad de atención.

El material presentado a continuación es considerado muy útil para el lector profesional de enfermería, ya que se desarrolla desde el comienzo del problema. Planteando el significado de calidad de atención observado desde diferentes puntos de vista. Resultando ser material importante para ayudar a organizar cualquier servicio de urgencias.

Esperamos que disfruten esta lectura tanto como nosotros su realización.

Índice General



Pág.

Capítulo I

- Introducción.....1
- Descripción del problema.....2
- Planteamiento del problema.....4
- Justificación.....4
- Objetivos del estudio: generales y específicos.....5
- Marco Teórico.....6

Apartado A

- Calidad de atención.....6
- Antecedentes de la investigación.....6
- Componentes de la calidad asistencial.....7
- Calidad máxima versus calidad optima.....8
- Motivaciones para la mejora de calidad.....9
- Planificación, evaluación y mejora de la calidad asistencial.....9
- Metodología de la evaluación de la calidad asistencial.....10
- El diseño de las acciones de mejora.....11
- La aplicación práctica de la mejora de calidad: el diseño de planes de calidad.....11
- La calidad asistencial y su relación con la ética.....12
- La relación de la calidad de atención con individuo y la sociedad.....13

Apartado B

- Sistema de salud y organización de la atención.....14
- Material necesario para el servicio de guardia.....15
- Normas para la atención sanitaria.....15



Apartado C

- Rol de enfermería en la satisfacción del usuario.....17
- Elementos que integran el trato digno por enfermería.....17
- Rol de la enfermería en el cuidado del paciente.....18

Capítulo II

- Diseño Metodológico.....20
- Identificación de variables.....20
- Cuadro de identificación de variables.....22
- Tipo de investigación.....23
- Área de investigación.....23
- Población.....23
- Muestra.....23
- Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....24
- Análisis, procesamiento y presentación de datos.....25
- Conclusión de encuestas correspondientes a enfermeros.....70
- Conclusión de encuestas correspondientes apacientes.....70
- Conclusión gráficos bivariados.....71

Capítulo III

- Conclusión final.....72
- Propuestas de acción de acuerdo a los resultados y a los objetivos de estudio.....73

Bibliografía.....74

Anexos.....76

Modelo de encuestas dirigidas al enfermero.....77

Modelo de encuesta dirigida al paciente.....81

Ley 26529 – Derechos del paciente y consentimiento informado.....83

Modelo de Triage.....	91
Codificación de encuesta dirigida al paciente.....	94
Codificación encuesta dirigida al enfermero.....	95

Índice de tablas y gráficos



Tabla N° 1: “N° de personas en estudio, según sexo “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013.....	25
Tabla N°2:N° de personas en estudio, según edad “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013.....	26
Tabla N°3: “N° de personas en estudio, según formación académica “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013.....	27
Tabla N° 4: “N° de personas en estudio, según antigüedad laboral “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013.....	28
Tabla N°5:”N° de personas en estudio, según antigüedad laboral en la institución “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013.....	29
Tabla N°6: “N° de personas en estudio, según doble empleo “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013.....	30
Tabla N°7: “N° de personas en estudio, según carga horaria semanal “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013.....	31
Tabla N°8: “N° de personas en estudio, según francos mensuales “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013.....	32
Tabla N° 9: N° de personas en estudio, según días libres mensuales “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013.....	33
Tabla N° 10: N° de personas en estudio, según horas de descanso por día “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013.....	34
Tabla N° 11: N° de personas en estudio, según horas de descanso por día “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013	35
Tabla N° 12: N° de personas en estudio, según tipo de capacitación “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013	36



Tabla N° 13: N° de personas en estudio, según elementos necesarios de bioseguridad “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013.....	37
Tabla N° 14: N° de personas en estudio, según distribución de recursos humano “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013	38
Tabla N° 15: N° de personas en estudio, según cantidad de enfermeros por turno “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013	39
Tabla N° 16: N° de personas en estudio, según cantidad de pacientes que se atienden por guardia “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013.....	40
Tabla N° 17: N° de personas en estudio, según número de enfermeros en relación de necesidades del paciente “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013.....	41
Tabla N° 18: N° de personas en estudio, según insumos para atención de urgencias “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013.....	42
Tabla N° 19: N° de personas en estudio, según organización de atención “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013.....	43
Tabla N° 20: N° de personas en estudio, según control de signos vitales al paciente “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013	44
Tabla N° 21: N° de personas en estudio, según control aspecto físico al paciente “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013.....	45
.Tabla N° 22: N° de personas en estudio, según control aspecto psíquico al paciente “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013 horas	46
Tabla N° 23: N° de personas en estudio, según realización de curaciones al paciente “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013.....	47
Tabla N° 24: N° de personas en estudio, según administración de inyectable al paciente “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013.....	48
Tabla N° 25: N° de personas en estudio, según administración de medicación “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013	49



Tabla N° 26: N° de personas en estudio, según otras actividades “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013.....	50
Tabla N° 27: N° de personas en estudio, según registros de enfermería “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013	51
Tabla N° 28: N° de personas en estudio, según registros de facturación “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013.....	52
Tabla N° 29: N° de personas en estudio, según otros registros “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013.....	53
Tabla N° 30: N° de personas en estudio, según espacio físico “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013	54
Tabla N° 31: N° de personas en estudio, según satisfacción del usuario “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013.....	55
Tabla N° 32: N° de personas en estudio, según sexo del paciente “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013.....	56
Tabla N°33: N° de personas en estudio, según edad del paciente “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013	57
Tabla N° 34: N° de personas en estudio, según organización de atención “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013.....	58
Tabla N° 35: N° de personas en estudio, según CSV “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013.....	59
Tabla N° 36: N° de personas en estudio, según curaciones “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013.....	60
Tabla N° 37: N° de personas en estudio, según inyectable “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013.....	61
Tabla N° 38: N° de personas en estudio, según tipo de prestación (medicación) “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013.....	62
Tabla N° 39: N° de personas en estudio, según distintos tipos de atención “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013	63



Tabla N°40: N° de personas en estudio, según espacio físico “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013 horas de descanso del personal espacio físico	64
Tabla N° 41: N° de personas en estudio, según satisfacción de atención para el paciente “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013 horas de descanso del personal satisfacción de atención.....	65
Relación de Variables expresadas en gráficos bivariados.....	66
Tabla N°42: Relación entre capacitación del personal y la tenencia de doble empleo.....	66
Tabla N°43 Relación de nivel académico y registros.....	67
Tabla N°44: Relación entre organización de atención y satisfacción.....	68
Tabla N°45: Relación entre nivel de satisfacción según enfermero cliente.....	69
Tabla matriz con los datos volcados correspondientes a las encuestas realizadas a los pacientes.....	97
Tabla matriz con los datos volcados correspondientes a las encuestas realizadas al personal de enfermería.....	98

Capítulo I

Introducción

El siguiente trabajo es una investigación realizada en el año 2013, en la clínica Santa Clara específicamente en el servicio de guardia general, tiene como objetivo determinar las características de la organización del sistema sanitario y como afecta la de atención que se brinda. Se identificará intervenciones específicas de enfermería. Se realizara un estudio de investigación teniendo en cuenta distintos antecedentes para tener fuentes de información.

A continuación realizaremos una presentación profunda del accionar de la guardia general, infraestructura, recursos materiales, recursos humanos, encuestas, estudios bioestadísticos y la relación del accionar del sistema de salud con la atención brindada.

Calidad de Atención

Descripción del problema

El problema planteado es muy común en servicios de guardia de clínicas y sanatorios de la provincia de Mendoza. La problemática expuesta en el siguiente trabajo hace referencia al colapso de estos servicios por la gran asistencia de pacientes polivalentes. En principio se ve afectado por la gran afluencia de pacientes los cuales se atienden por orden de llegada, en la gran mayoría de los casos, debido a que no existe una categorización para la atención, ocasionando una demora excesiva en su atención y desbordando de esta manera el recurso humano e infraestructura del sistema sanitario siendo enfermería el más afectado en la mayoría de los casos. Hay que tomar en cuenta el estado de irritabilidad generado en el paciente ya que al mismo "le urge que lo atiendan". Pudiendo generar posteriormente ansiedad y agresiones al personal de la institución.

En el siguiente trabajo será descripta particularmente la problemática por la que atraviesa la antigua clínica Pellegrina, hoy conocida con el nuevo nombre, Clínica Santa Clara ubicada en la calle San Martín 835 del departamento Godoy Cruz provincia de Mendoza. Más específicamente el problema se plantea en el servicio de guardia, el cual cuenta con: un médico de guardia que evalúa el estado de los pacientes que llegan al servicio, un jefe de guardia de enfermería que se encarga de mantener un control en el orden de los recursos humanos y materiales del servicio, un equipo de ocho enfermeros que se encargan de los cuidados de los pacientes y su atención inmediata si así lo requieren.

El servicio consta de dos camas y dos camillas para la atención de pacientes, un office de enfermería para llevar a cabo los trabajos administrativos, preparación de medicación y un consultorio médico. En este nosocomio se presta servicios a un gran número de obras sociales, entre ellas PAMI, una entidad la cual mantiene firme tres ejes fundamentales como lo son la atención primaria de la salud, la tecnología al servicio de la gestión y la Responsabilidad Social Institucional que tiene con sus titulares de derechos y el resto de la

comunidad. Cuenta además con un gran número de afiliados que requieren con mayor frecuencia la atención sanitaria. A esto se suma el resto de afiliados y es aquí donde se plantea el problema fundamental ya que a la guardia de la clínica asisten un promedio de 60 pacientes diarios por diversos motivos, algunos que implican urgencias, refiriéndonos a estas cuando se ve en riesgo la vida del paciente, y por ello requiere atención inmediata.

Debido al déficit de una valoración clínica preliminar que ordene a los pacientes en base al grado de urgencia, síntomas y signos que presenten, se produce el colapso de personas esperando para su atención quedando inmersos en una gran aglomeración, lo que los hace pacientes mórbidos o con mayor susceptibilidad a enfermarse. De esta manera se incrementa la ansiedad en los pacientes, potenciando aun mas su malestar por el cual realizan la consulta.

El personal de la institución resulta afectado también, pero en mayor medida el equipo de enfermeros de guardia, ya que la sobrecarga de trabajo del capital humano de este servicio genera con el curso de las horas una disminución progresiva de la producción y de calidad asistencial.

El trabajo en hospitales, clínicas y sanatorios significa, no sólo esfuerzo físico y mental, sino también emocional. Con frecuencia el trabajador o la trabajadora deben ocultar sus propias emociones para dar una imagen públicamente aceptable. Lo ha de hacer constantemente cuando se encuentra ante pacientes y familiares exigentes, maleducados, amenazantes, o al dar malas noticias. Ha de convivir con el dolor y con situaciones de incertidumbre en la toma de decisiones que pueden tener efectos graves sobre la salud de los pacientes.

En un nosocomio ya sea hospital clínica o sanatorios, según la investigación desarrollada por tres trabajadoras de la salud psicosocial Lucia Artazcoz, Emilia Molinero, Imma Cortes, los trabajadores señalaban estos factores como uno de los elementos generadores de estrés en el personal y por ende la disminución en el nivel de calidad de asistencia.¹

El servicio de emergencia de la clínica Santa Clara muestra debilidad en la gestión de sus recursos humanos, lo que conduce al fracaso de sus sistemas

¹ Imma Cortes, Lucia Artazcoz Emilia Molinero. Estudio sobre la salud Psicosocial, año 2006

de contención de consultas, generando altos costos de producción, baja calidad e insatisfacción de los usuarios.

Planteamiento del problema

¿En qué medida la organización del sistema sanitario de guardia de la clínica Santa Clara coloca en situación de riesgo la calidad de atención que brinda durante el periodo del año 2013?

Justificación

La elección del presente tema se ha hecho a conciencia, ya que después de haber profundizado en él, ha resultado ser de fundamental importancia establecer un orden en los servicios de urgencia o de guardia de hospitales clínicas, sanatorios, debido a que allí se reciben pacientes que requieren la atención sanitaria de manera inmediata, como así también otros que no son de urgencia. Es por esta situación que se produce un colapso en la asistencia, aumentando la espera, la ansiedad e insatisfacción del usuario y disminuyendo la calidad en la atención. Para el paciente, por ejemplo, aspectos tales como la amabilidad y disponibilidad de tiempo del prestador, las características físicas del sitio en donde recibe la atención, el tiempo que transcurre entre el momento en que solicita el servicio y efectivamente lo recibe, y los resultados y las complicaciones del proceso, son características que puede evaluar fácilmente y que, por lo tanto, determinan su valoración de la calidad. Por el contrario, para el prestador (enfermero) y el nivel de actualización de la tecnología empleada durante su atención, son aspectos que no puede evaluar y que, por eso mismo, da por hechos. Se los podría denominar científicos, técnicos y tecnológicos involucrados en el proceso, tales como credenciales y experiencia de los profesionales y tecnologías disponible.

Además del colapso que genera esta situación, también se produce aglomeración de personas en los servicios, como consecuencia arrastra otros problemas tanto en pacientes (insatisfacción, contagio de enfermedades favorecidas por la aglomeración), como en el personal sanitario (disminución en

la calidad de servicios prestados por no presentar las condiciones acordes para trabajar).

El tema de la calidad se ha convertido en un asunto recurrente en los servicios de salud actuales, dentro de un esquema de consecución de mejores resultados a menor coste y, sobre todo, con la mayor satisfacción de usuarios y trabajadores.

Las organizaciones que prestan servicios de salud han emprendido en los últimos años un movimiento hacia la calidad, demandada cada vez con mayor fuerza tanto por los usuarios como por los profesionales, siguiendo el ejemplo de otras empresas productoras de bienes o servicios del mundo que han situado la calidad como uno de sus máximos objetivos, para lo que se han diseñado diversos sistemas de control, mejora y garantía,

Objetivos de la Investigación

General

- Determinar las características de la organización del sistema sanitario de guardia de la clínica Santa Clara que afecta la calidad de atención que se brinda

Específicos

- Identificar aspectos principales de la organización en la atención en la guardia de la clínica Santa Clara.
- Identificar intervenciones específicas en enfermería.
- Establecer la existencia de factores que coloquen en riesgo la calidad de atención.
- Caracterizar el personal de enfermería.

Marco Teórico

Apartado A

- CALIDAD DE ATENCIÓN

El tema de la calidad se ha convertido en un asunto recurrente en los servicios de salud actuales, dentro de un esquema de consecución de mejores resultados a menor costo y, sobre todo, con la mayor satisfacción de usuarios y trabajadores.

Las organizaciones que prestan servicios de salud han emprendido en los últimos años un movimiento hacia la calidad, demandada cada vez con mayor fuerza tanto por los usuarios como por los profesionales.

Está comprobado que las enfermeras y sus cuidados inciden de manera fundamental en el cumplimiento de los objetivos de calidad de una institución sanitaria

Antecedentes de la investigación

Avedis Donabedian médico en la Universidad Americana de Beirut y posteriormente profesor de la Universidad de Harvard, donde obtuvo una Maestría en Salud Pública, propuso en 1980 una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que formulaba de la siguiente manera: "Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes".²

Años más tarde, concretamente en 1989, la International Organization for Standardization (ISO) definió que: "Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado" . Esta definición que gozó desde el inicio de una amplia aceptación, transmite dos

² Avedis Donabedian. "The definition of quality and approaches to its assessment". "Health Administration Press". Ciudad de Michigan, año 1980

conceptos fundamentales. El primero de ellos es que la calidad de la asistencia puede medirse y de otro lado que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo y por tanto depende de cómo se define éste. Efectivamente, el concepto de calidad varía en función de quién lo utiliza y en consecuencia la idea de calidad será distinta cuando la aplica la administración, la gerencia del centro, que cuando el término es aplicado por los profesionales y aún por los usuarios. Sin embargo, es evidente que estas tres ideas distintas de la calidad se entrelazan y se encuentran en una zona común.³

En 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total, precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite".

COMPONENTES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Según Donabedian, son tres los componentes de la calidad asistencial a tener en cuenta, el primero de ellos es el componente técnico, en segundo lugar el componente interpersonal y por último los aspectos de confort.

El componente técnico, el cual es la aplicación de la ciencia y de la tecnología en el manejo de un problema de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos, por otra parte el componente interpersonal, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas debe seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas en parte por los dictados éticos de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona individual.

Finalmente, el tercer componente lo constituyen los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que proporcionan una atención más confortable.⁴

3 (ISO), International Organization for Standardization. Definición de Calidad Asistencial. año 1989

4 Avedis Donabedian. Componentes de la Calidad Asistencial. Editorial EADA, año 1989.

A partir de este análisis numerosos autores han postulado las dimensiones que abarca la calidad, siendo la clasificación más conocida la de Heather Palmer, Dra del colegio de Harvard, que incluye:

Primeramente la efectividad, la cual es entendida como la capacidad de un determinado procedimiento o tratamiento en su aplicación real para obtener los objetivos propuestos. En segundo lugar la eficiencia, es decir la prestación de un máximo de unidades comparables de cuidados por unidad de recursos utilizada. Otro de los puntos importantes para la clasificación es la accesibilidad, entendida como la facilidad con que puede obtenerse la asistencia frente a barreras económicas, organizativas, culturales.

Es importante que posea un grado de aceptabilidad por parte de los usuarios y capacidad del profesional por parte del personal para mejorar su nivel y lograr la mejor utilización de sus conocimientos a fin de proporcionar cuidados que causen satisfacción a los usuarios. ⁵

CALIDAD MAXIMA VS CALIDAD ÓPTIMA

Es importante diferenciar el significado de calidad máxima y calidad óptima. En efecto, la primera constituye un intento de consecución de la calidad ideal teórica, al precio que sea y con independencia de considerar si existen o no factores que se oponen a su consecución.

Representa como es lógico un desiderátum, una utopía, la mayor parte de las veces inalcanzable pero que hay que perseguir. A este concepto se opone la calidad óptima, es decir aquella que atendiendo a las circunstancias presentes, es factible de conseguir. Significa por tanto una adecuación del esfuerzo que debe hacerse para conseguir una determinada calidad, la máxima posible atendiendo las circunstancias. Constituye una visión más realista y razonable.

⁵ Heather Palmer. Estudio de evaluación de la calidad ambulatoria. Ministerio de Sanidad y Consumo. España. año 1989

MOTIVACIONES PARA LA MEJORA DE LA CALIDAD

Las motivaciones por las cuales puede plantearse la mejora de la calidad son de distinto origen.

De un lado, la transgresión o no adecuación de los valores éticos en una situación concreta puede aconsejar un cambio de la misma hacia otra situación de mayor calidad acorde con los valores éticos. Por otra parte, la mejora de la calidad puede ser promulgada por el legislador, por ejemplo al dictar leyes de acreditación de los centros de atención que contengan unos requisitos de mínimos para determinadas actividades. La mejora de la calidad puede generarse por otra vía, como es la constatación de que el centro posee una mala imagen dentro de la comunidad y en consecuencia el motivo social será en este caso el responsable del cambio. Por fin, los motivos económicos en general y el control de los costos pueden ser el origen del cambio.

PLANIFICACION, EVALUACION Y MEJORA DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

El aumento de los costos de la atención motivó en la década de los 80 una situación de crisis de los sistemas de atención a las personas que condujo progresivamente al convencimiento de que es necesario el establecimiento de prioridades, atendiendo a la limitación de recursos y al encarecimiento progresivo, sin menoscabo de la calidad de la atención. En este contexto los sistemas de atención a las personas se vuelven hacia las empresas industriales para aprovechar su experiencia en el manejo de situaciones de crisis y se empiezan a aplicar enfoques de la calidad provenientes de la industria que aportan un nuevo desarrollo a los conceptos de la calidad sanitaria.

Una vez planificada la mejora de la calidad por medio de la definición de la calidad que le interesa al cliente y diseñando los servicios adecuados a sus necesidades, deben destinarse y organizar los recursos de forma que permitan conseguir estos objetivos, diseñando al propio tiempo los procesos capaces de producirlos y transfiriéndolos a las actividades habituales. Es entonces cuando puede producirse la evaluación de la calidad y la implementación de las medidas para que la mejora de la calidad pueda producirse, una vez se haya

diseñado el sistema de medida que haga posible una evaluación. Este concepto es esencial en el desarrollo de la calidad asistencial ya que introduce un matiz de extrema importancia como es el de que si la calidad debe planificarse, su responsabilidad máxima corresponde a las personas que realizan la planificación en las empresas, es decir a la alta dirección.

METODOLOGIA DE LA EVALUACION DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Por lo que respecta a la evaluación y mejora de la calidad debe decirse que es imprescindible considerar en todo momento cuál es la práctica considerada correcta. Este concepto constituye un criterio, mientras que el nivel óptimo de aplicación de este criterio en una determinada realidad concreta constituye un estándar. Los estándares se fijan de acuerdo a los conocimientos científicos o los requisitos sociales del momento. En caso de que no exista evidencia científica pueden fijarse por consenso entre los afectados por un determinado problema. Es imprescindible que una vez evaluada la práctica actual, se compare con los criterios y estándares establecidos, a fin de conocer los motivos de una práctica deficiente o mejorable, aspecto que constituye una fase muy importante del ciclo de evaluación. Deben a continuación proponerse e implantarse medidas correctoras eficaces de modo que la práctica obtenida, después de su aplicación, mejore claramente hasta alcanzar los niveles previamente establecidos.

Debe recordarse en lo que hace referencia a la mejora de la calidad que esta debe ser continua y por tanto los estándares deben elevarse continuamente. Para ello no debe olvidarse que el proceso de mejora de la calidad debe estar centrado en el paciente y que siendo la atención del paciente resultado de una suma de acciones concretas, la mejora de la calidad debe conseguirse a través de una aproximación multifactorial que englobe todos estos factores que concurren en el usuario.

En resumen, la evaluación y mejora de la calidad consiste en:

- Establecer cuál es en cada momento la práctica considerada como correcta.
- Compararla con la que estamos realizando.

- Establecer los motivos por los cuales tenemos problemas.
- Aplicar los cambios necesarios para solucionarlos.
- Comprobar si estos cambios son eficaces.

EL DISEÑO DE LAS ACCIONES DE MEJORA

Las acciones de mejora constituyen el núcleo de los programas de calidad. Se aplican en función de las causas que se han detectado en los problemas que se evalúan. En general podemos encontrar tres grandes tipos de causas:

- Problemas derivados de la falta de conocimientos, es decir, los profesionales no conocen como realizar correctamente un determinado aspecto de su trabajo
Frente a este tipo de causas las acciones más adecuadas son la formación continuada y la protocolización.
- Problemas derivados de déficits organizativos, los cuales se corrigen lógicamente modificando los circuitos, las cargas de trabajo, los sistemas de coordinación e información, etc.
- Problemas de actitud derivados de situaciones en las cuales los profesionales no están motivados para realizar una atención óptima. Por ejemplo, el síndrome del Burn-out (Síndrome de quemado en el trabajo) de algunos profesionales.

Las actitudes pueden verbalizarse, discutirse y por supuesto modificarse entendiendo su origen y aplicando estrategias de reconocimiento e incentivación.

De ahí que los expertos en calidad propugnen, en consecuencia con estos conceptos, el logro de un cambio de actitud de los profesionales implicados en el proceso de mejora.

LA APLICACIÓN PRÁCTICA DE LA MEJORA DE LA CALIDAD: EL DISEÑO DE PLANES DE CALIDAD

Los planes de calidad pretenden una serie de finalidades entre las cuales destacan cuatro principales. En primer lugar el lograr el óptimo beneficio de la atención de cada usuario a través de la práctica de los profesionales por medio de los estudios de proceso y de resultado. Asimismo, el minimizar los riesgos que la asistencia comporta, garantizando la seguridad y procurando obtener un buen balance riesgo/beneficio, tratando de evitar accidentes o causados por la propia asistencia. Otra finalidad que se persigue es la obtención de la eficiencia en el uso de los recursos destinados a la atención o lo que es lo mismo, lograr una buena relación costos/resultados; en definitiva, conseguir este beneficio con los recursos mínimos. Por último garantizar el confort y respeto al derecho de los usuarios, por medio del cumplimiento de las expectativas de los mismos, prestando los servicios en último término de forma satisfactoria para la población.

Existen diferentes formas de abordar un programa de calidad pero en síntesis puede decidirse trabajar: Con un enfoque por problemas, es decir realizando una lista de los aspectos susceptibles de mejora, priorizarlos y abordarlos progresivamente. O bien mediante sistemas de monitorización, evaluando periódicamente a través de indicadores los aspectos considerados cruciales de la atención.

Este segundo enfoque requiere una mayor complejidad metodológica y de recursos pero permite una visión más globalizada de la situación.

LA CALIDAD ASISTENCIAL Y SU RELACION CON LA ÉTICA

Estos dos últimos conceptos sientan las bases para considerar la dimensión ética de la garantía de calidad que debemos a nuestros usuarios. En efecto, las consideraciones de hacer el máximo bien, el no hacer daño, el permitir la máxima soberanía de decisión en aquellos temas que le atañen -y no hay nada que atañe más a una persona que su propio cuerpo y su propia vida- y procurar el bien de la comunidad, devienen un imperativo ético.

En este panorama el desarrollo de la metodología de la bioética está jugando un papel muy importante. La bioética constituye en consecuencia un marco global de capital importancia que permite establecer un sistema de valores para discutir las decisiones. De este modo, la bioética se convierte en el método para establecer criterios de calidad de la atención tanto de la vertiente asistencial, como de la gestión de los centros, los cuales, con posterioridad, podrán evaluarse y mejorarse siguiendo la metodología de la mejora continua de la calidad.

LA RELACION DE LA CALIDAD DE ATENCION CON EL INDIVIDUO Y LA SOCIEDAD

Cabe decir que la relación interpersonal que se establece en la atención a las personas es especialmente compleja ya que se produce en unos momentos en que están en juego valores muy importantes de la persona (vida, autonomía, dignidad), aspectos éstos que deben cuidarse especialmente. De otra parte, no debe olvidarse que el usuario o su familia, en virtud de su derecho emanado del principio de autonomía, tiene la capacidad de participar en el proceso, lo cual establece una responsabilidad compartida con los profesionales en relación a los resultados obtenidos.

Por lo que hace referencia a las relaciones con la sociedad debe resaltarse que, al menos en la atención pública, deben utilizarse los recursos de una forma equitativa, de tal manera que la distribución de la atención sea lo más justa posible. De ahí que la necesidad de interrogarse constantemente sobre si el balance costo-beneficio de la actividad asistencial o de cada procedimiento, es el adecuado.

Apartado B

- **SISTEMA DE SALUD Y ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN**

Toda persona que acuda al servicio de Emergencias de la clínica Santa Clara solicitando asistencia médica por iniciativa propia, sea trasladada por el servicio de ambulancia venga derivada por otro nosocomio, es recibida por el personal sanitario y administrativo realizando una evaluación del estado general del paciente adjuntando sus datos personales e historia clínica, tomando conocimiento de algunas posibles patologías de base.

- **PERSONAL IMPLICADO EN LA RECEPCION DEL PACIENTE: FUNCIONES Y RESPONSABILIDAD.**

A) Personal Administrativo:

Encargado de realizarán aquellas funciones que les son propias como personal administrativo adscrito así como informar sobre dónde deben esperar los pacientes hasta que sean llamados para la atención. Es decir que cumplen un rol fundamental en la organización de la institución.

B) Personal de Enfermería:

Encargado de evaluar rápidamente las lesiones y establecer tratamiento que salve la vida del paciente. La eficiencia del personal de enfermería es importante para ayudar a organizar la asistencia en dicho servicio y gestionar la afluencia de los usuarios con el fin de priorizar la atención por orden de gravedad y no de llegada, brindando siempre un ambiente propicio de seguridad y confianza, mediado por la comunicación del equipo multidisciplinario con el paciente y su familia.

c) Personal Médico de guardia

Encargado de clasificar adecuadamente los pacientes que consultan el servicio de guardia, de acuerdo con la severidad de sus signos y síntomas, logrando una atención oportuna y continúa. Luego es quien asigna un área física para el paciente de acuerdo con la clasificación; posteriormente identifica en el menor tiempo posible los pacientes que requieren atención inmediata y aquellos que no requieren atención de urgencia y pueden ser remitidos a consultas externas para satisfacer las necesidades de atención. Esto favorece a mejorar la satisfacción del usuario. Gracias a esta función tan importante se logra la optimización y racionalización de los recursos humanos, tecnológicos, físicos y suministros del servicio.

Una vez que el medico realiza la evaluación del paciente se le indica donde debe esperar y los distintos tipos de trámites administrativos a realizar.

MATERIAL NECESARIO PARA EL SERVICIO DE GUARDIA

La sala de guardia está dotada del material y equipamiento necesario para realizar en ella las funciones propias del servicio. Ha de disponer de un equipamiento de exploración básico y de un sistema de comunicación eficaz. Se dispone de todos los documentos necesarios, así como medidas de seguridad y material de autoprotección y precauciones universales.

Materiales: tensiómetro, termómetro, glucómetro, oxímetro de pulso, grapadora, guantes, material de curas para primeros auxilios (suero, povidona yodada, gasa), material de recogida de muestras (contenedores de orina), documentos necesarios (hoja de toma de constantes de enfermería), camillas, tubos de oxígeno, electrocardiógrafo, desfibriladores, carro de paro.

NORMAS PARA LA ATENCION SANITARIA

* Los pacientes son atendidos por orden de llegada al servicio de urgencias, priorizando los que llegan trasladados y después aquellos que precisan camillas/sillas y los que vienen derivados de otros servicios sanitarios, así como aquellos pacientes que el personal de seguridad nos alerte sobre su mal estado general.

* Se realiza por orden medica ECG a todo aquel paciente cuyo motivo de consulta por “dolor torácico” no traumático.

* Toma de constantes vitales, la que se realizará a todos aquellos pacientes con nivel alto de urgencia (presión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca, pulsioximetría) y a aquello que se considere necesario. Se registrarán en la historia clínica del paciente.

* El profesional responsable de la atención en el servicio de guardia, valora que el paciente debe ser atendido por otro especialista, deberá proceder a su derivación directa.

Algunos motivos de consulta que deben tratarse en el Consultorios externos de la clínica:

- Síntomas catarrales (dolor de garganta, otalgias, etc.) síntomas urinarios, síntomas producidos por enfermedades de transmisión sexual.

-Dolores musculares.

- Alergias y reacciones cutáneas Picaduras, urticarias y otras lesiones cutáneas sin fiebre.

- Problemas de extremidades no traumáticas.

- Revisitas.

- Pacientes de difíciles catalogación.

- Aquellos pacientes cuyo motivo de consulta no es de carácter urgente (cambio de zonda, curas programadas, inyectables, retirada de puntos) se les informa que esperen la asistencia del personal de enfermería hasta que alguno se desocupe para llevar a cabo la atención.

Apartado C

ROL DE ENFERMERIA EN LA SATISFACCION DEL USUARIO

La profesión de enfermería, puede dar grandes satisfacciones como seres humanos, y cuando, practiquemos las buenas relaciones humanas, con adecuada comunicación, actitud y sobre todo, valores.

Es el tipo de atención que se espera, que va a maximizar el bienestar del paciente. La calidad en los servicios de enfermería es esencial, ya que es la enfermera quien brinda la atención directa y está en contacto por más tiempo con el paciente; brindando atención de calidad, se logrará la satisfacción del cliente.

ELEMENTOS QUE INTEGRAN EL TRATO DIGNO POR ENFERMERÍA:

Correspondiente al capítulo 1 artículo 2.b de la ley de derechos del paciente que incluye:

- Respeto hacia el paciente como ser humano integral: Presentación personal, interés, prontitud. Para ello es necesario que el enfermero tenga un buen descanso para que de esta manera se dirija al paciente con el mayor respeto posible.
- Trato amable, Comunicación, Empatía.
- Brindar información completa, veraz, oportuna y entendida al paciente y familia, en lo relacionado a enfermería, cuidados en casa o en hospitalización.

Según el trabajo realizado por la licenciada en enfermería Abgel victoria Hernández, perteneciente a la facultad de ciencias y estudios superiores de Tamaulipas, México, el trato digno del paciente es un derecho que tienen todos los usuarios de la salud, desde el momento que ingresan a la unidad de salud

Debe contar con tres factores:

Derechos del paciente ↔ Pluralidad ↔ Humanidad

Derechos del paciente: tratar a los pacientes con igualdad y trato digno a la hora de realizar los procedimientos en cada turno.

Pluralidad: es el trato que el enfermero debe brindar a toda persona que necesite la ayuda o servicio médico de calidad en cualquier área de salud.

Humanidad: es sumamente importante darle prioridad al paciente cuando este ingresa al hospital, el enfermero debe hacer que este se sienta en confianza cuando está en sus manos.⁶

ROL DE LA ENFERMERA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE

Para el paciente, por ejemplo, aspectos tales como la amabilidad y disponibilidad de tiempo del prestador, las características físicas del sitio en donde recibe la atención, el tiempo que transcurre entre el momento en que solicita el servicio y efectivamente lo recibe, y los resultados y las complicaciones del proceso, son características que puede evaluar fácilmente y que, por lo tanto, determinan su valoración de la calidad. Por el contrario, la idoneidad del prestador y el nivel de actualización de la tecnología empleada durante su atención, son aspectos que no puede evaluar y que, por eso mismo, da por hechos.

Para el prestador, sin desconocer la importancia de lo anterior, la valoración de la calidad se soporta en los aspectos que podríamos denominar científicos, técnicos y tecnológicos involucrados en el proceso, tales como credenciales y experiencia de los profesionales y tecnología disponible.

⁶ Hernández, Abgel Victoria. Trato Digno del Paciente. Documento web. Tamaulipas, México. 20 de Marzo, año 2012

Para el pagador del servicio, la eficiencia, es decir, la relación entre el costo de cualquier intervención y su efectividad para evitar la enfermedad o para recuperar la salud, es la característica que más valora.

El resumen anterior sirve para ilustrar cómo la calidad en salud no depende de una sola característica, sino de múltiples aspectos, cada uno apreciado y valorado de manera diferente según el actor del sistema de que se trate.

Capítulo II

Diseño Metodológico

Identificación de Variables:

- Organización en la atención del sistema de salud

Es un proceso en evolución en el cual se trata que sea derecho universal, pero esto se ve afectado en el marco de población más carenciada.

Este está dividido entre lo brindado por el estado (hospitales públicos que brindan atención a toda la población, centros de salud), y lo brindado por el sector privado (clínicas y sanatorios), en los cuales se brinda atención a afiliados o a personas que pueden sustentar la atención.

La presente variable de investigación está basada mas específicamente en la organización de la atención del servicio de guardia de la clínica Pelegrina.

Consta con una recepción de guardia por donde llegan las urgencias en ambulancias, mientras que a su vez está compuesta por una sala de espera para pacientes que no son considerados de urgencia.

Con respecto al recurso humano consta con un médico de guardia, encargado de la evaluación de los pacientes que ingresan a la guardia, un enfermero jefe de enfermería, encargado de la organización del personal de enfermería y del control de los recursos materiales (tensiómetros, carro de paro, desfibriladores), dos enfermeros de turno, encargados de la atención de pacientes y aplicación de técnicas.

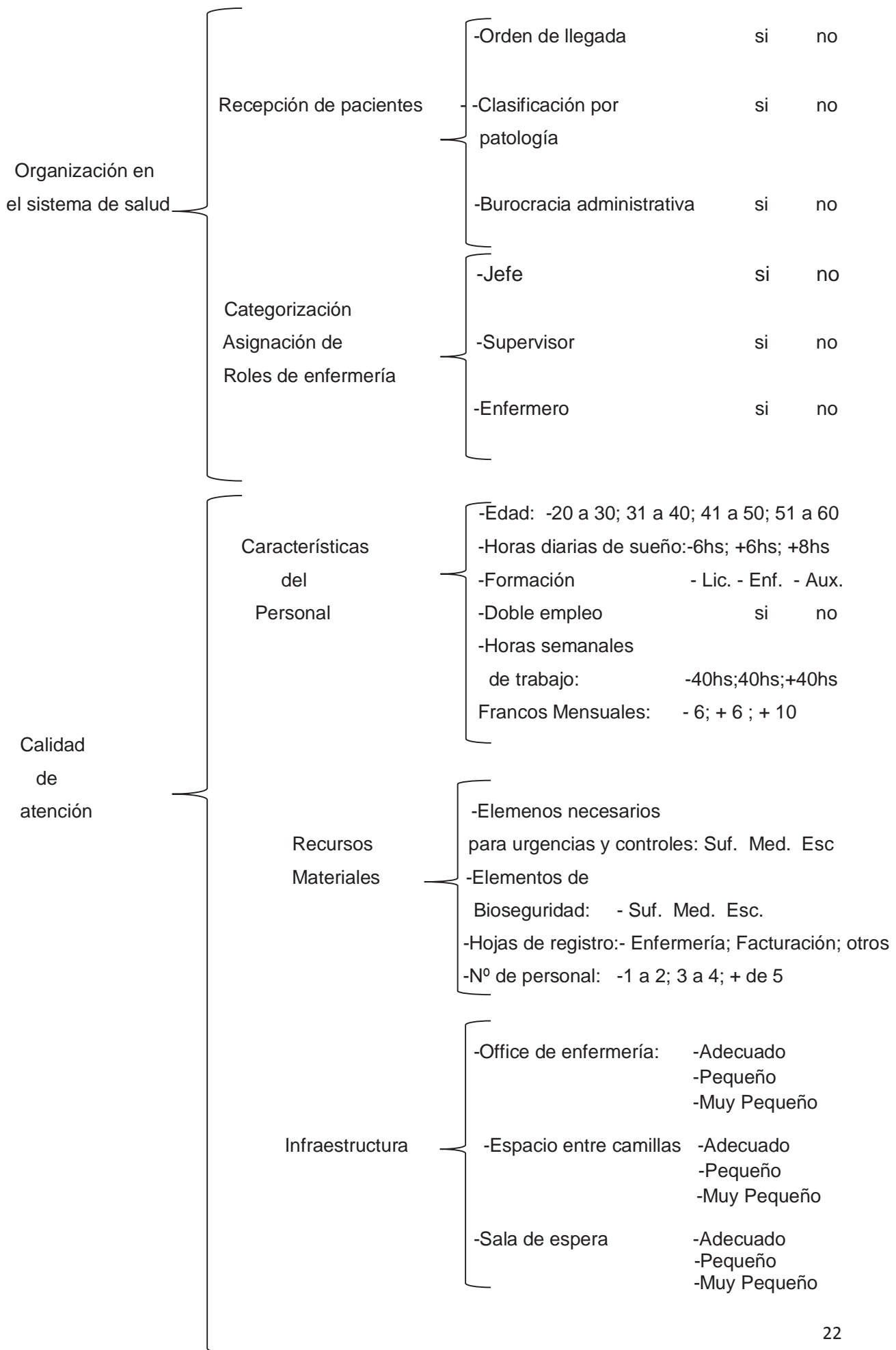
- Calidad de atención

La calidad de atención no se define desde un solo punto de vista, sino que hay que tener en cuenta las percepciones de los distintos agentes que lo componen.

Agentes:

- Pacientes o clientes: amabilidad, respeto, comprensión, infraestructura acorde.
- Institución: personal capacitado, infraestructura acorde.
- Equipo de salud: buena comunicación entre los integrantes, realización de técnicas correctas, organización y rapidez del procedimiento.

Variables	Concepto	Dimensiones
Organización en la atención del sistema de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Organización en los roles del personal • Realización correcta de técnicas de enfermería 	<ul style="list-style-type: none"> • Grado de organización de roles del personal • Grado de capacitación y destreza en la realización de técnicas
Calidad de atención	<ul style="list-style-type: none"> • Conocimiento de técnicas • Conocimiento de los pacientes en la organización de la recepción • Conocimiento de enfermería en la actuación de emergencias • Eficacia y eficiencia • Fluidez o demora en la atención al paciente 	<ul style="list-style-type: none"> • Grado de conocimiento de técnicas • Grado de conocimiento en el funcionamiento de la institución • Grado de conocimientos de enfermería en emergencias • Grado de eficacia y eficiencia del sistema • Demoras de tiempo en la atención



A continuación se presentara el marco instrumental, el cual se enfoca hacia la definición y explicación de procedimientos técnicos e instrumentos que se utilizarán en la investigación.

Tipo de investigación:

Al analizar las variables Calidad de atención y Organización del Sistema Sanitario de la Institución, hemos clasificado esta investigación como cuantitativa, debido a que se hace necesario utilizar metodología estadística para medir los resultados.

Área de investigación

Este estudio se realizó sobre la antigua clínica Pellegrina, actual Clínica Santa Clara, ubicada en calle San Martín, numeración 835 de Godoy cruz, Mendoza.

Población

Para la realización del estudio se tomó en cuenta a dos poblaciones. Primeramente la totalidad del equipo de atención sanitaria del Servicio de Guardia de la Clínica Santa Clara conformada por nueve enfermeros, y segundo a un número limitado de pacientes presentes en la sala de espera el día del estudio. Teniendo que cuenta que al servicio concurren alrededor de 60 pacientes diarios aproximadamente, se seleccionó una muestra en forma aleatoria con un número limitado de personas para encuestar debido a que se hacía imposible contar con la colaboración de todos los pacientes que concurren a la guardia diariamente.

Muestra

Para la realización del estudio se tomó como muestra a 20 pacientes seleccionados al azar que estuvieron presentes en la sala de espera del servicio de guardia el día del estudio. Muestreo realizado de forma aleatoria y probabilística bajo las normas de muestreo estratificado.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Para lograr una observación objetiva de las variables en estudio se hizo necesario escoger una técnica e instrumento que nos permitiera obtener datos tangibles y reales, para así obtener una representación cuantitativa y gráfica de las dimensiones de las variables en estudio. Se utilizó como técnica de recolección de datos la encuesta, la cual se aplicó en forma personal y anónima.

Se trabajó con dos tipos de encuestas, de modo que permitiera obtener datos tanto del equipo sanitario que prestan los cuidados, como así también de una muestra de pacientes que los reciben.

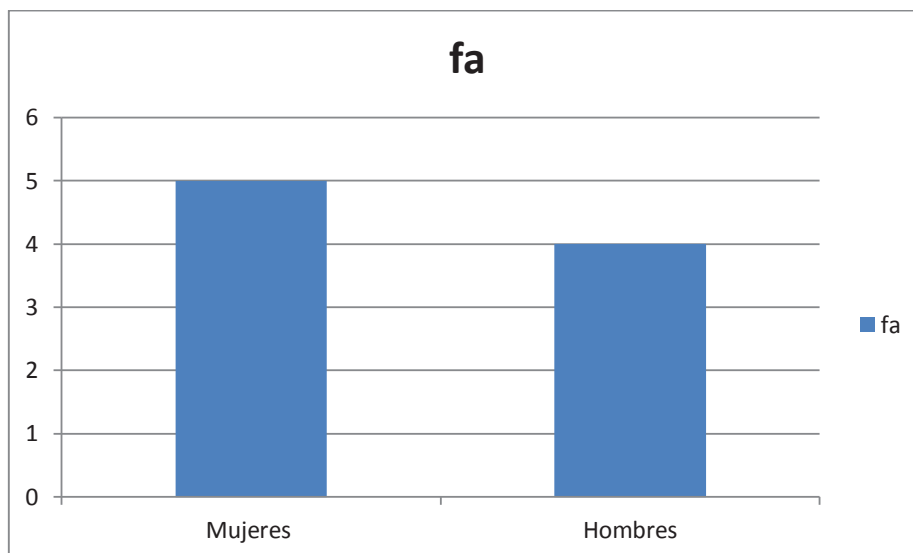
PLAN DE TABULACION Y ANALISIS DE DATOS

Tabla N° 1: "N° de personas en estudio, según sexo "Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013.

Sexo	fa	fr
Mujeres	5	0.6
Hombres	4	0.4
Total	9	1.0

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N° 1: Distribución de enfermeros según sexo.



Comentario:

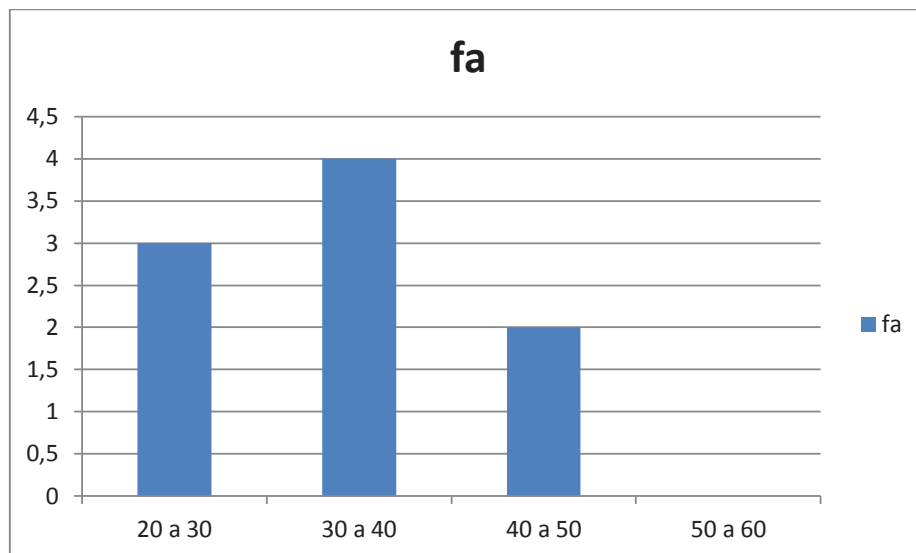
Una vez obtenidos los datos en la guardia de la clínica Santa Clara arrojaron una prevalencia de personal femenino (60%) sobre el masculino (40%). Aunque la brecha entre los sexos no es tan notoria para determinar una tendencia de un sexo sobre otro.

Tabla N°2: N° de personas en estudio, según edad “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013.

Edad	Marca de clase	fa	fr
20 a 30	25	3	0.33
30 a 40	35	4	0.45
40 a 50	45	2	0.22
50 a 60	55	0	0
TOTAL		9	1

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N° 2: Representación de rango de edad de enfermeros.



Comentario:

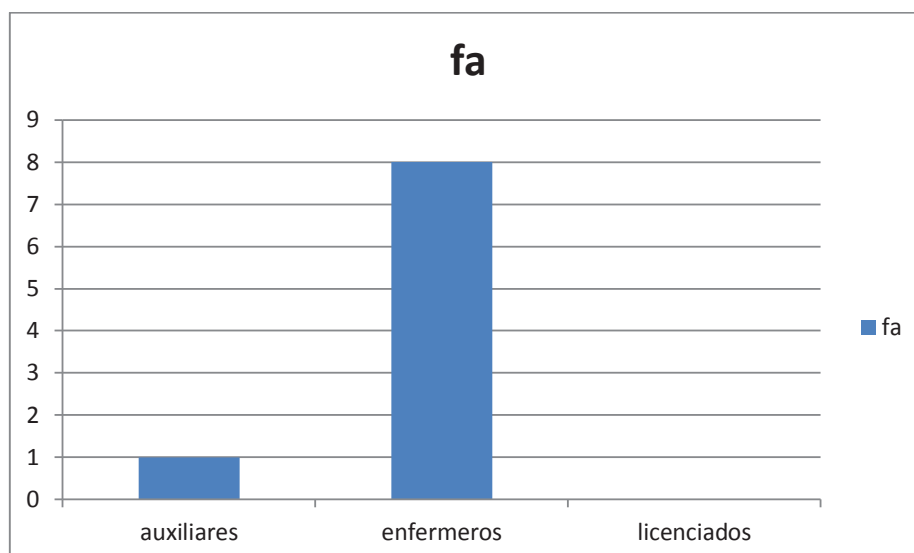
Según los datos obtenidos el servicio de guardia de la clínica Santa Clara cuenta con personal joven, ya que más del 70% del personal no supera los 40 años.

Tabla N°3: “N° de personas en estudio, según formación académica “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013.

Formación Académica	fa	fr
Auxiliares	1	0.11
Enfermeros	8	0.89
Licenciados	0	0
TOTAL	9	1.00

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N° 3: Representación de distribución de enfermeros según formación académica



Comentario:

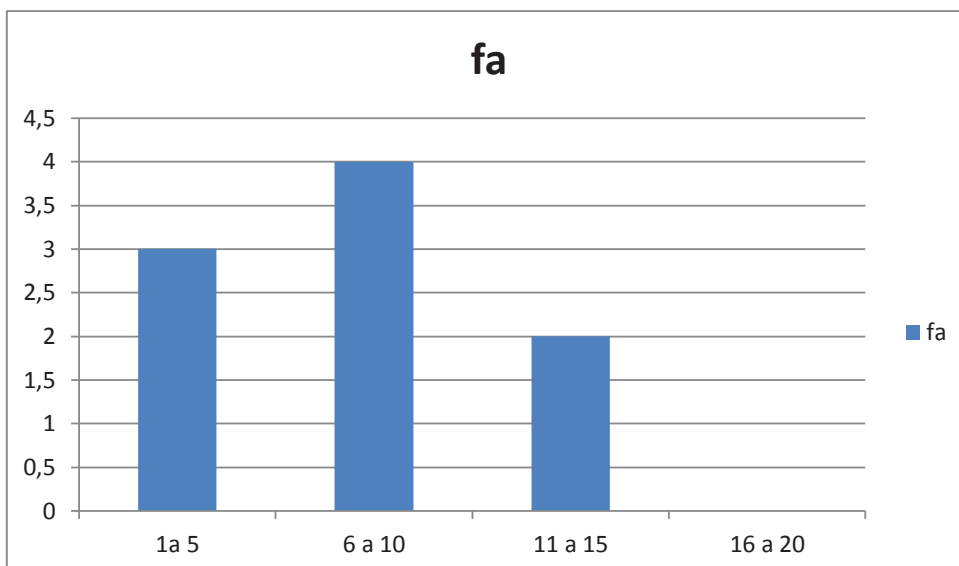
Los datos arrojaron en la lista matriz y grafico indicaron que el servicio no presenta cargos de licenciados pero si un alto número de profesionales por sobre los auxiliares, relación que es aplicada en la actualidad por diferentes servicios.

Tabla N° 4: N° de personas en estudio, según antigüedad laboral “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013.

Rango de Antigüedad	Marca de clase	fa	fr
1 a 5	2,5	3	0.33
6 a 10	7,5	4	0.45
11 a 15	12,5	2	0.22
16 a 20	17,5	0	0
TOTAL		9	1

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Grafico N° 4: Representacion antigüedad laboral de enfermeros



Comentario:

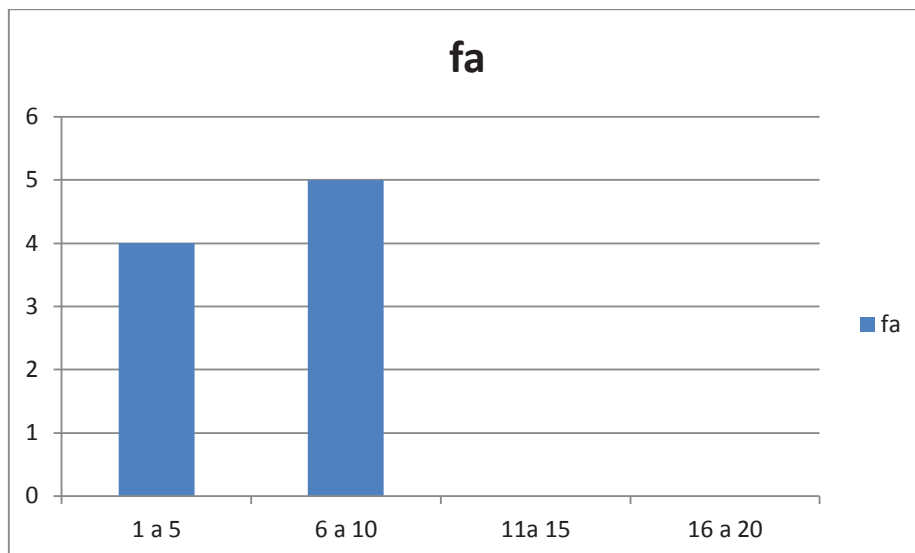
Según los datos obtenidos y la representación gráfica arroja que más del 50% del personal presenta una antigüedad laboral menor a 10 años.

Tabla N°5: N° de personas en estudio, según antigüedad laboral en la institución "Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013.

Antigüedad en institución	Marca de clase	fa	fr
1 a 5	3	4	0.40
6 a 10	8	5	0.60
11a 15	13	0	0
16 a 20	18	0	0
TOTAL		9	1

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N° 5: Representacion antigüedad laboral de enfermeros en la institución



Comentario:

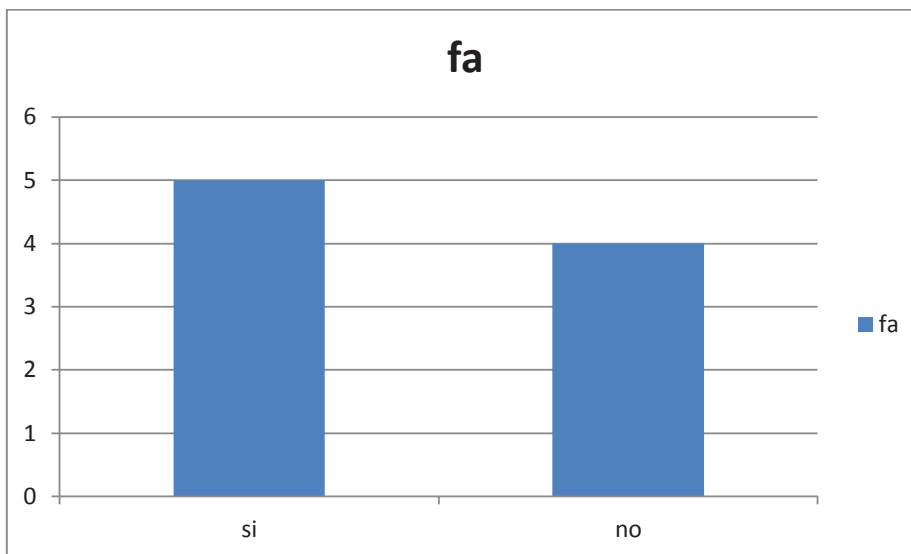
Según lo expresado en el grafico el 50%de los enfermeros permanecen en la institución desde el comienzo de su carrera.

Tabla N°6: “N° de personas en estudio, según doble empleo “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013.

Doble empleo	fa	fr
Si	5	0.60
No	4	0.40
TOTAL	9	1.00

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N° 6: Personal con doble empleo en el servicio



Comentario:

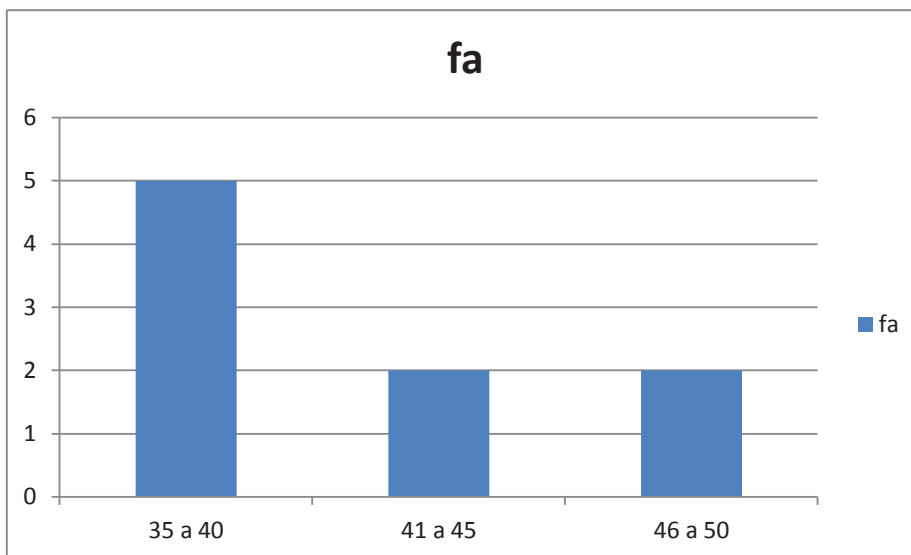
Según los datos obtenidos se concluyó que la mayor parte del personal posee dos empleos, esto quiere decir que tienen mayores posibilidades de presentar deficiencias en la calidad de atención al paciente

Tabla N°7: “N° de personas en estudio, según carga horaria semanal “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013.

Horas semanales trabajadas	Marca de clase	fa	fr
35 a 40	37	5	0.56
41 a 45	43	2	0.22
46 a 50	48	2	0.22
TOTAL		9	1

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N° 7: Carga horaria semanal del personal de enfermería.



Comentario:

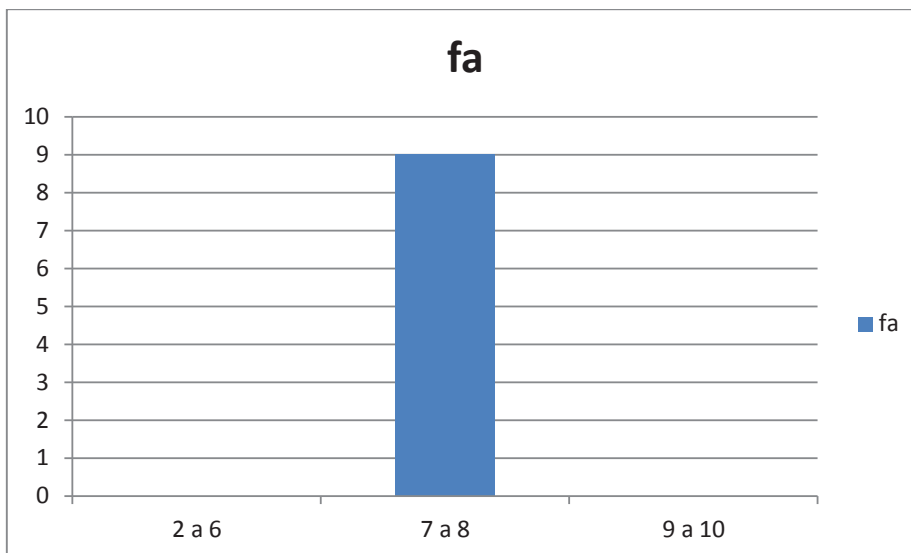
A partir de los datos obtenidos en la gráfica se deduce que a pesar que hay cinco de los enfermeros con doble empleo, ninguno de ellos supera las cuarenta horas semanales de trabajo.

Tabla N°8: “N° de personas en estudio, según francos mensuales “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013.

Rango	Marca de clase	fa	fr
2 a 6	4	0	0
7 a 8	7	9	1
9 a 10	9	0	0
TOTAL		9	1

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N° 8: Francos mensuales del personal de enfermería



Comentario:

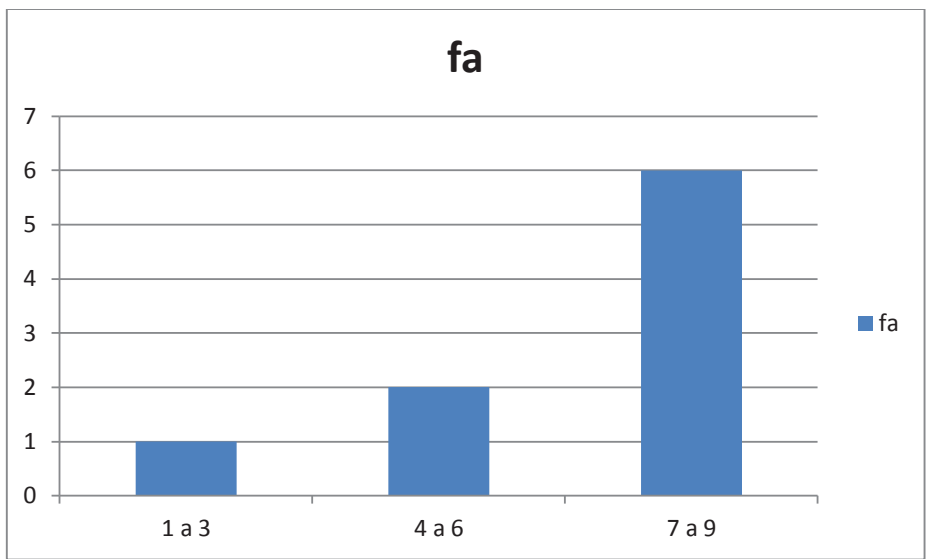
El gráfico representado anteriormente indica que la totalidad de enfermeros del servicio de guardia de la clínica Santa Clara disponen de ocho francos reglamentarios al mes.

Tabla N° 9: N° de personas en estudio, según días libres mensuales “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013.

Rango	Marca de clase	fa	fr
1 a 3	1.5	1	0.67
4 a 6	4.5	2	0.22
7 a 9	7.5	6	0.11
TOTAL		9	1.00

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N° 9: Días libres de personal de enfermería.



Comentario:

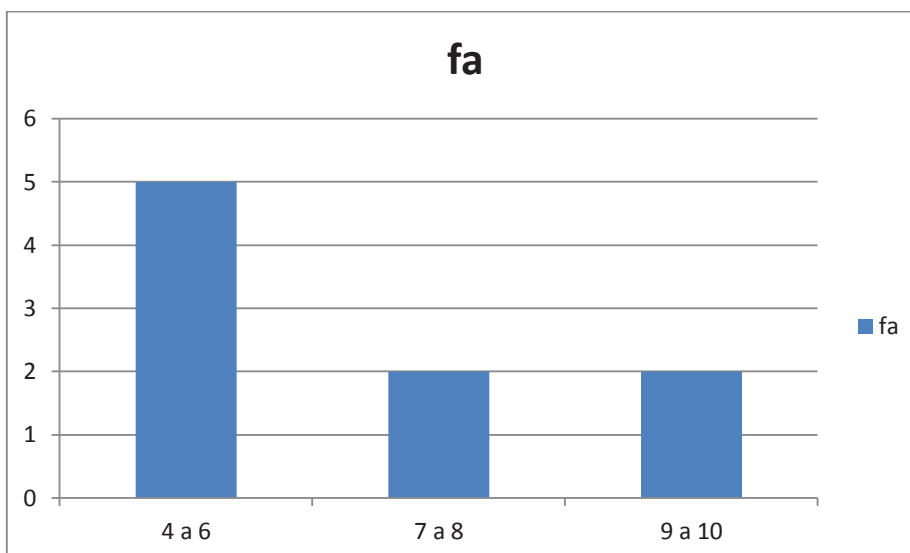
El gráfico representado expresa que seis enfermeros de los nueve pueden descansar al menos seis días al mes.

Tabla N° 10: N° de personas en estudio, según horas de descanso por día
 “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013

Rango	Marca de clase	fa	fr
4 a 6	5	5	0.56
7 a 8	7	2	0.22
9 a 10	9	2	0.22
TOTAL		9	1.00

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N° 10: Horas de descanso del personal



Comentario:

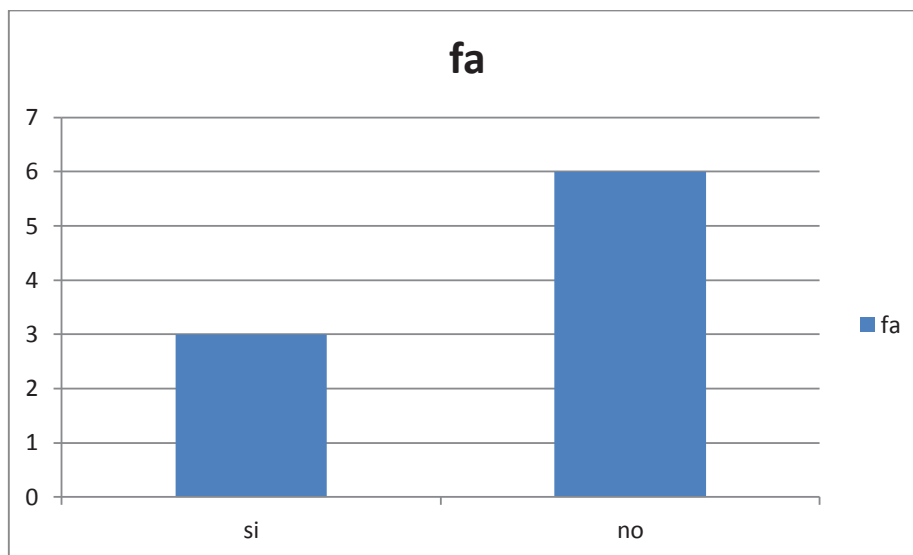
Los datos expresados en el gráfico expresan que la mayoría del personal del servicio descansa menos de seis horas por día. Esto es un dato negativo para el estudio, ya que al no cumplir con la cantidad de horas de descanso mínimo requeridas, influye directamente en la calidad de atención que se brinda.

Tabla N° 11: N° de personas en estudio, según horas de descanso por día
 “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013

Capacitación	fa	fr
Si	3	0.33
No	6	0.67
TOTAL	9	1.00

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N° 11: Cantidad de enfermeros que se capacitan.



Comentario:

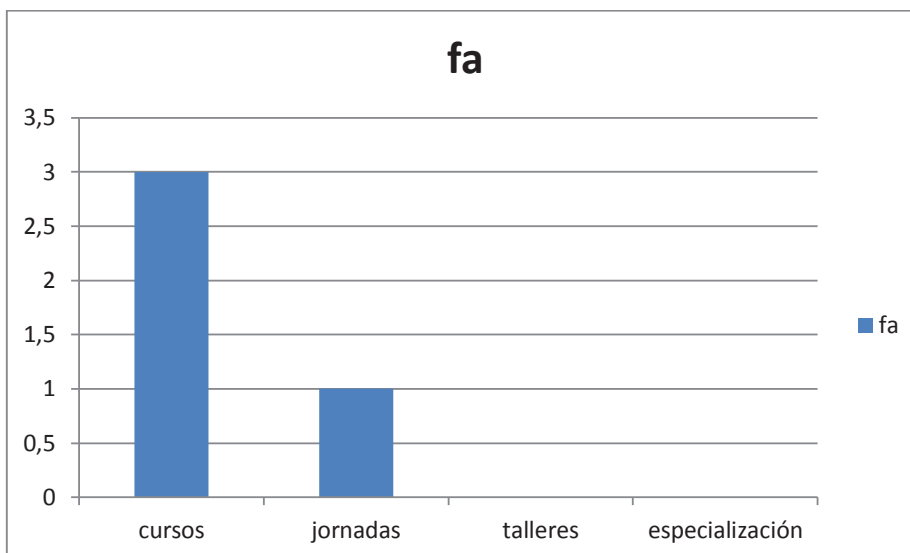
Con los datos obtenidos se observa que más de la mitad del número de personal del servicio de guardia no cuentan con capacitación permanente en salud.

Tabla N° 12: N° de personas en estudio, según tipo de capacitación “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013

Tipo capacitación	fa	fr
Cursos	3	0.75
Jornadas	1	0.25
Talleres	0	0
Especialización	0	0
TOTAL	4	1

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N° 12: Tipo de capacitación.



Comentario:

El método más utilizado según las encuestas realizadas es la del dictado de cursos que brinden capacitación permanente en salud.

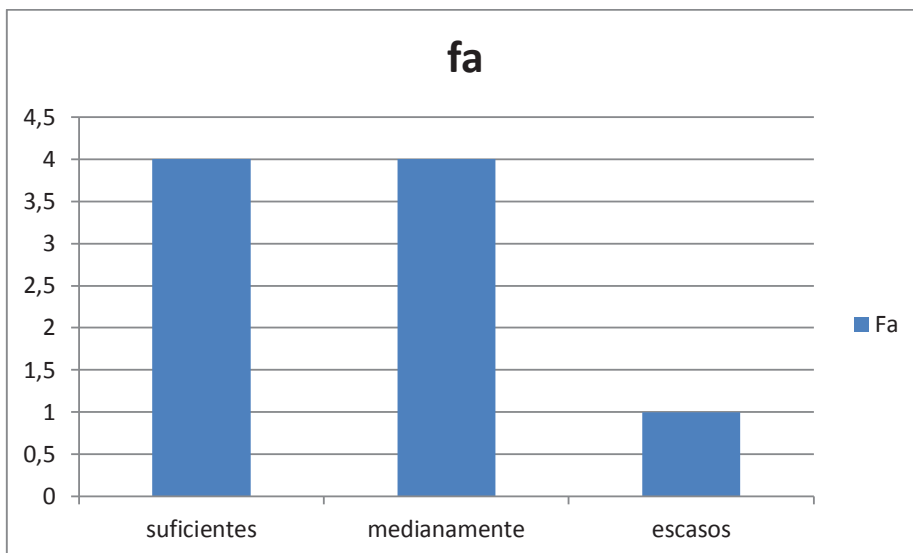
Con respecto al lugar de trabajo

Tabla N° 13: N° de personas en estudio, según elementos necesarios de bioseguridad "Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013

Elementos	fa	fr
Suficientes	4	0.45
Medianamente	4	0.45
Escasos	1	0.10
TOTAL	9	1.00

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N° 13: Elementos de bioseguridad



Comentario:

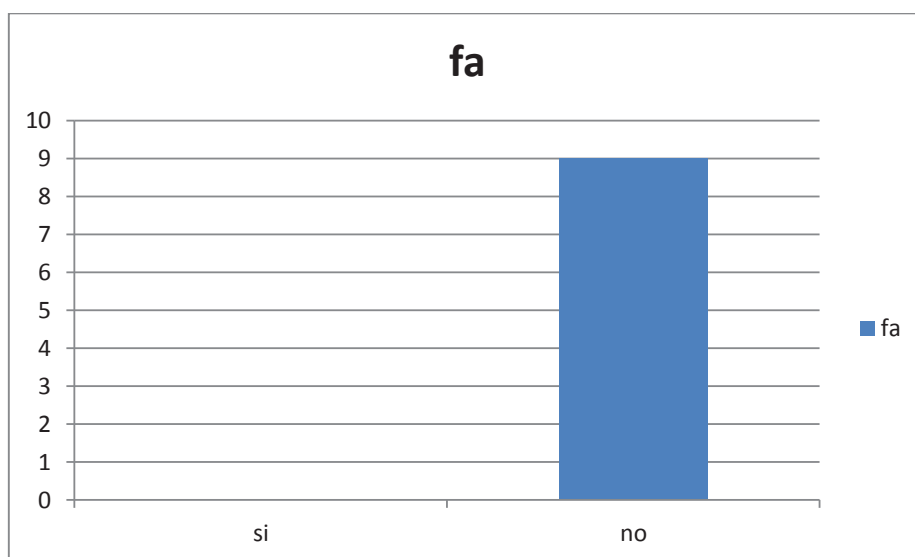
Al obtener los datos estadísticos se deduce que en el servicio se cuenta con los elementos necesarios para la atención de calidad hacia el paciente.

Tabla N° 14: N° de personas en estudio, según distribución de recursos humano “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013

Igualdad	fa	fr
Si	0	0
No	9	1.00
TOTAL	9	1.00

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N° 14: Igualdad de distribución de enfermeros por turno.



Comentario:

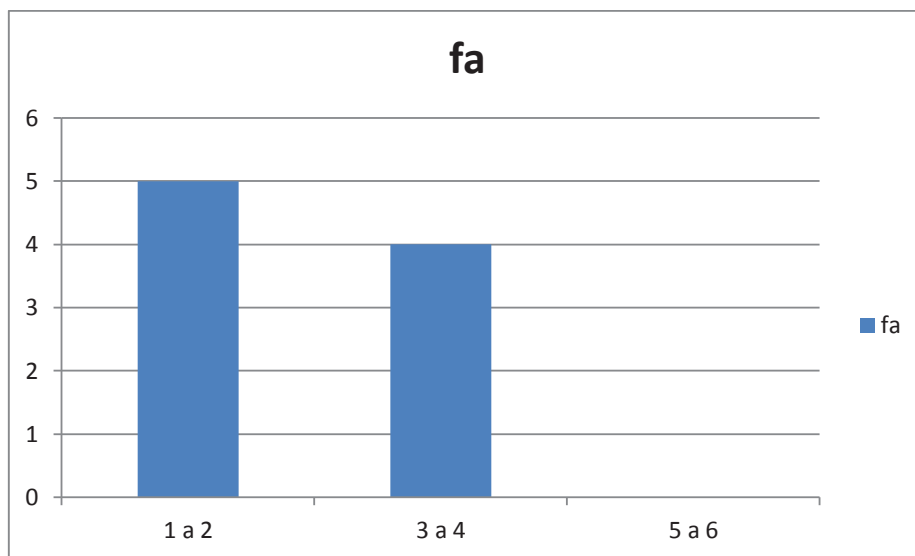
Los resultados de este estudio arrojaron que en ningún turno se trabaja con la misma cantidad de personal por lo que puede variar la calidad de atención brindada.

Tabla N° 15: N° de personas en estudio, según cantidad de enfermeros por turno “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013

Rango	Marca de clase	fa	fr
1 a 2	1.5	5	0.60
3 a 4	3.5	4	0.40
5 a 6	5.5	0	0
TOTAL		9	1.00

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N° 15: Cantidad de enfermeros por turno



Comentario

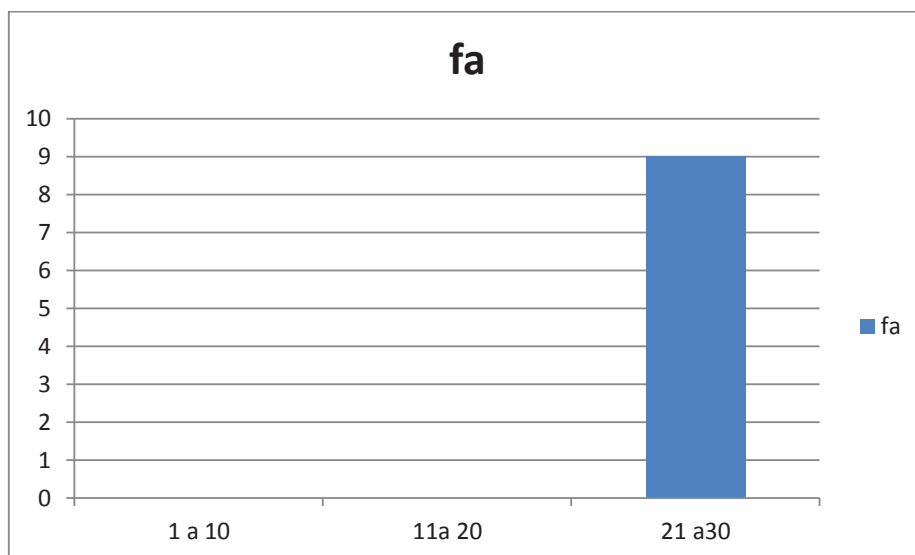
A partir del grafico anterior se deduce que el servicio en la mayoría de los turnos cuenta con la atención de dos enfermeros.

Tabla N° 16: N° de personas en estudio, según cantidad de pacientes que se atienden por guardia "Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013

Rango	Marca de clase	fa	fr
1 a 10	5.5	0	0
11a 20	15.5	0	0
21 a30	25.5	9	1.00
TOTAL		9	1.00

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N°16: Cantidad de pacientes por turno (aproximadamente)



Comentario:

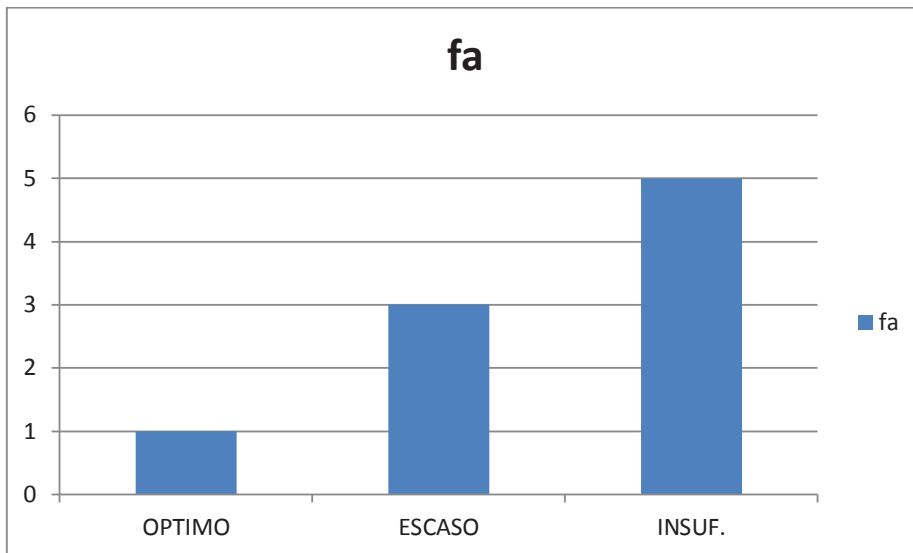
El estudio realizado indica que la totalidad de enfermeros del servicio se dedica a atender un promedio de 30 pacientes por turno aproximadamente.

Tabla N° 17: N° de personas en estudio, según número de enfermeros en relación de necesidades del paciente “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013.

N° de Enfermeros	fa	fr
Optimo	1	0.10
Escaso	3	0.34
Insuficiente	5	0.56
TOTAL	9	1.00

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N°17: El número de enfermero es el adecuado para cubrir las necesidades o demandas del paciente.



Comentario:

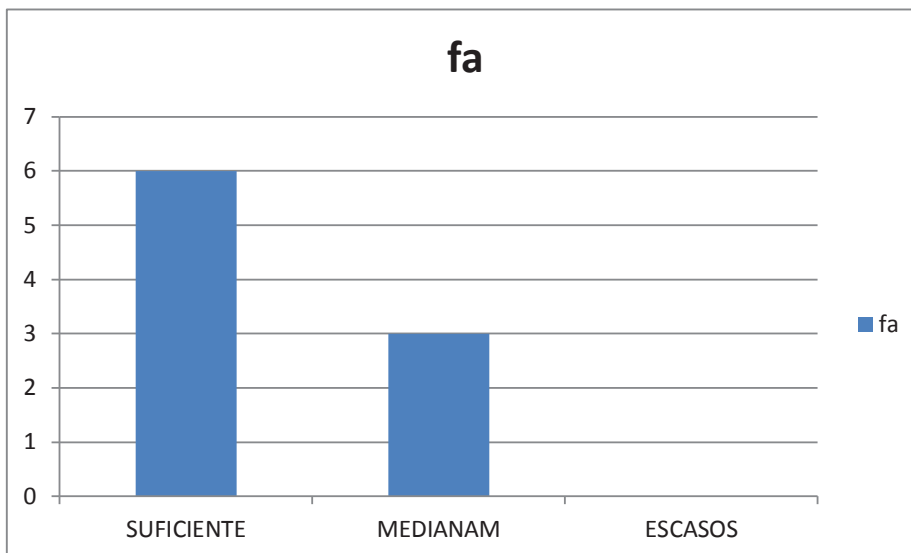
Este grafico indica que el propio equipo de enfermeros del servicio considera en su mayoría que el número de personal no es el adecuado o resulta escaso para cubrir las necesidades y demandas del paciente

Tabla N° 18: N° de personas en estudio, según insumos para atención de urgencias “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013

Elementos	fa	fr
Suficiente	6	0.67
Medianamente	3	0.33
Esasos	0	0
TOTAL	9	1.00

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N°18: Insumos para atención de urgencia.



Comentario

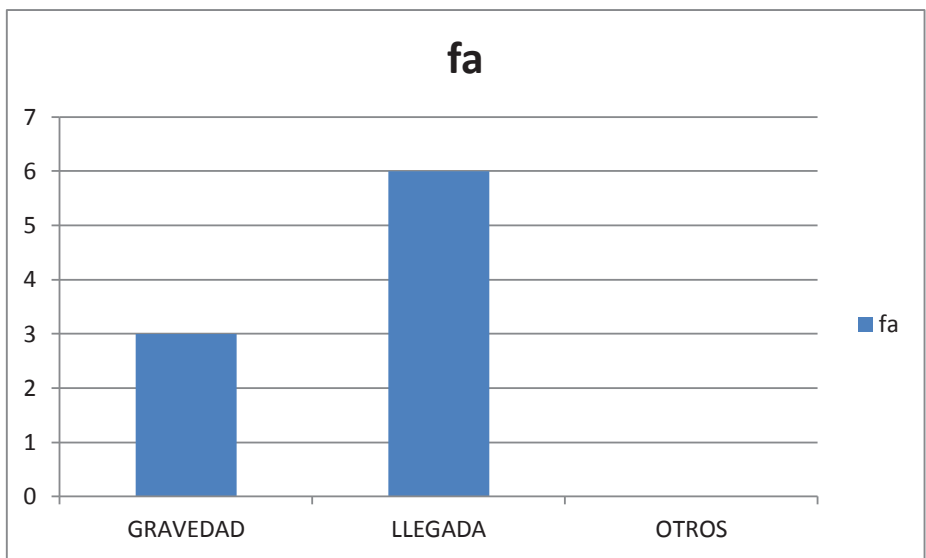
Los datos obtenidos a partir de la representación gráfica indican que el personal de enfermería está de acuerdo y siente la comodidad de contar con la disponibilidad suficiente de elementos para la atención de pacientes.

Tabla N° 19: N° de personas en estudio, según organización de atención
 “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013

Atención	fa	fr
Gravedad	3	0.33
Llegada	6	0.67
Otros	0	0
TOTAL	9	1.00

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N° 19: Como está organizada la atención del paciente



Comentario:

Según el gráfico plasmado anteriormente expresa que la atención del paciente está organizada según la llegada del paciente al servicio y no según su gravedad. Motivo por el cual se produce un desorden e insatisfacción en su atención.

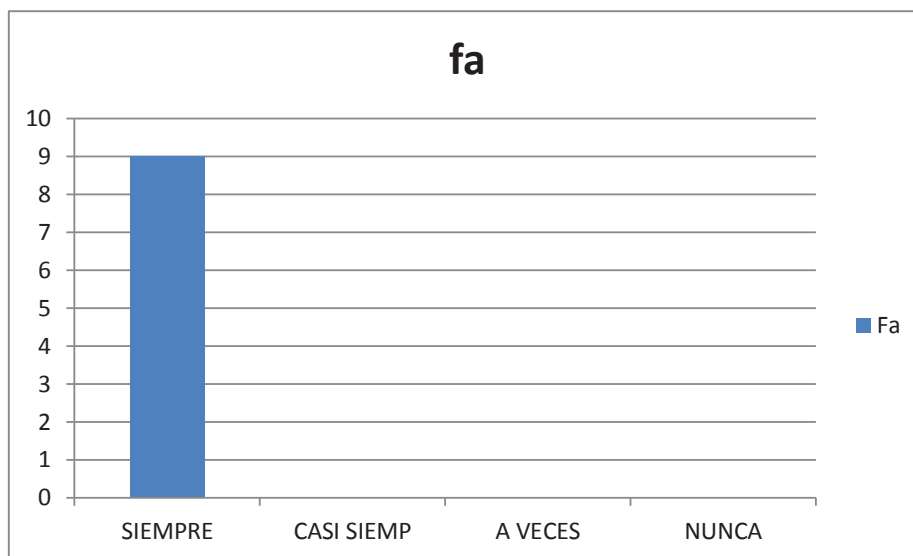
EN QUE CONSISTE LA ATENCION DE ENFERMERIA A LOS PACIENTES
QUE CONCURREN AL SERVICIO DE GUARDIA

Tabla N° 20: N° de personas en estudio, según control de signos vitales al paciente "Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013

CSV	fa	fr
Siempre	9	1.00
Casi siempre	0	0
A veces	0	0
Nunca	0	0
TOTAL	9	1.00

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N° 20: Representación gráfica de control de signos vitales



Comentario:

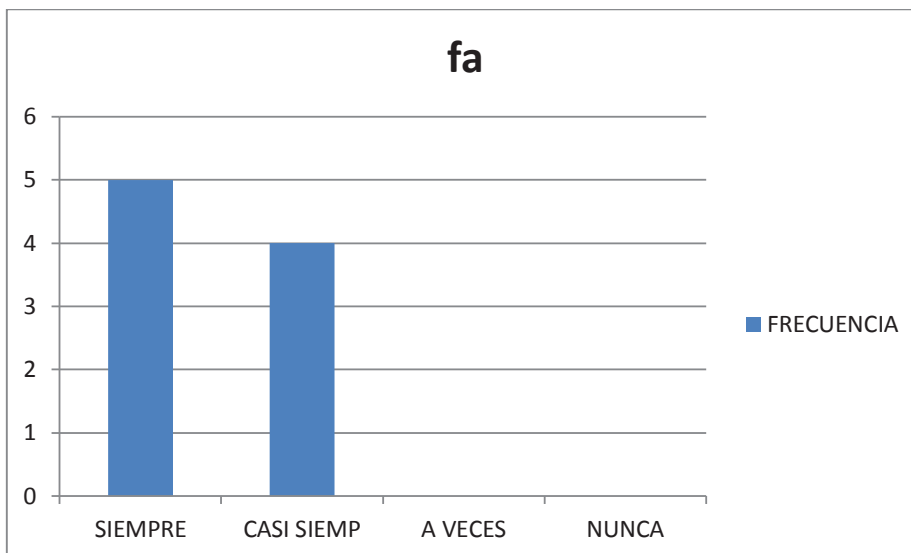
Según los datos estadísticos obtenidos el personal de guardia utiliza siempre la técnica de control de signos vitales, acción fundamental para mantener una valoración constante.

Tabla N° 21: N° de personas en estudio, según control aspecto físico al paciente “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013

Aspecto físico	fa	fr
Siempre	5	0.60
Casi siempre	4	0.40
A veces	0	0
Nunca	0	0
TOTAL	9	1.00

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N° 21: Representación gráfica de control de aspecto físico.



Comentario:

Según la gráfica se deduce que más del cincuenta por ciento del total de personal de guardia toma en cuenta el aspecto físico para valorar al paciente.

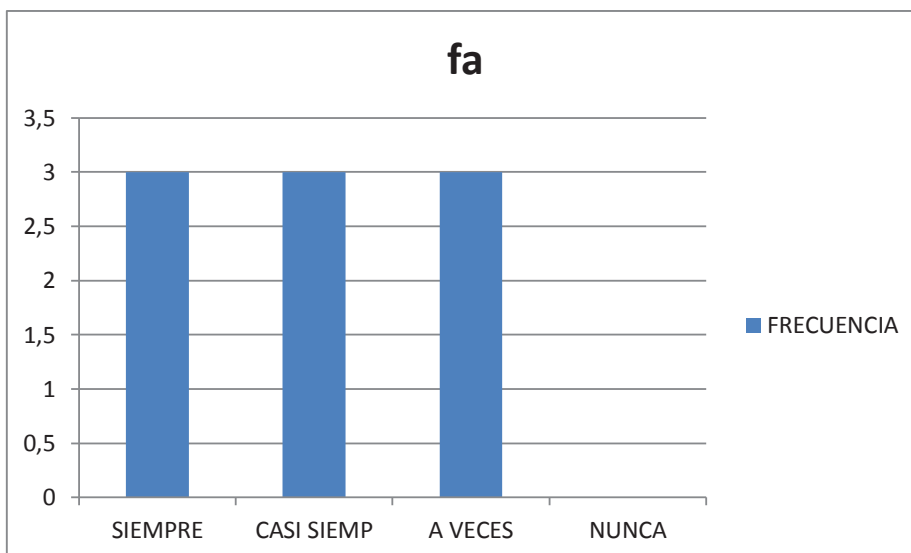
Tabla N° 22: N° de personas en estudio, según control aspecto psíquico al paciente “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013 horas

Aspecto psíquico

Aspecto psíquico	fa	fr
Siempre	3	0.33
Casi siempre	3	0.33
A veces	3	0.34
Nunca	0	0
TOTAL	9	1.00

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N° 22: Representación gráfica de control de aspecto psíquico al paciente.



Comentario:

A partir de los datos obtenidos se deduce que el equipo de enfermería no toma en cuenta esta técnica con regularidad para valorar al paciente. Dato que no favorece a la calidad de atención, ya que en este servicio es fundamental incorporar siempre esta técnica

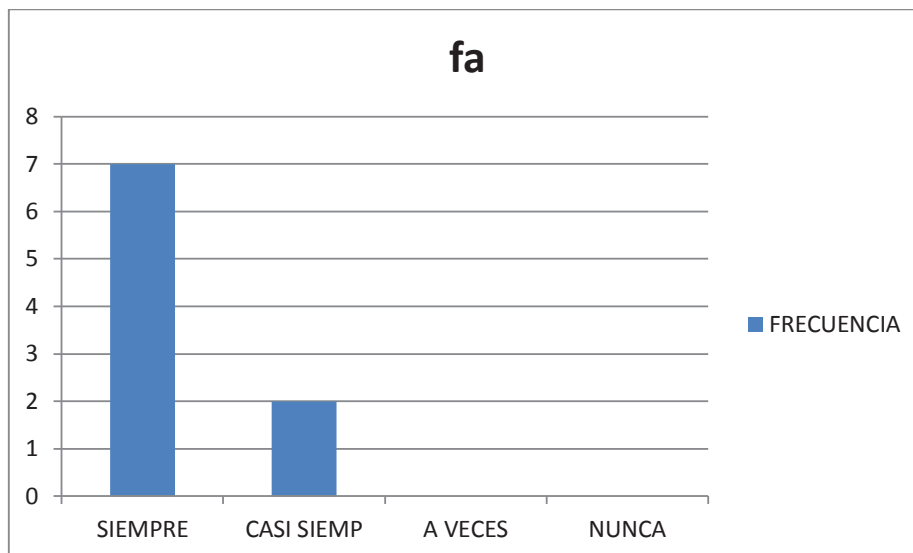
Tabla N° 23: N° de personas en estudio, según realización de curaciones al paciente “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013

Curaciones

Curaciones	fa	fr
Siempre	7	0.78
Casi siempre	2	0.22
A veces	0	0
Nunca	0	0
TOTAL	9	1.00

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N° 23: Realización de curaciones



Comentario

El grafico representa que un sesenta y cinco por ciento del personal realiza curaciones en este servicio.

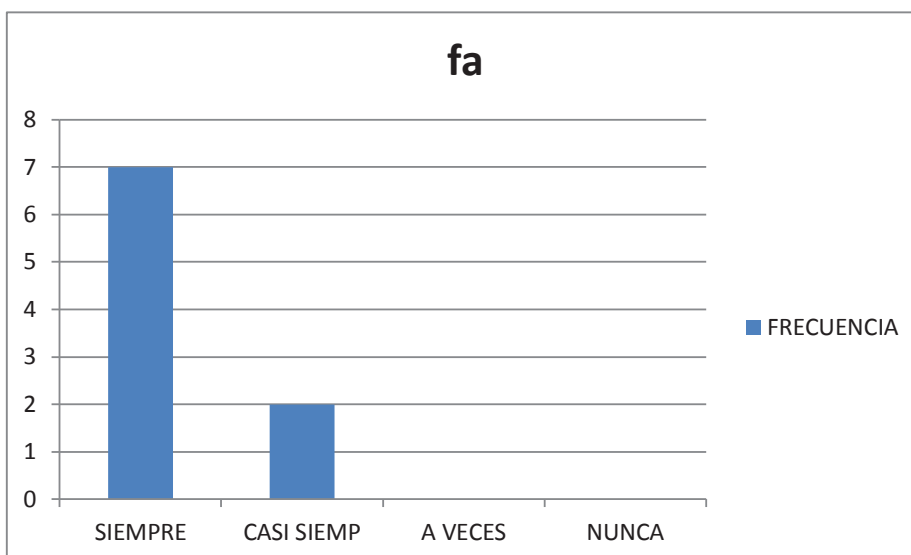
Tabla N° 24: N° de personas en estudio, según administración de inyectable al paciente "Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013

Inyectables

Inyectables	fa	fr
Siempre	7	0.78
Casi siempre	2	0.22
A veces	0	0
Nunca	0	0
TOTAL	9	1.00

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N° 24: Administración de Inyectables



Comentario.

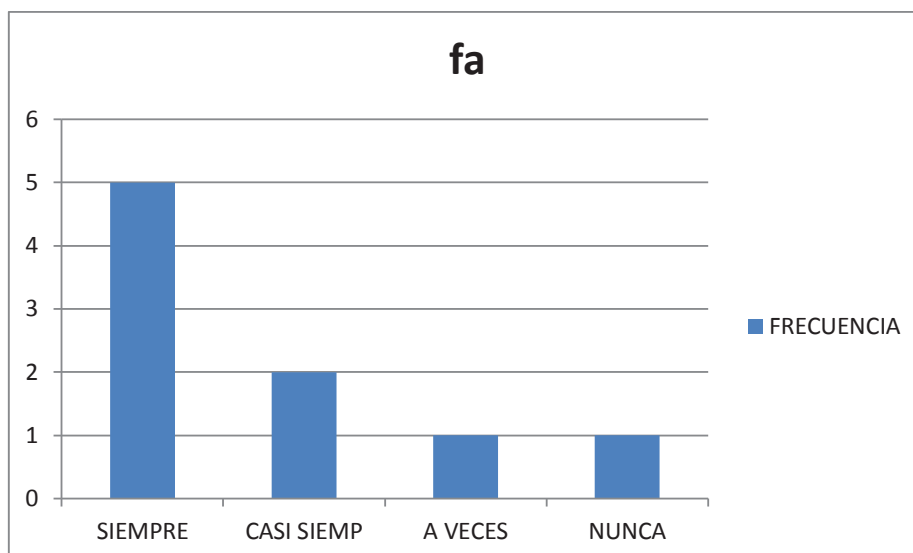
Otras de las técnicas utilizadas por el personal de este servicio es la de la colocación de inyectables, ya sea para pacientes internados en la guardia, como así también para aquellos que solo concurren a la guardia por la administración de algún medicamento.

Tabla N° 25: N° de personas en estudio, según administración de medicación
 “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013

Medicación	fa	fr
Siempre	5	0.56
Casi siempre	2	0.22
A veces	1	0.11
Nunca	1	0.11
TOTAL	9	1.00

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N° 25: Representación gráfica según Medicación



Comentario:

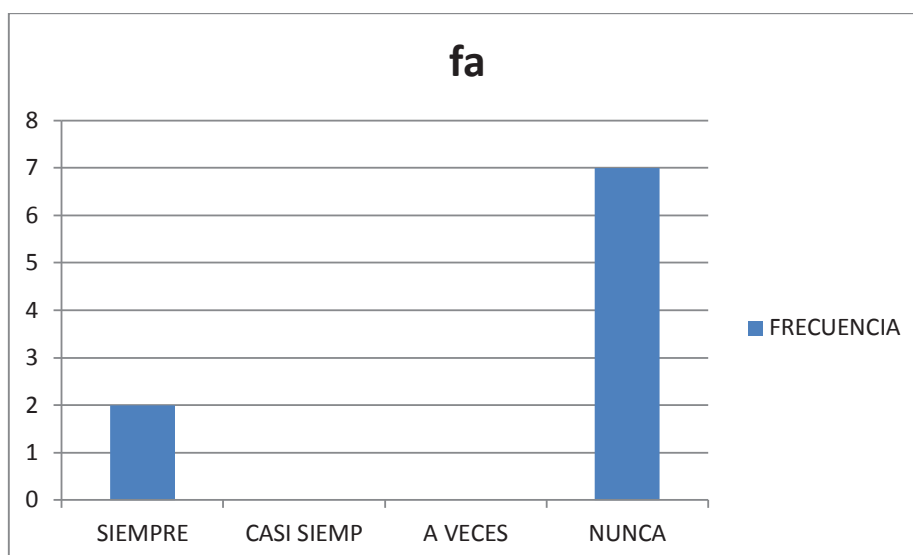
Según la representación gráfica realizada en mayor o menor medida todos los enfermeros del equipo administran medicación, excepto uno de ellos.

Tabla N° 26: N° de personas en estudio, según otras actividades “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013

Otras actividades	fa	fr
Siempre	2	0.22
Casi siempre	0	0
A veces	0	0
Nunca	7	0.78
TOTAL	9	1.00

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N° 26: Representación gráfica según otras actividades



Comentario

En esta representación se observa que también hay otros tipos de controles no solo csv, medicación, inyectables, curaciones. Hay otros tipos de controles pro en menor medida.

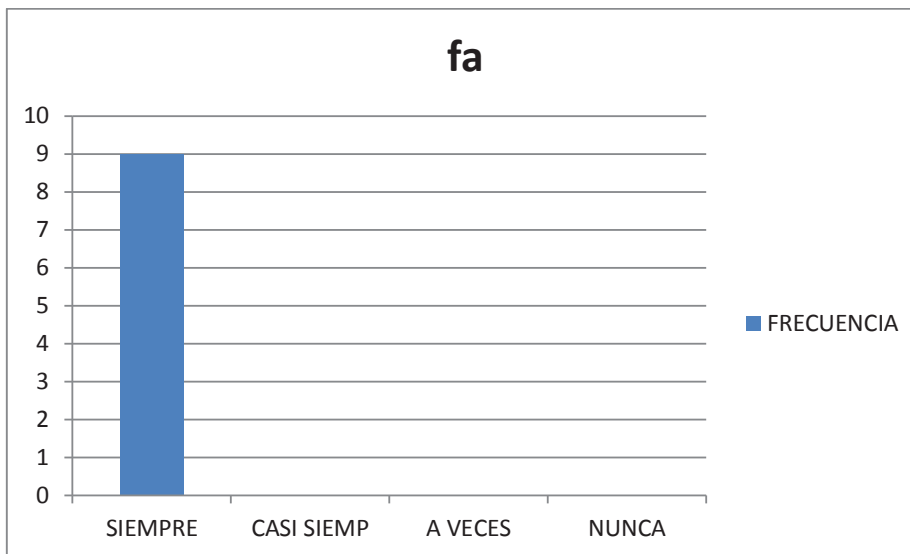
REGISTROS

Tabla N° 27: N° de personas en estudio, según registros de enfermería "Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013

Enfermería	fa	fr
Siempre	9	1.00
Casi siempre	0	0
A veces	0	0
Nunca	0	0
TOTAL	9	1.00

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N° 27: Representación gráfica según registros de enfermería



Comentario

En esta representación gráfica se observa que todos los integrantes el equipo de enfermería realizan registros de enfermería.

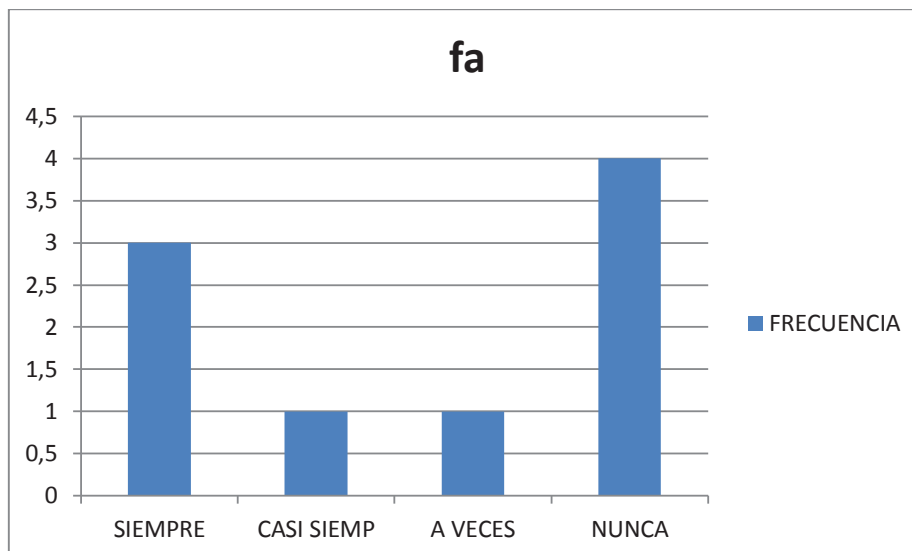
Tabla N° 28: N° de personas en estudio, según registros de facturación “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013

Facturación

Facturación	fa	fr
Siempre	3	0.33
Casi siempre	1	0.11
A veces	1	0.11
Nunca	4	0.45
TOTAL	9	1.00

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N° 28: Representación gráfica según registros de facturación



Comentario:

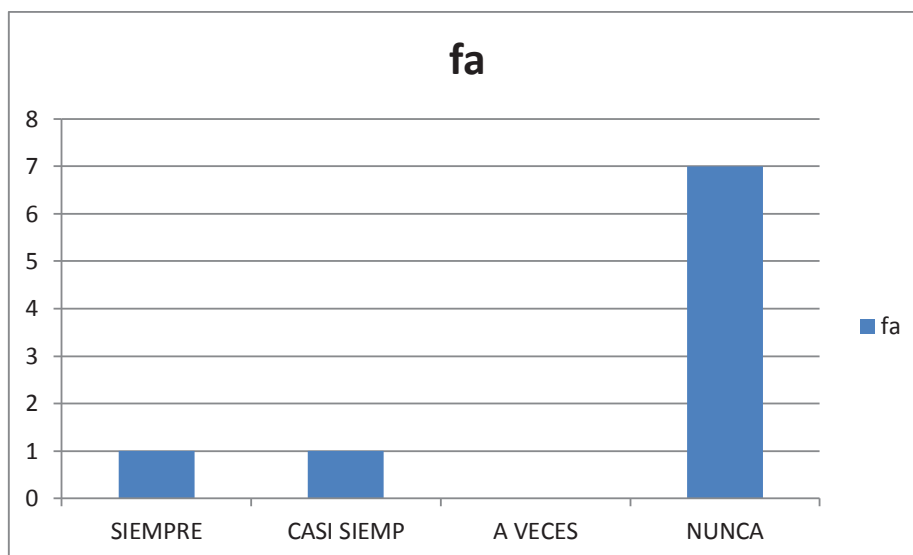
En esta representación se observa que más del 50% de los integrantes del equipo de enfermería no realizan ni han realizado nunca registro de facturación.

Tabla N° 29: N° de personas en estudio, según otros registros “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013

Otros	fa	fr
Siempre	1	0.11
Casi siempre	1	0.11
A veces	0	0
Nunca	7	0.78
TOTAL	9	1.00

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N° 29 Según otros registros.



Comentario gráficos N^a 27, 28, 29

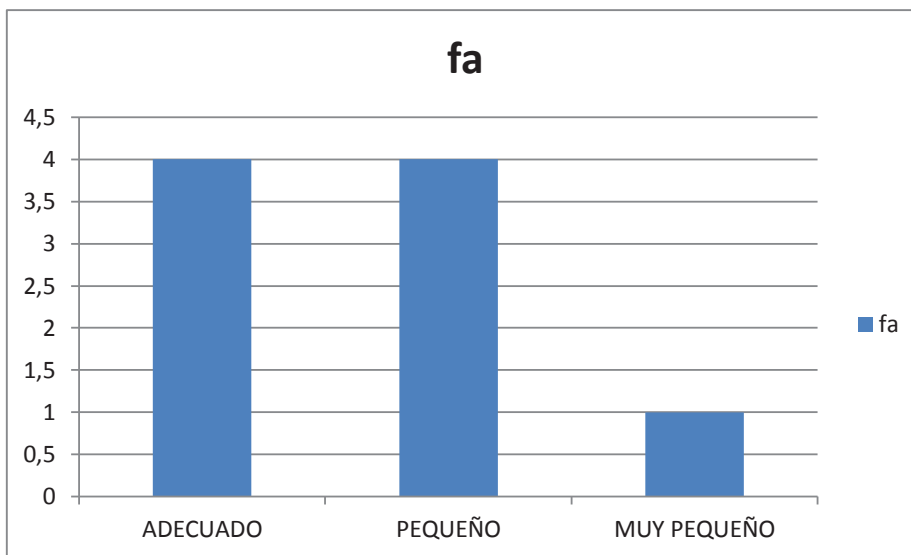
Según los datos expresados con el gráfico indica que todo el equipo de enfermeros de la guardia de la clínica Santa Clara realizan los correspondientes registros de enfermería pero no sucede lo mismo con la realización de otros registros y la facturación ya que representan un número menor aquellos que tienen este tipo de actividad.

Tabla N° 30: N° de personas en estudio, según espacio físico “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013

Espacio	fa	fr
Adecuado	4	0.45
Pequeño	4	0.45
Muy pequeño	1	0.10
TOTAL	9	1.00

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N° 30: Representación gráfica según espacio físico



Comentario

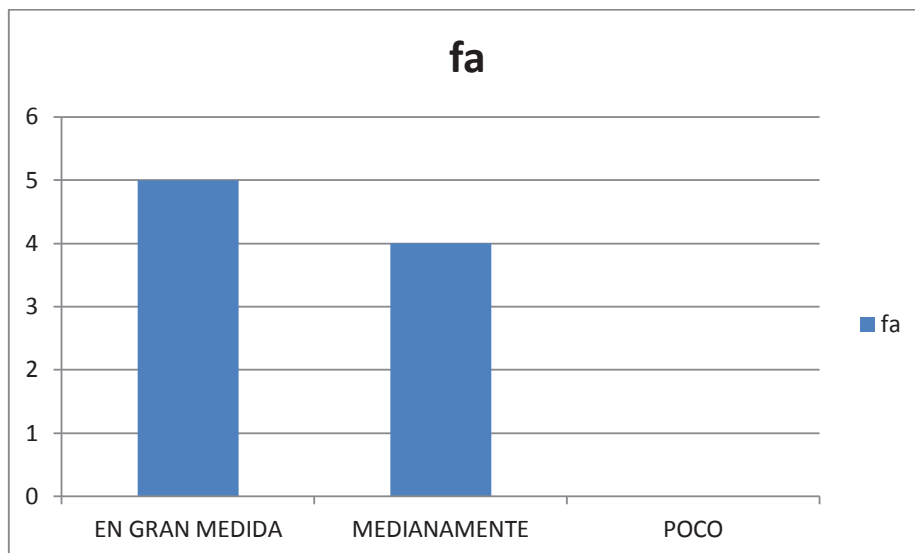
Lo que se observa en esta representación es que más del 50% de los integrantes del equipo de enfermería consideran que el espacio físico es inadecuado para un buen funcionamiento del servicio.

Tabla N° 31: N° de personas en estudio, según satisfacción del usuario “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013

Satisfacción	fa	fr
En gran medida	5	0.60
Medianamente	4	0.40
Poco	0	0
TOTAL	9	1.00

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N° 31: Representación gráfica de satisfacción del usuario según personal de enfermería.



Comentario

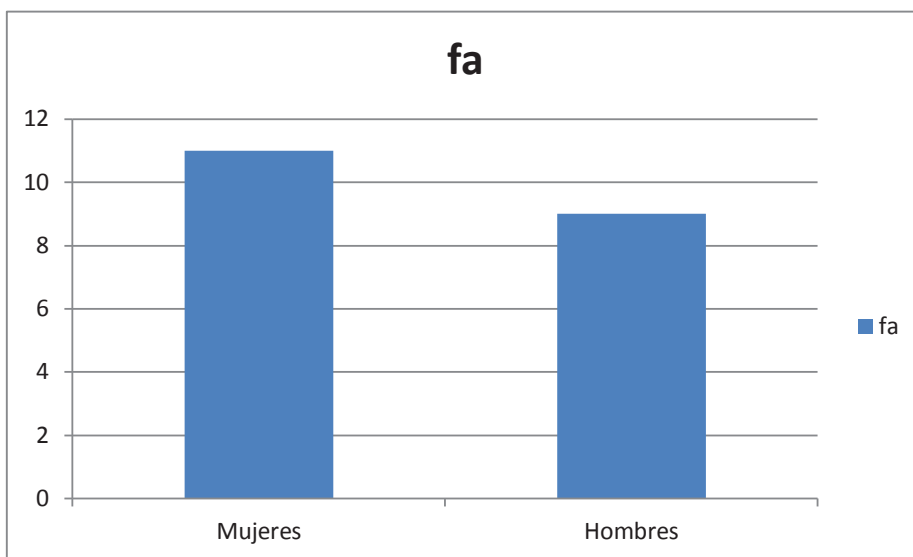
Lo que se deduce en esta representación es que más del 40% del equipo de enfermería consideran que logran satisfacer medianamente las necesidades del paciente por lo cual no logran satisfacer plenamente las necesidades alteradas de los clientes del servicio de guardia de la Clínica Santa Clara

Tabla N° 32: N° de personas en estudio, según sexo del paciente “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013

Sexo	fa	fr
Mujeres	11	0.55
Hombres	9	0.45
TOTAL	20	1.00

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N° 32: Representación gráfica según sexo



Comentario:

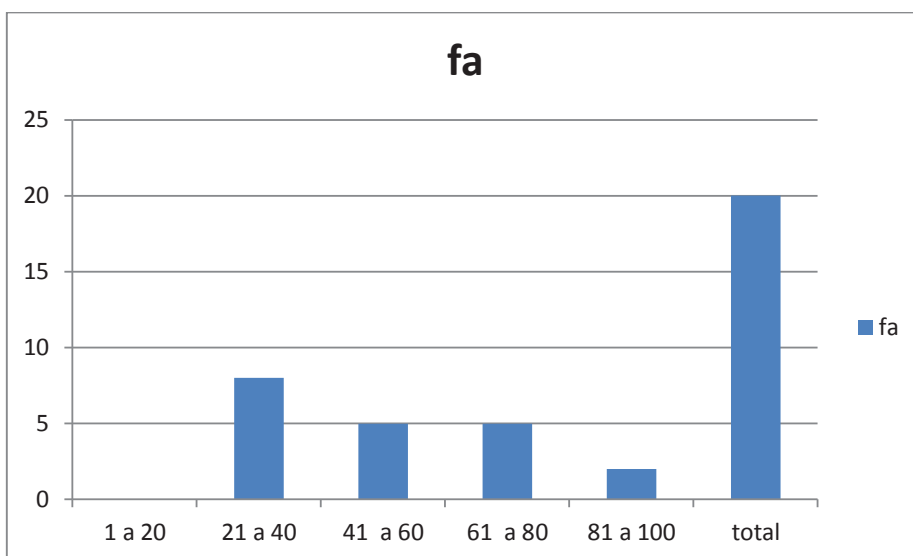
Se observa que acuden al servicio de guardia personas de ambos sexo casi con la misma prevalencia.

Tabla N°33: N° de personas en estudio, según edad del paciente “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013

Rango de edad	Marca de clase	fa	fr
1 a 20	10.5	0	0
21 a 40	30.5	8	0.45
41 a 60	50.5	5	0.25
61 a 80	70.5	5	0.25
81 a 100	90.5	2	0.10
TOTAL		20	1.00

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N° 33: Representación gráfica de rango de edad del paciente.



Comentario:

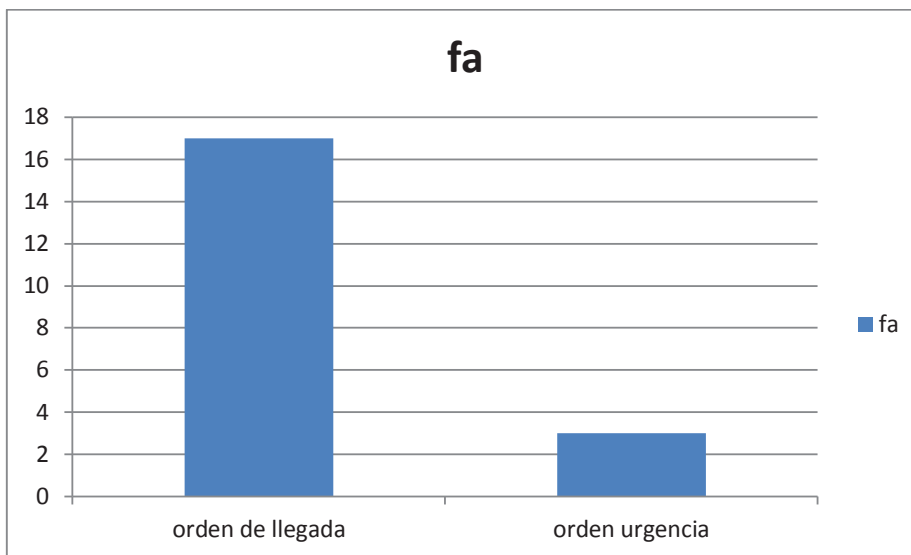
Se observa que la comunidad que acude tiene variedad en su edad el 60% personas menores a 60 años y el 40% mayor a 60 años y dentro de este 40% el 10% mayor a 80 años.

Tabla N° 34: N° de personas en estudio, según organización de atención
 “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013

Atención	fa	fr
Orden de llegada	17	0.85
Orden urgencia	3	0.15
TOTAL	20	1.00

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N° 34: Representación gráfica de organización de atención.



Comentario

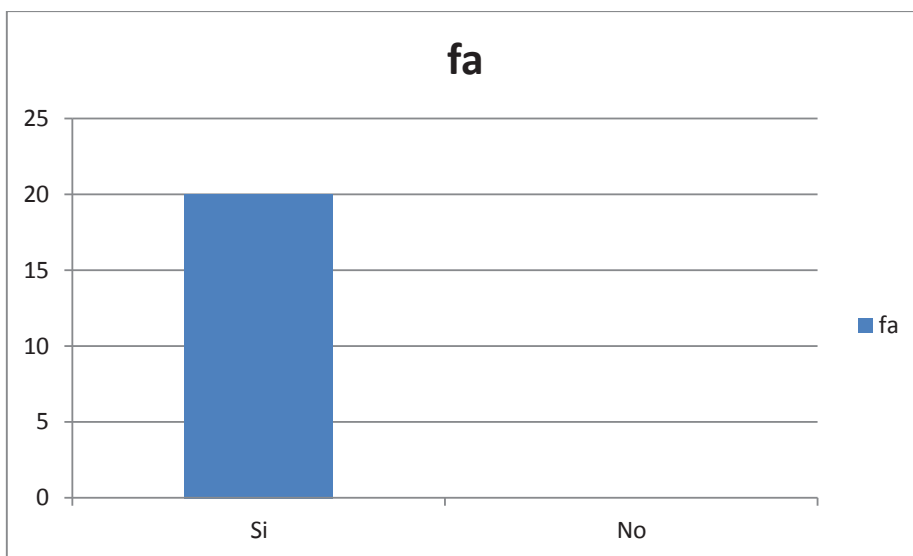
La organización de atención es en un 85% de los casos por orden de llegada y un mínimo de 15% por urgencia (estos son los que acuden trasladados en ambulancia)

Tabla N° 35: N° de personas en estudio, según CSV “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013

Atención CSV	fa	fr
Si	20	1.00
No	0	0
TOTAL	20	1.00

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N° 35: Representación gráfica de prestación (control de signos vitales)



Comentario

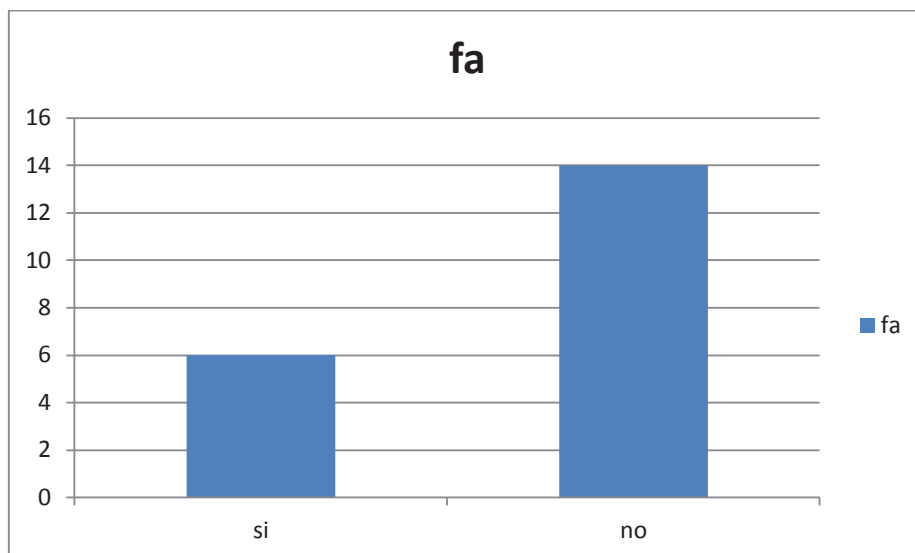
Esa representación no brinda como información que a todos los clientes que acuden al servicio de guardia se les controla signos vitales sin discriminar porque acude.

Tabla N° 36: N° de personas en estudio, según curaciones “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013

Atención curaciones	fa	fr
Si	6	0.30
No	14	0.70
TOTAL	20	1.00

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N° 36: Representación gráfica de prestación (curaciones)



Comentario

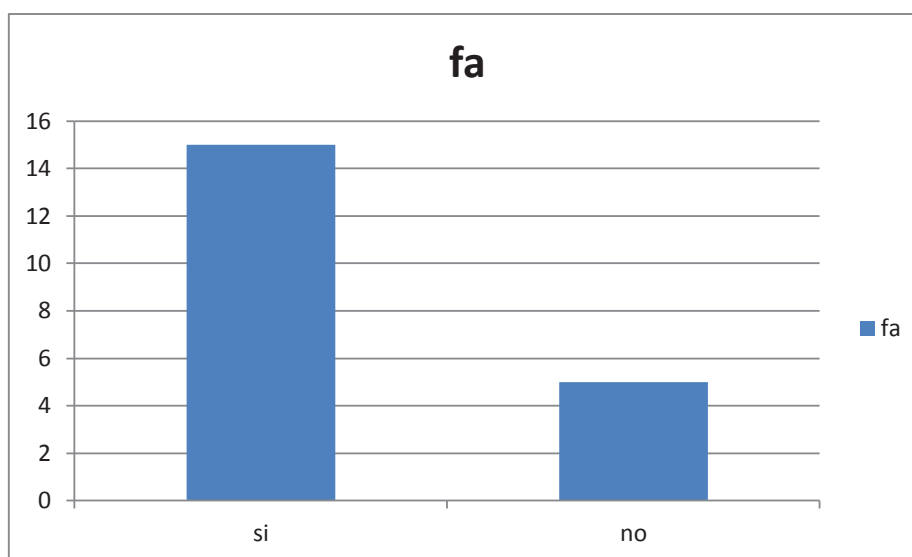
Lo que se deduce en esta representación es que a las personas que necesitan curaciones se les realiza en este servicio, teniendo en cuenta que el 30% de nuestra muestra respondió que se le realiza y teniendo en cuenta que es un servicio polivalente.

Tabla N° 37: N° de personas en estudio, según inyectable “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013

Inyectables	fa	fr
Si	15	0.75
No	5	0.25
TOTAL	20	1.00

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N° 37: Representación gráfica de prestación (inyectable)



Comentario

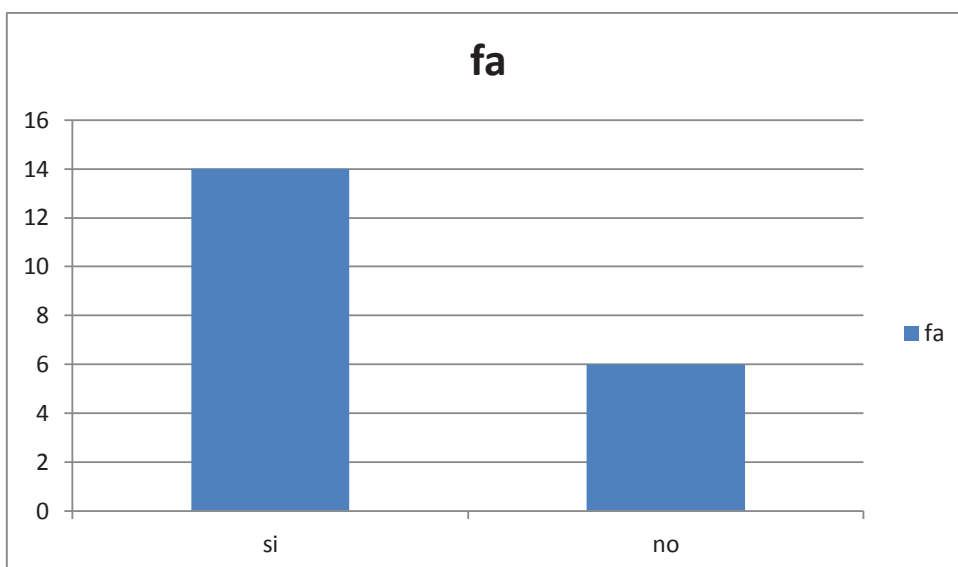
Esta representación gráfica nos brinda como información que al 75% de los clientes se les coloca medicación inyectable.

Tabla N° 38: N° de personas en estudio, según tipo de prestación (medicación)
 “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013.

Medicación	fa	fr
Si	14	0.70
No	6	0.30
TOTAL	20	1.00

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N° 38: Representación gráfica de prestación (medicación)



Comentario

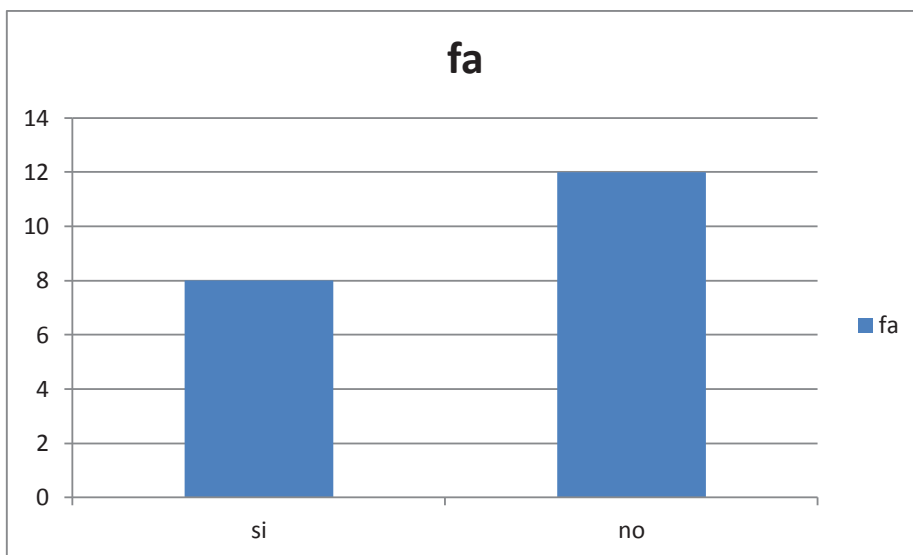
Esta representación gráfica nos brinda como información que al 70% de los casos se les da la medicación que se indica.

Tabla N° 39: N° de personas en estudio, según distintos tipos de atención
 “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013

Otros	fa	fr
Si	8	0.40
No	12	0.60
TOTAL	20	1.00

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N° 39: Representación gráfica de otro tipo de atención



Comentario

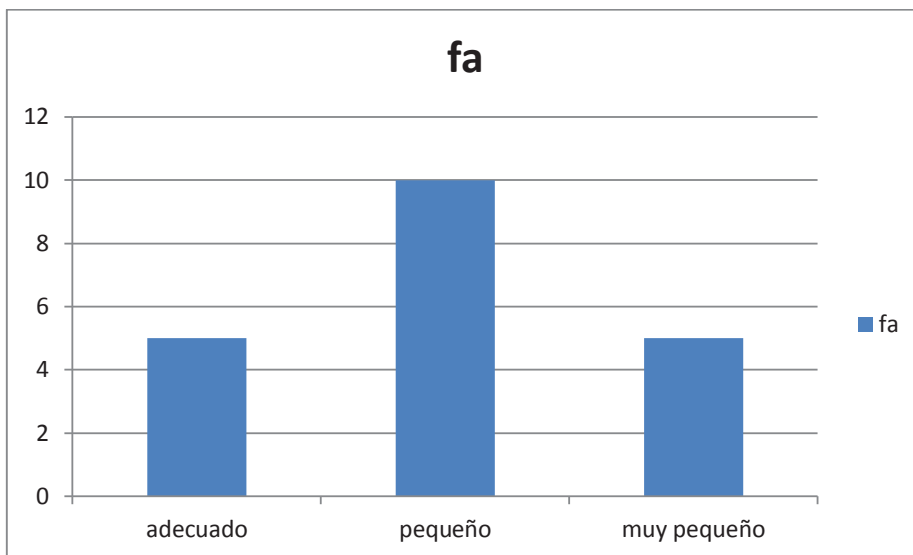
Lo que podemos leer en esta representación gráfica es que al 40% de los clientes que asisten al servicio de guardia de la Clínica Santa Clara les brindan otro tipo de atención como ECG, control de glucemia etc...

Tabla N°40: N° de personas en estudio, según espacio físico “Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013 horas de descanso del personal espacio físico

Espacio físico	fa	fr
Adecuado	5	0.25
Pequeño	10	0.50
Muy pequeño	5	0.25
Total	20	1.00

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N° 40: Representación gráfica de espacio físico



Comentario

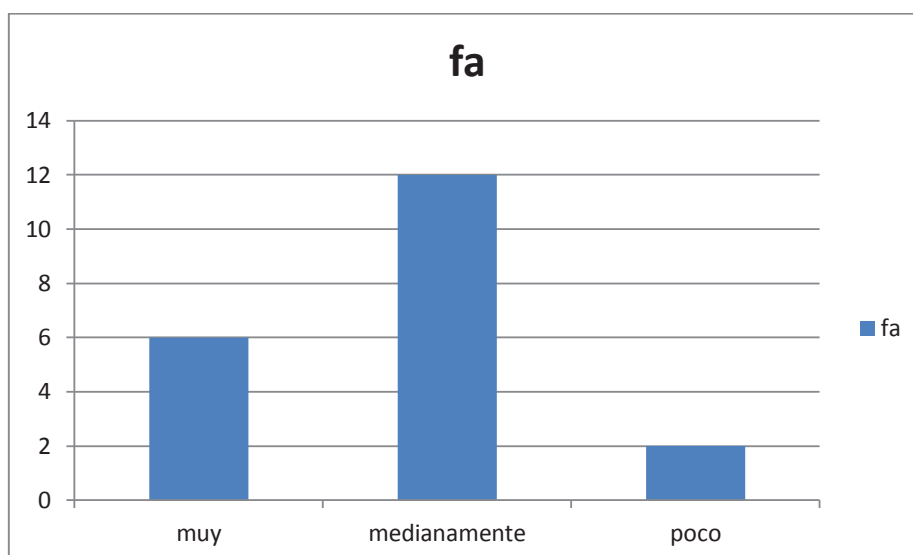
Lo que se observa en esta representación es que mas del 70%de los clientes consideran que el espacio físico es inadecuado en su tamaño.

Tabla N° 41: N° de personas en estudio, según satisfacción de atención para el paciente "Clínica Santa Clara, Mendoza, octubre 2013 horas de descanso del personal satisfacción de atención

Percepción de calidad	fa	fr
Muy satisfactoria	6	0.30
Medianamente satisfactoria	12	0.60
Poco satisfactoria	2	0.10
TOTAL	20	1.00

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N° 41: Representación gráfica de satisfacción de atención según el paciente.



Comentario

Lo que se deduce en esta representación es que el 30% de los clientes están muy satisfechos con la atención recibida, el 60% medianamente satisfecho y un 10% no están satisfechos con la atención recibida.

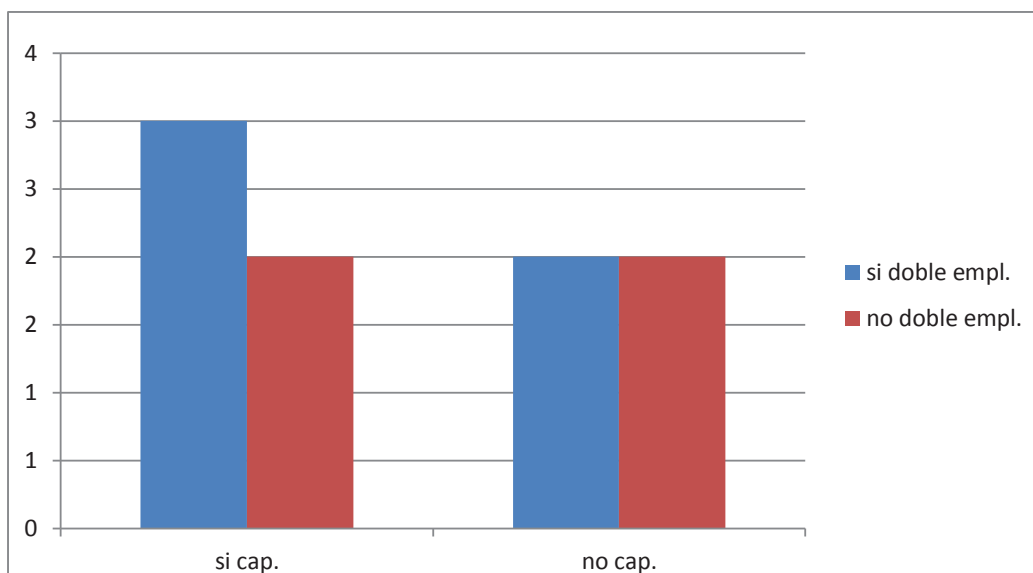
Relación de Variables expresadas en gráficos bivariados

Tabla N°42: Relación entre capacitación del personal y la tenencia de doble empleo

Capacitación/doble empleo	Si doble empleo	No doble empleo
Si se capacita	3	2
No se capacita	2	2

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013.

Gráfico N° 42: Representación gráfica de la relación de la capacitación del Personal con la tendencia al doble empleo



Comentario:

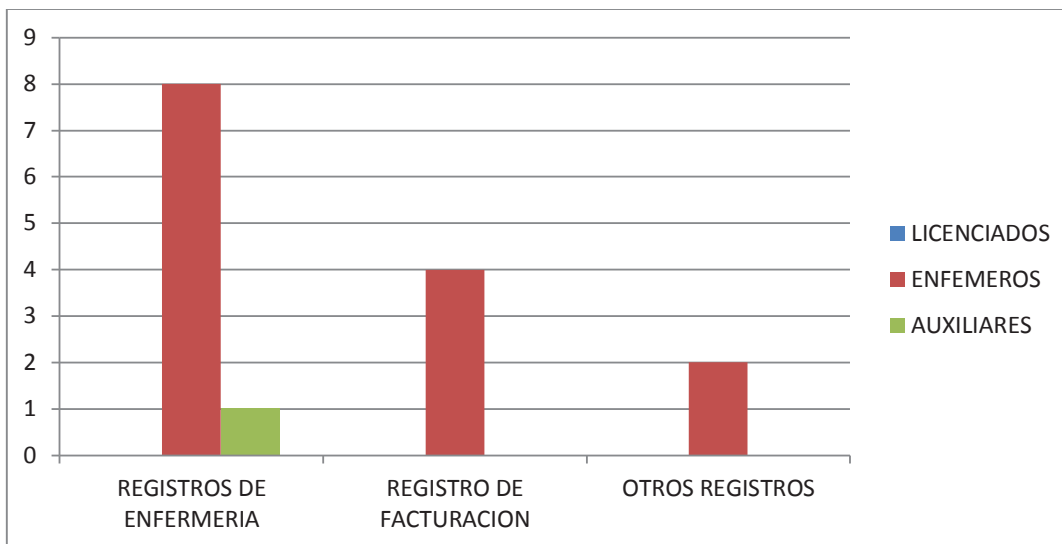
Según lo expresado en el gráfico la ausencia de capacitación no impide la obtención de doble empleo.

Tabla N°43 Relación de nivel académico y registros.

Nivel Académico\Registros	Registros de enfermería	Registro de facturación	Otros registros
Licenciados	0	0	0
Enfermeros	8	4	2
Auxiliares	1	0	0

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013

Gráfico N° 43: Representación gráfica de la relación de nivel académico y registros.



Comentario:

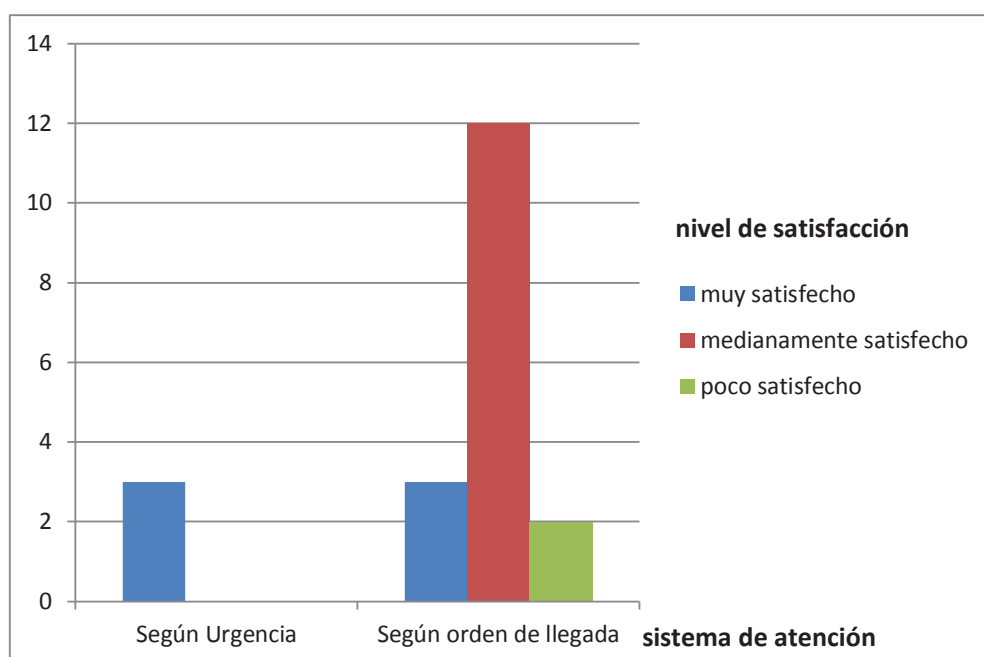
Los enfermeros llevan registros varios, pero este análisis no alcanza a licenciados ya que no hay presencia de estos en el estudio.

Tabla N°44: Relación entre organización de atención y satisfacción

Atención/nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Medianamente satisfecho	Poco satisfecho
Según Urgencia	3	0	0
Según orden de llegada	3	12	2

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013

Gráfico N °44: Representación gráfica de la relación entre organización de atención y satisfacción



Comentario

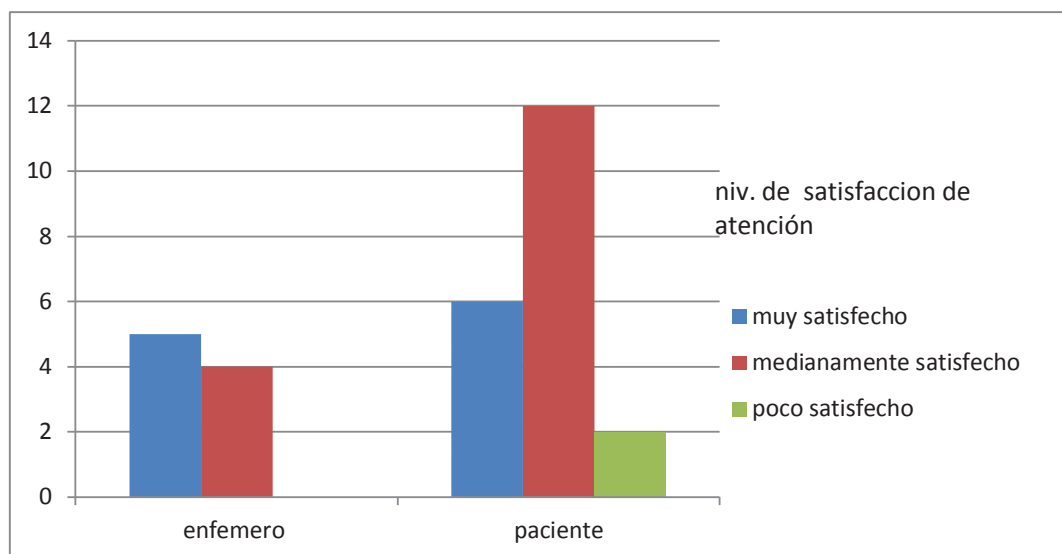
Los clientes atendidos según urgencia en su totalidad están muy satisfechos con la atención brindada, y los pacientes atendidos por orden de llegada están en más del 50% de los casos medianamente satisfechos.

Tabla N°45: Relación entre nivel de satisfacción según enfermero cliente.

Según enfermero-paciente/nivel de satisfacción	Muy satisfecho	Medianamente satisfecho	Poco satisfecho
Enfermero	5	4	0
Paciente	6	12	2

Fuente: Datos obtenidos por los autores, mediante encuesta. Mendoza 2013

Gráfico N°45: Satisfacción de atención del cliente según paciente y enfermero



Comentario:

No se observa diferencia de satisfacción atención entre enfermeros pacientes

Al final de este trabajo investigativo se volcaran todos los resultados de los gráficos en dos tablas matrices.

Conclusión de encuestas correspondientes a enfermeros

Este estudio nos brinda como información que:

A nivel RRHH- la población de enfermeros del servicio de guardia de la clínica Santa Clara es joven equilibrado en ambos sexo, con no más de 15 años de antigüedad laboral y la gran mayoría de ellos han comenzado su carrera en la clínica y han permanecida en ella.

Más del 50% de los enfermeros tienen doble empleo pero esto modifica en pequeño margen los días de descanso ya que se procura que concuerden los francos en ambos trabajos.

El nivel académico es medio ya que no existen licenciados en el servicio el 90%son enfermeros profesionales y solo el 10% auxiliares, se capacitan un 30% del personal.

La distribución de enfermeros no es la misma por turno aunque la asistencia de paciente es constante en todos los turnos.

A nivel recursos materiales e infraestructura el servicio cuenta con elementos de bioseguridad como también con los elementos para atención de urgencias, el espacio físico es pequeño y esto se ve agravado con el sistema de atención que es por orden de llegada la única excepción es cuando el paciente es trasladado por ambulancia.

Teniendo en cuenta lo anteriormente nombrado los enfermeros consideran que se logra satisfacer las necesidades del paciente en gran medida.

Conclusión de encuestas correspondientes a pacientes.

Este estudio nos arroja los siguientes datos:

La población que acude al servicio de guardia de la Clínica Santa Clara es en un 60% menor a 60 años, del 40% restante solo el 10% son mayores a 80 años. Expresan que se les realizan todas las técnicas necesarias para su

atención, consideran que el espacio físico es pequeño y esto se agrava por el sistema de atención que es por orden de llegada con excepción de los traslados por ambulancia que tiene atención inmediata.

Con respecto a la calidad de atención consideran en un 60% que la atención fue medianamente buena, un 30% muy buena y un 10% regular.

Conclusión gráficos bivariados

Con respecto al gráfico número "42" se puede concluir que solo cinco enfermeros son los que se capacitan, de los cuales dos de ellos no posee doble empleo y por lo tanto no resulta relevante este dato al momento de conseguir un segundo trabajo.

Con respecto a la tabla número "43" nos indica que los ocho enfermeros profesionales realizan registros de enfermería, de facturación y algún otro tipo de registro; mientras que el único enfermero auxiliar solo realiza registros de enfermería.

Con respecto al gráfico número "44" se puede concluir que un 60 % de los pacientes que concurren a la guardia, se retiran medianamente satisfechos con la atención recibida por orden de llegada. Mientras que tres de las personas encuestadas se retiraron muy satisfechos con la atención cuando se trató de una urgencia.

Con respecto al gráfico número "45" solo el 55,5% del personal de enfermería se encuentra muy satisfecho con las condiciones de laborales en la guardia. Mientras que un 60% de los pacientes encuestados refieren haber estado medianamente satisfechos con la atención recibida en guardia. Se puede concluir entonces, que el concepto de calidad de atención no es percibido de igual forma entre enfermeros y pacientes.

Capítulo III

Conclusión final

En la realización de este trabajo se obtuvo un enriquecimiento informativo del funcionamiento de la guardia general de la clínica Santa Clara y como se ve afectada la calidad de atención con la organización del sistema de salud.

Se identificó cantidad de recursos humanos, edad, antigüedad laboral, distribución, acciones, capacitación, nivel académico y carga horaria del mismo. Fue muy interesante identificar que más del 50% de los enfermeros tiene doble empleo y esto no modifica sus días de descanso.

Recursos materiales, elementos de bioseguridad, infraestructura y la organización del sistema de salud que en la gran mayoría de los casos es por orden de llegada con excepciones de los traslados por el servicio de ambulancia. Este último es uno de los factores que determina que el sistema burocrático y estructurado del sistema de organización de atención afecta al óptimo funcionamiento del servicio.

Propuestas de acción

Luego de haber concluido con esta investigación surge la posibilidad de aplicar diversos planes o propuestas para colaborar en la solución del problema planteado.

- En primer lugar se deberá capacitar al personal para poder desempeñar su labor de manera cordial y adecuada, dado que la población que accede al servicio tiene variedad etaria, y un alto porcentaje de pacientes jóvenes y un porcentaje de pacientes gerontes. Esto puede afectar la atención por la diversidad.

Se propone capacitación verbal, gestual para la comunicación de todos los clientes.

- Se propone rotación de personal con capacidad e interés de atención al público en general.
- Se propone organizar al sistema de atención de salud por medio de triaje. (ver modelo de triaje en anexo)

Bibliografía

MATERIAL BIBLIOGRAFICO:

- Entrevista al jefe de enfermería del servicio de guardia de la Clínica Santa Clara
 - Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. En: Explorations in quality assessment and monitoring. Vol.I. Health Administration Press. Ann Arbor. Michigan. 1980.
 - International Organization for Standardization. Quality: terms and definitions. 1989.
 - Palmer H. Ambulatory Health Care Evaluation. Principles and Practice. Am Hosp Publish. 1983.
 - Juran JM. Juran y el liderazgo para la calidad. Manual para directivos. Díaz de Santos. Barcelona. 1990.
 - The Principles of Quality Assurance. Report of an Advisory Committee. WHO, Copenhagen. Regional Office for Europe. 1985.
 - Donabedian A. Clinical Performance and Quality Health Care. 1993;1: 14-17.
- Suñol R. El papel de la calidad de la asistencia en una política de contención de costes. En: Etica y Costes en Medicina Intensiva. A. Net , ed. Springer-Verlag. Barcelona. 1997.
- Donabedian A. Setting up Quality Assessment and Assurance Hospitals. Material docente <EADA. Mayo 1989.
 - Ley 26529 Derecho de los pacientes y Consentimiento Informado

PAGINAS WEB:

- <http://www.porexperiencia.com/articulo.asp?num=13> HYPERLINK
"http://www.porexperiencia.com/articulo.asp?num=13&pag=14&titulo=Estres-hospitalario" titulo=Estres-hospitalario
- <http://www.ccee.edu.uy/jacad/2012/x%20area%20y%20mesa/CONTABILIDAD-ADMINISTRACION/hospitalaria.pdf>

- <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/810a238395cd12f504ead38274bd51a8.pdf>
- Sistema Español de Triage", ISBN 84-87450-86-5
Clasificación de pacientes en los servicios de urgencias y emergencias:
Hacia un modelo de triaje estructurado de urgencias y emergencias

APENDICE Y ANEXOS

Modelo de encuesta realizada al personal de enfermería

Enfermeros de servicio de
guardia general de la clínica
Santa clara

Encuesta°1: Dirigida al personal de enfermería de la clínica santa clara

Encuesta realizada por alumnos que cursan el último año del ciclo de licenciatura de enfermería de la Universidad Nacional de Cuyo año 2013, anónima y voluntaria, con el fin de recabar información necesaria del servicio elegido.

Modelo de Encuesta

Marque con una cruz (+) la respuesta que considere correcta.

Preguntas personales

- **1-** Identifique su sexo: Masculino Femenino
- **2-** Puede indicar en qué rango de edad se encuentra:
20 a 30 31 a 40 41 a 50 51 a 60
- **3-** Nivel de formación
Auxiliar de enfermería Enfermero Licenciado
- **4-**Cuál es tu antigüedad laboral?
1 a 5 años 6 a 10 años Más de 10 años
- **5-** ¿Cuál es tu antigüedad laboral en la institución?
1 a 5 años 6 a 10 años Más de 10 años
- **6-** ¿Tiene doble empleo? Si No
- **7-** ¿Cuántas horas semanales trabaja?
Menos de 40hs 45 hs. + de 45 hs.
- **8-** ¿Cuántos francos tiene mensualmente? (si tiene un solo empleo)

- 6+6 + de 10

- 9- ¿Cuántos días libres tiene por mes? (si tiene más de un trabajo)

Menos de 3 + de 3 + de 6

- 10- ¿Cuántas horas duerme por día?

6 + de 6 + de 8

- 11- ¿Realiza alguna actividad de capacitación continua?

Si No

- 12 - Si contesta que sí: ¿En qué consiste dicha capacitación?

- Cursos.....
- Jornadas.....
- Talleres.....
- Especialidades.....

Con respecto a su lugar de trabajo 13- ¿Cuenta con los elementos necesarios de bioseguridad?

Suficiente Medianamente Escasos

- 14- ¿Trabajan la misma cantidad de enfermeros en todos los turnos?

Si No

- 15- ¿Cuántos enfermeros trabajan en su turno?

De 1 a 2 3 a 4 5 y +

- 16- ¿Qué promedio de pacientes se atienden por guardia?

1 a 10 11 a 20 + de 20

- 17- ¿Considera que el servicio cuenta con número de enfermeros adecuado para cubrir la demanda de pacientes?

Optimo Escaso Insuficiente

- 18- ¿Se cuenta con los elementos necesarios para el control de pacientes y atención de urgencia?

Suficiente Medianamente Escasos

- 19- ¿Cómo es definida la atención del paciente?

Por gravedad de urgencia Por orden de llegada Otro sistema

¿En qué consiste la atención de enfermería a los pacientes concurrentes al servicio de guardia?

Valorar:	Siempre	Casi Siempre	A Veces	No se realiza
20- Signos vitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21- Aspecto Físico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22- Aspecto Psíquico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intervenciones asistenciales				
23- Curaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24- Inyectables	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25- Mediciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26- Otras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Registros:				
27- Enfermería	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28- Facturación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29- Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 30-**Con respecto al espacio físico:** ¿Cómo lo definiría en función de la atención a brindar?

Adecuado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pequeño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muy pequeño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 31-¿Considera que puede satisfacer las necesidades de salud a los pacientes que concurren al servicio de guardia?

En gran medida - Medianamente Poco

Muchas gracias por su colaboración.

Encuesta Realizada a pacientes

Clientes que acuden al servicio
de guardia de clínica Santa Clara

Encuesta°2 : Dirigida a los pacientes que acuden a guardia

Encuesta realizada por alumnos que cursan el último año del ciclo de licenciatura de enfermería de la Universidad Nacional de Cuyo año 2013. Encuesta anónima y voluntaria, con el fin de recabar información necesaria del servicio elegido..

Marque con una cruz (+) la respuesta que considere correcta.

Preguntas personales

- **1- Identifique su sexo:** Masculino Femenino
- **2- Puede indicar en qué rango de edad se encuentra:**
20 a 40 41 a 60 61 a 80 +80
- **3- Cuándo necesitó atención:**
¿Consideraron su urgencia? Siempre A Veces Nunca
¿Lo atendieron por orden de llegada? Siempre A Veces Nunca

¿ Le han realizado alguna de las siguientes prestaciones?

	SÍ	NO
4-Control de Signos vitales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5-Curación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Inyectable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7-Medicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8-Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9-Con respecto al espacio físico considera que es:

- Adecuado
- Pequeño
- Muy pequeño

10-Considera que la atención recibida ha sido satisfactoria?

Muy Satisfactoria Medianamente Poco

Muchas Gracias por su colaboración

Ley 26529 Derecho de los pacientes y Consentimiento Informado

Ley 26.529 correspondiente a los derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud fue sancionada por el Senado y Cámara de Diputados de la Nación Argentina reunidos en Congreso, el 21 de Octubre de 2009 y promulgada de hecho el 19 de Noviembre de 2009.

DERECHOS DEL PACIENTE, HISTORIA CLINICA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

ARTICULO 1º — Ámbito de aplicación. El ejercicio de los derechos del paciente, en cuanto a la autonomía de la voluntad, la información y la documentación clínica, se rige por la presente ley.

Capítulo I

DERECHOS DEL PACIENTE EN SU RELACION CON LOS PROFESIONALES E INSTITUCIONES DE LA SALUD

ARTICULO 2º — Derechos del paciente. Constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate, los siguientes:

- a) Asistencia. El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente;
- b) Trato digno y respetuoso. El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes.
- c) Intimidad. Toda actividad médico - asistencial tendiente a obtener, clasificar,

utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley N° 25.326;

d) Confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente;

e) Autonomía de la Voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley N° 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud;

f) Información Sanitaria. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información.

g) Interconsulta Médica. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

Capítulo II

DE LA INFORMACION SANITARIA

ARTICULO 3º — Definición. A los efectos de la presente ley, entiéndase por información sanitaria aquella que, de manera clara, suficiente y adecuada a la capacidad de comprensión del paciente, informe sobre su estado de salud, los estudios y tratamientos que fueren menester realizarle y la previsible evolución, riesgos, complicaciones o secuelas de los mismos.

ARTÍCULO 4º — Autorización. La información sanitaria sólo podrá ser brindada a terceras personas, con autorización del paciente.

En el supuesto de incapacidad del paciente o imposibilidad de comprender la información a causa de su estado físico o psíquico, la misma será brindada a su representante legal o, en su defecto, al cónyuge que conviva con el paciente, o la persona que, sin ser su cónyuge, conviva o esté a cargo de la asistencia o cuidado del mismo y los familiares hasta el cuarto grado de consanguinidad.

Capítulo III

DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

ARTICULO 5º — Definición. Entiéndese por consentimiento informado, la declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:

- a) Su estado de salud;
- b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;
- c) Los beneficios esperados del procedimiento;
- d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;
- e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;
- f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados.

ARTICULO 6º — Obligatoriedad. Toda actuación profesional en el ámbito médico-sanitario, sea público o privado, requiere, con carácter general y dentro de los límites que se fijen por vía reglamentaria, el previo consentimiento informado del paciente.

ARTICULO 7º — Instrumentación. El consentimiento será verbal con las siguientes excepciones, en los que será por escrito y debidamente suscrito:

- a) Internación;

- b) Intervención quirúrgica;
- c) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos;
- d) Procedimientos que implican riesgos según lo determine la reglamentación de la presente ley;
- e) Revocación.

ARTICULO 8º — Exposición con fines académicos. Se requiere el consentimiento del paciente o en su defecto, el de sus representantes legales, y del profesional de la salud interviniente ante exposiciones con fines académicos, con carácter previo a la realización de dicha exposición.

ARTICULO 9º — Excepciones al consentimiento informado. El profesional de la salud quedará eximido de requerir el consentimiento informado en los siguientes casos:

- a) Cuando mediare grave peligro para la salud pública;
- b) Cuando mediare una situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales.

Las excepciones establecidas en el presente artículo se acreditarán de conformidad a lo que establezca la reglamentación, las que deberán ser interpretadas con carácter restrictivo.

ARTICULO 10. — Revocabilidad. La decisión del paciente o de su representante legal, en cuanto a consentir o rechazar los tratamientos indicados, puede ser revocada. El profesional actuante debe acatar tal decisión, y dejar expresa constancia de ello en la historia clínica, adoptando para el caso todas las formalidades que resulten menester a los fines de acreditar fehacientemente tal manifestación de voluntad, y que la misma fue adoptada en conocimientos de los riesgos previsibles que la misma implica.

En los casos en que el paciente o su representante legal revoquen el rechazo dado a tratamientos indicados, el profesional actuante sólo acatará tal decisión si se mantienen las condiciones de salud del paciente que en su oportunidad aconsejaron dicho tratamiento. La decisión debidamente fundada del

profesional actuante se asentará en la historia clínica.

ARTICULO 11. — Directivas anticipadas. Toda persona capaz mayor de edad puede disponer directivas anticipadas sobre su salud, pudiendo consentir o rechazar determinados tratamientos médicos, preventivos o paliativos, y decisiones relativas a su salud. Las directivas deberán ser aceptadas por el médico a cargo, salvo las que impliquen desarrollar prácticas eutanásicas, las que se tendrán como inexistentes.

Capítulo IV

DE LA HISTORIA CLINICA

ARTICULO 12. — Definición y alcance. A los efectos de esta ley, entiéndase por historia clínica, el documento obligatorio cronológico, foliado y completo en el que conste toda actuación realizada al paciente por profesionales y auxiliares de la salud.

ARTICULO 13. — Historia clínica informatizada. El contenido de la historia clínica, puede confeccionarse en soporte magnético siempre que se arbitren todos los medios que aseguren la preservación de su integridad, autenticidad, inalterabilidad, perdurabilidad y recuperabilidad de los datos contenidos en la misma en tiempo y forma. A tal fin, debe adoptarse el uso de accesos restringidos con claves de identificación, medios no reescribibles de almacenamiento, control de modificación de campos o cualquier otra técnica idónea para asegurar su integridad.

La reglamentación establece la documentación respaldatoria que deberá conservarse y designa a los responsables que tendrán a su cargo la guarda de la misma.

ARTICULO 14. — Titularidad. El paciente es el titular de la historia clínica. A su simple requerimiento debe suministrársele copia de la misma, autenticada por autoridad competente de la institución asistencial. La entrega se realizará dentro de las cuarenta y ocho (48) horas de solicitada, salvo caso de emergencia.

ARTICULO 15. — Asientos. Sin perjuicio de lo establecido en los artículos precedentes y de lo que disponga la reglamentación, en la historia clínica se deberá asentar:

- a) La fecha de inicio de su confección;
- b) Datos identificatorios del paciente y su núcleo familiar;
- c) Datos identificatorios del profesional interviniente y su especialidad;
- d) Registros claros y precisos de los actos realizados por los profesionales y auxiliares intervinientes;
- e) Antecedentes genéticos, fisiológicos y patológicos si los hubiere;
- f) Todo acto médico realizado o indicado, sea que se trate de prescripción y suministro de medicamentos, realización de tratamientos, prácticas, estudios principales y complementarios afines con el diagnóstico presuntivo y en su caso de certeza, constancias de intervención de especialistas, diagnóstico, pronóstico, procedimiento, evolución y toda otra actividad inherente, en especial ingresos y altas médicas.

Los asientos que se correspondan con lo establecido en los incisos d), e) y f) del presente artículo, deberán ser realizados sobre la base de nomenclaturas y modelos universales adoptados y actualizados por la Organización Mundial de la Salud, que la autoridad de aplicación establecerá y actualizará por vía reglamentaria.

ARTICULO 16. — Integridad. Forman parte de la historia clínica, los consentimientos informados, las hojas de indicaciones médicas, las planillas de enfermería, los protocolos quirúrgicos, las prescripciones dietarias, los estudios y prácticas realizadas, rechazadas o abandonadas, debiéndose acompañar en cada caso, breve sumario del acto de agregación y desglose autorizado con constancia de fecha, firma y sello del profesional actuante.

ARTICULO 17. — Unicidad. La historia clínica tiene carácter único dentro de cada establecimiento asistencial público o privado, y debe identificar al paciente por medio de una "clave uniforme", la que deberá ser comunicada al mismo.

ARTICULO 18. — Inviolabilidad. Depositarios. La historia clínica es inviolable. Los establecimientos asistenciales públicos o privados y los profesionales de la salud, en su calidad de titulares de consultorios privados, tienen a su cargo su guarda y custodia, asumiendo el carácter de depositarios de aquélla, y debiendo instrumentar los medios y recursos necesarios a fin de evitar el

acceso a la información contenida en ella por personas no autorizadas. A los depositarios les son extensivas y aplicables las disposiciones que en materia contractual se establecen en el Libro II, Sección III, del Título XV del Código Civil, "Del depósito", y normas concordantes.

La obligación impuesta en el párrafo precedente debe regir durante el plazo mínimo de DIEZ (10) años de prescripción liberatoria de la responsabilidad contractual. Dicho plazo se computa desde la última actuación registrada en la historia clínica y vencido el mismo, el depositario dispondrá de la misma en el modo y forma que determine la reglamentación.

ARTICULO 19. — Legitimación. Establécese que se encuentran legitimados para solicitar la historia clínica:

- a) El paciente y su representante legal;
- b) El cónyuge o la persona que conviva con el paciente en unión de hecho, sea o no de distinto sexo según acreditación que determine la reglamentación y los herederos forzosos, en su caso, con la autorización del paciente, salvo que éste se encuentre imposibilitado de darla;
- c) Los médicos, y otros profesionales del arte de curar, cuando cuenten con expresa autorización del paciente o de su representante legal.

A dichos fines, el depositario deberá disponer de un ejemplar del expediente médico con carácter de copia de resguardo, revistiendo dicha copia todas las formalidades y garantías que las debidas al original. Asimismo podrán entregarse, cuando corresponda, copias certificadas por autoridad sanitaria respectiva del expediente médico, dejando constancia de la persona que efectúa la diligencia, consignando sus datos, motivos y demás consideraciones que resulten menester.

ARTICULO 20. — Negativa. Acción. Todo sujeto legitimado en los términos del artículo 19 de la presente ley, frente a la negativa, demora o silencio del responsable que tiene a su cargo la guarda de la historia clínica, dispondrá del ejercicio de la acción directa de "habeas data" a fin de asegurar el acceso y obtención de aquélla. A dicha acción se le imprimirá el modo de proceso que en cada jurisdicción resulte más apto y rápido. En jurisdicción nacional, esta acción quedará exenta de gastos de justicia.

ARTICULO 21. — Sanciones. Sin perjuicio de la responsabilidad penal o civil

que pudiere corresponder, los incumplimientos de las obligaciones emergentes de la presente ley por parte de los profesionales y responsables de los establecimientos asistenciales constituirán falta grave, siendo pasibles en la jurisdicción nacional de las sanciones previstas en el título VIII de la Ley 17.132 —Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las mismas— y, en las jurisdicciones locales, serán pasibles de las sanciones de similar tenor que se correspondan con el régimen legal del ejercicio de la medicina que rija en cada una de ellas.

Capítulo V

DISPOSICIONES GENERALES

ARTICULO 22. — Autoridad de aplicación nacional y local. Es autoridad de aplicación de la presente ley en la jurisdicción nacional, el Ministerio de Salud de la Nación, y en cada una de las jurisdicciones provinciales y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, la máxima autoridad sanitaria local.

Invítase a las provincias y a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a adherir a la presente ley en lo que es materia del régimen de sanciones y del beneficio de gratuidad en materia de acceso a la justicia.

ARTICULO 23. — Vigencia. La presente ley es de orden público, y entrará en vigencia a partir de los NOVENTA (90) días de la fecha de su publicación.

ARTICULO 24. — Reglamentación. El Poder Ejecutivo debe reglamentar la presente ley dentro de los NOVENTA (90) días contados a partir de su publicación.

ARTICULO 25. — Comuníquese al Poder Ejecutivo.

DADA EN LA SALA DE SESIONES DEL CONGRESO ARGENTINO, EN BUENOS AIRES, A LOS VEINTIUN DIAS DEL MES DE OCTUBRE DEL AÑO DOS MIL NUEVE.

Modelo de Triage de enfermería

Luego de haber sido desarrollada esta investigación surge como propuesta de acción ante la problemática planteada, el desarrollo de un triaje en enfermería. Sistema protocolar ya desarrollado e implementado para establecer un orden y brindar una atención más organizada a los pacientes en países del primer mundo, como es el caso de España y Francia.

Definición de triaje

Conforme a lo establecido por el Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma para Médicos (ATLS) se denomina «traje» al método de selección y clasificación de pacientes basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles para su atención.

Triar en Español es escoger, separar, escoger, separar, entresacar.

Triage

Esta clasificación, que se ha ido empleando y en estos países se ha extendido para las. En estas se clasifica a los pacientes por colores:

-
- Negro: cuando es cadáver o las posibilidades de recuperación son nulas.
 - Rojo: cuando el paciente tiene posibilidad de sobrevivir y la actuación médica debe ser inmediata.
 - Amarillo: es un paciente diferible, para ser vigilado mientras se le puede atender.
 - Verde: paciente levemente lesionado, que puede caminar y su traslado no precisa medio especial.

En algunos triajes diferencian el negro que es el paciente agonizante del blanco en que ya ha fallecido.

Triaje de urgencias y emergencias

Se trata del proceso de clasificación tanto para los que acuden a un Servicio de Urgencias, hospitalario o extrahospitalario. Entendemos por triaje de urgencias el proceso de valoración clínica preliminar que ordena los pacientes antes de la valoración diagnóstica y terapéutica completa según su grado de urgencia, de forma que en una situación de saturación del servicio o de disminución de recursos, los pacientes más urgentes son tratados los primeros, y el resto son controlados continuamente y revaluados hasta que los pueda visitar el equipo médico. El triaje de emergencias extrahospitalario tiene dos componentes: Triaje telefónico, entendido como el proceso de clasificación de los pacientes por el Centro Coordinador o Regulador de Emergencias, con base en la valoración protocolizada de su grado de urgencia, de forma que se establezcan los tiempos de espera razonables para ser atendidos y tratados por el equipo sanitario y se active el mejor recurso de atención para su caso y/o el mejor medio de transporte sanitario al centro sanitario más adecuado, independientemente del orden de la demanda asistencial; y el Triaje de Emergencias, entendido como el proceso de clasificación de los pacientes por un equipo sanitario de atención pre hospitalaria, de acuerdo a la valoración protocolizada de su grado de urgencia, de forma que se establezca los tiempos de espera razonables para ser atendidos y tratados por el equipo sanitario y el mejor medio de transporte sanitario al centro sanitario más adecuado.

En los hospitales, generalmente es realizado por el personal de enfermería.

En España se han realizado dos adaptaciones, que se están implantando en varios hospitales:

- El "SET", Sistema Español de Triaje, que resulta de una adaptación del "MAT", Modelo Andorrano de Triaje. En él hay 650 motivos de consulta distribuidos en 32 categorías sintomáticas, que con datos del interrogatorio y unos datos exploratorios básicos, clasifican con 5 niveles de urgencia.

- El "Manchester", basado en el sistema del mismo nombre del Reino Unido. A partir de 51 motivos de consulta y a través de unas preguntas dirigidas en un diagrama. Es decir según la respuesta si/no, se produce la clasificación, con 5 niveles de gravedad.

La tendencia actual, en la mayoría de los hospitales, es la de establecer 5 niveles de gravedad, según la posible demora en su atención:

- Nivel 1 o rojo: precisa de la atención por el médico de forma inmediata.
- Nivel 2 o naranja: la atención por el médico puede demorarse hasta 10 minutos.
- Nivel 3 o amarillo: la atención por el médico puede demorarse hasta 60 minutos.
- Nivel 4 o verde: la atención por el médico puede demorarse hasta 2 horas.
- Nivel 5 o azul: la atención por el médico puede demorarse hasta 4 horas.

En caso de que por falta de recursos no pudiera cumplirse con estos tiempos se debería retirar, es decir volver a valorar la situación del paciente. Cabe señalar que a nivel hospitalario el triaje es una actividad especializada de los servicios de emergencia o urgencia, que se caracteriza por un registro escrupuloso de las funciones vitales, escalas e índices diversos, los que son constantemente evaluados para mejorar los resultados, evitando el sobre triaje o subtraje, asegurando la calidad de atención.

Los programas referidos, aunque engloban teóricamente el nivel extra-hospitalario, no reflejan las características diferentes en este medio.

Codificación encuesta dirigida al paciente

- 1: Sexo F: femenino, M: masculino
- 2: Edad A: 20-40, B: 40-60, C: 60-80, D: +80
- 3: Sistema de atención: U: urgencia, L: llegada
- 4: Se realizó control de signos vitales: S:si,N: no
- 5: Se realizó curaciones. S:si, N: no
- 6: Se realizó inyectables. S: si, N: no
- 7: Se realizó medicación: S: si, N: no
- 8: Se realizó otro tipo de control: S: si, N: no
- 9: Espacio físico: A: adecuado, P: pequeño, M: muy pequeño.
- 10: Atención recibida satisfactoria: S: satisfechos, M: medianamente satisfechos, P: poco satisfecho

Codificación encuesta dirigida al enfermero

- 1: Sexo-F: femenino, M: masculino
- 2: Edad-A:20-30, B: 30-40, C: 40-5, D: 50-60.
- 3: Nivel de formación: A-auxiliares de enferma, E-enfermeros profesional, L-licenciados en enfermería
- 4: Antigüedad laboral: A: 1-5, B: 5-10, C: 10-15, D: 15-20.
- 5: Antigüedad en la institución: -A: 1-5, B: 5-10, C: 10-15, D: 15-20.
- 6: Doble empleo: S: si, N: no.
- 7: Horas semanales trabajadas: A: 35-40, B: 40-45, C: 45-50.
- 8: Francos mensuales: A: 2-5, B: 5-8, C: 8-10.
- 9: Días libres: A: 1-3, B: 3-6, C: 6-9.
- 10: Hora de descanso/sueño por día: A: 4-6, B: 6-8, C: 8-10.
- 11: Capacitación continua: S-sí, N-no.
- 12: Tipo de capacitación: cursos: jornadas, T: talleres, E: especialización.
- 13: Elementos de bioseguridad: S: suficiente, M: medianamente, E: escasos.
- 14: Igual cantidad de enfermeros por turno: S: si, N: no.
- 15: Cantidad de enfermeros por turno: A: 1-2, B: 2-4, C: 4-6.
- 16: Promedio de pacientes por turno: A: 1-10, B: 10-20, C: 20- 30.
- 17: Cantidad de enfermeros adecuado para satisfacer las necesidades del paciente: O: optimo. E: escasos, I: insuficiente.
- 18: Elementos para atención del paciente: S: suficiente, M: medianamente, E: escasos.
- 19: Sistema de atención: U: urgencia, L: llegada, O: otros.
- 20: Se realizó control de signos vitales: S: siempre, C: casi siempre, V: a veces, N: nunca.
- 21: Se realizó control aspecto físico. S: siempre, C: casi siempre, V: a veces, N: nunca

- 22 Se realizó control aspecto Psíquico. S: siempre, C: casi siempre, V: a veces, N: nunca
- 23 Se realizó curaciones. S: siempre, C: casi siempre, V: a veces, N: nunca
- 24 Se realizó inyectables. S: siempre, C: casi siempre, V: a veces, N: nunca
- 25- Se realizó medicación: S: siempre, C: casi siempre, V: a veces, N: nunca
- 26: Se realizó otro tipo de control: S: siempre, C: casi siempre, V: a veces, N: nunca
- 27: Se realizó registro de enfermería: S: siempre, C: casi siempre, V: a veces, N: nunca
- 28: Se realizó registro de facturación: S: siempre, C: casi siempre, V: a veces, N: nunca
- 29: Se realizó otro tipo de registros: S: siempre, C: casi siempre, V: a veces, N: nunca
- 30: Espacio físico: A: adecuado, P: pequeño, M: muy pequeño.
- 31: Logro satisfacción de las necesidades del paciente: G: gran medida, M: medianamente, E: escaso

Conclusión de encuestas correspondientes apacientes

enc/var	1		2			3		4		5		6		7		8		9		10			
orden	F	M	A	B	C	D	U	L	S	N	S	N	S	N	S	N	A	P	M	S	M	P	
1	•		•				•		•			•		•		•				•	•		
2	•				•			•	•			•			•	•		•					•
3		•	•					•	•			•			•		•	•				•	
4		•	•					•	•			•	•		•		•	•				•	
5		•			•		•		•			•	•		•		•	•					•
6	•		•				•		•			•	•		•		•	•		•			•
7		•			•			•	•			•	•		•		•	•		•			•
8	•				•		•		•			•	•		•		•	•			•		•
9	•			•				•	•			•	•		•		•	•		•			•
10	•					•		•	•			•	•		•		•	•			•		•
11		•	•					•	•			•	•		•		•	•					•
12		•				•		•	•			•	•		•		•	•					•
13	•			•				•	•			•	•		•		•	•				•	
14		•	•					•	•			•	•		•		•	•					•
15	•		•					•	•			•	•		•		•	•					•
16		•			•			•	•			•	•		•		•	•					•
17	•			•				•		•		•	•		•		•	•			•		•
18	•				•			•	•			•	•		•		•	•				•	
19	•			•				•	•			•	•		•		•	•				•	
20		•	•					•	•			•	•		•		•	•			•		•

