

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
ESCUELA DE ENFERMERÍA

*Tesina para optar el grado académico de
Bachillerato*

**CUMPLIMIENTO DE LA NORMA PARA
LA HABILITACIÓN DE HOSPITALES
GENERALES Y SERVICIOS ESPECIALES
POR PARTE DEL PERSONAL DE
ENFERMERÍA, EN RELACIÓN CON LA
ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD A LOS
USUARIOS, SERVICIO DE ONCOLOGÍA
HOMBRES, HOSPITAL ESPECIALIZADO
CLASE A, JUNIO-AGOSTO, 2017.**

RESPONSABLES:

ARAYA CAMPOS MARÍA GABRIELA

CAMPOS ARCE JENNIFER PAMELA

SERRANO MONTES ESTEBAN ANDREY

Agosto, 2017

CUMPLIMIENTO DE LA NORMA PARA LA HABILITACIÓN DE HOSPITALES GENERALES Y SERVICIOS ESPECIALES POR PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA, EN RELACIÓN CON LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD A LOS USUARIOS, SERVICIO DE ONCOLOGÍA HOMBRES, HOSPITAL ESPECIALIZADO CLASE A, JUNIO-AGOSTO, 2017.

Universidad Hispanoamericana

Carrera de enfermería

Responsables: María Gabriela Araya Campos, Jennifer Campos Arce, Esteban Serrano Montes.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: esta norma tiene el objetivo en especificar las condiciones y requisitos que deben cumplir los Hospitales que cuenten con servicios especiales para poder brindar atención de salud a las personas, dentro de esta norma detalla el desarrollo de las necesidades de un servicio de oncología, de un hospital general clase A, por ende esta norma tiene relación con la atención integral que es la provisión continua y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, para las personas, en el contexto de su familia y comunidad, cuya atención es brindada por el personal de enfermería.

OBJETIVO GENERAL: demostrar el cumplimiento de la norma para la habilitación de hospitales generales y servicios especiales, por parte del personal de enfermería, en relación con la atención integral de salud a los usuarios del servicio de oncología hombres en un hospital especializado clase A, durante el periodo Junio – Agosto, 2017

METODOLOGÍA: es una investigación con enfoque cualitativo, con estudios correlacionales, que miden el grado de interacción entre la norma y la atención integral de la salud, y estudios explicativos que se va centrar en determinar las causas por las cuales no se cumple la norma de habilitación de hospitales generales y servicios especiales por parte del personal de enfermería y por ende hay una disminución de la calidad de atención integral. Se utiliza con fuentes primarias y secundarias, el instrumento utilizado para la recolección de

información es por medio de la revisión bibliográfica, la investigación es de forma no experimental de tipo transversal que consiste en que los hechos se dan de forma natural y no se permite conocer la secuencia temporal de los acontecimientos.

RESULTADOS: La aplicación de la norma se puede ver afectada por el ausentismo laboral, síndrome de burn out que con lleva a la desmotivación, falta de presupuesto para la contratación del personal, falta de protocolo en la atención integral. Dando como resultado un déficit en la atención integral en los usuarios del servicio de oncología de hombres en un hospital especializado clase A.

DISCUSIÓN: la aplicación de la Norma para la habilitación de Hospitales Generales y Servicios Especiales es requerida. A pesar de que enfermería no se encarga de hacer valer dicha norma, el velar por su cumplimiento, buena ejecución y conocimiento es vital si el objetivo de su atención es el velar por una atención óptima y de calidad. El servicio de oncología, además de ser un servicio con pacientes complicados en todos los aspectos, como aspectos físicos, emocionales, tratamientos, cuidado y atención en general, es un servicio que para cumplir con la atención deseada debe estar preparada para cumplir su meta. El personal debe estar calificado para desarrollar esta tarea, debe conocer los planes de atención y normas como esta.

CONCLUSIÓN: se logra evidenciar que no hay un cumplimiento de la norma para la habilitación de hospitales generales y servicios especializado por parte del personal de enfermería, la cual llega a afectar la atención integral de la salud hacia los usuarios del servicio de oncología hombres, debido que no hay suficiente personal de acuerdo lo estipulado a la norma, generando un sobrecargo de funciones, mayor manejo de estrés, ausentismo laboral, desmotivación en el personal de enfermería.

COMPLIANCE WITH THE POLICY FOR THE QUALIFICATION OF GENERAL HOSPITALS AND SPECIAL SERVICES BY NURSING PERSONNEL IN RELATION TO HEALTH CARE FOR USERS, MEN ONCOLOGY SERVICE, SPECIALIZED HOSPITAL CLASS A, JUNE-AUGUST, 2017

Universidad Hispanoamericana

Nursery Career

Students: María Gabriela Araya Campos, Jennifer Campos Arce, Esteban Serrano Montes

SUMMARY

INTRODUCTION: This policy has the goal of specifying the conditions and requirements that must be met by Hospitals that have special services to provide health care to people; this policy details the development of the needs of an oncology service of a class A General Hospital, therefore this policy is related to the integral care that is the continuous provision and quality of care oriented to the promotion, prevention, recovery and rehabilitation in health for people in the context of their family and their community, whose care is provided by the nursing staff..

GENERAL GOAL: to demonstrate compliance with the policy for the habilitation of general hospitals and special services by nursing staff in relation to total health care for users of the service of oncology for men in a specialized class A hospital during the period June - August, 2017.

METHODOLOGY: it is a research with a qualitative approach, with correlated studies, that measure the degree of interaction between the standard and the integral health care, and explanatory studies that will focus on determining the causes for which the habilitation standards of

general hospitals and special services are not being met by the nursing staff and therefore there is a decrease in the quality of integral care. Used with primary and secondary sources, the instrument utilized for the collection of information from means of bibliographic review, the research is non-experimental, cross-sectional type that consists of that the facts occur naturally and the temporal sequence of the events is unknown.

RESULTS: The application of the standards can be affected by work absenteeism, burn out syndrome that leads to demotivation, lack of budget for hiring staff, lack of protocol in integral care. Resulting in a deficit in the integral care in the users of the service of oncology of men in a class A specialized hospital.

DISCUSSION: The application of the Standard for the habilitation of General Hospitals and Special Services is required. Although infirmery is not responsible for enforcing the rule, ensuring compliance, good execution and knowledge is vital if the goal of its care is to ensure optimal and qualitative care. Oncology service, in addition to being a service with complicated patients in all aspects, such as physical, emotional, treatment, general care and attention, is a service that to meet the desired care must be prepared to meet its goal. The staff must be qualified to perform this task, must have the knowledge of the plans of care and standards like this

CONCLUSION: it is possible to demonstrate that there is no compliance with the standard for the habilitation of general hospitals and specialized services by nursing personnel, which affects the integral health care of the users of the oncology for men service, due to the fact that there is not enough staff in agreement with the standard, generating an overload of functions, greater stress, absenteeism at work, demotivation in the nursing staff.

TABLA DE CONTENIDO

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.1 Antecedentes del Problema

1.1.2 Delimitación del Problema

1.1.3 Justificación

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL

1.3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

1.3.2 Objetivos específicos

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1 Alcances de la investigación

1.4.2 Limitaciones de la investigación

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO TEÓRICO – CONCEPTUAL

2.1.1 Teorizante de Enfermería

2.1.2 Sector Salud y Sistema Nacional de la Salud

2.1.3 Norma para la habilitación de Hospitales Generales y Servicios Especiales

2.1.4 Posibles factores que afectan la aplicación de la norma

2.1.5 Modelo de atención integral de la salud en Costa Rica.

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

3.3 UNIDADES DE ANALISIS

3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

CAPITULO IV. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 GENERALIDADES

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1 EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

6.2 RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

CAPITULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.1 Antecedentes del Problema

En Costa Rica en las últimas décadas ha sido de vital importancia brindar dentro del sistema de salud una atención integral desde diferentes puntos de vista, de forma tal que se han implementado diferentes métodos para llegar a ese objetivo. Es así como desde el 15 de febrero de 1983 mediante el Decreto Ejecutivo No. 14313 SPPS-PLAN llamado Constitución del Sector Salud en el que se regula su estructura y organización se forma el Sector Salud de Costa Rica ⁽¹⁾, donde se determina específicamente cuales instituciones públicas y privadas lo incorporan.

Dentro de las instituciones principales se encuentran Ministerio de Salud. Ministerio de Planificación y Política Económica. Ministerio de la Presidencia. Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados. Caja Costarricense de Seguro Social. Instituto Nacional de Seguros (específicamente los programas de riesgos del trabajo y accidentes de tránsito). Universidad de Costa Rica (de ésta, el Instituto de Investigaciones en Salud (INISA) y el área de Ciencias de la Salud).

Instituciones que desde diferentes conceptos y programas velan por un fortalecimiento y mejoramiento de la salud costarricense, con el fin de aumentar la esperanza de vida y combatir contra la pobreza y el desempleo.

El ministerio de Salud desde el 09 de noviembre de 1998 se responsabiliza de la rectoría del sistema y de la coordinación y el control técnico de los servicios dirigidos a alcanzar salud y bienestar para toda la población.

Al ser Costa Rica un país con índices de salud tan favorables, genera que la población vaya en aumento al igual que la esperanza de vida al nacer; sin embargo se siguen presentando retos en temas de salud. , por ejemplo para el año 2007-2008 las enfermedades del aparato circulatorio, tumores malignos, enfermedades del aparato respiratorio y digestivo van en aumento ⁽²⁾

Al ir en aumento, representan retos para las organizaciones de salud, pues deben atender de manera oportuna dichas situaciones, ya sea implementado método de prevención y atención de la salud, con programas de información a la población, campañas gratuitas de exámenes generales, normas o leyes que incluyan la prevención o disminución de exposición a factores de riesgo como la Ley 9028 de ambientes libres de humo de tabaco.

La capacitación de profesionales que permite llevar a cabo el cumplimiento de los objetivos relacionados a brindar una atención de salud más oportuna e integradora, llamándose profesionales en salud donde se incluya médicos, enfermeros, farmacéuticos. En el año 2007 se consideró que por ejemplo la necesidad de profesionales en enfermería aumentó en más de un punto, de 16.0 a 17.2 por cada 10.000 habitantes. ² (ver anexo #1)

Al ser las profesiones relacionadas con la salud, tan importantes para el adecuado funcionamiento, desarrollo y viabilidad del país en temas de prevención y atención de enfermedades; las instituciones específicamente el Ministerio de Salud ha tenido que implementar normas que rijan dichas profesiones y desarrollo de centros de atención de salud, para que la atención de salud sea óptima, integradora y eficaz.

En el 14 de julio del 2014 se creó la norma para la habilitación de hospitales generales y servicios especiales, como método para mejorar la calidad de atención en los servicios de salud, condiciones de operación de los establecimientos que prestan servicios de salud. En

donde abarca aspectos como el recurso humano, planta física, recursos materiales, en cada uno de los servicios especiales de un hospital sea público, privado o mixto. ⁽³⁾

Dicha norma, permite brindar una atención en salud basada en que la salud es un derecho fundamental de todo ser humano, de manera tal que se incluyen aspectos específicos para para brindar una atención en salud integral. Al ser la salud un derecho fundamental, existen leyes que lo contemplan, por ejemplo bajo el Protocolo adicional de la Convención Americana de Derechos Humanos, en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; del “Protocolo de San Salvador”, suscrito en San Salvador, el 17 de noviembre del 1998 el cual fue retomado por Costa Rica el 16 de noviembre de 1999, en el artículo 10. En donde textualmente dice: “Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.” Y que para el cumplimiento de ese derecho se pone a disposición de la población la atención primaria en salud, que incluya la total inmunización, prevención y tratamiento de las enfermedades endémicas. ⁽⁴⁾

Se continuó desarrollando en el país implicaciones políticas que consideraran la salud como un derecho vital para las personas; tal es así que él hace alusión al voto 5130-94 del 7 de septiembre de 1994, de la Sala Constitucional. De este se desprende que, el derecho a la vida y a la salud constituye valores supremos cuyo guardián debe ser el Estado. “la Constitución Política en su artículo 21 establece que la vida humana es inviolable y a partir de ahí se ha derivado el derecho a la salud que tiene todo ciudadano, siendo en definitiva al Estado a quien le corresponde velar por la salud pública impidiendo que se atente contra ella. ⁽⁴⁾

Para el Estado proveer una atención en salud adecuada, representa una prioridad incluso desde aspectos políticos, pues la salud no es un bienestar que se logra solamente desde la parte individual sino también desde la parte colectiva, de manera tal que el trabajo del

gobierno es este aspecto es de vital importancia. Para ello se plantea el modelo de atención, el cual se vio sujeto a un conjunto de transformaciones desde el año 1900 y es hasta el 1996 que se plantea el modelo de Medicina integral de Salud.

Se debe entender con una mayor amplitud, principalmente, si se quiere considerar la concepción del proceso de salud enfermedad; además, de la integralidad de la atención, una jerarquización de la red de servicios y una articulación intersectorial en la configuración de las políticas de salud.

El modelo de salud genera eficiencia, eficacia y calidad a la atención de salud; las cuales están íntimamente relacionadas entre sí, por lo tanto se indica que si no existe la eficiencia o eficacia no se da una atención de salud de calidad. Aspectos relacionados con la capacidad de gestión y organización institucional o departamental.

Se incluye otro aspecto muy importante incluido dentro de la norma la para habilitación de hospitales generales y servicios especiales, relacionado con la cantidad de pacientes por personal de enfermería existente en el servicio, lo cual de acuerdo a su cumplimiento y distribución oportuna da como resultado una atención en salud eficiente, eficaz y de calidad.

Al permitir que la atención sea integradora y adecuada, contribuye según estudios internacionales a disminuir las infecciones nosocomiales, la estancia hospitalaria y los índices de mortalidad.

Un estudio realizado en Madrid, España, por la Universidad de Southampton y el King's College de Londres, reveló que la mortalidad ⁽⁵⁾ de los pacientes crece si las enfermeras que los cuidan tienen a su cargo más de seis pacientes. Un resultado llamativo y favorecedor es que por debajo de seis enfermos cuidados por cada profesional, la tasa de fallecimientos baja un 20 por ciento con respecto a cuidar de diez o más personas simultáneamente. Se

dice que no importa si la cantidad de auxiliares de Enfermería presentes en el servicio es mayor al número de enfermeras, ya que la tasa continúa en la misma proporción.

La investigación estudia los vínculos entre el número de trabajadores y la mortalidad de los pacientes; se revela que las políticas en Reino Unido de suplir los puestos de Enfermería por más auxiliares repercuten negativamente en la calidad en el tratamiento de los pacientes. Jane Ball, autora del artículo, resalta que las decisiones de personal deben hacerse sobre la base de la seguridad al paciente, no de financiación. ⁽⁵⁾

“La atención individualizada de bebés en cuidados intensivos cae un 40%” ⁽⁵⁾, este estudio de la revista Archives of Disease in Childhood, también revela que la proporción de bebés atendidos por enfermeras individualizadas en cuidados intensivos neonatales se ha reducido drásticamente entre el 2008 y 2012. Esto va relacionado con aumento en la tasa de mortalidad de un 0,6 por ciento.

“La mortalidad de los servicios hospitalarios aumenta un 7 por ciento por cada paciente que se suma al área de competencia de una sola enfermera (en España, se calcula que la ratio oscila entre los 10-11 enfermos por cada una)”, esto fue dicho en la primera jornada del XXXVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Esto es asegurado gracias a un estudio multicéntrico del 2004 (en la revista The Lancet), donde se ha relacionado la cantidad de pacientes por enfermera, su mortalidad y estancia hospitalaria.

El estudio recopiló información de 144 servicios, se dedujo que la distribución de pacientes por enfermera no era homogénea, la carga de trabajo es diferente según el servicio, algunos atienden a ocho pacientes y otros a 13; datos que revelan que a mayor carga de trabajo de Enfermería mayor es la estancia media y de la mortalidad. Esto quiere decir que a mayor sobrecarga, peores resultados. ⁽⁶⁾

La atención integral de salud ha sido estudiada desde que se vio la necesidad de brindar o atender a las necesidades de las personas. Desde las guerras, eventos o desastres naturales, masacres, personas con movimientos extremistas y autoritarios donde ciertas personas o grupos sociales terminaban afectadas y lastimadas, se ha visto la necesidad de la “atención integral”.⁽⁶⁾

La búsqueda de una mejora en la atención de salud, para que sea integral, se ha visto condicionada por múltiples factores; entre ellos se puede destacar el incremento de la esperanza de vida, mayor dependencia en la edad avanzada, la evolución de la sociedad a ser una sociedad que sufre de fenómenos como la globalización, la conquista de derechos civiles y sociales, lo que genera una mayor demanda y exigencia por parte de la ciudadanía a tener igualdad de derechos y oportunidades⁽⁷⁾

Se puede afirmar con lo expuesto anteriormente que, el tipo de atención y apoyo que cada persona requiere en cada etapa de su vida va a ser variable en su totalidad. No se puede pretender que la creación de protocolos para cada enfermedad, padecimiento y/o alteración de la vida humana sea atendida de la misma forma. Lo cual indica que el concepto de atención integral también ha ido cambiando y siendo modificado con el pasar de los años, no es lo mismo atención integral de los años setentas a los años actuales, como se ha dicho anteriormente, hay mayor exigencia para cumplir eficazmente con el dicho concepto.

España, ha concluido que las exigencias, intensidad y atenciones de las personas son cada vez mayores⁽⁷⁾. El padecer de una enfermedad crónica hace que la atención brindada sea aún más especializada y a la vez complicada. Por otro lado, el avance en las leyes y normas que rigen los derechos humanos han provocado que este tema se torne aún más importante para la sociedad y claramente, tenga más peso de influencia en todas las personas que

conozcan o tengan conocimiento de esto. Lo complicado es cuando las personas no tienen un buen manejo de información o esta está adulterada.

Las políticas sociales relacionadas a urbanismo, vivienda, transporte, educación, empleo, participación social y cultura hacen que el responder a las nuevas demandas sea más difícil ⁽⁷⁾. El mal manejo de información o la información equivocada hacen que la atención no se brinde de la forma que se debería. Estos factores generan que la atención tenga deficiencias e ineficiencias en cuanto a la prestación de servicios de salud se trata. Es cuando la coordinación horizontal y vertical se ven alteradas, es decir, entre los niveles de un mismo sistema y entre varios sistemas. Por esto, la atención se ha visto modificada y ha sido cambiado su concepto en los usuarios y el personal de salud.

La atención integral de enfermería debe ser aún más holística, como las bases de su ciencia. Es por eso que se dice que, “el personal profesional de Enfermería debe tener claridad sobre su objeto de estudio y trabajo” ⁽⁸⁾, es decir, no puede dejar de lado el que su objetivo siempre estará enfocado a fomentar y preservar la salud de la persona, de la familia y de la sociedad; por esto se dijo de manera holística.

En México, se destaca la importancia de responder a las necesidades de la población en el ámbito de la salud, donde se debería orientar su servicio hacia la salud, no hacia la enfermedad. Cabe destacar que este enfoque “erróneo” genera altos costos en la atención brindada. (Hernández Gómez, 2009) Esto clarifica y revela la importancia del ejercicio profesional de enfermería, ya que muestra los límites y alcances del cuidado de enfermería en un sistema de salud (con base biologicista, ahistórica e individual, hospitalaria, curativa y por una fragmentación en la atención del equipo interdisciplinario de salud). ⁽⁸⁾

“La salud es un término que puede adoptar significados diversos dependiendo del uso y contexto en que se utiliza” ⁽⁸⁾, por esto se han plasmado varios términos, expuestos en el 2009, para poder describirlo. Desde el punto de vista:

Filosófico: es un hábito psico-orgánico, consiste en la posesión de una normalidad y capacidad física para realizar los proyectos vitales de la persona. ⁽⁸⁾

De la Organización Mundial de la Salud: estado de perfecto bienestar físico, psíquico y social, y no sólo la ausencia de lesión o enfermedad. ⁽⁸⁾

En latín: “salus y salvatio” (salud y salvación respectivamente), significaban estar en condiciones de poder superar un obstáculo. ⁽⁸⁾

Algo que destacar y enlazar en dichas definiciones es que la salud incluye el bienestar físico, y lo detallan como aspecto vital en un ser humano. Es por esto que, la salud no se puede separar del entorno de la persona. Esto incluye los derechos mencionados anteriormente; no obstante, se deben tener obligaciones para cuidar su salud y apartarse de la enfermedad. ⁽⁸⁾ Es así como se define que estar sano significa: “estar en sincronía con uno mismo y con otras formas de vida que nos rodean” ⁽⁸⁾ según la definición actual. Esto guía la atención de enfermería incluso en la actualidad.

La atención integral, para que cumpla con su objetivo, el profesional a cargo debe cumplir con aptitudes y condiciones, como conocimiento científico, actitudes de compromiso ético y social, destrezas físicas y emocionales para “enfrentar y resolver en forma integral los problemas que impiden la detección oportuna de riesgos, el autocuidado a la salud, la prevención de enfermedades, así como el diagnóstico y reducción de enfermedades y sus consecuencias individuales y sociales” ⁽⁸⁾

Según un estudio realizado en México, se considera que el siglo XIX vio nacer a la Enfermería moderna con el trabajo de Florence Nightingale, ya que fue ella quien fundó o

dio las bases técnico-administrativas de Enfermería, creando un modelo teórico de atención, modelo con el que no se contaba antes de su existencia. ⁽⁸⁾ La Enfermería surge en México a consecuencia de lo mencionado al principio del presente subtítulo, es decir, como producto de la necesidad de un personaje que cuidara al enfermo y al desvalido; una vez que el médico diagnosticara y tratara al paciente, se dice que ellos son los que perciben la necesidad de dicha necesidad, por lo cual proponen e impulsan la creación de la primera escuela de Enfermería en 1907. ⁽⁸⁾

La medicina establece. ⁽⁸⁾, históricamente, las bases de la Enfermería en los primeros 20 años del siglo XX. Por ende, se justifica y se entiende el creciente cambio y bases de la profesión como ciencia mayor a solo la necesidad observada en un principio. Dichos cambios se han visto por alrededor de una centuria. Se dice que en primera instancia, las actividades de las enfermeras conformaron un modelo de atención empírico-práctico, es decir, hacían lo que aprendían por ensayo y error, se daba respuesta al cómo y no al por qué de la acción. Con el pasar de los años y el crecimiento de la profesión, la atención al paciente y a la parturienta no se aprendía en libros ni de médicos, sino de las relaciones amistosas que se establecieran con enfermeras y obstetras del hospital. Nadie explicaba ni decía nada, nadie hablaba de fundamentos teóricos que ahora se enseñan.

El gran avance que ha tenido la profesión como profesión encargada del cuidado integral es mostrado con toda esta evolución. Todos estos cambios y reformas se dieron con el fin de mejorar la calidad de la atención, sin embargo, dicha visión se ha perdido poco a poco. Se registra que para fines del siglo XVIII se originó la atención del cuerpo, de lo biológico, lo individual y segmentado; es ahí donde las escuelas de enfermería se independizan y formalizan sus planes de estudios. Ahí surge la atención holística de enfermería.

Los siguientes 30 años (1950-1980), se dice que, las enfermeras cobraron relevancia en el sistema de salud, demostrando su conocimiento y pericia, se le dio reconocimiento y prestigio a la profesión. Es en esa época cuando surge el Proceso Atención de Enfermería (PAE); el cual es la base de la atención de enfermería, base de una atención centrada y a la vez holística. “La enfermería no sólo aporta su sabiduría; sino que imprime en su actuar un valor agregado, el enfoque humanístico, la sensibilidad empática de buscar alivio, consuelo y armonía a uno de los valores más preciados de la humanidad: la salud, preservando con ello una vida digna o una muerte asistida desde el punto de vista técnico y humanístico”.⁽⁸⁾ Todo el avance ha permitido fortalecer los fundamentos de la disciplina, perfeccionar la práctica cotidiana al comprender el concepto de cuidado, autonomía en la formación de recursos humanos; y esto no solo en México, sino a nivel mundial. Es entonces que sobresalen los paradigmas de enfermería, que fundamentan el cuidado o atención holística que la profesión brinda. Estos son: persona (paciente o usuario, y enfermera), entorno (ambiente: del paciente y de la enfermera), salud (vida) y cuidado (acción, intervención terapéutica de enfermería).

“El cuidado de enfermería en el ser humano adquiere mayor importancia que la enfermedad. Se trascienden las técnicas y procedimientos, los cuales constituyen sólo parte y medio para lograr la atención integral”⁽⁸⁾

1.1.2 Delimitación del Problema

La muestra corresponde al personal de enfermería y pacientes del servicio de oncología de un hospital especializado clase A. El cual se encuentra ubicado en la Provincia de San José, Cantón Central, Costa Rica.

Investigación que se lleva a cabo en el período de junio-agosto del 2017.

1.1.3 Justificación

A nivel del sistema de salud de Costa Rica se han implementado diferentes métodos para brindar una atención de salud eficiente, eficaz, de calidad e integradora. De manera que el abordaje de la norma para la habilitación de hospitales generales y servicios especiales, relacionado con la atención integral de salud, permite identificar la cantidad de pacientes por cada enfermero existente específicamente en el servicio de oncología.

Es de importancia porque a través de los resultados del mismo se podrá conocer cómo el recargo de labores al momento de atender un número excedido de pacientes, afecta en la posibilidad de brindar una atención integral y especializada, buscando siempre solventar las necesidades personales de cada individuo al que se le brinda los servicios.

Se podrá tomar en cuenta el estudio realizado, en aspectos de distribución eficiente del personal, planificación administrativa de los servicios; pues entre una mejor planificación del personal, se cumplirá con la cantidad establecida de pacientes por personal de enfermería, permitiendo que los trabajadores puedan cumplir con las necesidades de cada usuario de manera más efectiva y especializada, dedicando mayor tiempo a su atención oportuna.

Viéndose beneficiados el personal de enfermería, pues con tomar en cuenta la aplicación de dicha norma, se disminuirán el número de pacientes que tienen a cargo durante los diferentes turnos de trabajo, se evitara temas de falta de equidad entre trabajadores, se disminuirán factores de cansancio, estrés laboral, sobrecarga de funciones. Y al mismo tiempo el usuario sacara provecho de la aplicación en los servicios de dicha norma, pues se le brindará una atención más especializada e integral.

Dicha investigación de tipo bibliográfica nace debido a la observación de una distribución no equitativa de pacientes del servicio de oncología de hombres, de acuerdo al personal existente, y una atención poco especializada a las necesidades específicas de cada usuario por el motivo de tener múltiples tareas y cantidad de pacientes que exceden el número establecido.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL

¿Se logra el cumplimiento de la norma para la habilitación de hospitales generales y servicios especiales por parte del personal de enfermería, en relación con la atención integral de salud a los usuarios, del servicio de oncología hombres en un hospital especializado clase A, durante el periodo Junio - Agosto, 2017?

1.3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo general

Demostrar el cumplimiento de la norma para la habilitación de hospitales generales y servicios especiales, por parte del personal de enfermería, en relación con la atención integral de salud a los usuarios del servicio de oncología hombres en un hospital especializado clase A, durante el periodo Junio – Agosto, 2017.

1.3.2 Objetivos específicos

Describir el cumplimiento de la norma para habilitación de hospitales generales y servicios especiales por parte del personal de enfermería, en un Hospital especializado clase A, durante el periodo Junio - Agosto 2017.

Detallar la atención integral de la salud de enfermería, en un Hospital especializado clase A, durante el periodo Junio - Agosto, 2017.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1 Alcances de la investigación

Se brinda al servicio de Oncología de hombres del Hospital clase A, el conocimiento de la norma para una adecuada distribución del personal, de acuerdo a esta herramienta uno de los alcances que se espera, es mejorar la atención integral en todos los aspectos que abarca esta atención, permitiendo que en el momento de asignación de número de pacientes a cada uno del personal de enfermería, sea de acuerdo a lo establecido por la norma, tengan mayor tiempo realizar acciones de manera adecuada para atender las necesidades de cada paciente de una manera más oportuna y dedicarle mayor cantidad de tiempo a los usuarios.

1.4.2 Limitaciones de la investigación

Se presentó limitación en la búsqueda de antecedentes científicos en relación a la norma para la habilitación de hospitales generales y servicios especiales, ya que es una norma muy reciente y con poca información bibliográfica, la cual se desconoce estudios realizados a esta norma.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 CONTEXTO TEÓRICO – CONCEPTUAL

2.1.1 Teorizante de Enfermería

Florence Nightingale, una italiana, quien estudia los distintos sistemas hospitalarios para dar inicio y bases a su teoría, utiliza esta información como herramienta para mejorar los hospitales militares y de la ciudad. Sus estudios demuestran que una mejora en los métodos sanitarios empleados, produce una disminución en el número de muertes, de hecho, la mortalidad en ese tiempo, decayó de un 60% al 42.7%. Ella se encarga de mejorar el desarrollo de la enfermería, pero también a resuelve problemas y causas sociales locales, nacionales e internacionales. Desde aquí se ve la atención holística que la enfermería brinda. ⁽⁹⁾

La teoría de Nightingale se centra en el entorno, en todas las influencias externas que afectan la vida y desarrollo de un organismo y previenen, detienen o favorecen la enfermedad, los accidentes o la muerte. Ella utiliza conceptos como: ventilación, temperatura, iluminación, dieta, higiene y ruido, elementos que influyen en la forma y calidad en la atención integral dada. Tampoco se enfoca únicamente en las influencias de las instalaciones hospitalarias, sino que ella toma en cuenta el impacto que tiene los aspectos sociales, la vivienda o situación económica y experiencias de los pacientes. Sin entornos saludables, la aplicación de los cuidados de enfermería es inadecuada. ⁽⁹⁾

Ella menciona 5 elementos esenciales para un entorno saludable (aire puro, agua potable, eliminación de aguas residuales, higiene y luz), estos elementos en la actualidad se consideran tan importantes como hace 150 años. La ventilación, la iluminación (luz solar), la higiene, temperatura, silencio (evitar el ruido innecesario), dieta, ambiente tranquilo, control de los detalles más pequeños (entorno físico y administrativo) como recibir malas

noticias, visitas no deseadas, y que su sueño no fuera interrumpido, son factores que ella señala importantes para la atención de un paciente. ⁽⁹⁾

El paciente debe tener, por medio del enfermero, todas estas necesidades cubiertas. El que una de ellas falte o esté afectando al paciente, su recuperación será más lenta, complicada y poco favorable. El enfermero no solo debe brindar cuidados a una patología en sí, debe tomar en cuenta todos estos aspectos para poder brindar una atención de calidad. Es esta la importancia de esta teoría para la presente investigación, no se puede seccionar al paciente en varias ramas o áreas, se debe tratar de forma completa, holística y unitaria, es decir, abarcando todos los factores expuestos anteriormente.

Los paradigmas desde la perspectiva de Nightingale siguen su enfoque sobre el entorno; dice que la enfermería consiste en hacerse responsable de la salud de otras personas, su visión se mantiene enfocada a las mujeres, sin embargo, hoy en día la enfermería trasciende y acoge a los hombres también. Destaca que las enfermeras deben ser observadoras en un 100%, estar pendientes constantemente. La persona es el paciente; las enfermeras realizaban tareas para y por el paciente, controlando su entorno, sin discriminación alguna. Visión que se ha tratado de reformar en la última década, donde la enfermera sigue realizando tareas para el paciente pero no por el paciente, es decir, en la atención brindada se hace al usuario participe de su atención y recuperación. ⁽⁹⁾

La salud es definida como “la sensación de sentirse bien y la capacidad de utilizar al máximo todas las facultades de la persona” ⁽⁹⁾, la cual debe ser atendida de manera holística. El entorno según su perspectiva es: “aquellos elementos externos que afectan a la salud de las personas sanas y enfermas e incluyen desde la comida y las flores hasta las interacciones verbales y no verbales con el paciente” ⁽⁹⁾, lo cual se relaciona con una atención integral, contemplando todos los elementos y/o aspectos de una persona.

La teoría de Nightingale incluye tres tipos de relaciones posibles: entorno-paciente, enfermera-entorno, enfermera-paciente. Ella menciona que el entorno es el causante principal de la enfermedad, dice que un entorno adecuado es beneficioso para la prevención de enfermedades; y hace mención de los 5 elementos esenciales mostrados anteriormente. Ella menciona que la habitación del enfermo con el resto de la vivienda y de la vivienda con el barrio tienen gran impacto en su recuperación. ⁽⁹⁾

“La relación enfermera-paciente es la relación menos definida por Florence”, pero hace hincapié en la cooperación y la colaboración entre enfermera y paciente, condición fundamental para el buen desarrollo del proceso salud-enfermedad. Además, de que los estímulos externos (favorables) permiten que el paciente realice su autocuidado. La atención domiciliar es vital para Nightingale, donde se debe enseñar a los enfermos y familiares a ayudarse a sí mismos a mantener su independencia y mejorar su salud. ⁽⁹⁾

2.1.2 Sector Salud y Sistema Nacional de la Salud

El sistema que se ha utilizado para brindar los servicios de salud a la población costarricense, se ha formado durante varios años. Se define sistema ⁽¹⁰⁾ como “conjunto de reglas o principios sobre una materia racionalmente enlazados entre sí o conjunto de cosas que relacionadas entre sí ordenadamente contribuyen a determinado objeto”

El Sector Salud está constituido ⁽¹⁾ solo por “aquellas instituciones del estado cuya misión específica es realizar algún tipo de acción sanitaria en cumplimiento de la política nacional de salud”. El Sistema Nacional de la Salud está integrado por “el conjunto de instituciones y organizaciones que forman parte del sector público y privado y que tienen como finalidad, directa o indirecta, contribuir a mejorar la salud de las personas, las familias y las comunidades, sean éstas instituciones del sector salud o de otros sectores”. En el Decreto

Ejecutivo No. 14313 estableció que al Ministerio de Salud le corresponden las funciones de dirigir y coordinar al sector y velar porque la organización y el funcionamiento de las instituciones del Sector Salud, cuya instituciones son mencionadas anteriormente en este trabajo. También, el Reglamento General del Sistema que fue constituido por el Sistema Nacional de Salud, comprometió al Ministerio de Salud a la coordinación y control técnico de los servicios orientados a alcanzar la salud y el bienestar de los costarricenses. ⁽¹⁾

El Sistema Nacional de Salud está integrado por el Ministerio de Salud (M.S.), Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), Instituto Nacional de Seguros (I.N.S.), Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (A y A) , Universidades e institutos, públicos y privados encargados de formar y capacitar a los profesionales y técnicos de salud, Servicios de salud privados, cooperativas y empresas de autogestión que brindan servicios de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación de la salud de las personas, Municipalidades, Comunidades. La cual son instituciones estatales, e incluye tanto el sector privado como la comunidad, cuyo propósito es el mejoramiento de la salud.

El propósito del Sistema Nacional de Salud ⁽¹¹⁾ es principalmente, garantizar servicios de salud de forma integral y de buena calidad, disponer de estrategias y programas que determinan las necesidades y prioridades, establecer y promover procesos administrativos para el manejo de recursos del sistema en cada uno de los niveles de manera efectiva, garantizar la existencia de una legislación nacional en salud, congruente y actualizada, para facilitar el cumplimiento de los propósitos, objetivos y funciones del Sistema Nacional de Salud y las Políticas Nacionales de Salud.

El Sistema Nacional de Salud comprende ciertas funciones, las que se mencionan a continuación: ⁽¹¹⁾

Propender a la reducción de las muertes prevenibles y evitables, las enfermedades y la disminución de la discapacidad y contribuir al desarrollo de la capacidad física y mental de la población.

Intensificar la promoción y el apoyo a las organizaciones y la participación comunitaria.

Desconcentrar administrativamente e incrementar la capacidad resolutive de los servicios de salud.

Desarrollar y fortalecer los subsistemas de prestación de servicios de salud, seguro de salud y salud ocupacional, atención al ambiente, participación comunitaria, información, planeación, normatividad, vigilancia epidemiológica, financiera, recursos humanos, suministros, transporte, ingeniería, mantenimiento e investigaciones.

Identificar necesidades de recursos, funciones alternas de financiamiento y desarrollo de programas para la capacitación y utilización regional de los recursos financieros del sistema.

El Sistema Nacional de Salud tiene como objetivo general ⁽¹⁾ de dirigir a la atención integral, a la producción social de la salud y a la utilización racional de los recursos, a fin de preservar la salud y mejorar la calidad de vida de la población costarricense.

El objetivo general ⁽¹⁾ del ministerio de salud consiste en la intervención de la producción social de la salud, por medio del estímulo a la participación activa y orientación de sus actos hacia el desarrollo y mejoramiento persistente de los niveles de la salud de la población, a través de la capacidad política, técnica, administrativa y legal para dirigir y controlar el proceso de la producción social de la salud.

La caja Costarricense del Seguro Social ⁽¹⁾ presta los servicios de salud a toda la población con apego a los principios de la seguridad social: solidaridad, universalidad, unidad,

obligatoriedad, igualdad y equidad. También, otorga protección económica y social, tanto a la población asegurada como a la de escasos recursos, de conformidad con la normativa vigente en materia de invalidez, vejez y muerte.

La organización de la Caja Costarricense del Seguro Social está compuesta por el nivel administrativo (nivel central, regional y local), y el nivel de atención la cual se subdivide en 3 niveles, el primero nivel consiste en los servicios básicos de salud, en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación de menor complejidad. Estas acciones están a cargo de los integrantes de los Equipos de Apoyo y de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (E.B.A.I.S.) y que cumplen con la consulta externa, medicina general de las clínicas, centros y puestos de salud, consultorios comunales, domicilios, escuelas y centros de trabajo. El segundo nivel de atención brinda apoyo al primer nivel de atención y ofrece intervenciones ambulatorias y hospitalarias por especialidades básicas y algunas subespecialidades. El tercer nivel provee servicios ambulatorios y de hospitalización más complejos en las especialidades y subespecialidades del segundo nivel de atención y en todas las demás subespecialidades.

2.1.3 Norma para la habilitación de Hospitales Generales y Servicios Especiales

El objetivo de esta norma se basa en especificar las condiciones y requisitos que deben cumplir los Hospitales que cuenten con servicios especiales para poder brindar atención de salud a las personas. Si la institución no cumple con esta norma se dice que no se obtendrá el permiso de funcionamiento de parte del Ministerio de Salud. La norma abarca diferentes especialidades y servicios dentro de su desarrollo; normas que rigen a nivel nacional para todos los Hospitales públicos, privados o mixtos.

La presente investigación, se basa en el desarrollo de las necesidades de un servicio de oncología, de un hospital general clase A. En primera instancia está el recurso humano; el servicio de Oncología debe estar dirigido por un médico especialista en Oncología. En las jornadas ordinarias debe existir: un especialista en oncología por cada 6 camas, un profesional en enfermería por cada 12 camas, un auxiliar de enfermería por cada 6 camas, un asistente de pacientes por cada 12 camas, y una secretaria y/o asistente administrativa. (12)

La jornada extraordinaria debe contar con: un especialista en Oncología con disponibilidad para emergencia, un profesional en enfermería, un auxiliar de enfermería y un asistente de pacientes por cada 16 camas. Cualquier profesional que esté inmerso en este tipo de servicio debe estar incorporado al colegio profesional según corresponda. Se dice que todos los médicos especialistas deben de tener entrenamiento certificado en Reanimación Cardio Pulmonar básico. (12)

La planta física del servicio de Oncología, por otro lado, debe contar con un área exclusiva y de circulación restringida para su funcionamiento, estas deberán tener medidas mínimas, por ejemplo: primarias de 1,8 m de ancho y secundarias de 1,2 m de ancho. Se debe contar con un servicio sanitario básico para uso exclusivo de los funcionarios, además, con uno básico para uso exclusivo de los acompañantes de pacientes. Debe estar rotulado con señales de emergencias, luces de trabajo y toma corrientes conectados a la planta de emergencia debidamente identificados. (12)

Este tipo de servicio debe tener: acceso a una planta generadora de electricidad que alimente los equipos de soporte vital, acceso a salas de operación; deben estar libres de alfombras de cualquier tipo; los siguientes sectores deben estar diferenciados para la atención de los pacientes: salas de hospitalización, puesto de enfermería, cuarto séptico,

sala exclusiva para procedimientos asépticos, área para almacenamiento de ropa limpia, para almacenamiento de camillas y sillas de ruedas, de preparación de medicamentos. ⁽¹²⁾

Las salas de hospitalización deben cumplir con: máximo de 6 camas por salón, separadas para hombres, mujeres y niños, el área por cama de 6,8 m², 1,20 de separación entre camas, altura mínima de 2,40 m. Se dice que la primera y última cama deben de estar a 0,60 m de la pared; 1,80 m de circulación entre pie y pie de cama. Cada cama debe contar con una toma de oxígeno, de aire comprimido y de succión. Debe tener un cuarto de aislamiento con una cama baño con servicio sanitario y lavatorio. ⁽¹²⁾

Paredes lisas, en buen estado, pintadas con colores claros y deben permitir su limpieza y desinfección. Pisos lisos, antideslizantes e impermeables, de fácil limpieza y en buen estado. Ventilación natural o aire acondicionado con sistema de filtración HEPA. Iluminación entre los 300- 500 luxes. Un servicio sanitario completo por cada 6 camas; un lavamanos por cada 6 camas, con accionamiento automático o con el codo, rodilla o pie, y que permita su desinfección, con dispensador para jabón líquido y para toalla de papel.

El puesto de enfermería debe cumplir con: área mínima de 6 m², uno en cada salón; estar ubicado donde tenga visibilidad a las camas de los pacientes, o contar con una central de monitoreo por cámaras. Iluminación entre los 300 - 500 luxes. Espacio para archivo de los expedientes de cada paciente en observación. ⁽¹²⁾

El cuarto séptico con: área mínima de 8 m², separada de las demás áreas por paredes sólidas. Las paredes deben ser lisas, en buen estado, pintadas con colores claros y deben permitir su limpieza y desinfección. Pisos lisos, antideslizantes e impermeables, de fácil limpieza y con desnivel que permita el desagüe de los líquidos. Iluminación que se encuentre entre los 300 - 500 luxes. Un lavamanos con accionamiento automático o ya sea con el codo, rodilla o pie, y que permita su desinfección, con dispensador para jabón

líquido y para toalla de papel. Con ventilación natural o aire acondicionado con sistema de filtración HEPA. ⁽¹²⁾

La sala exclusiva para procedimientos asépticos deberá contar con: área mínima de 12 m², separada de las demás, paredes lisas, y en las mismas condiciones mencionadas anteriormente. Con iluminación entre los 1000 - 1500 luxes. Un lavamanos y ventilación en las mismas condiciones de los sectores anteriores.

El área para almacenamiento de ropa limpia debe contar con: área mínima de 4 m² separado de las demás, estantería para la colocación de la ropa limpia, paredes como descritas anteriormente. Iluminación entre los 300 - 500 luxes. El área para almacenamiento de sueros y soluciones, con la misma área, paredes e iluminación. El sector para almacenamiento de camillas y sillas de ruedas debe contar con un área mínima de 6 m² y separada de las demás. El área de preparación de medicamentos de 6 m² separada, iluminación entre los 1000 - 1500 luxes, un lavamanos con las condiciones descritas, al igual que la ventilación. ⁽¹²⁾

La sala de espera para los acompañantes con lavatorios en las mismas condiciones. El área de asuntos administrativos, debe tener: oficinas de uso administrativo, área de atención al público, otra común para reuniones o sesiones de trabajo, con equipo de multimedia. ⁽¹²⁾

El equipo del servicio es indispensable, por lo tanto, debe contar con los dispositivos para manejo de desechos según el "Reglamento sobre la gestión de los desechos infecto-contagiosos que se generan en establecimientos que prestan atención a la salud y afines", Decreto N° 30965-S. Debe tener equipo para atender un accidente cardio-respiratorio. Según sector deberá tener cierto equipo. Las salas de hospitalización: camas de hospitalización que permitan cambios de posición, con grada, mesa de alimentación, silla al lado y mesa de noche, lámpara en la cabecera de cada cama. Placa de identificación del

paciente para cada cama, gigantes o soportes cielíticos por cada cama, recipiente para desecho de material punzo-cortante con tapa, de material contaminado, ambos debidamente identificados y que cumplan con el Decreto N° 30965-S. Con monitor y oxímetro de pulso, camillas y sillas de ruedas, acceso a bombas de infusión. ⁽¹²⁾

El puesto de enfermería: mostrador, estantes aéreos para papelería utilizada, lámparas de emergencia, pizarras de corcho y acrílicas. Por otro lado, las salas de operaciones, deben contar con: accesos a equipo de Laparoscopia. El cuarto séptico: equipo especializado para el lavado de bidés y riñones, mostradores y estantería con superficies de material inerte, canasta para ropa sucia, pileta para descarga de desechos, estantes de acero inoxidable para el secado de bidés, palanganas y orinales, recipiente para desecho de material punzo-cortante con tapa y material contaminado. ⁽¹²⁾

La sala para procedimientos asépticos: camilla de exploración general con gradilla, equipo de diagnóstico, negatoscopio, estetoscopio, esfigmomanómetro, equipo de diagnóstico, para curaciones, estantes aéreos de materiales inertes, y recipiente para desechos según su clasificación. En contraste a esto, se encuentra el almacenamiento de ropa limpia, debe contar con: muebles para almacenamiento de ropa con superficies de materiales inertes y puertas corredizas. El almacenamiento de sueros y soluciones debe tener: estantes aéreos con superficie de material inerte.

El área de preparación de medicamentos, debe tener: refrigeradora para medicamentos termolábiles o con acceso a farmacia satélite, carro de preparación y distribución de medicamentos, mostradores y estantería aéreos con superficies de materiales inertes, estante con un compartimiento para medicamentos por cada cama ocupada, excepto en los casos de UNIDOSIS. También, compartimentos para sueros, recipiente para desecho de material punzo-cortante y contaminado, en las mismas condiciones descritas anteriormente. Y

finalmente, la sala de espera para los acompañantes, va a contar con: sillas para los acompañantes, basureros con tapa para desechos comunes. ⁽¹²⁾

Los recursos materiales de un servicio de oncología deben ser: jeringas descartables de 20 cc, 10 cc, 5 cc, 3 cc, de insulina, de tuberculina, asepto descartables, también agujas descartables N. (número) 22 x 1 1/2 ", N. 21 x 1 1/2 ", N. 18 x 1 1/2 ". Guantes quirúrgicos estériles N. 7 ½ y ambidiestros no estériles. Cuadros de gasa 4x4 ", sondas rectales N. 28, sondas aspirar, bolsa colectora orina de 2 litros, equipos de cateterismo vesical para hombre y mujer, equipos de enema evacuante, también riñones, azafates y pinzas de mota de acero inoxidable, equipos de curación reutilizables, tapones de inyección, catéter venoso de vía central o subclavia descartable, apósitos especiales, cintas adhesivas o espadrapos. ⁽¹²⁾

El servicio, además de lo anterior, debe tener: equipos de drenaje de tórax reusables, pinzas para la toma de biopsias, aguja para esclerosar varices, mascarillas con visera, pinza aplicador de grapas con cuerpo principal giratorio, grapas Angulo de 90, cepillos para Citologías, sistema de drenaje pleural descartables, termómetros, baja lenguas y aplicadores estériles, gel lubricante, equipos de bioprotección personal, ropa limpia de cama suficiente para realizar un cambio diario, papelería para estudios de gabinete, laboratorio, procedimientos especiales, evolución y notas de enfermería. Jabón líquido y toallas desechables no podrán faltar en el servicio. ⁽¹²⁾

La documentación del servicio deberá contar con el manual de funciones del personal y con los protocolos para el manejo de las patologías (Cáncer Gástrico, de Mama, de Cérvix, de Recto y Colon, de Piel, de Pulmón, de Próstata), este deberá ser actualizado cada dos años. Además de contar con los protocolos de seguridad para la prevención de enfermedades infectocontagiosas (hepatitis B, VIH/SIDA). La norma señala que no solo se deben tener estos documentos en el servicio, sino que deben ser conocidos por todo el personal.

El servicio, debe tener: una copia del "Reglamento sobre la gestión de los desechos infecto-contagiosos que se generan en establecimientos que prestan atención a la salud y afines" (según Decreto N° 30965-S) y una del plan de emergencia institucional; también, el manual de procedimientos de limpieza y desinfección (con los responsables, procedimientos, productos utilizados y periodicidad).⁽¹²⁾

La gestión y manejo de la información debe ser sumamente confidencial, por lo tanto, el servicio debe disponer de una historia clínica individual en papel o electrónico con el debido respaldo, una hoja de registro a cada paciente que ha sido atendido en el servicio. Dicho reporte deberá incluir: historia clínica, antecedentes personales patológicos y no patológicos, examen físico e impresión diagnóstica, plan de estudios a realizar, firma del profesional que atendió al paciente, código del profesional que atendió al paciente.⁽¹²⁾

El servicio de Oncología, debe tener las historias clínicas de cada paciente, estas deben contar con: identificación, lista de problemas, anamnesis, examen físico, evolución y tratamiento, resultados de exámenes de laboratorio, resultados de estudios radiológicos, estudios especiales, epicrisis de egreso, notas de enfermería y de terapias especiales, consentimiento informado por parte de familiares, el paciente o el representante legal, Instrumento de Núcleo Básico. El servicio deberá tener un registro diario de las actividades que se realizan y confeccionar consolidados periódicos; además de un registro del control de asistencia del personal para cualquier jornada laboral.⁽¹²⁾

2.1.4 Posibles factores que afectan la aplicación de la norma

Existen factores que generan que la aplicación de la norma se vea alterada, de manera que provoca que la atención de la salud sea vea afectada, pues al presentarse estos factores se aumenta la cantidad de responsabilidad y tareas en los profesionales.

2.1.4.1 Ausentismo laboral

Proveniente del latín *absentis* que denota ausente, separado, lejano, según la RAE (2010) es la abstención deliberada de acudir al trabajo, costumbre de abandonar el desempeño de funciones y deberes dependientes a un cargo. ⁽¹³⁾

Existen diferentes definiciones acerca del ausentismo, relacionadas con el punto de vista y los intereses que se encuentren en juego. Algunas de las más sobresalientes son

Según Rodríguez De La Prada (1999), cualquiera sea el caso, el ausentismo laboral implica ausencia de una persona de su puesto de trabajo, en horas que corresponden a un día laborable, dentro de la jornada legal.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) (1991) define el ausentismo como "la no asistencia al trabajo por parte de un empleado del que se pensaba que iba a asistir, quedando excluidos los periodos vacacionales, las huelgas, el embarazo normal y la prisión". ⁽¹³⁾

De la anterior se lora identificar dos tipos de ausentismos, relacionados con la intención que posee la persona al momento de darse un proceso de ausencia.

Ausentismo voluntario: ocurre cuando el empleado toma la decisión de no ir a trabajar.

Ausentismo involuntario: que ocurre por razones que escapan al control de los empleados.

Beil-Hildebrand (1996) estableció que la ausencia de enfermería puede ser dividida en ausencias planificadas y no planificadas:

Ausencia planificada o programada, cuando es planeada con anticipación y con un control tal que no se vea afectada la jornada de trabajo en curso, es decir que se produce cuando el empleado y el empleador son conscientes de que el empleado no va a venir a trabajar y por

lo tanto son capaces de planificar a la luz de esa conciencia. No resulta perjudicial para la obtención de los objetivos establecidos.

Ausencia no planificada o no programada, por el contrario, no ha sido planeado con anticipación, se produce cuando un empleado no va a trabajar y el empleador en realidad espera que él/ella este en el trabajo. Surge de manera imprevista y es de carácter urgente. Cuya presentación genera alteraciones en la organización y cumplimiento de los objetivos ya establecidos, pues retrasa el proceso al no contar con un colaborador; y es ahí donde se empiezan a presentar alteraciones en el desarrollo de tareas como por ejemplo el sobrecargo de tareas en el personal con el cual se cuenta, retraso en el desarrollo de actividades que son beneficiosas para la recuperación oportuna del paciente, y con ello se deteriora la prestación de la atención integral eficiente y oportuna por la que vela el sector salud de asegurar a los usuarios.

En Costa Rica, el ausentismo injustificado o inexplicado de los médicos y enfermeros es elevado. (14) Es por ello, que se propusieron reformas, las cuales otorgaron mayor responsabilidad, autoridad, y autonomía en el control de presupuesto y de recursos humanos. Se aplicó una nueva política de licencia por enfermedad según la cual no se asignaba un suplente para realizar las labores del trabajador ausente, con el propósito de reducir los costos y las tasas de ausentismo.

Al analizar las tasas de ausentismo por enfermedad (el número de ausencias dividido por el número de trabajadores de la entidad) del personal sanitario de 29 hospitales públicos costarricenses entre 1995 y 2001, se encontró que estas aumentaron, especialmente en los hospitales grandes. Este aumento fue más ostensible a partir de 1997.

La Región Central, mantiene la más elevada incidencia de ausentismo del país, posiblemente debido a que abarca el área metropolitana, donde la demanda de atención médica es mayor y el personal sanitario puede estar trabajando bajo mayor presión.

En Colombia en una investigación, se destaca que Febrero, Agosto y Abril son los meses de mayor incapacidad, y el día de la semana que mayor ausentismo laboral presenta es el día Lunes, las enfermedades del Sistema Respiratorio y Sistema Digestivo son las de mayor compromiso de generar incapacidades, el género femenino origina mayor incapacidades, a nivel del personal de enfermería, se ausentan 16 enfermeros jefes, y 20 auxiliares de enfermería. ⁽¹⁵⁾ (VER ANEXO #2)

La sobrecarga de trabajo del sistema sanitario de Costa Rica debido a diversos factores como el compromiso de brindar atención sanitaria a todos los ciudadanos, el aumento de la inmigración y la violencia y no haber consolidado suficientemente los servicios de atención primaria de salud provoca largas listas de espera y un aumento desmedido de la carga laboral de los trabajadores de los hospitales costarricenses. Esto puede haber influido en el aumento de la tasa de ausentismo por enfermedad en este sector. ⁽¹⁴⁾

Consecuencias del ausentismo

En los hospitales, el personal de enfermería es la mayor fuerza de trabajo constituyendo el más importante recurso, ya que de él depende en exclusiva la prestación de los cuidados relativos a la comodidad, seguridad y bienestar del paciente, así como otros de colaboración en diagnóstico y tratamiento. ⁽¹³⁾

El personal de enfermería es de vital importancia en las unidades de salud pues por su preparación tienen habilidades en la atención comunitaria y especializada, además

participan en aspectos de organización, coordinación e información, para el adecuado funcionamiento de los servicios de salud.

Se ha demostrado mediante estudios que cuando se presenta un déficit del personal, se ve afectada la seguridad y calidad de los cuidados, pues estos no disponen de un tiempo suficiente para realizarlo de manera satisfactoria.

Al presentarse un número reducido de trabajadores terminan asumiendo una carga excesiva de trabajo, lo cual provoca desequilibrio en su salud, en consecuencia aumentan las faltas de los trabajadores, siendo éste un ciclo patológico en la vida de la institución ⁽¹³⁾. Situación que se convierte en un ciclo rotativo en el ambiente laboral, pues al presentarse enfermedad en los empleados, se aumenta el ausentismo y si el ausentismo aumenta no solo se altera la atención de la salud sino que genera más afecciones patológicas a los trabajadores que se presentan a laborar.

Unos coeficientes elevados de pacientes por enfermera/o no solo inciden de manera negativa en los resultados obtenidos en los pacientes, sino que también afectan a los enfermeros que corren un riesgo mayor de fatiga emocional, estrés, insatisfacción en el trabajo y agotamiento ⁽¹³⁾ Problemática que también recae en que entre mayor estrés exista en el personal, mayor posibilidad de caer en el error existe y por ende una insatisfacción del cliente.

2.1.4.2 Síndrome de Burn out

Estar en constante contacto con el mundo del sufrimiento y del dolor desencadena reacciones para el profesional que repercuten en su estado de ánimo y en su misma salud, que llevan al personal a huir de la actividad que le corresponde o le genera la alteración emocional o física. ⁽¹⁶⁾

El término burnout se atribuye a Freudenberger (1974), si bien, Maslach y Jackson (1982) lo definieron como «una respuesta a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son el agotamiento físico y psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que se han de desarrollar.

Desde una perspectiva amplia Bronfenbrenner (1979) explica el burnout como el desajuste disfuncional entre los distintos contextos significativos de los que participa el sujeto (familiar, laboral, económico...) y que deviene en burnout como una fórmula adaptativa o de compromiso no exitosa

Cristina Chernis entiende por burn-out "un proceso transaccional, un proceso que consiste en estrés laboral, agotamiento del trabajador y acomodación psicológica. Un proceso en el que un profesional, anteriormente comprometido, se descompromete del propio trabajo como respuesta al estrés y a la tensión experimentada en él".

EL síndrome de Burn-out, ⁽¹⁷⁾ está relacionado con el estrés, pues se refiere a una sobredosis de tensión, por un estímulo consistente conocido como estresor, que genera una respuesta negativa de la persona. El estrés es definido como "una relación particular entre el individuo y el entorno, que es evaluado como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar".

El burn-out, es considerado como una respuesta patológica frente al estrés, que genera frustración, apatía, agotamiento y una reducida realización personal. Sin embargo, este síndrome no se presenta de manera espontánea, sino que es un proceso formado por tres etapas, en donde se inicia con un profesional totalmente entusiasmado creyéndose capaz de lograr todo lo que se propone, no se pone límites, posterior a ello en la segunda fase se presenta un conflicto que va en aumento la frustración y el estrés, llevándolo a un tercer

momento en donde se hace insoportable la situación se produce el distanciamiento e intentos desesperados por salir de la situación.

Primera fase: de entusiasmo idealista en la que el trabajador se siente casi omnipotente, capaz de transformar el mundo y todas sus estructuras; quiere curar a todos los enfermos, ser el compañero perfecto, la el profesional idea No existen límites en su imaginación. Se infravaloran las dificultades y el trabajador afronta los problemas de una manera simplista, que en ocasiones podría considerarse casi como si no los afrontara con la seriedad que requieren".⁽¹⁷⁾

La segunda fase estaría determinada principalmente por el conflicto y el estrés como consecuencia del choque y del contraste continuo entre sus ideales y los sucesivos fracasos sufridos. El trabajador comienza a sufrir cada vez con más frecuencia frustraciones y estrés. Se siente irritable y cada vez más agotado física y psicológicamente. Continúa trabajando con interés, pero a menudo se pregunta por el sentido".⁽¹⁷⁾

En un tercer momento, que se hace insoportable, se produce un distanciamiento de la realidad en un intento desesperado por salir de la situación. Es el burn-out propiamente dicho y consiste en una serie de cambios en la actitud y en el comportamiento, en un progresivo desinterés en el que predominan la apatía, la desmotivación, la actitud cínica, la rigidez y se cae en la aplicación de procedimiento de manera estandarizado para todo tipo de pacientes.⁽¹⁷⁾

Como se evidencia, la tercer esta es la más perjudicial debido a que como se muestra es en esta en donde se trata propiamente del burn-out, el personal ya no es completo y eficaz pues no se siente emocional y físicamente bien, mantiene una actitud desmotivada y apática. Además de que con respecto al ambiente de salud, en esta etapa se cae en la aplicación de

procedimientos igualitarios para todos los pacientes, procedimientos estandarizados sin pensar en cuál es la necesidad propia de cada usuario, enfocado en brindar una atención integral y oportuna.

Factores que inciden en el desarrollo del Síndrome de Burnout

El Dr. Enrique Graue Wiechers⁽¹⁸⁾ explica los distintos factores como las características del trabajo e individuales, son capaces de que se inicie este síndrome y son los siguientes:

Las características del trabajo

El factor desencadenante es una carga excesiva de trabajo en un tiempo insuficiente para ser realizado. Sobrecarga laboral y presión del tiempo para realizarla son los factores más comunes.

Otros factores crónicos desencadenantes en relación al trabajo son: Incapacidad de desarrollar satisfactoriamente el trabajo encomendado, falta de apoyo de los supervisores encargados del área, Déficit de realimentación positiva y reconocimiento en el trabajo, Percepción de inequidad, Incompatibilidad de los valores éticos personales con aquellos de la institución, Falta de autonomía y autodeterminación en la resolución de problemas que puedan ser eventualmente resueltos en forma satisfactoria por el trabajador, El trabajo por turnos y el nocturno facilita la presencia del síndrome.

Las características individuales

El síndrome se presenta es más frecuente entre los 30 y 40 años. Los rasgos de personalidad más frecuentemente asociados son: baja autoestima, personalidades pasivas y rígidas con dificultades de adaptación al entorno, e individuos con altas expectativas de desarrollo.

Todo esto se acentúa de la siguiente forma: No tiene una preparación adecuada para enfrentar las expectativas organizacionales en relación al trabajo, tiene dificultades para pedir ayuda a los compañeros o trabajar en equipo, No comparte las ideas, metas o valores, experimenta sentimientos de miedo o culpa cuando no ha cumplido algo que debería haber hecho, no es capaz de compartir sus preocupaciones o miedos sobre su vida laboral con su pareja, familia o amigos, no descansa lo suficiente cuando está cansado, no encuentra otro empleo cuando desea cambiarlo, tiene problemas familiares, económicos, entre otras.

2.1.4.3 Motivación

La motivación ⁽¹⁹⁾ se define como “el conjunto de razones por las que las personas se comportan de las formas en que lo hacen. El comportamiento motivado es vigoroso, dirigido y sostenido”, es decir que el motivo es a lo que mueve, a lo que empuja o impulsa a realizar la acción, la cual debe ser entendida como la trama que sostiene el desarrollo de aquellas actividades que son significativas para la persona y en las que esta toma parte.

La motivación es de forma subjetiva, está en constante cambio en que se vive y dinámica exclusiva, ya que la motivación es el motor de la humanidad, las personas ocupan estar constantemente motivadas para lograr sus objetivos y obtener satisfacción personal, laboral, familiar y social, una persona que se encuentra motivada va en búsqueda de lo que desea y realiza su mayor esfuerzo.

La motivación también puede ser dinámica (20), porque los estados motivacionales están en un estado de crecimiento y declive perpetuo, muchos motivos se encuentran en un proceso cíclico de cuatro etapas: anticipación (individuo tiene alguna expectativa de satisfacción de un motivo, se caracteriza por un estado de privación y deseo de conseguir una meta), activación y dirección(es activado por el estímulo), conducta activa y retroalimentación del

rendimiento (individuo participa en conductas dirigidas que le permiten aproximarse a una meta deseable) , resultado (individuo vive las consecuencias de la satisfacción del motivo)

Tipos de motivación

Motivación intrínseca

Es la motivación interna ⁽²⁰⁾ del individuo que consiste en que trae, pone ejecuta, activa el individuo por sí mismo cuando lo desea, esta motivación no depende del exterior y más bien la pone en marcha cuando lo considere oportuno.

La motivación intrínseca se basa en una pequeña serie de necesidades psicológicas que son responsables de la iniciación, persistencia y reenganche de la conducta frente a la ausencia de fuentes extrínsecas de motivación. La motivación intrínseca empuja al individuo a querer superar los retos del entorno y los logros de adquisición de dominio hacen que la persona sea más capaz de adaptarse a los retos y las curiosidades del entorno.

Motivación extrínseca

Es la motivación externa ⁽²⁰⁾ al individuo que es aquella provocada por la dependencia hacia el exterior, por otras personas o por el ambiente, que son capaces de generar esa motivación, por ejemplo: salario, puntos en la nota, obtener permisos, es recibir una recompensa, la cual disminuye la atención, el esfuerzo, por eso la persona con esta motivación solo piensa en acabar lo más pronto posible para conseguir lo prometido sin importar como lo ha hecho.

La motivación extrínseca se basa en los tres conceptos principales de recompensa, castigo e incentivo. Una recompensa es un objeto ambiental atractivo que se da al final de una secuencia de conducta y que aumenta la probabilidad de que esa conducta se vuelva a dar.

Un castigo es un objetivo ambiental no atractivo que se da al final de una secuencia de

conducta y que reduce las probabilidades de que esa conducta se vuelva a dar. Un incentivo es un objeto ambiental que atrae o repela al individuo a que realice o no realice una secuencia de conducta. La principal diferencia entre recompensas y castigos por una parte e incentivos por otra parte es el momento en que se dan y la función que tiene el objeto ambiental.

2.1.4.4 Presupuesto en los centros Hospitalarios Nacionales

La Caja Costarricense del Seguro Social ⁽²¹⁾ solicitó un presupuesto para las instituciones en año 2017 por un monto de ₡3.4 billones, de ellos ₡2.1 billones serán para el Seguro de Salud, ₡1.1 billones para el régimen de Invalidez, Vejez y Muerte y ₡149.667 millones para el Régimen No Contributivo de Pensiones. Este presupuesto aborda todos los rubros desde equipamiento, medicamentos, insumos médicos mantenimiento, infraestructura, reforzamientos de proyectos especiales, entre otros. Lo que permite mejorar la respuesta institucional, acercar los servicios a la población y trabajar como se ha hecho hasta ahora para garantizar la calidad y la oportunidad de la atención.

Para el 2016 se anunció 800 nuevas plazas entre enfermeros, médicos especialistas, auxiliares y técnicos en salud contempla el presupuesto de la Caja Costarricense de Seguro Social, los recursos ascienden a 3.4 billones de colones. El presupuesto del 2017, previó una inversión en equipamiento de ₡73.840 millones, en infraestructura de ₡51.115 millones, en mantenimiento de ₡47.302 millones y el presupuesto que se le asignó a la partida de medicamentos asciende a ₡145.877 millones.

2.1.4.5 Ausencia de protocolos para organizar la atención

En Costa Rica no existe un protocolo como tal para la atención de pacientes con cáncer, entendiéndose protocolo como lineamientos o normas que se deben cumplir estrictamente, en este caso en la atención de pacientes oncológicos. Sin embargo, el Ministerio de Salud

propone un Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer que guían al personal a brindar una atención con mayor enfoque a la situación patológica que presentan estas personas, pero es un proyecto reciente que se encuentra en desarrollo.

El Ministerio de Salud ⁽²²⁾ debe formular y evaluar habitualmente el modelo de prestación de servicios de salud de atención a las personas de protección y mejoramiento de la población de Costa Rica, de manera que guíe a nivel del sector público como privado, por medio de aplicación de metodologías necesarias para evaluar el funcionamiento de los servicios y que se de manera eficiente, eficaz y efectiva.

La Caja Costarricense de Seguro Social, cuenta desde hace varios años, con representaciones claras para el abordaje prioritario del cáncer desde una visión integral ⁽²²⁾, con el objetivo principal del fortalecimiento de la atención de los cánceres prioritarios en el país mediante el aumento de la capacidad resolutive de la red en las áreas de promoción, prevención, detección temprana, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos oncológicos.

Las estrategias realizadas por la Caja Costarricense de Seguro Social se encuentran el Proyecto de Fortalecimiento de la Atención Integral del Cáncer ⁽²²⁾, este tiene la meta de potenciar, acelerar y mejorar las múltiples acciones que brinda en la atención integral del cáncer. El proyecto se incorpora como un aporte de aumento a la capacidad para mejorar la atención integral, que se ha brindado al paciente oncológico mediante la red de establecimientos con cobertura nacional. El proyecto está compuesto por subproyectos de corto y mediano plazo que permite en forma gradual, mejorar la gestión en red e incrementar la capacidad resolutive de los establecimientos de salud en los tres niveles de atención, desde un enfoque multidisciplinario donde el paciente es el centro de la red

oncológica y los esfuerzos se dirigen a brindar un servicio oportuno, de calidad y sensible al usuario y su familia.

2.1.5 Modelo de atención integral de la salud en Costa Rica.

El modelo de atención ⁽²³⁾ “debe entenderse con una mayor amplitud, principalmente, si se quiere considerar la concepción del proceso de salud enfermedad, además, de la integralidad de la atención, una jerarquización de la red de servicios y una articulación intersectorial en la configuración de las políticas de salud”

Principios del modelo de la atención integral de la salud ⁽²³⁾ son equidad, universalidad, solidaridad, y enfoque integral, que juntas consisten en buscar asegurar la igualdad de oportunidades en el acceso a la atención integral de la salud, con oportunidad, eficiencia y calidad, con una cobertura de servicios de salud a toda la población residente en el territorio costarricense, distribuida en regiones, áreas de salud y sectores, la cual depende de la contribución al financiamiento de la red de servicios se realiza de acuerdo con las posibilidades económicas de cada persona, familia y comunidad y por último, se fundamenta en el análisis de los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad, y en una atención integral y continua de las necesidades y problemas de salud individuales y orientados a la población, en las estrategias y acciones de promoción y prevención, fundamentadas en la estrategia de atención primaria. El enfoque integral tiene la parte de la integralidad que se caracteriza por las respuestas holísticas a las necesidades y problemas de salud.

2.1.5.1 Atención integral

Atención integral ⁽²⁴⁾ es “la provisión continua y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, para las personas,

en el contexto de su familia y comunidad. Dicha atención está a cargo de personal de salud competente a partir de un enfoque biopsicosocial, quienes trabajan como un equipo de salud coordinado y contando con la participación de la sociedad”

Las acciones van dirigidas a las personas según los riesgos y oportunidades específicos de los diferentes grupos de edad por ejemplo e niños, adolescentes, mujeres, adultos y adultos mayores, por ende reconoce la distribución heterogénea y desigual de las condiciones de vida de los individuos y de los diversos grupos sociales, y contempla acciones dirigidas a las personas, a las familias y a las comunidades, la cual incorpora actividades para mantener y mejorar la salud de las personas, así como para preservar y mejorar el ambiente en el que éstas viven, trabajan, estudian y se recrean ⁽¹⁾

2.1.5.2 Atención integral en oncología en Costa Rica

El cáncer es una enfermedad con causas endógenas y exógenas, y el estrés facilita su surgimiento y evolución en la medida en que debilita el sistema inmunológico del paciente, en la atención del usuario con cáncer, es importante atender al paciente en toda su globalidad, aumentando su calidad de vida. Para ello el personal de la salud debe comprender que durante la evolución de la enfermedad, el usuario debe ser tratado desde un punto de vista biopsicosocial, así como conocer una serie de manifestaciones y necesidades por las que transcurre la persona.

Enfermería debe conocer que el síndrome de enfermedad terminal que consta de tres fases ⁽²⁵⁾, La fase 1 llamada prediagnóstico y diagnóstico consiste en un intervalo entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico definitivo, mantener un conocimiento del progreso anatómico y clínico de la enfermedad, la fase 2 conocida como enfermedad establecida, esta trata sobre manejo y el alivio de los síntomas y la instauración de las

modalidades de tratamiento, por ultimo esta la fase 3 llamada deterioro y declinación, esta fase es cuando no queda nada por hacer, se caracteriza por la aplicación de cuidados paliativos, ya que hay una falla de los mecanismos de homeostasis del organismo.

En la hospitalización de los usuarios oncológicos⁽²⁶⁾ se debe tener una actuación adecuada al trato por parte del personal de enfermería a través de la atención integral e individualizada, cubriendo los aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales, tomando en cuenta al usuario y la familia, que haya un reconocimiento de la dignidad personal del usuario terminal, desarrollo de una actitud activa y positiva en la realización los cuidados, y una importancia sobre el soporte emocional y la comunicación adecuada a las necesidades evolutivas y sociales que vaya dirigida a brindarle la máxima sensación de confort, bienestar, cubrir las reacciones psicológicas, demanda de afecto, permitir expresiones y necesidades de comunicación, y así aumentar la autoestima, reducir su soledad, cambiar su entorno, minimizar su tensión emocional y sentimientos de miedo.

CAPÍTULO III. MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Se utiliza un enfoque cualitativo ⁽²⁷⁾, que analiza la realidad en su entorno natural, descifrando fenómenos de acuerdo con las personas relacionadas, es una investigación que se basa en la recolección de datos descriptivos sin medición numérica, se estudian contextos situacionales.

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación utilizada en el presente trabajo es de tipo tanto correlacional como explicativa.

Los estudios correlacionales ⁽²⁸⁾ miden el grado de interacción y la manera de cómo se relacionan dos o más variables, en este caso cuando una de ellas varía, la otra también experimenta algún cambio, que permite anticipar la manera cómo se comportará una por medio de los cambios que sufra la otra, es decir, se evalúa el grado de relación pero no necesariamente busca explicar la causa y forma de relación. En esta investigación se correlaciona entre el cumplimiento de la norma de habilitación de Hospitales Generales y servicios Especiales y la atención integral.

Los estudios explicativos ⁽²⁹⁾ se van a centrar en determinar las causas de un determinado conjunto de fenómenos, por lo tanto, es conocer porque suceden ciertos hechos, esto explica la razón de las cosas. En este caso se necesita explicar las causas por las cuales no se cumple la norma de habilitación de Hospitales Generales y servicios Especiales por parte del personal de enfermería y por ende hay una disminución de calidad de la atención integral a los usuarios.

3.3 UNIDADES DE ANALISIS

La investigación se realiza en un hospital especializado clase A, del servicio de oncología hombres.

Esta investigación se realiza con fuentes primarias cuya información es obtenida de fuentes bibliográficas como libros, artículos, documentos de forma física y digitales, que son obtenidas de bibliotecas digitales a nivel nacionales e internacionales, también la sustracción de información de la página del Ministerio de Salud Pública sobre la norma de habilitación de Hospitales y servicios Especiales del servicio de oncología.

Se utiliza fuentes secundarias que tiene información organizada, elaborada, con análisis y síntesis de documentos primarios originales, libros o artículos que interpretan otros trabajos o investigaciones anteriores.

3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

Son los instrumentos que tiene a disposición el investigador para extraer información, deben acoplarse al tipo de investigación a realizar. El instrumento utilizado en esta investigación será la revisión bibliografía.

La revisión bibliografía ⁽³⁰⁾ utilizada para justificar una investigación debe ser sintética, actual y correctamente descrita. “tiene como propósito presentar una síntesis de las lecturas realizadas durante la fase de investigación documental, seguida de unas conclusiones o una discusión”.

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de estudio, es una investigación no experimental de tipo transversal.

No experimental ⁽³¹⁾ es algo que se da de forma natural, no siendo colocada de forma impositiva o manipulada.

Tipo transversal ⁽³²⁾ estas estudian simultáneamente la exposición bien definida en un momento determinado. Esta medición simultánea no permite conocer la secuencia temporal de los acontecimientos.

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

3.6.1 Objetivo específico:

Describir el cumplimiento de la norma para habilitación de hospitales generales y servicios especiales, inciso 4.5 de especificaciones de la especialización de Oncología, en un Hospital especializado clase A, durante el periodo Junio - Agosto 2017

3.6.1.1 Variable:

Cumplimiento de la norma.

3.6.1.2 Definición conceptual:

Cumplimiento significa, según la Real Academia Española (RAE) la acción de cumplir; es decir, esta se fundamenta en cumplir (o la acción de) las directrices, normas, indicaciones, responsabilidades que se encomienden en determinado panorama y circunstancias. También se define como la perfección en el modo de obrar o de hacer algo, y como complemento que a la vez conlleva integridad y perfección.

La norma es, según la Real Academia Española, una regla que se debe seguir o a que se deben ajustar las conductas, tareas, actividades realizadas por cualquier persona que esté bajo su dominio.

3.6.1.3 Definición operacional:

Un amplio punto de vista, señala que el cumplir o cumplimiento, requiere y conlleva un alto nivel de responsabilidad y perfección en el actuar. Esto, lleva a resaltar la “norma”, este se considera como un precepto jurídico, es decir, una orden o mandato legal, al ser legal debe ser obligatorio para todos los inmersos en dicha norma.

El cumplimiento de la norma, es definida juntamente como conjunto de mandatos o leyes que deben ser realizadas siempre bajo la búsqueda de la perfección para poder apearse al precepto jurídico ya establecido.

3.6.1.4 Dimensiones:

Normas, motivación, ausentismo laboral, síndrome burnout, protocolo de atención.

3.6.2 Objetivo específico:

Detallar la atención integral de la salud de enfermería, en un Hospital especializado clase A, durante el periodo Junio - Agosto, 2017

3.6.2.1 Variable:

Atención integral.

3.6.2.2 Definición conceptual:

Atención significa, según la Real Academia Española, acción de atender, demostración de respeto, para que se aplique especial cuidado a lo que se va a decir o hacer.

Integral se refiere a que comprende todos los elementos o aspectos de algo, indica integración.

3.6.2.3 Definición operacional:

Esto clarifica el concepto de atención, este término debe ser bien ejecutado, si se presta o brinda atención debe ser de calidad y directamente.

Lo integral, necesariamente debe abarcar todo el ambiente en que se encuentra un objeto, animal, persona o cosa. Debe ser un sistema integrador en el cual interactúen todas las partes de un todo.

La atención integral es un conjunto de procesos, que incluye el aspecto psicológico, biológico, social, personal y cultural, orientados a brindar un servicio al ser humano de forma completa, centrándose siempre en las necesidades de salud de las personas y cómo la atención que se le da puede evitar, minimizar o mantener el problema dentro de un estado en el cual el bienestar social e individual se vea fomentado en cualquier punto de la atención.

3.6.2.4 Dimensiones:

Sector salud, Sistema Nacional de la Salud, Modelo de Atención Integral, atención integral oncológico.

CAPITULO IV. PRESENTACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 GENERALIDADES

Los resultados de la investigación se ven relacionados estrechamente a la realidad observada en múltiples centros de salud. Los centros de salud, al ser visitados y utilizados por infinidad de personas con criterios y percepciones distintas de la vida y la atención brindada, están expuestos a la constante crítica y señalamiento; sin embargo, los centros hospitalarios en Costa Rica tienden a ser y estar de acuerdo a lo establecido por las leyes y normas decretadas por las autoridades.

El Sector Salud se encarga de establecer las reglas o principios que rigen a los centros de atención en salud, como lo son los hospitales, clínicas y EBAIS. Este se compone por instituciones del estado, que aseguran el cumplimiento de la política nacional de salud. El Sistema Nacional de la Salud, que está integrado por instituciones del sector público como el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social o por sector privado como las universidades e institutos, se encarga de mejorar la salud de las personas, las familias y las comunidades brindando servicios de salud de forma integral y de calidad.

Es por esto que se da la creación de la Norma para la habilitación de Hospitales Generales y Servicios Especiales, ya que el Sector Salud visualizó la necesidad de mejorar la atención brindada por las organizaciones que prestan servicios en atención de salud. Para efectos de la presente investigación, se ha extraído de dicha norma, el apartado 4.5. Oncología, de disposiciones o reglamento para la habilitación y activación de un servicio de oncología, en la cual se muestran los requerimientos indispensables y regidos por el sector salud.

El objetivo de esta norma, como se ha mencionado en apartados anteriores, se basa en especificar las condiciones y requisitos que deben cumplir los Hospitales para su

habilitación y disposición en atención de salud a las personas. Las instituciones que brindan servicios de salud deben tener todos los requisitos y disposiciones mostradas en dicha norma, de forma contraria, no obtendrá el permiso de funcionamiento. Dicho apartado, sobre la especialidad de oncología, rige a nivel nacional, para centros públicos, privados o mixtos.

Un Hospital general clase A, obligatoriamente debe cumplir con estas especificaciones para poder ser un hospital de este tipo. Para un servicio de oncología se han descrito varias áreas o sectores que conforman el protocolo para la habilitación de sus servicios. En primera instancia está el recurso humano, luego la planta física, las salas de hospitalización, cuarto de aislamiento, puesto de enfermería, cuarto séptico, sala exclusiva para procedimientos asépticos, área para almacenamiento de ropa limpia, para sueros y soluciones, para camillas y sillas de ruedas, sala de espera, asuntos administrativos, dispositivos para manejo de desechos, el área de preparación de medicamentos, recursos materiales y documentación sobre los distintos protocolos de atención para los diferentes tipos de Cáncer que se atiendan o puedan ser atendidos en dicha unidad. Todos estos son indispensables e irrefutables ante las autoridades correspondientes para un servicio de oncología.

La aplicación de la norma se puede ver afectada por el ausentismo laboral, ya sea voluntario o involuntario; se ha demostrado que en Costa Rica la incidencia en ausencias del personal de enfermería es uno de los más altos, se incluyen también a los médicos y enfermeros, se puede observar de manera más gráfica en la siguiente figura En aspectos nacionales, se dice que la Región Central, tiene la incidencia más elevada en cuanto a ausencias se refiere.

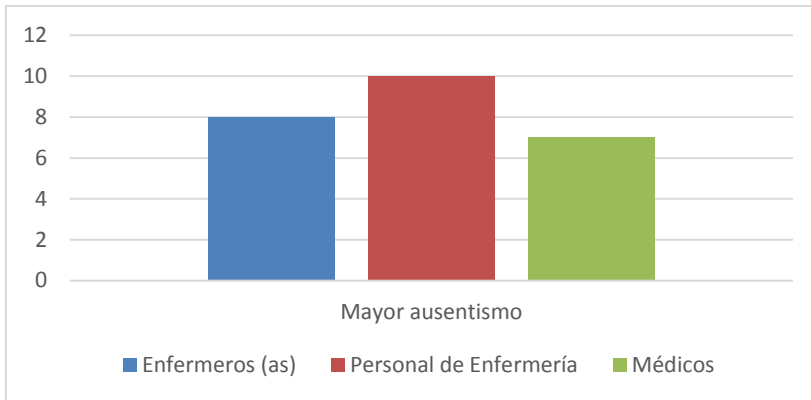


Figura N°1 Mayor ausentismo según puesto. Fuente: Elaboración propia, 2017.

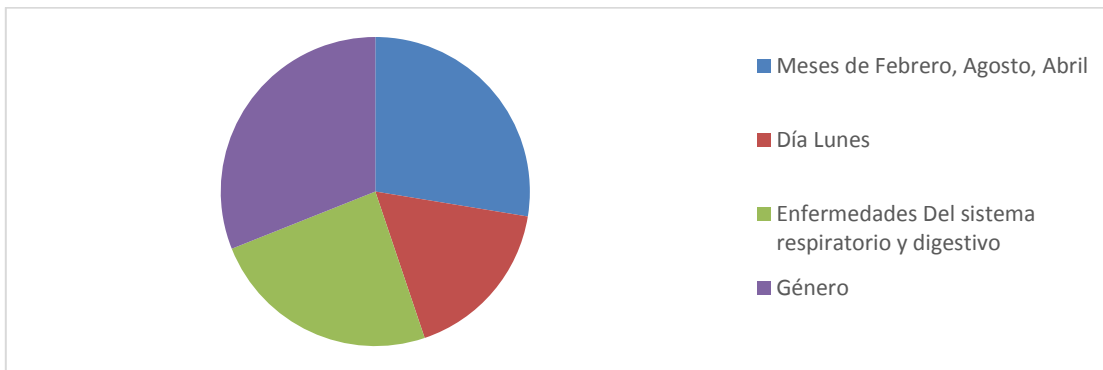


Figura N°2 Causas más frecuentes del ausentismo laboral en Colombia. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Un estudio realizado en Colombia demuestra que los meses de Febrero, Agosto y Abril, el día Lunes, las enfermedades del Sistema Respiratorio y Sistema Digestivo, más el género representan las condiciones y/o temporadas en las cuales se dan mayores incapacidades y por ende ausentismo laboral. Como consecuencia, la seguridad y calidad de los cuidados brindados se va a ver afectada, ya que se produce un desequilibrio en la salud de los pacientes y del personal de salud, en este caso, de los enfermeros, donde se dice que, a mayor estrés, mayor posibilidad de error existe.

Otra consecuencia del ausentismo laboral es el Síndrome de Burn-out, el cual es entendido, a grandes rasgos, como una respuesta a un estrés crónico, que va a producir en el afectado agotamiento físico y psicológico, una actitud fría y despersonalizada. Este se encuentra altamente relacionado con el estrés. Como resultado se dice que existen tres fases de este síndrome, la primera fase (de entusiasmo), la segunda (del conflicto y estrés) y la tercera (distanciamiento de la realidad); su relación se puede observar en la siguiente figura.

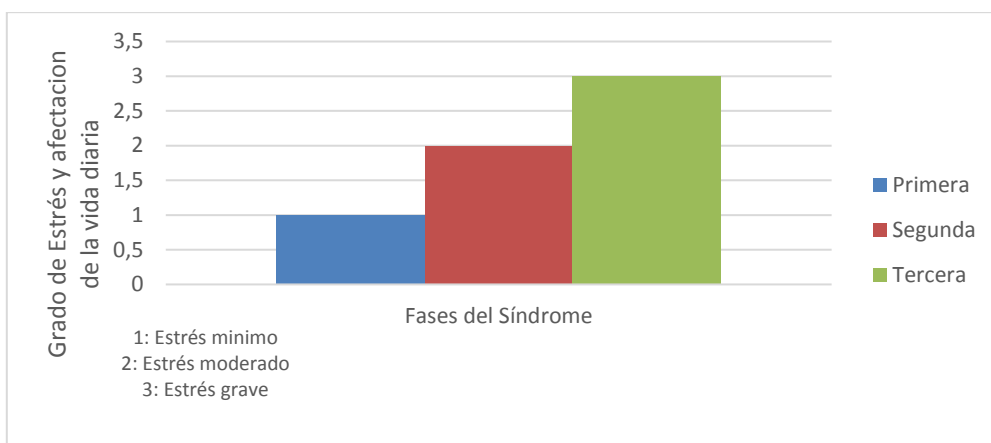


Figura N°3 Fases del síndrome de Burn-out según grado de estrés y afectación de la vida diaria por fase. Fuente: Elaboración propia, 2017.

Se hace hincapié en que las características del trabajo, el tiempo insuficiente, la sobrecarga laboral, incapacidad de desarrollar el trabajo, falta de apoyo de los supervisores, déficit de realimentación positiva y reconocimiento en el trabajo, son factores que inciden en el desarrollo del Síndrome.

La motivación, por otro lado, se entiende como la justificación del comportamiento de las personas, es el motor de la humanidad para lograr sus objetivos. Dependiendo del tipo de motivación así será el comportamiento de las personas; esto porque se han detallado dos tipos de motivación, la motivación intrínseca y extrínseca.

Se demuestra que existe un presupuesto destinado para la mantención y desarrollo de las instituciones, para el presente año, 2017, se destinó un monto de ¢3.4 billones, destinados a equipamiento, medicamentos, insumos médicos mantenimiento, infraestructura, reforzamientos de proyectos especiales. A pesar de los recursos destinados, en Costa Rica, no existe un protocolo para la atención de pacientes con cáncer, no obstante, el Ministerio de Salud propone un plan de atención para este tipo de pacientes.

El modelo de atención integral de la salud en Costa Rica tiene como principios: equidad, universalidad, solidaridad, y enfoque integral; se mantiene en la búsqueda de igualdad de oportunidades para recibir la atención integral. Acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación, conforman parte de la atención integral en oncología en Costa Rica. El cáncer, al ser una enfermedad con causas endógenas y exógenas, se busca tratar toda su globalidad, desde un punto de vista biopsicosocial. El departamento de Enfermería debe conocer el síndrome de enfermedad terminal que consta de tres fases, La fase 1 llamada prediagnóstico y diagnóstico, la fase 2 o enfermedad establecida y la fase 3 deterioro y declinación.

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1 EXPLICACIÓN DE LOS RESULTADOS

La atención integral que el personal de enfermería debe brindar a sus usuarios es de suma importancia y trascendencia en el proceso salud-enfermedad o enfermedad-salud, es decir, en el momento en que una persona está sana e inicia el proceso de enfermedad o por el contrario, cuando está enferma y esta está en proceso de recuperación, hacia la salud óptima. Esto se dice porque enfermería, al ser la única carrera de la salud que se encarga directamente del cuidado en sí, vela por la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, de este modo, los enfermeros están presentes durante todo el proceso.

El que hacer de enfermería, como se ha visto en el apartado de antecedentes, ha sido modificado desde su inicio como carrera formal, la forma y visión de la profesión sigue progresando cada día. Por consiguiente, cada vez se exige más a los profesionales de esta rama de las ciencias de la salud; las normas, leyes y decretos que rigen el ejercicio de la profesión siguen aumentando, y no solo para la profesión sino también para todas las ciencias de la salud. Cada día se ve un mayor número de demandas contra el personal de enfermería, de hecho, se conoce que dentro de los afectados por demandas de usuarios contra el personal de salud, el personal de enfermería se ve más afectado.

El posicionar a la profesión de enfermería en el nivel adecuado e indicado es tarea de todos los inmersos en esta área. Para lograrlo, cada profesional de enfermería debe estar preparado con cualidades físicas, mentales y emocionales de acuerdo a la demanda requerida. La realidad de la atención brindada observada en múltiples centros de salud es muy contradictoria a los requerimientos y estatutos ya planteados por ley. Es por esto que la norma para la habilitación de hospitales generales y servicios especiales tiene tanta

relevancia en la atención integral, ya que esto es lo que se busca con dicha norma. Los centros hospitalarios en Costa Rica tienden a ser y estar de acuerdo a lo establecido por las leyes y normas decretadas por las autoridades. Sin embargo, no deja de ser notorio que algunos centros no cuentan con todo lo estipulado.

Podría deducirse, según percepciones propias y comentarios de usuarios, que el Sector Salud y el Sistema Nacional de la Salud no están cumpliendo con su tarea, y no se está dando una supervisión adecuada de la salud en Costa Rica, no obstante, en contraste a esto, este país está posicionado entre los mejores sistemas de salud a nivel mundial, muchos extranjeros inmigran buscando atención de salud debido al sistema de salud con que cuenta en este país. Por otro lado, se puede observar el estrés y la preocupación de los funcionarios cuando sus supervisores o jefes directos se encargan de supervisar su trabajo; el cumplimiento de las reglas o principios que rigen a los centros de atención en salud, son necesarios para brindar servicios de salud de forma integral y de calidad.

Dicha preocupación puede ser no solo por la presión ejercida por la presencia de su autoridad dentro su área de confort, sino por desconocimiento de su roll y responsabilidades previamente establecidas. Es por esto que la aplicación de la Norma para la habilitación de Hospitales Generales y Servicios Especiales es requerida. A pesar de que enfermería no se encarga de hacer valer dicha norma, el velar por su cumplimiento, buena ejecución y conocimiento es vital si el objetivo de su atención es el velar por una atención optima y de calidad.

El servicio de oncología, además de ser un servicio con pacientes complicados en todos los aspectos, como aspectos físicos, emocionales, tratamientos, cuidado y atención en general,

es un servicio que para cumplir con la atención deseada debe estar preparada para cumplir su meta. El personal debe estar calificado para desarrollar esta tarea, debe conocer los planes de atención y normas como esta. Las condiciones y requisitos que deben cumplir los servicios de esta especialidad (descritos en el apartado del marco teórico) son bastante exigentes, precisos y explícitos; si no se dispone de ellos en su totalidad la atención que se da no es ni la ideal, ni la adecuada, por ende, el proceso enfermedad-salud va a ser más complicado y lento, se generaran mayores costos económicos a largo plazo, desperdicio de recursos humanos y materiales e insumos, vidas mayormente afectadas en pacientes y familias, en resumen, una atención que se aleja de lo integral, afectando todo su entorno.

Según lo observado en un Hospital general clase A, en un servicio de oncología, se ha denotado que las áreas o sectores que conforman el protocolo para la habilitación de sus servicios están presentes y cumplen de cierta manera con la norma. Se dice que de cierta manera porque a pesar de contar con todos los espacios requeridos, el personal no va de acuerdo a los requerimientos planteados en la norma, no se cumple con el número ideal de enfermeros, auxiliares y asistentes de pacientes por pacientes; por otro lado, los sectores están claramente diferenciados para la atención de los pacientes, por lo cual hasta el personal externo al servicio y visitantes pueden ubicarse y reconocer cada área de manera sencilla.

El tamaño de ciertas áreas como la planta física y las salas de hospitalización cuentan con los requerimientos necesarios según la norma, sin embargo, no se cuenta con un cuarto de aislamiento, ni con la cantidad de servicios sanitarios necesarios según el número de camas del servicio. El puesto de enfermería cumple con el espacio necesario mas no tiene visibilidad absoluta sobre todos los cubículos, tampoco se cuenta con un sistema de

monitoreo adecuado. El cuarto séptico y la sala exclusiva para procedimientos asépticos cuentan con los requerimientos, pero la sala de procedimientos no es tan amplia como lo describe la norma, tampoco lo es el área para almacenamiento de ropa limpia, para sueros y soluciones.

El área para camillas y sillas de ruedas y la sala de espera si es del tamaño adecuado aproximadamente; por el contrario, el área asuntos administrativos no está cumpliendo con los requerimientos, el área para reuniones o sesiones de trabajo no cuenta con equipo multimedia. Existen los dispositivos adecuados para manejo de desechos; el área de preparación de medicamentos, los recursos materiales y documentación sobre los distintos protocolos de atención para los diferentes tipos de Cáncer son muy completos y acordes con las normas establecidas.

El cómo esto puede afectar la recuperación y atención que los pacientes reciben es de suma importancia, como se ha mencionado, la creación y aplicación de la norma es precisamente para brindar una atención de forma integral y de calidad, el que los requerimientos, equipo, personal e infraestructura no sean las adecuadas pone en riesgo la vida de los pacientes. Por ejemplo, la falta de personal, se ha demostrado y evidenciado en el apartado de los antecedentes que la tasa de mortalidad aumenta cuando no se cuenta con las enfermeras necesarias por cierta cantidad de pacientes, esto genera sobrecarga de funciones, agotamiento en el personal presente, agotamiento de recursos y pérdida de recurso importante.

El ausentismo laboral, ya sea voluntario o involuntario, es otra consecuencia de la no aplicación de esta norma; en Costa Rica la incidencia en ausencias del personal de

enfermería es uno de los más altos, esto se puede deber a la sobrecarga mencionada anteriormente, al no contar con el personal suficiente el personal de enfermería y los mismos enfermeros obligatoriamente tienen que dar más de lo requerido, esto desarrolla estrés, sentimientos de incompetencia en su quehacer, preocupación por asuntos no resueltos por falta de tiempo al tener que dedicar tiempo a otras cosas más urgentes, sin dejar de pensar que lo no resuelto también es importante. Por ende, el rendimiento laboral va a ser mínimo y el personal va a estar desmotivado y lejos de poder cumplir con su función de la manera más acertada e indicada, esto fue observado en el Servicio de oncología de Hombres del hospital clase A.

Se dice que la Región Central tiene la incidencia más elevada en cuanto a ausencias se refiere. Esto puede ser porque en la región central, San José y alrededores, la presión normal o cultural es mayor, desde la infraestructura, la gran cantidad de automóviles y autobuses, responsabilidades, la familia propiedades generan un impacto sobre el estado y salud emocional al funcionario; esto sumado a la sobrecarga laboral produce una productividad disminuida. Existen factores que incrementan el agotamiento y estrés laboral, que sumado a la falta de personal generan mala atención o atención de menor calidad.

Los factores pueden ser el sexo, estado civil, edad, cultura, procedencia, tiempo de laborar, experiencias pasadas. Se dice el sexo femenino tiende a sufrir de un mayor estrés, talvez por las responsabilidades familiares, que a pesar de que hoy en día las mismas son más equitativas, el sexo femenino tiende a ser y continúa siendo el que más acapara los quehaceres de la casa, claramente esto genera mayor tensión y preocupación que la que manejan los hombres en relación a este tema. Situación que va ligada al estado civil de la persona, se ha visto mediante experiencias propias y recursos teóricos que el estar casado o

casada genera mayor estrés en la pareja, no es lo mismo lo que vive una persona que vive con sus padres a lo que pueda vivir una persona que se mantiene por sus propios medios y tiene responsabilidades aún mayores.

La edad y la cultura se encuentran íntimamente relacionados al desarrollo psicosocial que tenga una persona. Se cree que a mayor edad, mayor experiencia y mayor criterio, por lo cual, cuando un joven llega a ocupar un puesto en el que se tiene que relacionar y tratar como igual con una persona de mucha más experiencia, este se verá con una necesidad mayor de adquirir conocimientos y destrezas que a la larga van a generar tensión, y estrés y una mayor posibilidad de caer en el error, aun así cuando se conoce el rol laboral y sus responsabilidades dentro del mismo.

La cultura y procedencia tienen que ver con el desarrollo o manera en que una persona se desenvuelve y se relaciona con los demás, claramente también lo será en la forma que este tome y adopte su rol como trabajador. No es igual la manera en que una persona de pueblo piense, actúe y tome decisiones a como lo haría una persona de ciudad; sus experiencias y percepciones propias influyen directamente en la manera en que estos se relacionan y actúan durante su desarrollo profesional.

Esto genera, en algunos casos, errores en clasificar y crear estereotipos en las personas por su procedencia, dándole mayor número de responsabilidades y autoridad dependiendo del lugar de donde proceden. Lo mismo sucede con las personas de la región central, no es la misma percepción que tiene una persona de los barrios bajos comparado a la de una persona de un rango social más elevado; situación que se destruye a la hora de ejercer y

tomar su posición como profesional, donde todos deberían ser tratados como iguales, con las mismas oportunidades y privilegios.

El día Lunes, comprobado por estudios, es el día con mayor cantidad de ausencias, posiblemente los paseos recreativos, actividades sociales y/o familiares sean los causantes de esto; de igual manera, el género femenino tiende a ausentarse con mayor frecuencia, situación que se podría relacionar con lo ya mencionado en párrafos anteriores. Como consecuencia del ausentismo se genera que la seguridad y calidad de los cuidados brindados se vea afectada, ya que se produce un desequilibrio en la salud de los pacientes y del personal de salud, en este caso, de los enfermeros, donde se dice que, a mayor estrés, mayor posibilidad de error existe.

Síndromes como el Síndrome de Burn-out, complican la atención brindada, características del trabajo como: tiempo insuficiente, la sobrecarga laboral, incapacidad de desarrollar el trabajo, falta de apoyo de los supervisores, déficit de realimentación positiva y reconocimiento en el trabajo, son factores que participan en el deterioro de la productividad laboral; esto a la vez produce desmotivación, el personal no se desarrollará de la mejor manera, va a estar incompleto y se van a generar las consecuencias ya mencionadas, además de falta de estimulación para lograr sus objetivos personales y/o laborales, no alcanzando su máximo nivel profesional.

El presupuesto destinado para la mantención y desarrollo de las instituciones, en aspectos como equipamiento, medicamentos, insumos médicos, mantenimiento, infraestructura, reforzamientos de proyectos especiales, es suficiente y a la vez insuficiente. A pesar de los recursos destinados, puede ser que exista una mala distribución o manejo de recursos; es

rutinario entrar a cualquier servicio de un hospital clase A y que falte algún insumo, o que sean insuficientes, en algunos casos se refiere contar con el presupuesto y recursos necesarios pero no se da un buen manejo de los mismos; en otros casos no se cuenta con los recursos óptimos y las personas tienen que trabajar de manera efectiva dando los mismo resultados (como si estuvieran con las condiciones óptimas) y dar su 100% para sacar el trabajo adelante. Se dice que el presupuesto que se estimó para este año, no toma en cuenta la contratación de personal para varias áreas de la Caja Costarricense del Seguro Social, puesto que en el 2016 sí se realizó un presupuesto que contemplaba parte de su dinero para contratación de personal; sin embargo, se vuelve al mismo punto, se genera estrés y en algún momento, disminución de productividad y, por ende, de trabajo.

Igualmente, existe inopia de personal para la creación de protocolos para la atención de pacientes con cáncer, de esta manera el modelo de atención integral de la salud se ve afectado, y los principios, que son: equidad, universalidad, solidaridad, y enfoque integral, no son cumplidos; la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, curación y rehabilitación, tampoco se pueden cumplir con diligencia y a plenitud, por falta de un buen manejo de recursos económicos y humano.

Si la enfermería no está preparada para cumplir con su rol y brindar la atención holística, que desde sus bases se fundamentó, la atención será mediocre y muy lejos de ser integral. Es de suma importancia que cada persona que conforma el grupo del personal de enfermería esté capacitado para desarrollar y cumplir a la perfección con su rol, tareas y responsabilidades, la capacitación, conocimiento de normas, reglamentos y por sobre todo, la aplicación de las mismas será la clave y fundamento de que la profesión mantenga su

estatus y cada día camine con una dirección más orientada a sus orígenes, cuidado científico, holístico e integral.

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

El hospital especializado clase A, se logra evidenciar que no hay un cumplimiento de la norma para la habilitación de hospitales generales y servicios especializado por parte del personal de enfermería, la cual llega a afectar la atención integral de la salud hacia los usuarios del servicio de oncología hombres.

La norma de habilitación de hospitales generales y servicios especializados consiste en especificar las condiciones y requisitos que se debe cumplir en cada hospital que cuentan con servicios especiales para brindar una atención adecuada a los usuarios, si no se cumple esta norma se dice que no se obtendrá el permiso para funcionar de parte del ministerio de salud, la cual especifica en el servicio de oncología se debe cumplir con ciertos requisitos, pero existe un déficit del cumplimiento debido a que no hay suficiente personal de acuerdo a lo que dice la norma, un especialista en oncología por cada 6 camas, un profesional en enfermería por cada 12 camas, un auxiliar de enfermería por cada 6 camas, y un asistente de pacientes por cada 12 camas. Por ende, la distribución de los usuarios a cada enfermero, auxiliar de enfermería y asistente de pacientes, es inadecuado debido a un sobrecargo de usuarios por cada uno, ocasionando un aumento las funciones, agotamiento en el personal presente, agotamiento de recursos y pérdida de recurso importante.

Lo que corresponde al servicio de oncología en estudio en donde existen 36 camas, lo ideal según la norma deberían trabajar por turno, 3 enfermeros para abarcar la relación de 1 enfermero por cada 12 camas, se necesitarían 6 auxiliares por turno para cumplir con la relación de 1 auxiliar de enfermería por cada 6 camas, y por último, 3 asistentes de pacientes para la relación de 1 asistente por cada 12 camas.

Existen diversos factores que pueden con llevar a no cumplir esos requisitos en el servicio de oncología, dentro de los cuales, se encuentra el ausentismo laboral entre el personal de enfermería, el no contar con el personal suficiente para la jornada laboral, obligatoriamente los enfermeros, auxiliares de enfermería y asistente de paciente tienen que dar más de lo requerido, generando mayor estrés, sentimientos de incompetencia en su quehacer, preocupaciones por asuntos no resueltos por la falta de tiempo, debido al sobrecargo de trabajo, esto disminuye el rendimiento laboral, desencadenando otros factores como lo es el síndrome de burn out y la desmotivación, que por lo general la motivación es la que va impulsar a la persona a realizar acciones o metas llegando a la satisfacción propia de la persona, o también llega a tener motivación de forma extrínseca, por medio del salario, obtención de permisos ya sea vacaciones, días libres, el defecto de esta motivación es la disminuye la atención, el esfuerzo, la persona solo piensa en acabar lo más pronto posible para conseguir lo prometido sin importar como lo ha hecho.

Es necesario evidenciar que la norma al incluir aspectos específicos que ponen en juego el presupuesto económico de la Caja Costarricense del Seguro Social, no se puede llegar a cumplir un 100% pues estudios demuestran que no se dispone de fondos para contratar al personal necesario establecido por la norma. Si bien es cierto que existe la norma, la política, pero el nivel socioeconómico del país no es factible la aplicación prioritaria y en su totalidad.

El enfoque de la atención integral tiene la parte de la integralidad del usuario, que se caracteriza por las respuestas holísticas a las necesidades y problemas de salud. En el servicio de oncología se debe tener una actuación adecuada al trato por parte del personal de enfermería a través de la atención integral e individualizada, cubriendo los aspectos

físicos, psicológicos, sociales y espirituales, tomando en cuenta al usuario y la familia, que haya un reconocimiento de la dignidad personal del usuario terminal, desarrollo de una actitud activa y positiva en la realización los cuidados, y una importancia sobre el soporte emocional y brindarle al usuario la máxima sensación de confort, bienestar, cubrir las reacciones psicológicas, demanda de afecto, permitir expresiones y necesidades de comunicación, y así aumentar la autoestima, reducir su soledad, cambiar su entorno, minimizar su tensión emocional y sentimientos de miedo.

Los factores mencionados anteriormente, conlleva a una inadecuada atención integral, al no tener el suficiente tiempo el personal de enfermería, debido a las diversas funciones que se tienen que realizar al mismo tiempo, no se brinda la atención requerida, por ejemplo en los cambios de posición cada dos horas, asistir en la alimentación, estar atentos al que usuario presenta dolor, al cambio de pañal, mantener una escucha activa hacia los usuarios, una inadecuada técnica de los procedimientos de enfermería, entre otras; todo esto no se logra cumplir por parte del personal, por causa del estrés, desmotivación, sobrecargo que presenta cada uno de los funcionarios.

6.2 RECOMENDACIONES

Los centros de salud en Costa Rica, deben velar por que la atención que se brinda en sus establecimientos sea optima, especializada y centrada en el individuo como un ser único, individual e integrante importante de la sociedad. Por ende, al momento de la implementación de normas como la estudiada dentro del desarrollo bibliográfico, se asegura un mejoramiento de los objetivos del sector salud en Costa Rica.

Necesario es que las organizaciones encargadas de controlar el sistema de salud en el país, se encargue de mejorar la aplicación de normas, reglas y principios que permitan mejorar la atención en salud que se brinda especialmente en establecimiento públicos. Órgano a quien le concierne la vigilancia es el Ministerio de Salud, y por tanto recomendable que este realice un mayor seguimiento de los establecimientos de salud, con el fin de que puedan identificar errores por la no aplicación de normas propuestas para mejorar la atención incluyendo desde aspectos como la infraestructura, personal, y equipo requerido para que el abordaje sea el mejor.

Importante es que los órganos superiores, direccionen mayor los presupuestos y recursos, para la contratación de mayor cantidad de personal, con el fin de que la relación enfermero-paciente sea conforme se indica en la norma; permitiendo que se disminuya la sobrecarga laboral y como resultado, se de una atención integral y basada en la necesidad de cada individuo. Para brindar esa atención tan necesaria, es importante que el personal conozca el plan de atención de pacientes con cáncer en el caso de esta investigación, para que orientados en esta guía el personal de enfermería conozca las necesidades de cada paciente

con una patología de cáncer, y que pueda atender dichas necesidades basados en planes que guíen el accionar adecuado.

La implementación de métodos para disminuir factores como el ausentismo, desmotivación laboral, estrés que puede llegar a generar el síndrome de Burn-out, mejoraría grandemente la atención integral en salud. Pues se tendrían trabajadores más motivados, menos cansados por una disminución en la sobrecarga de trabajo, menos estresados, de forma que darían una atención más especializada y enfocada en cada individuo como tal.

Realizar una adecuada selección del personal de enfermería a contratar en el servicio de oncología, que asegure que sea trabajadores eficientes, capacitados y con deseo de realizar las labores adecuadamente buscando siempre el bienestar del usuario. Así como también se debe rotar al personal para evitar que le afecten por aspectos relacionados con el cáncer como por ejemplo la muerte.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA CITADA

1. **González, Rossana García.** El Sistema Nacional de Salud en Costa Rica: Generalidades . [En línea] 2004. [Citado el: 20 de julio de 2017.]
<http://www.cendeisss.sa.cr/cursos/sistemanacsaludgeneral.pdf>.
2. **Área de Servicios y Sistemas de Salud, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud .** Perfil de Situación de Salud . [En línea] 2010. [Citado el: 20 de julio de 2017.]
http://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=analisis-de-situacion-de-salud&alias=87-perfil-de-situacion-de-salud-de-costa-rica-setiembre-2010&Itemid=222.
3. **Poder Ejecutivo de Costa Rica.** Norma para la Habilitacion de Hospitales Generales y Servicios Especiales. [En línea] 14 de julio de 2014. [Citado el: 20 de julio de 2017.]
http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=77632&nValor3=97441&strTipM=TC.
4. **Caja Costarricense del Seguro Social, CENDEISSS y Univeridad de Costa Rica.** Fundamentos conceptuales y operativos del Sistema Nacional del Salud y del Modelo de Atención de Salud. . [En línea] 2003. [Citado el: 20 de julio de 2017.]
<http://www.cendeisss.sa.cr/posgrados/modulos/modulo1gestion.pdf>.
5. **Redacción Médica .** A más pacientes por enfermero, mayor mortalidad . [En línea] 12 de febrero de 2016. [Citado el: 29 de julio de 2017.]

<https://www.redaccionmedica.com/noticia/a-mayor-numero-de-pacientes-por-enfermero-mayor-mortalidad-94315>.

6. **Médica., Redacción.** La mortalidad aumenta un 7% por cada paciente ‘de más’ que atiende una enfermera. [En línea] 2015. [Citado el: 28 de julio de 2017.] que atiende una enfermera. <https://www.redaccionmedica.com/noticia/la-mortalidad-aumenta-un-7-por-cada-paciente-de-ms-que-atiende-una-enfermera-89994>.

7. **P, Rodríguez.** Atención Integral y Centrada en la Persona. España. [En línea] 2013. [Citado el: 29 de julio de 2017.] 7.

8. **García, M., Gómez, A., Cardenas, L., Monroy, A.** Cuidados de la Salud: paradigma del personal de enfermeros en México. *Escuela Anna Nery Revista de Enfermería*. [En línea] 2009. [Citado el: 01 de agosto de 2017.] 8.

9. **Marriner Tomey, A., Raile Alligood, M.** *Modelos y Teorías en Enfermería*. España : Servier Science., 2007. 9.

10. **Real Academia Española .** Definición de Sistema. [En línea] 2014. [Citado el: 30 de julio de 2017.] <http://dle.rae.es/?id=Y2AFX5s>. 10.

11. **Johanna Sequeira .** Slideshare. *El sistema nacional de salud oficial*. [En línea] 2012. [Citado el: 30 de julio de 2017.] <https://es.slideshare.net/JohannaSequeira/el-sistema-nacional-de-salud-oficial>. 11.

12. **Ministerio de Salud.** Sistema Costarricense de Información Jurídica. *Manual de Normas para la Habilitación de Hospitales Generales y Servicios Especiales N° 38508-S*. [En línea] 2014. <http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa>. 12.

13. **Ferraro, Carlos.** INCIDENCIA DE AUSENTISMO. [En línea] 2016. [Citado el: 29 de julio de 2017.] <http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2016/07/TESIS-FINAL.pdf>. 13.
14. **Organización Panamericana de la Salud.** Impacto de las reformas sobre el ausentismo laboral en los Hospitales de Costa Rica. [En línea] 2017. [Citado el: 29 de julio de 2017.] http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892006000400008. 14.
15. **DUARTE, YURIDY SHIRLEY CUEVAS.** CARACTERIZACION DEL AUSENTISMO LABORAL. Bogotá : s.n., Diciembre de 2011. 15.
16. **Mansilla, Begoña Olabarría & Fernando.** ANTE EL BURNOUT: CUIDADOS A LOS EQUIPOS DE SALUD MENTAL. [En línea] 2007. [Citado el: 29 de julio de 2017.] [http://aepcp.net/arc/01_2007\(1\)_Olabarr_EDaYMansilla.pdf](http://aepcp.net/arc/01_2007(1)_Olabarr_EDaYMansilla.pdf).
17. **Bermejo, José Carlos.** *ESTRES Y BURN-OUT*. 1998. 17.
18. **Wiechers, Dr. Enrique Graue.** El Síndrome de “Burnout”:La despersonalización, el agotamiento emocional y la insatisfacción en el trabajo como problemas en el ejercicio de la medicina y el desarrollo profesional. [En línea] 20107. [Citado el: 27 de Julio de 2017.] http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2007/jun_01_ponencia.html. 18.
19. *MOTIVACIÓN: PERSPECTIVAS TEÓRICAS Y ALGUNAS CONSIDERACIONES DE SU IMPORTANCIA EN EL ÁMBITO EDUCATIVO.* **Pereira, María Luisa Naranjo.** 153-170, s.l. : Revista Educación: UCR, 2009. 18.

20. **Soriano, M.Mateo.** La Motivación, pilar básico de todo tipo de esfuerzo. [En línea] s.f. [Citado el: 01 de agosto de 2017.] <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/209932.pdf>. 19.
21. **Ramírez, María Isabel Solís.** Caja Costarricense del Seguro Social. [En línea] 2016. [Citado el: 01 de agosto de 2017.] <https://www.ccss.sa.cr/noticia?junta-directiva-de-ccss-aprueba-presupuesto-para-el-2017-por-un-monto-de-3-4-billones>. 20.
22. **Ministerio de Salud.** *Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer.* San Jose : s.n., 2012. 21.
23. **Álvaro Salas Chaves, Alcira Castillo Martínez.** FUNDAMENTOS CONCEPTUALES Y OPERATIVOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD Y DEL MODELO DE ATENCIÓN DE LA SALUD. *CENDEISSS.* [En línea] 2003. [Citado el: 30 de julio de 2017.] <http://www.cendeiss.sa.cr/posgrados/modulos/modulo1gestion.pdf>. 22.
24. **American Cancer Society.** American Cancer Society. *¿En qué consiste la atención médica integral?* [En línea] 2015. [Citado el: 30 de julio de 2017.] <https://www.cancer.org/es/tratamiento/los-ninos-y-el-cancer/cuando-su-hijo-tiene-cancer/compreesion-del-sistema-de-atencion-medica/atencion-completa.html>. 23.
25. *Atención integral de enfermería al paciente oncológico Terminal.* **Miguel Alejandro Castillo Garcet, Ana Ibis Jiménez Hernández y Imilla Torres Orue.** s.l. : Rev Cubana Enfermería, 2005. 24.
26. **Maganto, Vicente Valentín.** LA ATENCIÓN ONCOLÓGICA INTEGRAL: UNA NECESIDAD REAL. *Servicio de Oncología Médica.* [En línea] [Citado el: 31 de julio de

2017.]

http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/sociosyprofs/comunicaciones/tenerife/ix_tenerife063.pdf. 25.

27. **Hernandez, Roberto Sampieri, Collajo Fernández, Carlos y Lucio Baptista, Pilar.** *Metodología de la investigación*. México : McGraw-Hill internacional, 2003. 26.

28. **G, Tevni Grajales.** Tipos de Investigación. [En línea] 2000. [Citado el: 31 de Julio de 2017.] <http://tgrajales.net/investipos.pdf>. 27.

29. **Universidad Nacional de Santiago del Estero.** Metodologia de investigacion. [En línea] <http://blog.uca.edu.ni/jmedina/files/2011/06/Proceso-de-investigacion-Cientifica1.pdf>. 28.

30. **Peña, Luis Bernardo.** Proyecto de Indagación. Facultad de Psicología. [En línea] 2010. [Citado el: 23 de Julio de 2017.] http://www.javeriana.edu.co/prin/sites/default/files/La_revision_bibliografia.mayo_.2010.

29

31. *REVISIÓN DE DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN RESALTANTES PARA ENFERMERÍA. PARTE 1: DISEÑOS DE INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA.* **Valmi D. Sousa, Martha Driessnack, Isabel Amélia Costa Mendes.** 2007, Rev Latino-am Enfermagem. 30.

32. **Pita Fernández S, Juan Canalejo.** Tipos de estudios clínico epidemiológicos. [En línea] 2001. [Citado el: 23 de Julio de 2017.] http://www.fisterra.com/mbe/investiga/6tipos_estudios/6tipos_estudios2.pdf. 31.

Bibliografía Consultada

1. **Adriana Lucía Castro, Jaime Rafael Vizcaíno.** Atención Integral: Prosperidad para la primera infancia . *de cero a siempre*. [En línea] [Citado el: 24 de Julio de 2017.] <http://www.deceroasiempre.gov.co/QuienesSomos/Documents/Cartilla-CeroSiempre-Prosperidad-Primera-Infancia.pdf>.
2. **Fernando Ruiz GómezUribe, Alejandro Gaviria, Carmen Eugenia Dávila Guerrero.** Política de Atención Integral en Salud: “Un sistema de salud al servicio de la gente”. [En línea] 2016. [Citado el: 24 de Julio de 2017.] <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>.
3. **López, María de las Mercedes Martha Juan.** Modelo de Atención Integral de Salud. [En línea] 2015. [Citado el: 24 de Julio de 2017.] <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/83268/ModeloAtencionIntegral.pdf>.
4. **Ministerio de Salud.** Decreto No.34560-S Normas para la habilitacion de establecimientos que brinda atencio en cuidados paliativos modalidad ambulatoria y domiciliar. *Sistema Costarricense de Información Jurídica*. [En línea] 2014. [Citado el: 25 de Julio de 2017.] http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=63419&nValor3=72871&strTipM=TC.
5. —. Ley General de la Salud. *Procuraduría General de la Republica de Costa Rica*. [En línea] [Citado el: 26 de Julio de 2017.]

http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?para m1=NRTC&nValor1=1&nValor2=6581&nValor3=96425&strTipM=TC.

6. **Cano, MSc. María del Carmen Amaro.** Florence Nightingale, la primera gran teórica de enfermería. [En línea] 2014. [Citado el: 27 de Julio de 2017.] http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000300009.

7. **Barroso Romero, Zoila y Torres Esperón, Julia Maricela.** Fuentes teóricas de la enfermería profesional. Su influencia en la atención al hombre como ser biosicosocial. [En línea] 2001. [Citado el: 27 de Julio de 2017.] <http://www.redalyc.org/pdf/214/21427102.pdf>.

8. *Florence Nightingale. La dama de la lámpara (1820-1910).* **AznarI, Anahy Velázquez y Thomas, Caridad Dandicourt.** 4, Ciudad de la Habana : Revista Cubana de Enfermería, 2010, Vol. 26.

9. **G, Fanny Cisneros.** INTRODUCCIÓN A LOS MODELOS Y TEORIAS DE ENFERMERIA. [En línea] 2012. [Citado el: 27 de Julio de 2017.] <http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYModelosDeEnfermeria.pdf>.

10. **Torrens, Rosa Maria.** Atención al paciente oncológico desde la perspectiva de enfermería. [En línea] 2010. [Citado el: 29 de Julio de 2017.] http://www.areasaludbadajoz.com/images/datos/elibros/atencion_paciente_oncologico_enfermeria.pdf.

11. **M^a Luisa de Cáceres Zurita, Francisca Ruiz Mata, Francisca Ruiz Mata, Cristina Carlota Busques.** EL MANUAL PARA EL PACIENTE ONCOLÓGICO Y SU

FAMILIA. [En línea] 2007. [Citado el: 29 de Julio de 2017.]
<http://fecma.vinagrero.es/documentos/pacientes.pdf>.

12. **Huertas, Juan Antonio.** MOTIVACIÓN QUERER APRENDER. *Catedrático de Psicología Cognitiva de la Universidad Autónoma de Madrid*. [En línea] [Citado el: 1 de Agosto de 2017.] http://www.terras.edu.ar/biblioteca/6/TA_Huertas_Unidad_4.pdf.

13. **Nuñez, Jose Carlos.** Motivación, Aprendizaje y Rendimiento Académico. *Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia. Braga: Universidade do Minho*. [En línea] 2009. [Citado el: 1 de Agosto de 2017.]
<http://www.educacion.udc.es/grupos/gipdae/documentos/congreso/xcongreso/pdfs/cc/cc3.pdf>.

14. **Iriarte, Mariano.** ¿MOTIVACIÓN “INTRÍNSECA” Y “EXTRÍNSECA”? [En línea] 2007. [Citado el: 2 de Agosto de 2017.] https://www.incess.com/wp-content/uploads/2011/05/13-Motivacion_Intrinseca_Extrinseca.pdf.

15. **Reeve, John Marshall.** MOTIVACIÓN INTRÍNSECA Y TIPOS DE MOTIVACIÓN EXTRÍNSECA. [En línea] 2009. [Citado el: 2 de Agosto de 2017.]
<http://s3.amazonaws.com/lcp/mechones-2009/myfiles/John-Marshall-Reeve-Motivacion-intrinseca-y-tipos-de-motivacion-extrinseca.pdf>.

16. **INSTITUTO EUROPEO DE POSGRADO.** La Motivación como clave para desarrollar personas. [En línea] 2013. [Citado el: 2 de Agosto de 2017.]
http://campusiep.com/recursos/extra/recursos_aula/programa-habilidades/Motivacion_liderazgo/contenido/las_motivaciones_humanas.pdf.

17. **Puc Valdez Manuel, Rojas Juárez María del Rosario, Torres Alavez María Yolanda.** Análisis de las causas de ausentismo injustificado Análisis de las causas de ausentismo injustificado con un grupo focal de enfermeras. [En línea] 2005. [Citado el: 2 de Agosto de 2017.] <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2005/eim053d.pdf>.
18. **Leonett Daniel, Mendez Oscar.** ANÁLISIS DE LOS FACTORES QUE GENERAN AUSENTISMO LABORAL EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL CENTRO MÉDICO DOCENTE FUENTE” MATURÍN ESTADO MONAGAS. [En línea] 2005. [Citado el: 3 de Agosto de 2017.] http://ri.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/663/1/TESIS-658.314_L524_01.pdf.
19. **Velazquez, Victor Manuel Joffre.** Síndrome de Burnout en profesionales de la salud. [En línea] 2009. [Citado el: 3 de Agosto de 2017.] <https://hera.ugr.es/tesisugr/18487245.pdf>.
20. **Torres, Edgar Carrillo.** Síndrome de desgaste Profesional en enfermeras que trabajan en el hospital regional de psiquiatría morelos. [En línea] 2010. [Citado el: 3 de Agosto de 2017.] <http://www.enmh.ipn.mx/PosgradoInvestigacion/Documents/tesismsosh/EDGARCARRILLOTORRES.pdf>.
21. **Patricia Arias Garro, Melina Castro Leitón.** “Prevalencia del síndrome de Burnout y factores sociodemográficos y laborales asociados en enfermeros (as)) profesionales del Hospital Nacional de Niños durante el mes de Setiembre 2012”. [En línea] 2012. [Citado el: 3 de Agosto de 2017.] <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis38.pdf>.

22. **Vicente Valentín, M^a Teresa Murillo.** CUIDADOS CONTINUOS. UNA NECESIDAD DEL PACIENTE ONCOLÓGICO. [En línea] 2004. [Citado el: 4 de Agosto de 2017.]
[http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0404110155A/16355.](http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/viewFile/PSIC0404110155A/16355)
23. **Tovar, Javier.** Cuidar en oncología, programa integral de apoyo a pacientes y familiares. [En línea] 2004. [Citado el: 3 de Agosto de 2017.]
[http://www.efesalud.com/cuidar-en-oncologia-programa-integral-de-apoyo-a-pacientes-y-familiares/.](http://www.efesalud.com/cuidar-en-oncologia-programa-integral-de-apoyo-a-pacientes-y-familiares/)
24. **Raúl Murillo, Carolina Wiesne, Jesús Acosta.** Modelo de cuidado del paciente con cancer. [En línea] [Citado el: 3 de Agosto de 2017.]
[http://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/modelo.](http://www.cancer.gov.co/files/libros/archivos/modelo)
25. **M. Agud, C. Díaz Pedroche, J. González Olmedo, P. Hernández Jiménez, F. López López.** ATENCIÓN INTEGRAL AL PACIENTE ONCOLÓGICO: ANÁLISIS DE LA EFICIENCIA DE LA INCLUSIÓN DE UN INTERNISTA EN LA HOSPITALIZACIÓN DE ONCOLOGÍA MÉDICA. [En línea] [Citado el: 3 de Agosto de 2017.]
[http://www.revclinesp.es/es/congresos/xxxvii-congreso-nacional-sociedad-espanola/44/sesion/gestion-clinica/2812/atencin-integral-al-paciente-oncolgico/30699/.](http://www.revclinesp.es/es/congresos/xxxvii-congreso-nacional-sociedad-espanola/44/sesion/gestion-clinica/2812/atencin-integral-al-paciente-oncolgico/30699/)
26. **Soriano, M. Mateo.** La Motivación, Pilar básico de todo tipo de esfuerzo. [En línea] [Citado el: 1 de Agosto de 2017.]
[reme.uji.es/articulos/.../1.../reme.numero.20.21.motivacion.conducta.y.proceso.pdf.](http://reme.uji.es/articulos/.../1.../reme.numero.20.21.motivacion.conducta.y.proceso.pdf)

ANEXOS

Anexo #1

RAZÓN DE PROFESIONALES EN MEDICINA, ENFERMERÍA Y ODONTOLOGÍA POR 10.000 HABITANTES, COSTA RICA, 2005-2007

Año	Médicas (os)	Enfermeras (os)	Odontólogas (os)
2005	20,8	16,0	6,7
2006	20,9	16,3	6,7
2007	17,2	17,2	7,7

Fuente: Indicadores de Básicos de los Sistemas de Salud en Costa Rica 2006,2007, 2008- OPS-Ministerio de Salud.

Anexo #2

CARGO	Total	%
MEDICO	127	38,3
AUXILIAR ODONTOLOGIA	47	14,2
ODONTOLOGO	36	10,8
CAJERO	29	8,7
AUXILIAR ENFERMERIA	20	6
TERAPEUTAS	20	6
ENFERMERA JEFES	16	4,8
AUXILIAR APOYO DIAGNOSTICO	10	3
TECNICO RX	7	2,1
AUXILIAR ARCHIVO	6	1,8
AUXILIAR ALMACEN	5	1,5
AUXILIAR VACUNACION	5	1,5
NUTRICIONISTA	4	1,2
AUXILIAR ENFERMERIA	1	0,3
AUXILIAR LABORATORIO	1	0,3
SECRETARIA	1	0,3
Total general	332	100

SISTEMA	N° Total Incapacidades	%	Total Días
RESPIRATORIO	105	31,9	287
DIGESTIVO	76	22,9	296
OSTEOMUSCULAR	43	13	426
NEUROLOGICO	26	7,8	56
GENITOURINARIO	25	7,5	79
PROCEDIMIENTO	20	6	227
EMBARAZO	17	5,1	88
PIEL	8	2,4	17
SINDROMATICO	6	1,8	25
CARDIOVASCULAR	3	0,9	10
PSICOLOGICO	2	3	7
Total general	332	100	1518

MES	N° Total Incapacidades
ENERO	16
FEBRERO	39
MARZO	24
ABRIL	33
MAYO	31
JUNIO	26
JULIO	18
AGOSTO	37
SEPTIEMBRE	29
OCTUBRE	25
NOVIEMBRE	28
DICIEMBRE	26
Total general	332

MES	N° Total días
ENERO	75
FEBRERO	178
MARZO	144
ABRIL	99
MAYO	115
JUNIO	134
JULIO	130
AGOSTO	152
SEPTIEMBRE	120
OCTUBRE	113
NOVIEMBRE	130
DICIEMBRE	128
Total general	1518

DECLARACIÓN JURADA

Yo Jennifer Campos Aree, cedula de identidad: 1-1658-0025, condición de estudiante de la carrera de enfermería de la Universidad Hispanoamericana, y advertido de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjurio, declaro bajo la fe del juramento que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de bachillerato de enfermería, es una obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las leyes penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derecho Conexos, número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicado en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982, especialmente el número 70 de dicha ley en el que se establece "Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que estos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original". Asimismo, que conozco y acepto que la Universidad se reserve el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. Firmo, en fe de lo anterior, en la ciudad de San José, Aranjuez, el 10 de Agosto del 2017.


16580025
Firma

DECLARACIÓN JURADA

Yo Esteban Serrano Montes, cedula de identidad: 1-1561-0883 condición de estudiante de la carrera de enfermería de la Universidad Hispanoamericana, y advertido de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjurio, declaro bajo la fe del juramento que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de bachillerato de enfermería, es una obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las leyes penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derecho Conexos, número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicado en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982, especialmente el número 70 de dicha ley en el que se establece "Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que estos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original". Asimismo, que conozco y acepto que la Universidad se reserve el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. Firmo, en fe de lo anterior, en la ciudad de San José, Aranjuez, el 10 de Agosto del 2017..

 1-1561-0883

Firma

DECLARACIÓN JURADA

Yo María Gabriela Araya Campos, cedula de identidad: 2- 0759- 0483, condición de estudiante de la carrera de enfermería de la Universidad Hispanoamericana, y advertido de las penas con las que la ley castiga el falso testimonio y el perjurio, declaro bajo la fe del juramento que dejo rendido en este acto, que mi trabajo de graduación, para optar por el título de bachillerato de enfermería, es una obra original y para su realización he respetado todo lo preceptuado por las leyes penales, así como la Ley de Derechos de Autor y Derecho Conexos, número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicado en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982, especialmente el número 70 de dicha ley en el que se establece "Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que estos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original". Asimismo, que conozco y acepto que la Universidad se reserve el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. Firmo, en fe de lo anterior, en la ciudad de San José, Aranjuez, el 10 de Agosto del 2017.



207590483

Firma