

00661

10
24



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE CONTADURIA Y ADMINISTRACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

LA ESTRUCTURA DEL DEPARTAMENTO
DE ENFERMERIA Y LOS RESULTADOS
DE LA ATENCION

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRIA EN ADMINISTRACION
(ORGANIZACIONES)

P R E S E N T A L A
LIC. LILIAN MARISA MENDEZ RAVINA

ASESOR: DR. PABLO CESAR RODRIGUEZ



MEXICO, D. F.

1998

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Muchas personas han contribuido de distinto modo a que este trabajo fuera terminado. Siempre que me ha sido posible, lo he reconocido explícitamente; además he aprovechado muchas fuentes de información: maestros, amigos, pacientes, colegas, médicos, psicólogos, etc. Es imposible mencionar aquí todas esas influencias, por lo que sólo menciono a BLANCA ELENA DEL POZO, ANTONIO RODRÍGUEZ y ADRIANA ESPINOSA JOVE, por merecer éstos un muy especial agradecimiento, sin dejar de reconocer que sin el apoyo de los demás es evidente que esta tesis habría resultado muy difícil de escribir.

Pero si hubiese sido imposible su realización, de no contar con las siguientes personas que no puedo dejar de nombrar, Mis Padres, EDUARDO MÉNDEZ BAÜER y MARÍA ANGÉLICA RAVINA PASTOR, que desde el día que me trajeron al mundo y en cada momento de mi vida me han dado una formula mágica, que sólo ellos conocen, para que siempre quisiera estudiar y superarme, sin olvidar su ayuda incondicional de todo tipo y en todo momento.

A mi esposo, ROBERTO GALÁN GALÁN, por el tiempo que le negué, pero sobretodo agradezco a mis hijos, EDUARDO y MAURICIO GALÁN MÉNDEZ, que son lo más importante en mi vida y la única forma de trascender en el tiempo, a ellos, mi eterno agradecimiento ya que por ellos y para ellos es que hoy alcanzo una meta más en mi vida.

A mi jurado:

*PRESIDENTE: M.A. RICARDO VARELA
SECRETARIO: Dr. CARLOS MARTINEZ
VOCAL: Dr. PABLO CESAR RODRÍGUEZ
SUPLENTE: M.A. JUANA PATLAN
SUPLENTE: M.A.A.M. MARIA ALBERTA GARCIA*

L.M.M.R.

RESUMEN EJECUTIVO

Este trabajo tiene como objetivo evaluar la relación existente entre la percepción de los empleados sobre el funcionamiento de la Estructura del Departamento de Enfermería y la satisfacción de los pacientes y los prestadores de servicios en una Institución de Salud.

Esta investigación es de tipo exploratorio, seccional, explicativa y microsociológica; toma como marco conceptual a Henry Mintzberg para estructura y Avadis Donabedian para satisfacción de la atención.

Se crearon instrumentos de medición, con probada validez y confiabilidad, analizándose 187 prestadores de servicios y 456 pacientes.

La estructura se definió como las características relativamente estable de los proveedores de atención, los instrumentos, recursos que tienen a su alcance y los lugares físicos y organizacionales donde trabajan, incluye recursos humanos materiales y financieros que se necesitan para proporcionar la atención. Como resultados de la atención se consideró la satisfacción del paciente y el prestador de servicio.

Como resultado se obtuvieron tres modelos: teórico, analítico y estadístico; estos dos últimos se realizaron a través de Crosstab y Lisrel, probándose que la satisfacción del prestador de servicios esta determinada en un 87% por la división y coordinación del trabajo y en un 75% por los parámetros del diseño de la estructura.

No se pudo lograr estadísticamente probar la hipótesis que relaciona la percepción del funcionamiento de la estructura con la satisfacción de los pacientes de la Institución.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	ii
RESUMEN EJECUTIVO.....	iii
ÍNDICE.....	iv
1.- INTRODUCCIÓN.....	1
2.- ANTECEDENTES.....	4
3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
4.- IMPORTANCIA DEL TEMA.....	8
5.- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.....	10
5.1.- ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.....	10
5.1.1.- NATURALEZA DE LAS ESTRUCTURAS.....	10
5.1.2.- DEFINICIÓN DE ESTRUCTURA Y VARIABLES DE DISEÑO.....	11
5.1.2.1.- PARTES Y PERSONAS DE UNA ORGANIZACIÓN.....	11
5.1.2.2.- DIVISIÓN Y MECANISMOS DE COORDINACIÓN.....	13
5.1.2.3.- PARÁMETROS DE DISEÑO.....	14
5.1.2.4.- FACTORES SITUACIONALES O DE CONTINGENCIA.....	19
5.1.3.- TIPOS BÁSICOS DE ORGANIZACIÓN.....	20
5.1.4.- TEORÍA ESTRUCTURALISTA.....	24
5.2.- CALIDAD DE LA ATENCIÓN.....	24
5.2.1.- MARCO INTERNACIONAL.....	24
5.2.2.- DEFINICIÓN DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN.....	26
5.2.3.- CALIDAD, PUNTO DE VISTA DE LOS PACIENTES.....	26
5.2.4.- EL PUNTO DE VISTA DE LOS PROVEEDORES DE LA ATENCIÓN.....	32
5.3.- CALIDAD TOTAL EN SALUD.....	33
5.3.1.- IMPORTANCIA DE LA COORDINACIÓN PARA LA SALUD.....	34
5.4.- CONTROL DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS.....	34
5.4.1.- ASPECTOS ADICIONALES DE LA CALIDAD Y EL CONTROL DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS.....	37
5.4.1.1.- SATISFACCIÓN DE GRAN DIVERSIDAD DE NECESIDADES.....	37
5.4.1.2.- ASISTENCIA TÉCNICA.....	37
5.4.1.3.- SIMPLICIDAD.....	38
5.4.1.4.- TIEMPO.....	38
5.4.1.5.- COMODIDAD, TRATO Y SEGURIDAD.....	38
5.4.1.6.- CALIDAD DE CONFORMIDAD.....	39
5.4.1.8.- COSTO OPERATIVO DE LA CALIDAD.....	40
5.4.1.9.- MOTIVACIÓN.....	40
5.5.- ADOPTACIÓN DEL SISTEMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD. BASADO EN LA ESTRUCTURA.....	41
5.6.- AUTOEVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA.....	42
6.- METODOLOGÍA.....	44
6.1.- OBJETIVOS.....	44
6.2.- HIPÓTESIS.....	44
6.3.- TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	45

6.4.- UNIVERSO DE ESTUDIO.....	45
6.5.- PERFIL DEL ENCUESTADO Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	46
6.6.- FUENTES DE INFORMACIÓN.....	49
6.7.- INDICADORES.....	49
6.7.1.- DEFINICIÓN OPERACIONAL DE INDICADORES Y VARIABLES.....	49
6.7.1.1.- ESTRUCTURA.....	49
6.7.1.2.- RESULTADOS DE LA ATENCIÓN.....	50
6.7.1.3.- RELACIÓN INDICADORES, VARIABLES, ÍTEMS Y ESCALAS.....	51
6.8.- INSTRUMENTOS.....	53
6.8.1.- DISEÑO.....	53
6.8.2.- TIPOS DE INSTRUMENTOS.....	53
6.8.3.- CONFIABILIDAD.....	54
6.8.4.- VALIDEZ.....	54
6.8.5.- PRUEBA PILOTO.....	55
6.8.6.- INSTRUMENTO PARA EL PERSONAL.....	55
6.8.7.- INSTRUMENTO PARA PACIENTES O FAMILIARES.....	56
6.9.- PASOS DE REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	57
6.9.1.- PASOS PARA LA REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	57
6.10.- PROCESAMIENTO DE DATOS.....	59
6.10.1.- HERRAMIENTAS ESTADÍSTICAS.....	59
6.10.2.- SOFTWARE.....	59
6.10.3.- HARDWARE.....	59
7.- ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	60
7.1.- SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES.....	60
7.2.- SATISFACCIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS.....	61
7.2.1.- ANÁLISIS POR CROSTAB.....	61
7.2.2.- ANÁLISIS DE ESTRUCTURAS LATENTES.....	74
8.- CONCLUSIONES.....	80
9.- RECOMENDACIONES.....	84
9.1.- PRESENTES.....	84
9.2.- FUTURAS INVESTIGACIONES.....	84
10.- BIBLIOGRAFÍA.....	85

1.- INTRODUCCIÓN

En México, como en la mayoría de los países de Latinoamérica, se ha priorizado en la cantidad de todos los sistemas, a lo que no escapa el Sistema de Salud; pero en este momento no se puede continuar con esa visión mero de la realidad, debemos incluir el aspecto cualitativo. Por lo que, paulatinamente en todos los sectores se comienza a desarrollar la transición de la cantidad a la calidad.

Desde un enfoque de sistemas, toda organización está formada de un conjunto de partes interdependientes, que se relacionan entre sí para lograr objetivos comunes. Además, las organizaciones se encuentran inmersas en un medio ambiente externo o entorno, con el cual mantienen intercambio, por lo tanto, presentan gran dinamismo interno y también hacia el exterior.

Se puede afirmar que la capacidad de una organización para sobrevivir, crecer y desarrollarse depende de su habilidad para mantener un equilibrio, tanto interno entre sus componentes, como con el medio que la rodea.

Un modelo muy utilizado para estudiar y entender la dinámica una organización es el que distingue tres niveles básicos: la conducta, los procesos y la estructura.

La conducta o comportamiento humano se refiere al estudio del individuo y los grupos dentro de la organización, a su motivación, liderazgo, poder, conflictos, etc..

Los procesos se refieren a todas las actividades encaminadas al funcionamiento de la organización como son toma de decisiones, comunicación, desempeño, cambio, etc..

La estructura en su concepto tradicional, se asocia con un esqueleto u organigrama en el que se pueden visualizar las unidades orgánicas y sus relaciones de interdependencia.

A diferencia de los procesos que son dinámicos, la estructura constituye la parte estática de la organización.

Sin embargo, la estructura de la organización es mucho más que un organigrama ya que constituye la base para realizar las funciones, las actividades y para cumplir los deberes y las responsabilidades de los componentes sociales de la organización.

En general, la estructura según Henry Mintzberg, sirve de apoyo a las estrategias seleccionadas para cumplir con los propósitos y objetivos organizacionales.

En virtud de la necesidad de que se verifique la operación adecuada del Sistema de Calidad y sus resultados, en el VIII Congreso Nacional de Control de la Calidad (1980)¹ se planteaba, que se ha venido generalizando la práctica de efectuar auditorías del Sistema de Calidad, del producto terminado, esto en salud lo denominamos Mejoramiento Continuo de la Calidad, el cual lamentablemente aun no es utilizado por todas las Instituciones de Salud.

¹ IMECCA, VIII Congreso Nacional..., p. 743-744.

En esta investigación se crearon instrumentos para llevar a cabo las evaluaciones de Estructura del Departamento de Enfermería y calidad de los Resultados de la Atención; para este último punto sólo se tomó en cuenta, la satisfacción del paciente y del prestador del servicio.

Con esta investigación se quiere dar un pequeño paso (no por eso poco importante), en la investigación sobre la Calidad en México y más específicamente la Calidad de la Atención en Salud.

Mi propósito desde el principio, y a lo largo del trabajo fue organizar la basta información que se encuentra en la literatura y en la experiencia de expertos sobre el tema, con el fin de crear instrumentos validos y confiables, que fueran útiles en la monitorización de la percepción de la estructura y la satisfacción que esta crea en los trabajadores y clientes.

Con este objeto, se plantean en el segundo capítulo los Antecedentes que se han presentado sobre este tema en las Instituciones de Salud de México, posteriormente en el capítulo tres está el Planteamiento de Problema existente, el cual se puede resumir en una pregunta, ¿La estructura del Departamento de Enfermería, determinan la satisfacción del prestador de servicios y de los pacientes?.

En el capítulo cuatro, se plantea la importancia del Tema desde tres puntos de interés: el teórico, el práctico y el administrativo que llevaron a la realización de esta Investigación, los cuales sin lugar a duda son muy amplios, ya que al aumentar el conocimiento en este área podremos reconocer la importancia de la Enfermería en la Calidad Institucional, lo cual hace forzosa esta investigación.

Otra justificación de peso, es que esta Investigación podrá ser usada como base para continuar investigando y ampliando el conocimiento en el área.

Como capítulo cinco, encontramos una amplia Revisión Bibliográfica la cual sirvió de base para esta investigación ya que me permitió tomar las variables primordiales de estructura y satisfacción.

En el capítulo seis se encuentra la Metodología que se utilizó comenzando por los objetivos de la Investigación, teniendo como objetivo general el de evaluar la relación existente entre la Estructura del Departamento de Enfermería y el Resultado de la Atención de Enfermería, medido en términos de satisfacción del prestador de servicios y el cliente en una Institución de Salud.

Posteriormente en este mismo capítulo se encuentran las hipótesis de relación estructura - satisfacción del prestador de servicio y estructura - satisfacción del cliente.

También se encuentra la aclaración del tipo de Investigación que se realizó, el universo de estudio que se utilizó, el perfil de los encuestados, las fuentes de Información, los Indicadores, las variables y su definición y una tabla de la relación de Indicadores variables y escalas.

En éste mismo capítulo se explica como se crearon instrumentos de diagnostico de la estructura del Departamento de Enfermería y los resultados de la misma, tomando su diseño, la prueba piloto, como también la confiabilidad y validez de los mismos.

Aquí también se encuentran los pasos en que se realizó la investigación.

El capítulo siete, se refiere al Análisis de Resultados. En esta sesión se presentan los análisis estadísticos, por Tablas Cruzadas (Crosstab), y de Estructuras Latente (Lisrel), los que permitieron las pruebas de hipótesis.

En el capítulo ocho se presentan las Conclusiones, de las cuales se desprende la importancia de la planificación adecuada de la Estructura y el Control del funcionamiento de la misma, para lograr la satisfacción del trabajador de servicio y por ende el mejoramiento de la calidad del servicio que se ofrece.

Este trabajo concluye que no existe relación entre la estructura en los diferentes servicios y la satisfacción de los pacientes mientras que la relación entre la estructura y la satisfacción de los prestadores de servicio sí es estadísticamente representativa.

En el capítulo nueve: se ponen las Recomendaciones presentes, explicando la importancia de establecer Programas de Mejoramiento Continuo de la Estructura y de la Calidad basados en diagnósticos Nacionales y la relación entre la satisfacción del prestador de servicios y la excelencia institucional.

También se mencionan Recomendaciones para Futuras Investigaciones, ya que queda una línea de investigación muy basta e interesante.

En el último capítulo se presenta la Bibliografía a que se hace referencia en el trabajo siendo esta sólo una parte de la basta información consultada en el desarrollo de este trabajo.

Este trabajo debe mucho a la colaboración de expertos y colegas que quedan cuidadosamente registrados. Pero mi última intención en este trabajo no fue sólo revisar la literatura, sino hacer un Juicio personal que represente mi pensamiento, y que pueda dejar yo detrás de mi como una aportación al conocimiento

2.- ANTECEDENTES

En México, el Sistema Nacional de Salud, se estructura en función a sus mecanismos de financiamiento, en tres grandes componentes:

- 1) *Instituciones que atienden a la población abierta.*
- 2) *Instituciones de seguridad social.*
- 3) *Individuos, grupos, empresas e instituciones de los sectores Independientes que atienden al público en general, gratuita o mediante pago convencional.*

Todos estos servicios se encuentran regulados por la Ley General de Salud y se agrupan en dos sectores: el público y el privado.

No se cuenta con información fidedigna y actualizada sobre la capacidad instalada, recursos y actividades del sector privado, dado que estos no participan en la planeación de las actividades de Salud del Sector Público.

No por esto, el sector privado no es importante, ya que se estima que el 15.9%² de las unidades médicas del país son privadas, éste cuenta con el 30% de las unidades hospitalarias y poco más de las de especialización.³

Cuenta también con el mayor número de camas censables, 15% de los consultorios registrados y se ha llegado a estimar que hasta un 81% de los médicos que ejercen la medicina, se dedican a la práctica privada. Su cobertura se estima en un 5% del total de la población.

Otras publicaciones como se señala en los estudios de Coplamar⁴ la cobertura del sector privado es del 8 al 20% de la población, cifra que se ve más real que la anterior.

Cabe destacar que en épocas de crisis económica como la que se atraviesa en México desde diciembre de 1994 el porcentaje de atendidos por el sector privado desciende considerablemente.

En un estudio sobre recursos y prestaciones de servicios médicos privados, se encontró que en el Distrito Federal se concentra el 65.5%, del total de las instituciones hospitalarias privadas.⁵

Dentro del Sistema Nacional de Salud, destacan los Institutos Nacionales de Salud, que por su estructura y funciones están encaminados a la realización de investigaciones en áreas específicas del conocimiento médico, de igual manera y para este fin brindan atención hospitalaria a pacientes con patologías muy particulares.

Pero sea pública o privada, de investigación o asistencia, todos los aspectos del proceso de la Atención Médica, y todas las formas en las que se ve afectado por su ambiente, son sujeto de

² Unidades Médicas Privadas, Dirección general de estadística e informática, 1993.

³ Soberón, G., *Hacia un Sistema Nacional de Salud.*, pp. 3-5.

⁴ Coplamar, *Necesidades esenciales en México.*, pp. 7-9.

⁵ Rodríguez, R., *Estudio sobre los recursos y las...*, pp. 4-5.

evaluación mediante el uso de principios tales como accesibilidad, productividad, eficiencia, equidad y calidad.

El modelo que más se ha utilizado para la evaluación de la calidad de la atención es el desarrollado por el Doctor Avadis Donabedian, el cual propone que la calidad se puede ver desde tres enfoques: estructura, proceso y resultado. El primero engloba la evaluación de las facilidades médicas y la organización administrativa, en el cual no me basé por que no tiene un enfoque totalmente administrativo, es por eso que para el tema de estructura tomé los propuestos por Henry Mintzberg.

En el proceso el Dr. Donabedian incluye la evaluación de las actividades del personal que presta los servicios, este punto no fue desarrollado por no ser de interés para esta investigación, por último, los resultados los ve como la evaluación de los efectos de la atención, en términos de salud y de satisfacción del cliente y prestador de servicios.⁶

En cuanto a resultados evalué sólo la parte de satisfacción del cliente y el prestador de servicios.

Cabe destacar que en la literatura no se cuenta con instrumentos de medición para México de la calidad de la Atención de Enfermería, ni planes de mejoramiento, además los realizados en el extranjero son muy escasos e inaplicables en el contexto de aquí, por no tomar en cuenta entre otras cosas los valores culturales del Mexicano.

Debido a lo anterior es que el campo que se presenta en este aspecto es tan vasto, que hubiese sido imposible abarcarlo todo; en virtud de esto es que delimité el problema sólo al grupo de profesionales más numeroso dentro de la salud: "enfermería". Pero aun así, tampoco era posible el estudio total por la amplitud del concepto, por lo cual este trabajo se suscribió específicamente a una sola Institución de Salud.

Dadas las limitaciones con que se realizó este trabajo veo muy interesante mencionar las investigaciones futuras que se pueden realizar, ver en el punto 9.2.- las sugerencias para investigaciones futuras.

El desempeño del grupo de enfermería, desde el punto de vista cualitativo, es muy difícil de determinar, principalmente por estar subordinado a las ordenes médicas; sin embargo, se debe hacer el esfuerzo de investigación con el fin de poder obtener el reconocimiento del papel de la enfermera en la obtención de, "la excelencia institucional".

Para ello se estudió a este grupo desde su estructura, tomando su comportamiento humano y las actividades encaminadas al funcionamiento de la organización, indagando también la satisfacción del prestador de servicios y del cliente.

⁶ Donabedian, A., *Critical, norms and standards...*, pp. 113-117.

3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Para el planteamiento del problema desde el punto de vista de fondo, me basé en varios autores entre ellos, Rojas Soriano⁷, Garza Mercado⁸, Lourdez Münch⁹, etc..

Tomando en cuenta la división que realiza Henry Mintzberg¹⁰, sobre los tipos de estructura, un hospital lo podemos encasillar en una estructura profesional, ya que cada uno de los integrantes tiene las habilidades que le da su carrera, y esto hace que autodeterminen sus acciones, si bien esto es claro para el grupo médico, para el de enfermería no lo es tanto, ya que como he planteado en otros puntos esta profesión está supeditada a las órdenes médicas, aun así se tiene claro poder de "Toma de Decisiones", lo que hace a este grupo, difícil de supervisar y al mismo tiempo de normalizar sus acciones.

En un intento de regular las acciones del grupo de enfermería se cuenta con recursos formales, como son los Manuales de Procedimientos y Organización, éstos, aunque generalmente están, no son consultados por el personal.

Otro de los problemas comunes del Departamento, es que aun contando con plantillas de personal adecuadas, no tiene sustitutos para los descansos o faltas del personal, lo que hace que en la realidad el personal sea insuficiente lo que lo conduce a la Insatisfacción.

La estructura comprende también los recursos financieros, los cuales a este grupo, no le llegan generalmente, en forma directa como tales, sino representados en materiales diversos, que en muchas oportunidades no son ni suficientes ni adecuados.

Otro problema con que cuentan las Instituciones de Salud y que repercute en este grupo es el de tecnología, ya que ésta les es impuesta al personal, generalmente sin su opinión, ni tomando en cuenta sus necesidades, todo esto también es debido a la falta de poder del grupo.

Todos los problemas de Estructura, basándome en la literatura, en su gran mayoría extranjera, y en mi experiencia personal, me hacen pensar que afectan los resultados de la atención y por lo tanto la satisfacción del paciente y el prestados de servicio.

El personal de enfermería y los pacientes se quejan de problemas de satisfacción los cuales con una buena estructura serían factibles de solucionar, pero cabe destacar que no se encontró estudios que prueben que la no existencia de problemas en la estructura tiene al personal satisfecho.

Con éste trabajo se intentó probar si la percepción que tiene el personal sobre la estructura del Departamento de Enfermería, es la causa de los niveles de satisfacción del empleado y el cliente.

Esta Investigación diagnóstica la estructura operante en la Institución basándose en los aspectos de: comunicación, supervisión, normalización, poder, y capacitación.

⁷ Rojas, R., Guía para realizar investigación social, 283 pp.

⁸ Garza, A., Manual de técnicas de investigación, 279 pp.

⁹ Münch, L., Métodos y técnicas de investigación para..., 151 pp.

¹⁰ Mintzberg, H., Mintzberg y la dirección, pp. 110-230.

Por otro lado diagnostica la calidad del servicio que se presta, midiendo la satisfacción del paciente y/o familiar, básicamente tomando el agrado por el servicio que se lo presta y como fue atendido, al mismo tiempo se valora la satisfacción del prestador de servicio, tomando su compromiso con la Institución, la armonía en el trabajo, la relación con otros servicios, el gusto por su trabajo y su desempeño, la aceptación por su salario y su toma de opinión, con estos dos diagnósticos se muestra la relación causa - efecto.

Resumiendo el Planteamiento del Problema para esta investigación fue:

¿ La Estructura del Departamento de Enfermería determina la Satisfacción del prestador de servicio y de los pacientes?.

4.- IMPORTANCIA DEL TEMA

La justificación para este trabajo la podemos definir fundamentalmente desde tres puntos de vista, el práctico, el teórico y el específico para la administración.

Comienzo dando las justificaciones prácticas, reconociendo que el bajo nivel en la calidad de los servicios de Atención Médica es un problema universal y urgente de atacar.

El grupo de enfermería es el más numeroso dentro de las Instituciones de salud, además es quien hace llegar la atención mediante un contacto directo con el paciente, mayor que cualquier otro profesional de la salud, es por eso uno de los campos fundamentales para el diagnóstico de la calidad y la creación e implementación de planes de mejoramiento de ésta.

Por lo anterior es importante la investigación de la calidad de la atención de enfermería en cualquier institución que desee brindar una atención de calidad a sus pacientes y sobrevivir, con éxito, en el mercado.

Cabe mencionar, que esta investigación fue posible de realizar entre otras cosas porque se contó con el apoyo organizacional y experiencia en el grupo a tratar, lo que permite evaluar a fondo los hechos, las circunstancias y políticas del sistema.

Desde un punto de vista teórico, esta investigación da una aportación al campo del conocimiento ya que, en evaluación de la calidad para enfermería, en México, se cuenta con una laguna de conocimiento; la cual es urgente que se vaya eliminando, siendo este trabajo un intento en esa línea.

Este trabajo no intenta ser sólo puro, (mejorar el conocimiento y comprensión del fenómeno), sino también básico ya que servirá de fundamento a otras investigaciones sobre la Calidad de la Atención de Enfermería que se quiera realizar.^{11, 12}

No podemos omitir la relevancia humana, ya que los conocimientos que aquí se aporta tendrán un significado directo en la comunidad.

Cabe señalar la relevancia contemporánea, de la cual tampoco carece, ya que el tema elegido es sumamente actual.

Por último, tomando la importancia de este tema y su relación con la administración vemos que conocer las causas que provocan insatisfacción a nuestros empleados en cualquier tipo de organización y a nuestros clientes debe de ser uno de los principales objetivos de un buen administrador porque sólo con este conocimiento podemos realizar una administración tal, que permita lograr el mejor desempeño de nuestros empleados y la total satisfacción de nuestros clientes.

¹¹ Apodaca. Ma., Apuntes de metodología y técnicas de..., pág. 25

¹² Pick y López, Cómo investigar en ciencias sociales, 150 pp.

También desde este punto de vista tiene como beneficio, no sólo el conocimiento de las causas de una deficiente calidad en la atención de enfermería, sino que da la pauta administrativa para realizar un Plan de Mejoramiento de la Calidad, tomando como base un diagnóstico de la realidad.

Otra importancia, es que permite conocer el nivel de calidad que se brinda, las razones por las cuales se tiene ese nivel y no otro, mediante la percepción atenta y metódica de los hechos.

Asimismo, cabe destacar su relevancia científica ya que se crearon Instrumentos de medición de la Calidad, que deseo puedan ser utilizados por otros investigadores, que podrán continuar perfeccionándolos, haciéndose así válidos y confiables; así mismo podrán tomar en cuenta las deficiencias de los mismos, las cuales se fueron detectando a lo largo de la investigación, unas en la prueba piloto, otras en la aplicación, y las últimas en discusión de resultados, como esta registrado en el trabajo las deficiencias que se detectaron en prueba piloto y aplicación ya fueron corregidas para la obtención de los resultados no así las encontradas en discusión de resultados.

El análisis de justificaciones se realizó de acuerdo con el plan establecido por Maria Apodaca.¹³

¹³ Apodaca, Ma., *Apuntes de metodología y técnicas de...*, pág. 33.

5.- REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

5.1.- ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL ¹⁴

5.1.1.- NATURALEZA DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.

Desde un enfoque de sistemas, toda organización está formada de un conjunto de partes interdependientes, que se relacionan entre sí para lograr objetivos comunes. Además, las organizaciones se encuentran inmersas en un medio ambiente externo o entorno, con el cual mantienen intercambio, por lo tanto, presentan gran dinamismo interno y también hacia el exterior.

Se puede afirmar que la capacidad de una organización para sobrevivir, crecer y desarrollarse depende de su habilidad para mantener un equilibrio, tanto interno entre sus componentes, como con el medio que la rodea.

Un modelo muy utilizado para estudiar y entender la dinámica de una organización es el que distingue tres niveles básicos: la conducta, los procesos y la estructura.

La conducta o comportamiento humano se refiere al estudio del individuo y los grupos dentro de la organización, a su motivación, liderazgo, poder, conflictos, etc..

Los procesos se refieren a todas las actividades encaminadas al funcionamiento de la organización como son toma de decisiones, comunicación, desempeño, cambio, etc.

La estructura en su concepto tradicional, se asocia con un esqueleto u organigrama en el que se pueden visualizar las unidades orgánicas y sus relaciones de interdependencia.

A diferencia de los procesos que son dinámicos, la estructura constituye la parte estática de la organización.

Sin embargo, la estructura de la organización es mucho más que un organigrama ya que constituye la base para realizar las funciones, las actividades y para cumplir los deberes y las responsabilidades de los componentes sociales de la organización.

En general, la estructura según Henry Mintzberg, sirve de apoyo a las estrategias seleccionadas para cumplir con los propósitos y objetivos organizacionales.

En esta investigación se toma estructura como los tres niveles básicos indistintamente.

Una empresa dedicada a la producción de bienes y servicios es una organización que monitorea y analiza el entorno para detectar amenazas y oportunidades, en base a esto y al conocimiento de sus fuerzas y debilidades, define las estrategias que llevarán a la organización a mantener el equilibrio y lograr sus propósitos y objetivos.

¹⁴ Según el enfoque de sistemas, la teoría de contingencia y el modelo propuesto por Henry Mintzberg.

Por otra parte, los componentes internos de la organización deberán seguir un diseño estructural de acuerdo y en apoyo a las estrategias señaladas.

Por lo tanto, se puede afirmar que no existe un diseño único de estructura que se pueda aplicar en forma general, sino que cada organización deberá diseñar su estructura en base a las estrategias seleccionadas.

Para lograr lo anterior, es necesario identificar las variables fundamentales requeridas para el diseño de la estructura organizacional.

5.1.2.- DEFINICIÓN DE ESTRUCTURA Y VARIABLES DE DISEÑO.

Durante la realización de cualquier actividad, que lleve implícito el cumplimiento de metas y logro de objetivos determinados, se pueden distinguir básicamente dos requisitos¹⁵:

La división del trabajo en diferentes tareas.

La coordinación de estas tareas.

De una forma sencilla, la estructura de una organización se puede definir como "la manera como el trabajo se divide en diferentes tareas y luego se logra la coordinación entre las mismas".

Para el diseño de la estructura de una empresa dedicada a la producción de bienes y servicios, se identifican cuatro grupos de variables que son fundamentales y que están íntimamente relacionadas entre sí¹⁶:

- PARTES Y PERSONAS DE UNA ORGANIZACIÓN.
- DIVISIÓN Y COORDINACIÓN DE LAS TAREAS.
- PARÁMETROS DE DISEÑO.
- FACTORES SITUACIONALES O DE CONTINGENCIA.

5.1.2.1.- PARTES Y PERSONAS DE UNA ORGANIZACIÓN.

Las organizaciones empresariales están constituidas por lo menos por seis partes:

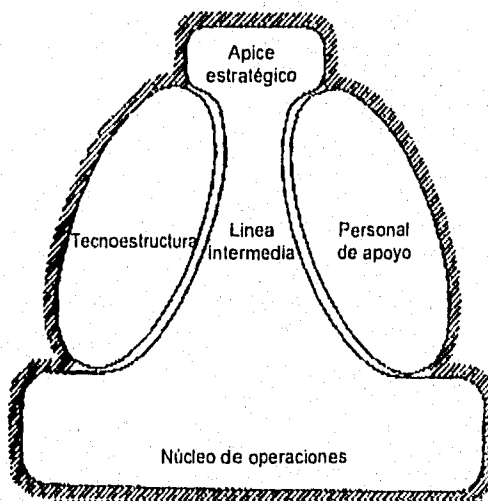
- *El ápice estratégico que está constituido por la dirección de la empresa, en donde se llevan a cabo las decisiones, los planes estratégicos, se supervisa y evalúa todo el sistema.*

¹⁵ Hall, R., Organizaciones: estructura y proceso, pág. 123.

¹⁶ Mintzberg, H., Mintzberg y la dirección, segunda parte.

- *El núcleo operativo es la base de la organización, en el se encuentran aquellas personas que realizan el trabajo básico de fabricar los productos y prestar los servicios, en el caso específico de nuestra investigación es este punto fundamental ya que aquí se encuentra el Departamento de Enfermería.*
- *La línea media. Conforme crece la organización, se necesitan más directivos, y se crea la línea media que es una jerarquía de autoridad entre el núcleo operativo y el ápice estratégico.*
- *La tecnoestructura. Cuando la organización se hace más compleja, generalmente hace falta otro grupo de personas a las que se les llama analistas. Estos analistas que a menudo son llamados "staff" constituyen la tecnoestructura o staff técnico. También realizan tareas administrativas como planificar y controlar el trabajo.*
- *El staff de apoyo esta constituido por unidades que suministran servicios internos que pueden ir desde una cafetería, a la asesoría jurídica u oficina de relaciones públicas.*
- *Ideología. Toda organización activa posee una sexta parte llamada ideología o cultura. Este concepto abarca las tradiciones, creencias y valores de una organización, que la distinguen de otras y que infunden cierta vida al esqueleto de la estructura.*

Con lo que tenemos las seis partes básicas de la organización tal como se muestran en la figura, existe una pequeña cúpula estratégica conectada, por una línea intermedia sobresaliente, a un gran núcleo de operaciones en la base. Estas tres partes de la organización están dibujadas en una sola e ininterrumpida secuencia para indicar que por lo común están conectadas a través de una sola cadena de autoridad formal. La tecnoestructura y el personal de apoyo aparecen por fuera en ambos lados para indicar que están separados de la línea principal de autoridad, influyendo sólo indirectamente al núcleo de operaciones. La ideología aparece como una especie de halo que encierra todo el sistema.



5.1.2.2.- DIVISIÓN Y MECANISMOS DE COORDINACIÓN DE LAS TAREAS.

Desde la Revolución Industrial, la división del trabajo en tareas diferentes es un requisito indispensable para la producción de bienes y servicios.

En todas las partes de la organización, la división del trabajo en tareas especializadas, se lleva a cabo para ubicar eficientemente las funciones o actividades entre las personas que después se agrupan en distintos departamentos.

Existe diversas razones para dividir el trabajo:

- Las diferentes capacidades
- Habilidades
- Vocación de las personas

Por la repetición periódica de las tareas se adquiere especialización y logra mayor eficiencia; porque es imposible que una sola persona pueda dominar todos los ámbitos de conocimiento.

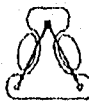
Esta división se define de acuerdo al tipo de producto, tamaño, capacidad, recursos y tecnología característica de cada organización, en los hospitales la división del trabajo se puede decir que es notoria debido a los diferentes habilidades de los profesionales, pero como ya expuse en el planteamiento del problema muchas veces se desperdician recursos humanos por problemas de estructuras, ya que algunos profesionistas quieren abarcar trabajos que no les corresponden específicamente tenemos el caso de los médicos que realizan actividades que son inherentes a las habilidades que adquieren en la carrera las enfermeras, por ejemplo no es raro ver a un médico realizar una colocación de sonda vesical.

Una vez establecida la división del trabajo, es necesario coordinar las diferentes tareas para integrar las actividades de producción. Los mecanismos fundamentales para coordinar el trabajo que se realiza en una organización son los siguientes¹⁷:

- Adaptación mutua, que logra la coordinación por medio de la comunicación informal entre las personas.



- Supervisión directa, cuando una persona da instrucciones y ordenes a otras para realizar el trabajo.



¹⁷ Mintzberg, H., The structuring of organizations, pp. 29-121.

- *Normalización del trabajo, que consiste en la especificación de los procesos de trabajo.*



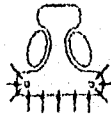
- *Normalización de los productos, que señala las especificaciones deseadas en los resultados o productos.*



- *Normalización de las habilidades o conocimientos, el trabajo se coordina en base a la preparación que de antemano han recibido los trabajadores.*



- *Normalización de las reglas, se refiere al funcionamiento de la organización de acuerdo a un mismo conjunto de doctrinas y creencias.*



5.1.2.3.- PARÁMETROS DE DISEÑO.

Intimamente relacionadas con la división del trabajo y la coordinación de las tareas, existen una serie de variables que determinan la esencia del diseño estructural organizativo¹⁸:

- *Especialización del trabajo, se refiere al número de tareas que realiza un trabajador y el control y poder de decisión sobre esa tarea. Una tarea especializada horizontalmente abarca pocas tareas bien definidas.*

¹⁸ Chiavenato, I., Introducción a la teoría general de la administración, completo.

En una tarea especializada verticalmente, el trabajador no tiene poder de decisión ni control sobre ella.

- **Formalización del comportamiento**, se refiere a la normalización de los procesos de trabajo como instrucciones operativas, descripciones de puestos, reglamentos, etc. Las estructuras muy normatizadas se llaman "burocráticas", las menos normatizadas se denominan "orgánicas".
- **Formación**, que se refiere a los conocimientos y habilidades requeridos para realizar el trabajo.
Es un parámetro de diseño clave en todo trabajo profesional.
- **Adoctrinamiento**, se refiere a los programas y técnicas para lograr que los miembros se integren y sean sensibles a la cultura organizacional.
- **Agrupación de unidades**, se refiere a la selección de las bases a partir de las cuales los puestos serán agrupados por unidad, y éstas, a su vez, en unidades de un orden superior. Al situar, bajo una supervisión común, diferentes trabajos, este agrupamiento favorece la coordinación, ya que permite compartir los recursos comunes y lograr medidas comunes de desempeño, además que la proximidad facilita la adaptación mutua entre ellos. Las diversas bases de agrupamiento - por proceso de trabajo, producto, clientes, lugar y demás - se puede resumir fundamentalmente a dos: la función desempeñada y el mercado atendido. La primera como muestra la figura A, a manera de ejemplo tomando un centro cultural, se refiere al significado, es decir, a un solo eslabón en la cadena de los procesos a través del cual se producen los productos o servicios. La segunda como se ve en la figura B tomando como ejemplo la oficina de correos de Canadá, se refiere a la finalidad, esto es, la cadena completa de productos terminados específicos, servicios o mercados.

FIGURA A: AGRUPAMIENTO POR FUNCIONES: UN CENTRO CULTURAL

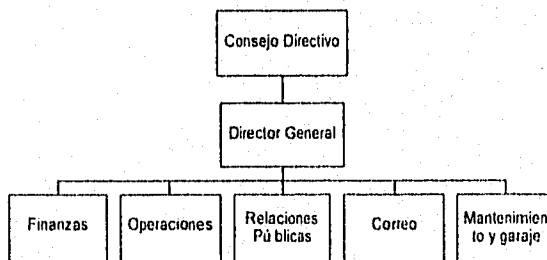
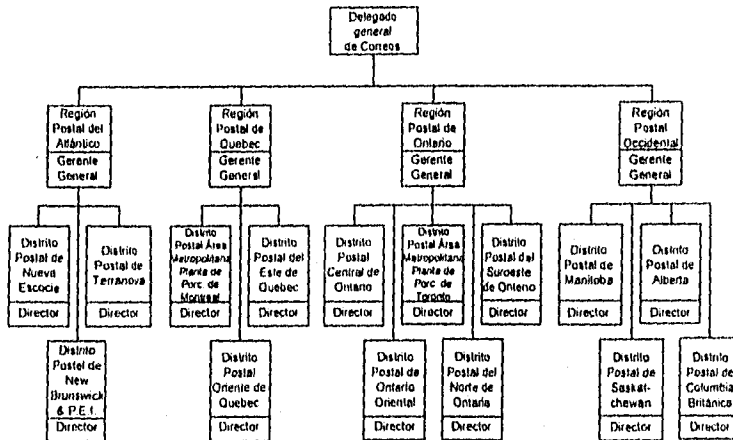


FIGURA B: AGRUPAMIENTO POR MERCADOS: LA OFICINA DE CORREOS DE CANADÁ



- **Tamaño de la unidad**, se refiere al ámbito de control. Entre más normalizado sea el trabajo mayor será el tamaño de la unidad.

- **Sistemas de planificación y control**, comprenden dos tipos: **sistemas de planificación de acciones**, que especifican resultados concretos (ejemplo: medicar a los pacientes), y **sistemas de control de rendimientos** que especifican resultados de rangos después de realizadas las acciones (ejemplo: aumento de 10 % en la respuesta muscular).

- **Dispositivos de enlace**, son mecanismos utilizados para fomentar la adaptación mutua entre y dentro de las unidades o departamentos.

Entre ellos están:

A) Las posiciones de enlace que son puestos creados para coordinar directamente el trabajo de dos unidades, sin tener que pasar por los canales administrativos. Por sí mismos, estos puestos no cuentan con autoridad formal; las personas que los ocupan deben de usar sus poderes de persuasión y negociación, para así unir las dos partes.

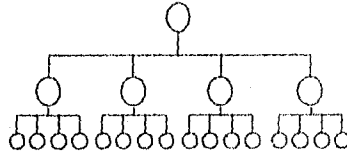
B) Los grupos de trabajo temporales y permanentes son formas de reuniones institucionales que congregan a miembros de varias y diversas unidades sobre bases más intensas, en el primero de los casos para tratar un asunto temporal, en el segundo de manera más regular y permanente, para discutir asuntos de interés común.

C) Los directivos integradores (como gerentes de marca), son fundamentalmente personal de enlace con autoridad formal que provee una coordinación más estrecha.

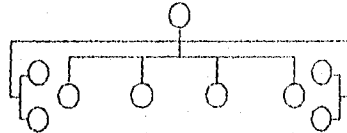
Estos "administradores" tienen autoridad, no sobre las unidades que enlazan, sino sobre algo importante para esas unidades, por ejemplo, sus presupuestos.

D) La estructura matricial (matrix), conduce los enlaces a su conclusión natural. En un nivel de la organización, no importando cuales sean las bases de agrupación, siempre persisten algunas interdependencias. Las siguientes figuras sugieren varias maneras de tratar las "interdependencias residuales":

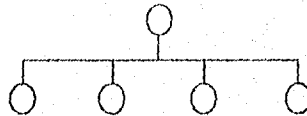
ESTRUCTURA JERÁRQUICA



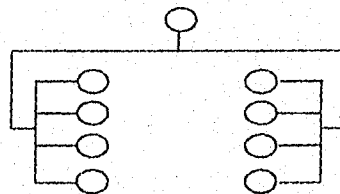
ESTRUCTURA DE LÍNEA Y DE STAFF



ESTRUCTURA DE SOBREPOSICIÓN DE ENLACES (EJ.: GRUPOS DE TRABAJO)



ESTRUCTURA MATRIX



Se puede distinguir una forma permanente de estructura matrix, donde tanto las unidades como las personas que trabajan dentro de ellas permanecen más o menos en su lugar, tal como se

ilustra en el ejemplo de una compañía multinacional caprichosa en la FIGURA A siguiente, y una forma cambiante, apropiada para el trabajo de proyecto, donde las unidades y las personas que las conforman se movilizan con frecuencia. Las estructuras matriz cambiantes son comunes en las industrias de alta tecnología, las cuales agrupan a los especialistas en los departamentos funcionales para propósitos de manejo, aunque los despliega a partir de los diversos departamentos para que realicen el trabajo en equipo de proyectos, como en el caso de la NASA que se muestra en la FIGURA B, siguiente.

FIGURA A: ESTRUCTURA MATRIX PERMANENTE DE UNA EMPRESA INTERNACIONAL

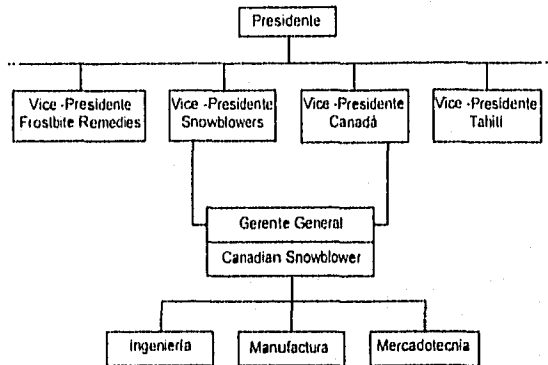
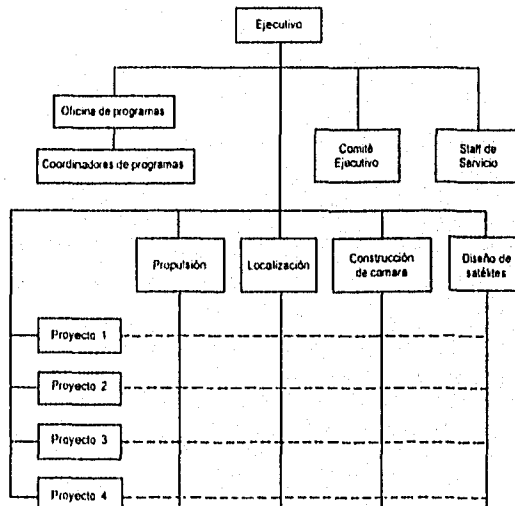


FIGURA B: ESTRUCTURA MATRIX CAMBIANTE EN EL PROGRAMA DE CLIMA POR SATÉLITE DE LA NASA



- *Descentralización, se refiere a la difusión del poder formal o autoridad para tomar decisiones.*

Cuando todo el poder está en un sólo punto se dice que la organización es centralizada.

Cuando el poder esta disperso entre muchos individuos se dice que esta descentralizada.

Hay que distinguir la descentralización vertical - cuando el poder formal se delega en forma jerárquica hacia abajo hasta los gerentes de línea - de la descentralización horizontal - el grado en el que el poder formal o informal se dispersa fuera de la línea jerárquica entre los que no son administradores (operadores, analistas y personal de apoyo).

5.1.2.4.- FACTORES SITUACIONALES O DE CONTINGENCIA.

Existen ciertos factores de contingencia o de situación que influyen en el diseño de la estructura organizacional.

Entre los principales se tienen:

- *La edad*
- *Tamaño de la organización*
- *Sistema técnico de producción*
- *Características de su entorno*
- *Sistema de poder.*

Algunos de los efectos de estos factores se resumen enseguida en forma de hipótesis.

- *A mayor edad y tamaño, más formalizada la estructura.*
- *A mayor tamaño, más elaborada la estructura, más especialización y más desarrollados los componentes administrativos.*
- *Cuanto más regulado el sistema técnico, más formalizado el trabajo de operarios y más burocratizada la estructura del nivel operativo.*
- *Cuanto más complejo sea el sistema técnico, más elaborado y profesional será el staff de apoyo.*
- *Cuanto más dinámico es el entorno, más orgánica será la estructura.*
- *Cuanto más complejo el entorno, más descentralizada será la estructura.*

¹⁹ Gibson, J., et all, Organizaciones: conducta, estructura y..., completo.

- Cuanto más diversificado sea el mercado, mayor será la propensión a formar divisiones.
- La hostilidad extrema del entorno hace que una organización centralice su estructura provisionalmente.
- A mayor control externo, más centralizada y formalizada será la estructura.
- La moda favorece la estructura (y la cultura), del momento, aunque a veces sea inadecuada.

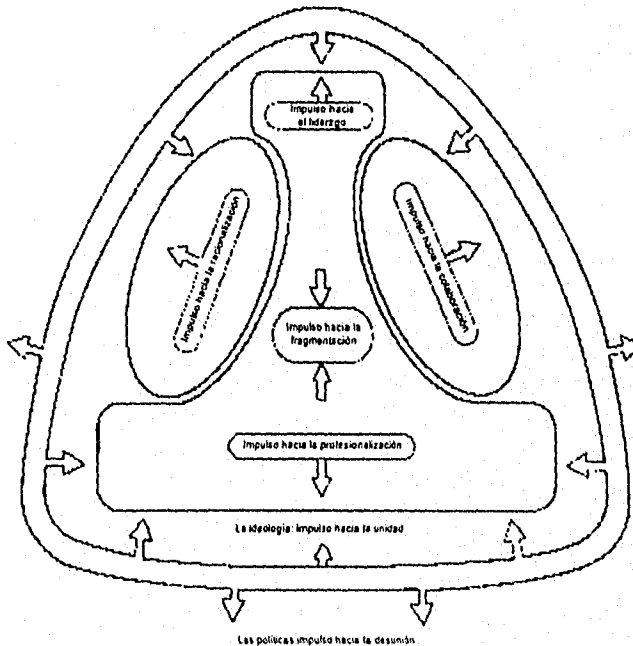
Como se puede apreciar los factores de contingencia provocan cambios significativos en las estructuras organizacionales.

Para la Institución en estudio vimos que la mayoría de las hipótesis se cumplían para la organización en su totalidad, pero no sucedía lo mismo cuando se analizaba específicamente el Departamento de Enfermería lo cual dio más interés a la realización de la investigación.

5.1.3.- TIPOS BÁSICOS DE ORGANIZACIÓN.

Para el análisis y diseño de la estructura organizacional, es necesario considerar las seis partes básicas que ya se mencionaron, cada una de estas partes ejerce una serie de presiones de tal forma que cuando las condiciones favorecen a una de ellas la organización adquiere una configuración particular.

Esto se conoce como *impulsos básicos en la organización*.



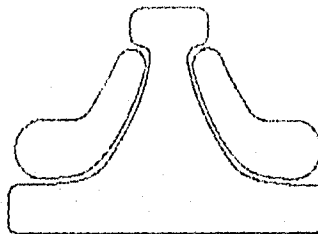
Cuando la presión de liderazgo que ejerce el ápice estratégico y la coordinación se realiza principalmente por medio de la supervisión directa, resulta la configuración centralizada llamada "empresarial". Esta forma de estructura es muy característica de empresas pequeñas o jóvenes.

LA ORGANIZACIÓN EMPRESARIAL



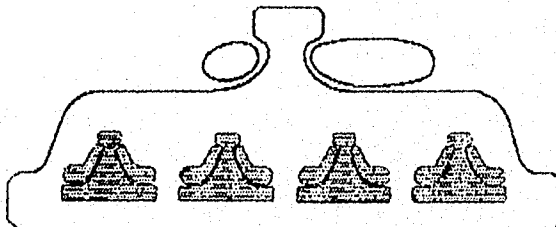
Cuando la presión que ejerce la tecnoestructura para racionalizar por medio de la normatización de los procesos de trabajo, la estructura adopta la forma llamada "maquinal o burocrática", son generalmente empresas grandes que tienen procesos de producción rutinarios.

LA ORGANIZACIÓN MAQUINAL



Cuando la organización ha crecido lo suficiente para atender por separado a cada mercado o a cada producto, resulta la configuración "diversificada o divisionalizada" la cual se controla por medio de la normatización de las salidas (outputs). En ellas un pequeño ápice estratégico, apoyado por pequeñas unidades de staff, vigilan un conjunto de divisiones que generalmente están estructuradas en forma maquina.

ORGANIZACIÓN DIVERSIFICADA

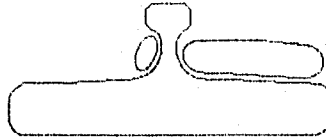


Cuando la organización cuenta con personas profesionales o expertos en el nivel operativo, como serían los caso de un hospital o una universidad, se presenta una configuración llamada

"profesional" la cual se coordina por normatización de conocimientos y habilidades, y posee un staff de apoyo muy grande.

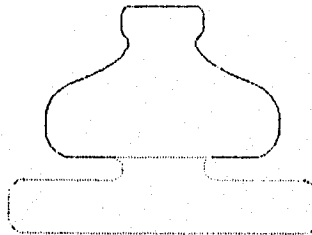
La organización profesional se requiere cuando una organización se encuentra un medio ambiente que es estable y al mismo tiempo complejo. La complejidad requiere una descentralización para individuos altamente capacitados y la estabilidad les permite aplicar habilidades estandarizadas y así trabajar con un alto grado de autonomía. Para asegurar tal autonomía, el sistema de producción no debe ser ni muy regulado, complejo o automatizado.

ESTRUCTURA PROFESIONAL



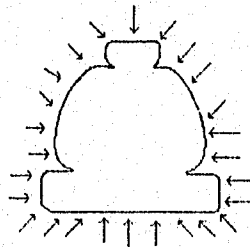
Cuando la organización tiene necesidad de innovaciones muy sofisticadas, como sería el caso de una empresa de investigación y desarrollo o también de una compañía cinematográfica vanguardista, la configuración más apropiada sería la "innovadora o adhocrática" en la cual desaparecen muchas de las características convencionales, ya que las diversas partes de la organización se combinan en un solo sistema descentralizado.

ORGANIZACIÓN INNOVADORA



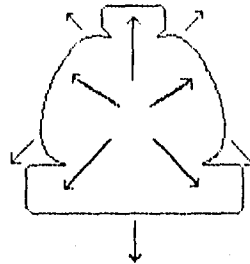
Por último, las presiones que ejerce la ideología o cultura organizacional, se pueden considerar como fuerzas centripetas que aglutinan a la empresa y la forma que la caracteriza es la de "misionera".

ORGANIZACIÓN MISIONERA



Por otra parte las presiones emanadas por las luchas de poder dentro de la organización constituyen fuerzas segregantes o centrífugas que tienden a desintegrarla y adquiere una configuración llamada "política".

ORGANIZACIÓN POLÍTICA



El balance de estas dos fuerzas, las producidas por la cultura o ideología y las producidas por la lucha de poder dentro de la organización, son las que llevan a un equilibrio interno de la empresa.

Sin embargo las formas o configuraciones identificadas no son definitivas, es decir, una organización puede contener varias de estas formas dentro de ella y presentar formas híbridas. Por ejemplo, una empresa de producción en serie puede tener un departamento de producción muy mecanizado y burocratizado y por otra parte tener un departamento de investigación y desarrollo más orgánico, innovador o adhocrático, este es el caso de la Institución de salud en que se realiza ésta investigación.

Las empresas de comida rápida, generalmente tienen el servicio al público y la producción de los alimentos completamente mecanizados y rígidos, sin embargo la estructura del corporativo podrá ser más orgánica y adhocrática.

Como se mencionó anteriormente, la estructura tomará la forma necesaria para apoyar a las estrategias de la empresa.

El siguiente cuadro resume las diferentes configuraciones de la organización:

CONFIGURACIÓN	PRINCIPAL MECANISMO DE COORDINACIÓN	PARTE CLAVE DE LA ORGANIZACIÓN	TIPO DE DESCENTRALIZACIÓN
Organización empresarial	Supervisión directa	Ápico estratégico	Centralización horizontal y vertical
Organización maquina	Estandarización del proceso de trabajo	Tecnoestructura	Descentralización horizontal limitada
Organización profesional	Estandarización de habilidades	Núcleo de operación	Descentralización horizontal
Organización diversificada	Estandarización de la producción	Línea intermedia	Descentralización vertical limitada
Organización innovadora	Adaptación mutua	Personal de apoyo	Descentralización selectiva
Organización misionera	Estandarización de normas	Ideología	Descentralización
Organización política	Ninguna	Ninguna	Varia

5.1.4.- TEORÍA ESTRUCTURALISTA.

Surge entre la teoría clásica y la de relaciones humanas, el estructuralismo, el cual es un método que analiza y compara los elementos y fenómenos en relación con una totalidad, tomando en cuenta que el todo es mayor que la suma de las partes y las etapas del desarrollo del hombre;

- NATURALEZA
- TRABAJO
- CAPITAL
- ORGANIZACIÓN

y la sociedad organizacional, que es una unidad social con relaciones interpersonales estables que facilita el logro de objetivos.

5.2.- CALIDAD DE LA ATENCIÓN.

5.2.1.- MARCO INTERNACIONAL.

La calidad de la atención médica es un problema universal, como señala Casalou (1980)²⁰, en este momento la calidad es materia de supervivencia, de ganancia, participación, y mantenimiento de mercado.

Según el Dr. Donabedian, la calidad de la atención puede comenzarse a definir por lo más simple, que puede ser el tratamiento que da el médico o cualquier otro profesional de la salud, a un momento de enfermedad y a un paciente específico.²¹

Este tratamiento lo podemos definir de dos formas: aspecto técnico y aspecto interpersonal. La atención técnica es la aplicación de la ciencia y la tecnología de la medicina y de las otras ciencias de la salud al manejo de un problema personal. Va acompañado de la interacción social y económica, entre el cliente y el facultativo. Lo primero se ha dado en llamar la ciencia de la medicina y lo segundo su arte.

²⁰ Casalou, R., Total quality management..., pp. 1-3.

²¹ Donabedian, A., La calidad de la atención médica, pp. 1-3.

Hay mucha discusión entre los autores de renombre sobre la validez o no, de considerar la parte interpersonal como un arte, pero lo que no podemos dejar de reconocer en ningún momento es que la parte interpersonal puede influir, sobre la naturaleza y el éxito de un tratamiento técnico. Esto puede ser tan específico, como el hecho de que el paciente no cumplirá el tratamiento si no logró el médico y el equipo de salud en su relación interpersonal, darle la confianza que éste requiere.

Un tercer elemento que podemos encontrar dentro de la atención, y que el Dr. Donabedian llama sus "amenidades", también conocido como calidad de lo ameno o lo agradable, es todo lo que rodea esa atención desde una sala de espera agradable y cómoda, hasta una buena alimentación pasando por cosas que podríamos reconocer como superfluas pero que sin lugar a duda nos hablan de niveles de calidad.

Las amenidades, si las abstraemos a comodidad, privacidad, cortesía, aceptabilidad y otros términos semejantes vemos que bien se pueden englobar en el aspecto interpersonal, ya que van dirigidas a la satisfacción del cliente y los pagadores terciarios, tomando a estos, como los familiares o instituciones que pagan por la atención del paciente.²²

El grado de calidad²³, por lo tanto, es la medida en que la atención médica prestada, es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios.

Un punto a tomar en cuenta es la relación entre calidad y cantidad de la atención, por ejemplo si se recibe atención médica, pero en grados que son insuficientes para aportar a la salud y bienestar del paciente todos los beneficios posibles, es claro que la atención es deficiente en calidad, debido a su insuficiencia cuantitativa.²⁴

Pero esto no lo es todo, porque también puede darse el caso de que cuantitativamente se de más atención que la requerida, lo cual también puede ser perjudicial, por ejemplo, podemos referirnos a una cesárea no requerida.

Esto nos muestra que la relación cantidad - calidad es muy difícil de medir, ya que se debe encontrar el punto de cantidad justo que aporte el máximo de beneficios al paciente y a la sociedad, con el uso adecuado de los recursos con que se cuenten.

Las valoraciones de calidad y cantidad de la atención están irremediabilmente entrelazadas, por lo cual, siempre que se haga un juicio acerca de la necesidad o inconveniencia de la cantidad de la atención, queda implícito un juicio sobre la calidad de la misma.²⁵

Otra relación a tener en cuenta es la de costo - calidad ya que la calidad cuesta dinero, porque presupone una cantidad adecuada de atención y a menudo significa más cuidado.

²² Donabedian, A., La calidad de la atención médica, pp. 4-10.

²³ Anderson, A., Quality mind-set..., February, 1991, completo.

²⁴ Donabedian, A., La Dimensión internacional de la..., pp. 7-11.

²⁵ Broadhead, The post-Deming diet, March, 1991, pp. 41-43.

Cuando la atención se presta en forma ineficaz, se desaprovechan recursos y es más cara que lo que debería ser²⁶, un ejemplo muy claro, es en el desaprovechamiento de recursos que se hace cuando un médico realiza lo de la enfermera o ésta hace lo que le corresponde a la auxiliar.

Por lo anterior, es que se deben de suprimir servicios inútiles y se debe de producir servicios más eficientes para obtener una calidad más alta por el dinero que se gasta en la atención.²⁷

5.2.2.- DEFINICIÓN DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Calidad de la atención, es el como se da la atención, y los efectos que causa, según la teoría del Dr. Donabedian, son los resultados de la atención que los podemos definir como el cambio en el estado actual y futuro de la salud del paciente que pueda ser atribuido al antecedente de la atención brindada por enfermería, consta de tres elementos:

- 1) si se realizó el procedimiento,*
- 2) si éste provocó complicaciones y*
- 3) la satisfacción del paciente y el prestador de servicio.*

Para ésta investigación se tomó el tercer aspecto el de satisfacción del empleado y el cliente.

5.2.3.- CALIDAD, PUNTO DE VISTA DE LOS PACIENTES

Rara vez, se le pide a la gente que diga en que consiste para ella, la calidad de la atención médica. La pregunta se plantea en forma indirecta. ¿Qué cosa es un buen doctor, una buena enfermera, o una buena clínica?, ¿En qué consiste que sean malas?, ¿Qué es lo que al Interrogado le gusta o le disgusta en el doctor, la enfermera, la clínica, etc.?

De estas opiniones acerca de los atributos de los proveedores, se debe de inferir cuales son los ingredientes de "bondad" en la atención que prestan. A fin de hacer más sencilla la tarea, a menudo se da al interrogado una lista de atributos y se le pide que los clasifique todos o seleccione algunos. Al hacer esto es posible que el investigador imponga sobre el respondiente su punto de vista acerca de los límites y contenido del concepto de la calidad. Es más las respuestas están influidas por la interpretación que el sujeto haga del lenguaje en el que las preguntas se presentaron.

Finalmente, los estudios de este tipo a menudo están enfocados a poblaciones particulares, en situaciones especiales, en cuyo caso no es claro que tan generalmente aplicables son los hallazgos.

²⁶ Coffey, et all, *Total Quality progress*, January, 1991, pp. 22-23.

²⁷ Donabedian, A., *Cándido en el país...*, pp. 13-22.

Gran parte de la literatura sobre la opinión de los clientes²⁶ acerca de lo que es un buen doctor o una buena clínica, concierne a la importancia relativa de un tratamiento técnico de la enfermedad comparado con el manejo de la relación entre el paciente y el profesional.

A principios de los años 1950, la Socióloga Rose Laub Coser (1956, 1962)²⁷, se puso la bata blanca que significa autoridad clínica y se convirtió en lo que pensó un observador "neutral" de las salas médicas y quirúrgicas del hospital "Mount Hermon", situado en un área metropolitana Del Este de los Estados Unidos de América, además, llevó a cabo una serie de entrevistas "estandarizadas" con 51 pacientes al ser dados de alta. El resultado fue un fascinante relato de como los pacientes se adaptan al hospital y que piensan acerca de sus doctores y enfermeras.

Cuando Coser preguntó, "¿Qué opinión tiene usted de lo que es un buen doctor?", las respuestas dadas por los pacientes, parecieron clasificarlos en dos grupos bastantes distintos. Un poco más de la mitad de los pacientes, veían al doctor como alguien que les dio bondad, amor y seguridad, "habla bonito", "se interesa en uno", "lo hace a uno sentirse bien", "sabe mucho de todo y es tan poderoso que puede uno descansar seguro bajo su cuidado".

En contraste un poco menos de la mitad de los interrogados se expresó en la "competencia científica y profesional" del doctor. Los pacientes parecieron igualmente divididos en su opinión sobre el hospital.

También hubo dualidad de opiniones al contestar a la pregunta "¿Qué distingue a un buen paciente?", poco más de la mitad de los encuestados pareció creer que un buen paciente debía ser autónomo, mientras que casi todos los restantes se inclinaban a pensar que el paciente debía de ser completamente sumiso.

Lo más significativo según la obra de Coser²⁸, fue que estas dicotomías no dividían a los pacientes, sino que estaban interrelacionadas de manera que era posible mostrar una división general en dos tipos de personas. Había aquellas que pensaban que el hospital tienen la tarea técnica bastante limitada de atender la enfermedad; que también definen la bondad del doctor en términos técnico-profesionales y veían asimismo a los pacientes como bastante autónomos. Y había las otras personas que consideraban al hospital como otro hogar, algunas veces mejor que el propio; que definen la bondad del doctor en términos de cordialidad, interés personal y cuidado, y que consideraban que el papel del paciente era aceptar sin discusión los dictados del médico.

La obra de Coser²⁹, muestra una gran sensibilidad y perspicacia, pero puede uno cuestionar la aplicabilidad general de sus conclusiones, es posible, que sus hallazgos reflejen las características particulares de los sujetos a quienes entrevistó, a los que describe como generalmente pobres, de avanzada edad, judíos, procedentes de Europa Oriental, extraños en su "hospital", separados por

²⁶ Everett, M., Continuous quality..., January, 1991, pp. 10-14.

²⁷ Coser, R., A home away from home, pág. 200.

²⁸ Coser, R., A home away from home, pag. 218.

²⁹ Coser, R., A home away from home, pag. 25.

una laguna social de sus doctores y también confundidos de las maneras, rápidamente cambiantes, de vida de aquellos que los rodeaban en el mundo exterior.

Un estudio hecho en el Hospital Hadassah en Jerusalén (Shiloh, 1965)³⁰, da apoyo parcial a las dicotomías de Coser. Cuando se pidió a los pacientes, que dijese lo que estaba pasando en cada uno de cuatro dibujos, que representaban situaciones frecuentes en los hospitales, los pacientes contestaron en una forma, que llevó a distinguir dos tipos de pacientes, a los que calificó como "igualitarios" y los "jerárquicos".

Los primeros se veían a sí mismo como participes del hospital, con derecho a que se les informara acerca de su padecimiento, y a intervenir en la toma de decisiones.

Estaban satisfechos con los aspectos técnicos de la atención, pero criticaban el modo "impersonal y poco comunicativo", como estaba dirigida y resentía su propia pasividad, como recipientes de la atención, se quejaban del ambiente hospitalario, incluyendo su ruido, su falta de limpieza y lo desabrido de la comida, deseaban regresar a su hogar.

Por el contrario los pacientes de la segunda categoría, a quienes llamaba "jerárquicos", se consideraban a sí mismos, como recipientes pasivos y agradecidos de la atención. Les impresionaba el aparato técnico del hospital y estaban tan satisfechos, con sus instalaciones y confort, que no tienen prisa en salir, asustados algunas veces de que se les diera de alta demasiado pronto.

Además, muchos tenían problemas personales familiares o económicos que esperaban que el hospital los ayudara a resolver.

La división de los pacientes en dos tipos y la adaptación del estilo de tratamiento de los profesionales, a las preferencias de cada uno, (o la asignación de cada tipo de paciente a un tipo correspondiente de profesional), sería, por supuesto, un elemento muy importante en la definición individualizada de la calidad.

Dice el Doctor Donabedian (1984)³¹, que desafortunadamente, otros investigadores no han tratado de hacer esta diferenciación en tipos, o habiéndolo tratado no lograron encontrarla.

Entre los últimos estudios se cuenta con uno que pudo formar una muestra representativa de suscriptores y a estas personas les administró un cuestionario formal que los forzaba a elegir. Con preguntas tales como: "¿si tuviera usted que escoger a un doctor entre un grupo de facultativos que clase de doctor elegiría?", en respuesta algunos escogieron la opción que decía: "el doctor más inteligente y mejor, y no me importaría mucho el interés personal que sintiera por mí", otros escogieron "la mejor personalidad, aquel que ponga más interés personal en mí", desgraciadamente no se nos dice el total ni tipo de variables que se utilizaron, tampoco que proporción de las personas que respondieron, escogieron cada una de estas dos opciones pero si sabemos, que sólo el 15% las rechazó ambas, escogiendo una tercera que decía "otra", y que invitaba a dar una explicación.³⁴

³⁰ Shiloh, A., Equalitarian and hierarchal patients..., pp. 87-89.

³¹ Donabedian, A., Garantía y monitoria de la calidad..., pp. 46-50.

³⁴ Friedson, E., Patients, views of medical..., pág. 97.

Sin embargo, la disposición de escoger al más inteligente y mejor o aquel que ponga más interés personal en mí, no necesariamente significa que halla dos tipos de pacientes, con puntos de vista fundamentalmente diferente acerca de la calidad de la atención.

Esto, es especialmente cierto, en una situación donde la organización ya ha puesto mucha atención en contratar "buenos médicos". Cuando más, las respuestas pueden indicar una preferencia por un poco mayor de competencia, en contraposición a un poco más de interés personal; la conclusión del propio Friedson, basada en entrevistas intensivas con 36 familias y muchos meses de observar a los pacientes y médicos fue que en realidad la gente quería ambas cosas, "interés personal y competencia", y aunque los dos atributos, siendo propiedades distintas, podían analizarse por separado, los pacientes insistieron que no podía existir una sin la otra.

En un sentido el interés personal daba la seguridad de que el doctor estaba empleando plenamente su competencia a favor del paciente. Obviamente esta es una interpretación que encaja bien con el modelo unificador de la calidad. Otras exploraciones acerca de lo que la gente incluye bajo los encabezados de interés personal y competencia, demuestra que los clientes como se esperaba, son partidarios de definiciones muy individualizadas de la calidad de la atención.

Para el paciente, "interés personal", significa que el doctor lo trata como una persona, que tiene su propia identidad y lo respeta como tal, mostrando empeño e interés en manejar su problema individual, de una manera individualizada.

Algunos pacientes aprecian una familiaridad bromista y otros, prefieren una reserva respetuosa, pero todos están en contra de un trato mecánico, rutinario e impersonal.

Hay demostración de interés personal cuando el médico dedica tiempo al enfermo, es reflexivo y cuidadoso. A la gente le disgusta el doctor que es brusco o precipitado, que trata al paciente "de carrera", o lo hace entrar y salir a toda prisa. La comunicación es importante como una condición del interés personal. El doctor debe de estar dispuesto a oír y contestar preguntas, dar contestaciones concediendo a ello todo el tiempo necesario, otra condición es la igualdad de posición. El paciente espera ser tratado con cortesía y respeto como una persona capaz de hacer elecciones inteligentes, siempre que el médico explique las opciones.

De acuerdo con Friedson "los pacientes suponen que todos los doctores poseen una competencia mínima", y les preocupa sólo el grado de competencia; parecen interesarse más en que toda la competencia existente se ejercite a su favor.

El problema no es tanto que el doctor no halla sabido, sino que no halla aplicado su conocimiento total y asiduamente, en beneficio del paciente. Para decir si el doctor se ha comportado o no así, el paciente se fija en conductas, que combinadas en una forma o en otra parecen significar competencia a juicio del paciente.

Algunos pacientes confían principalmente en indicadores, que son también una prueba de interés personal:

- respeto por la habilidad del paciente para dar información,*

- atención,
- reflexión,
- entereza
- minuciosidad para obtener la historia médica del paciente y
- hacer su examen físico.

Otros quizás con más experiencia en enfermedades y atención médica, reclaman la presencia de preguntas específicas, exámenes o procedimientos, en algunas situaciones: por ejemplo, información sobre los alimentos ingeridos y una prueba de alérgenos, cuando se sospecha alergia o un electrocardiograma cuando hay dolor de tórax.

Para algunos pacientes, la competencia, o un empleo en beneficio del enfermo, se muestra por una mayor cantidad de pruebas objetivas: toma de la presión sanguínea, Rx., E.C.G., estudios de laboratorio.

Esto es especialmente cierto cuando estos procedimientos están incluidos en un plan de pre-pago. Dentro de ciertos límites un buen doctor admitirá incertidumbre, pero también dará pasos para precisar el verdadero estado de las cosas mediante futuras observaciones más pruebas y consultas con especialistas.

Evitará decir, "no se preocupe", o "no hay nada malo", sin una base sólida para decirlo a juicio del paciente, también evitará recomendar tratamientos desagradables o peligrosos especialmente si son quirúrgicos. En general un buen doctor es activo; interviene aunque sólo sea nombrando la enfermedad y extendiendo una receta, y finalmente, los resultados favorables de su interacción, son manifiestos dentro de un lapso que al paciente le parece "razonable".

En resumen, la gente estudiada por Friedson definió la calidad en términos de ciertos comportamientos por parte del médico o de atributos de su atención y que a su juicio denotaban interés personal o competencia y estos dos rasgos estaban interrelacionados entre sí, ya que eran condiciones necesarias a una aplicación altamente individualizada de los conocimientos médicos al padecimiento de cada paciente, de una manera que tomó en cuenta las necesidades expectativas y preferencias del enfermo. Esto es, obviamente una "definición individualizada", de la calidad que encaja bien dentro del modelo unificador. Difiere, sin embargo, en que no toma en cuenta los costos monetarios, a no ser al sugerir que en esos casos de pre-pago, el empleo de más pruebas y procedimientos se considera un signo de competencia. Quizás más importante sea el hecho de que al hablar de sus doctores no hacen énfasis sobre la relación entre los atributos deseables del comportamiento del médico y sus consecuencias para la salud y el bienestar. Esta discrepancia es sólo aparente y que de los hallazgos reportados puede uno inferir con seguridad que los atributos y comportamientos que se dicen son deseables se valoran debido a su contribución al bienestar del paciente.

La otra cosa notable acerca de este estudio, es el hallazgo de que una proporción tan grande de personas pudieran no acordarse de ninguna deficiencia en sus doctores. Esto corresponde a los

altos niveles de satisfacción por la atención médica, que también se encuentran en los Estados Unidos de América, pero estos hallazgos, aunque proporcionan alguna información acerca de cómo percibe el público la calidad del cuidado, no son aplicables a la propia definición de la calidad.

Con respecto a esta definición es evidente que se hace mayor hincapié en los atributos que conciernen al manejo de las relaciones interpersonales que corresponden a la categoría que Friedson llamó de "Interés personal". Pero Donabedian cree que es un error concluir a partir de la frecuencia relativa de los atributos valorados, que la calidad de la atención técnica es de menos importancia para la gente.

Una aplicación más plausible es que mucha personas dan por hecho que la competencia técnica esta generalmente presente, de manera que otras características que obviamente varían mucho de un doctor a otro sirven mejor para diferenciar a los facultativos.

En el XIII Congreso Nacional de Control de la Calidad, el Dr. Lomeli (1986)³⁵, ya decía que es prácticamente una proclama general en todos los negocios, el considerar que la satisfacción del cliente debe de ocupar el primer lugar en las prioridades de cualquier empresa. Precisamente por ello numerosos teóricos de la economía han dicho que el consumidor es el "rey de la economía".

En un esquema teórico siempre se supone que este "rey" con sus necesidades, sus deseos, y sus demandas, impone los estilos, el modo y el ritmo de la producción de servicio.

Se ha llegado a suponer dentro de un modelo idealizado, un mecanismo de mercado competitivo, en que el consumidor actúa eficientemente y también se supone que está bien informado.

En dicho esquema idealizado se afirma que el consumidor conoce la baja calidad y la evita, que no compra por ejemplo, medicinas que sean venenosas o ineficientes, y lo que es más importante, supone que sus deseos representan gustos y necesidades verdaderas.

Pero en la vida real afirma Lomeli (1986), "las empresas gastan mucho en publicidad para formar y para deformar la demanda del consumidor", a lo que las empresas necesitan vender.

La verdad es que si en todos los negocios se aplicara estrictamente y sin regateo alguno lo que es la consigna de "su completa satisfacción o la devolución de su dinero", numerosas empresas comerciales e industriales habrían quebrado desde hace tiempo, debido a la mala calidad imperante en numerosos productos de fabricación nacional.

Efectivamente si midiéramos la calidad de la producción con el termómetro de las quejas presentadas ante la Procuraduría General del Consumidor muchos artículos saldrían muy mal librados.

Pero esto es para la industria y el comercio y ¿qué es lo que está sucediendo con los servicios y más exactamente con la salud?, todos sabemos que hay países que cuentan con un sistema efectivo de demandas por mala atención en la salud, caso típico de esto son los Estados Unidos de

³⁵ Lomeli, A., Grados de satisfacción al cliente..., XIII Congreso, pp. 429-433.

Norte América, pero México y la mayoría de los países de América Latina, no cuentan con eso, aunque sí figure en sus leyes, lo que provoca que la insatisfacción del cliente de las instituciones de salud, no sea tomada en cuenta y por lo tanto tampoco sea cuidada.

Actualmente las instituciones están comprendiendo que el cliente debe de salir satisfecho y es por eso, que la mayoría de las instituciones privadas, están cuidando las amenidades de sus instalaciones, pero en la mayoría de las instituciones públicas o tripartitas esto aun no se cuida, opino yo que fundamentalmente esto se debe a dos razones:

- Su clientela es cautiva
- Falta de conciencia por cuidar la satisfacción del cliente.

Aunado a lo anterior tenemos que las instituciones de Salud como organizaciones profesionales, cuentan con un personal con habilidades muy específicas lo cual hace que el cliente generalmente no sepa, por desconocimiento, que es lo que debe de exigir como calidad, esto principalmente si hablamos de tratamientos médicos, pero si nos referimos a las amenidades como son, comunicación con el personal, limpieza, comodidad, etc., sí las puede identificar, y valorar con ello la calidad, es por eso que en este trabajo se valora la calidad de los resultados tomando en cuenta la satisfacción del cliente medida en términos de amenidades.

5.2.4.- EL PUNTO DE VISTA DE LOS PROVEEDORES DE LA ATENCIÓN.

Los proveedores de atención comprenden una gama de normadores de políticas, administradores, supervisores y facultativos que proporcionan una gran variedad de servicios clínicos y otros relacionados pero la literatura en general se ocupa sólo de los profesionales médicos, que administran, supervisan o proporcionan cuidado directo a los pacientes.

Los profesionales tienden a definir la calidad no en términos generales sino especificando en detalle las actividades clínicas de la atención al paciente y enfocando casi exclusivamente el manejo técnico, la omisión de los efectos de la atención sobre la satisfacción del paciente y la comprensión del paciente, aparecen como características importantes que distinguen las mejores clínicas de las peores. También es notable la menor importancia que se da a "los recursos y habilidades médicas", en comparación con los atributos personales y la satisfacción del paciente. Esto no es muy distinto del énfasis relativo que los pacientes de clínicas similares dan al interés personal del doctor; pero como lo señalé al comentar las opiniones de los pacientes esta inferencia de la importancia relativa está abierta a discusión.

Los hallazgos que se han encontrado, pueden significar que en realidad, las mejores y peores clínicas difieren mucho una de otras en el grado de su preocupación por satisfacer al paciente y darle comodidad que no en recursos y habilidades médicas. En forma similar pudiera ser que "la educación y comprensión del paciente", se mencionan con menos frecuencia de lo esperado debido a que son buena en todas las clínicas, o, porque son igualmente malas en todas.

Podemos concluir, que cuando uno hace una pregunta que tiene por objeto explorar el significado de la calidad a través de una vía indirecta, uno obtiene respuestas que armonizan con los papeles profesionales de los individuos interrogados y que se relacionan con el concepto de la calidad tan indirectamente como la propia pregunta.

Para esta investigación se tomó como estructura para los proveedores de la atención la apreciación que tienen sobre la comunicación vertical, comunicación horizontal, supervisión que les realizan, normatización de sus actividades, existencia de manuales, capacitación que les brindan, planificación de sus acciones y el control que les ejercen otros departamentos; y la Satisfacción se definió por medio del compromiso que tienen con la institución, la armonía en el trabajo, la relación con otros servicios, el salario acorde a sus actividades, la satisfacción por su propio desempeño y la toma de sus opiniones por las jefes del departamento.

5.3.- CALIDAD TOTAL EN SALUD

A.V. Feigenbaum dice que el control total de calidad es el conjunto de esfuerzos de los diferentes grupos de una organización, para la integración del desarrollo, del mantenimiento y de la superación de la calidad de un producto con el fin de hacer posible su fabricación y servicio a satisfacción completa del consumidor y al nivel más económico.³⁶

En un intento por aplicar esta definición al ámbito de la salud, afirma Lara³⁷, que la Calidad Total en la salud, es el conjunto de esfuerzos de los diferentes sectores de la sociedad para la consecución, mantenimiento y superación de los niveles de salud de la población, con la finalidad de que se actualicen lo más posible sus potencialidades humanas, en lo físico, mental y emocional.³⁸

En esta investigación no se intenta conocer el nivel de calidad total con que se cuenta sino la contribución que da el instituto en estudio para la consecución de la satisfacción del empleado y el cliente.

³⁶ IMECCA, Control estadístico de calidad..., 1986, completo.

³⁷ Lara, F., Salud..., Ponencias VIII congreso..., pp. 290-296.

³⁸ Jurán, J.M., Strategies for world class..., March, 1991, pp. 81-85.

5.3.1.- IMPORTANCIA DE LA COORDINACIÓN PARA LA SALUD

Anteriormente se daba por supuesto que los miembros de una organización comprendían perfectamente y compartían la misión de su empresa, pero conforme han ido avanzando las ciencias organizacionales, se ha demostrado que tal suposición ha sido el origen de múltiples errores y de la dispersión de esfuerzos, debido a que cada persona entiende a su manera dicha misión y dirige sus actividades a la realización de esa apreciación subjetiva, ocasionando problemas serios en la productividad y en el nivel de calidad de los productos o servicios que proporciona.

Debido a esto los actuales diseños de intervención para el desarrollo de las organizaciones, enfatizan la importancia que tiene el que las empresas identifiquen su misión y que se aseguren de que todos sus miembros la entienden y comparten, para que hacia su realización, dirijan sus esfuerzos.³⁹

Este movimiento hacia la unificación para el logro de una meta común dentro de una empresa, se ha visto acompañado por una preocupación por poner de relieve la interdependencia entre las organizaciones que colaboran en la consecución de un producto final o en la prestación de un servicio.

Así, hemos visto recientemente, que las empresas se han dado cuenta de la importancia de relacionarse más estrechamente con sus proveedores y con los que reciben sus productos. Esto ha dado como resultado un aumento del nivel de productividad de las mismas y del mejoramiento de la calidad de sus productos o servicios.

Se ha caído también en el error de suponer que todas las empresas tienen claro en que consiste la salud, y que todos están luchando por lograrla. De igual manera se ha creído que la salud es responsabilidad de un solo sector al cual se le ha llamado Sector Salud, y se ha dejado a un lado la interdependencia que debe de haber entre todos los sectores y niveles de la sociedad para lograrla.

Es necesario por lo tanto que al igual que se clarifica últimamente la misión de las empresas, también se debe clarificar perfectamente, que papel están desempeñando las empresas con respecto a la promoción y conservación de la salud de la sociedad, de tal forma, que se llegue al convencimiento de que todas ellas deben dirigir sus esfuerzos hacia su realización.

³⁹ Ouchi, W, Teoría z, 1982, completo.

5.4.- CONTROL DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS

El éxito de las empresas de servicios, al igual que de las Industrias, depende en gran parte de lo bien que satisfagan el mercado y la óptima utilización de los recursos propios y de los disponibles en su medio.

Si bien esto es sabido por los dirigentes de las organizaciones, muchos de los cuales hacen esfuerzos por lograrlo, planteaba González Prado cuando era Presidente y Director del Instituto Mexicano de Control de Calidad (1974)⁴⁰, "lo cierto es que hacen falta técnicas y metodologías para ello".

El propósito fundamental del control de calidad es que el consumidor disponga de los productos y servicios que requiere, a un precio que lo haga estar a su alcance, solamente podrá lograrse haciendo extensivos los métodos de control de calidad de los servicios.

Plantea González Prados, que no basta que la industria realice productos mejores, si la distribución es ineficiente e ineficaz. La distribución y el servicio posterior a la venta son etapas integrantes del ciclo industrial, que deben coordinarse adecuadamente, para que contribuyan a la optimización del sistema de calidad de la empresa; igualmente las empresas típicamente de servicio, es decir, aquellas que no entregan un producto material, sino intangible, deben también satisfacer óptimamente a los usuarios y mantener internamente una alta eficiencia.

Los conceptos generales básicos de Control de Calidad aplicados a la industria, tienen también gran aplicación a los servicios.

La calidad de los servicios no significa excelencia, lujo o cumplimiento con estándares, sino que es el grado en que se satisfacen las necesidades específicas de su uso.

El aspecto económico implica que lo deseable no sea la satisfacción absoluta de las necesidades, sino el óptimo económico entre el grado de satisfacción y el costo o precio correspondiente, según sea el caso.

Las diferencias en necesidades y recursos hacen que un Servicio con ciertas características sea adecuado para una situación, pero regular o inclusive malo o inconveniente para otras.

Los requerimientos de uso, así como la disponibilidad y costo de materiales, mano de obra y tecnología, están sujetos a ajustes y cambios provocados por el desarrollo tecnológico. Por tanto un servicio que resulta adecuado en un momento, después de un tiempo puede resultar regular o inclusive malo.

El usuario juzga al servicio en tanto a la satisfacción que le proporciona, y no respecto a las normas. Tampoco justifica las fallas porque sea difícil la supervisión del personal o el aseguramiento de la calidad de los prestadores de servicio.

⁴⁰ González, P., Control de calidad..., II congreso..., pp. 1-10.

La calidad total de los servicios comprende tres parámetros: Calidad del diseño, Calidad de conformidad y Servicios posteriores a la venta.

La Calidad del diseño para González Prados (1974)⁴¹, es el grado en que las especificaciones satisfacen las necesidades del sector de usuarios o clientes previamente seleccionados y que permiten el mejor uso de los recursos de la empresa en la producción del servicio.

La Calidad de conformidad, es el grado en que el servicio que recibe el cliente cumple con las especificaciones de diseño.

El Servicio posterior a la venta, se refiere tanto a la seguridad de continuidad, como a la atención a los cambios que pudieran requerirse, en salud podemos decir que esta parte es la atención a las complicaciones que pueda tener el paciente después del alta.

La prestación de Servicios de óptima calidad sólo es posible a través de la participación y coordinación adecuada de todos los grupos integrantes de la empresa.

El conjunto de elementos materiales, técnicos y humanos interrelacionados de modo de proporcionar servicios que satisfagan el mercado, constituye el sistema de calidad de la empresa.

El mecanismo que coordina y regula las actividades de toda la empresa tanto para la prestación de servicios de acuerdo a las especificaciones, como para la definición y ajuste de las mismas, constituye el sistema de control de calidad de la empresa.

Por control, se entiende la identificación y cumplimiento con la normalidad. Incluye la toma de acción correctiva necesaria para eliminar las causas y corregir las desviaciones.

El auto - control, define el estado de una persona que realiza un trabajo organizado, en tal forma, que le permite mantener completo dominio sobre los resultados del mismo. Por tanto debe de saber que se espera de su trabajo, como hacerlo y como regular cualquier desviación que pudiera presentarse.

Para que una persona pueda responsabilizarse de los resultados de su trabajo, debe alcanzar un estado de auto - control, como vemos las instituciones de salud por ser profesionales y contar con personal con habilidades para realizar la tarea debería de poderse manejar exclusivamente con auto - control, pero es bien sabido que el personal de enfermería, tiene una supervisión directa, ya que requiere de ella, para que se cumplan adecuadamente las tareas.

El control como es entendido tradicionalmente, no basta para asegurar un desarrollo sano. Es necesario mantener una actitud permanente de mejoramiento profundo que permita pasar a niveles de normalidad más eficaces, así como compensar el aumento de las exigencias de los requerimientos que provoca el progreso tecnológico.

Los programas de corrección de defectos y de mejoramiento deben siempre estructurarse de acuerdo al "Principio de Pareto" en que el 20% de las causas provoca el 80% de los efectos.

⁴¹ González, P., Control de calidad de los..., pág. 11.

Las variaciones en el grado de la Calidad de diseño del servicio, repercuten directamente en lo volumen de ingresos de la empresa, aunque también pueden repercutir en disminución de costos de Calidad.

El mejoramiento de la calidad de conformidad repercute principalmente en la disminución de costos de calidad y en afianzar la posición de la empresa en el mercado.

5.4.1.- ASPECTOS ADICIONALES DE LA CALIDAD Y EL CONTROL DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS.

Las características especiales que guardan las empresas de servicio, por estar en su mayoría en estrecho contacto con el usuario, por lo amplio y diversificado de su clientela y por el hecho de ofrecer intangibles o semi - intangibles, hacen necesario considerar los aspectos adicionales siguientes:

5.4.1.1.- SATISFACCIÓN DE GRAN DIVERSIDAD DE NECESIDADES.

La definición de características estándar, no es posible en su totalidad debido a las grandes diferencia de necesidades de la clientela.

Cuando el número de clientes no es muy grande, esto no crea un gran problema ya que se puede diseñar el servicio de acuerdo a los requerimientos de cada cliente en particular. Sin embargo cuando la clientela es grande, como en la institución investigada, ya no se puede diseñar el servicio de acuerdo a cada cliente, por tanto conviene considerar alguna fórmula para ajustar el servicio al cliente. Esto puede hacerse ofreciendo alternativas para algunas características del servicio diseñando sistemas modulares o eventualmente dando asistencia para cumplir con las necesidades residuales no satisfechas con el servicio estándar, con el cuestionario que se aplicó a pacientes se intentó saber cual o cuales eran las necesidades no satisfechas lo cual como se explica en resultados no se logró obtener.

5.4.1.2.- ASISTENCIA TÉCNICA.

Los servicios que requieren de una interpretación técnica de las necesidades del usuario, deben de incluir como parte del servicio la asistencia técnica respectiva. Si bien hay algunos clientes que por su preparación podrían realizar este estudio, en su mayoría no tienen tiempo.

Es muy importante que los resultados de los estudios que se presenten al cliente sean claros y precisos.

5.4.1.3.- SIMPLICIDAD.

En su mayoría los usuarios desean que la obtención del servicio sea fácil, es decir, que no haya que seguir instrucciones complejas o confusas, y que no requiera de esfuerzos especiales.

5.4.1.4.- TIEMPO.

En la actualidad el tiempo es un factor muy apreciado. En los servicios los usuarios lo toman muy en consideración, por lo que, se le ha definido como una característica de calidad⁴².

El tiempo de servicio incluye tres componentes :

<i>Tiempo de acceso:</i>	<i>tiempo que transcurre desde que el cliente hace el primer esfuerzo por ser atendido, hasta que recibe atención.</i>
<i>Tiempo en cola:</i>	<i>El tiempo de espera depende de lo largo y de la integridad de la cola.</i>
<i>Tiempo de acción:</i>	<i>Tiempo que transcurre desde que se le toma la orden al cliente, hasta que se le proporciona el servicio.</i>

5.4.1.5.- COMODIDAD, TRATO Y SEGURIDAD.

Deben de preverse los medios necesarios para la comodidad del usuario. Últimamente se ha venido dando mucha atención a que la atmósfera que rodea al cliente sea agradable, esto es lo que en salud conocemos como aménidades.

Un factor importante en la comodidad del usuario es la información.

A medida que se nos informa, psicológicamente sentimos estar en mejor condición para la toma de decisiones.

Respecto al trato, el usuario espera que quien presta el servicio lo atienda con consideración y respeto, satisfaciendo inclusive su ego.

Finalmente, el usuario requiere que su integridad física no corra riesgos, por lo que la seguridad y la higiene son también parámetros muy importantes de la calidad.

⁴² Rosander, A.C., Applications of quality, control in..., pág. 226.

5.4.1.6.- CALIDAD DE CONFORMIDAD.

Al igual que en las empresas de manufactura, en los servicios, la conformidad incluye los aspectos internos y externos.

La conformidad interna se refiere al grado en que se cumplen los estándares de calidad durante el proceso.

Para su control y mejoramiento se usan los mismos métodos que para el control de calidad en el proceso de las empresas de manufactura.

La conformidad externa se refiere al grado en que se cumple con las especificaciones del servicio que se presta al cliente. El control y mejoramiento de este parámetro, se logra fundamentalmente a través de auditorías o monitoreos de calidad, aunque parcialmente puede hacerse a través de información sobre los comentarios y quejas de los clientes.

Sin embargo esta última información se refiere más bien a la calidad total compuesta por la calidad de diseño y la calidad de conformidad externa.

5.4.1.7.- ORGANIZACIÓN DEL CONTROL DE CALIDAD.

Al igual que para las empresas industriales, en el caso de las empresas de servicio, no es posible recomendar un patrón ideal para la organización de esta función, ya que la organización más conveniente depende de tantos factores diferentes que esta debe estructurarse para cada caso en particular.

El control de calidad debe considerarse como un sistema en el cual cada una de sus partes interesa en la consecución de la calidad y no como un departamento o entidad organizacional aparte.

En general no se encuentra dentro de las empresas de servicio departamentos específicos de control de calidad, aunque en México por ejemplo en el hospital ABC existe este departamento, pero ello no quiere decir que no se haga control de calidad en los lugares que no lo tienen.

Lo común es encontrar que las inspecciones de los insumos y de los procesos las realizan los mismos departamentos de línea, y son ellos también quienes definen el diseño de los servicios, sin que exista un aseguramiento de la calidad del diseño o estructura de los mismos.

El sentir de estas empresas es que sus problemas de calidad son mínimos, como resultado de que no hay indicadores efectivos. Sin embargo la calidad es diferente, encontrándose continuamente exceso y defecto en los diseños, así como bajos niveles de conformidad.

En general no se realizan sistemáticamente programas de mejoramiento de la calidad, lo que impide un desarrollo tecnológico acorde con la expansión de este sector.

5.4.1.8.- COSTOS OPERATIVOS DE LA CALIDAD.

Los costos operativos de la calidad son datos que deben procesarse, para que a mediano plazo representen un buen indicador de la eficacia y la eficiencia de las empresas de servicio, como es el caso de las empresas de manufactura.

5.4.1.9.- MOTIVACIÓN.

El personal representa quizás el factor que requiere de más atención para asegurar una alta calidad de conformidad de los servicios.

La selección del personal y el entrenamiento son fundamentales para alcanzar un estado de auto-control.

Además es muy necesario que su motivación se mantenga alta, dado el estrecho contacto que el personal tiene con el cliente.

Los empleados deben de integrarse plenamente a la empresa y actuar siempre cuidando satisfacer al consumidor y dejar en el buena imagen de la empresa.

Los métodos de motivación usados en la industria tienen a su vez bastante explicación en los servicios. Sin embargo, conviene utilizar preferentemente los programas del tipo cero defectos y similares y hasta cierto punto los incentivos económicos.

Esto último seguramente contribuiría a frenar la propagación de la costumbre de esperar propinas, la propina es incómoda para el cliente. Sin embargo en México se exagera en ella.

Si bien se ha venido pensando que la espera de una propina motiva al empleado a servir mejor y le representan ingresos adicionales que compensa sus bajos salarios debe de considerarse, plantea González Prados, que por otro lado la molestia que ello causa a algunos clientes afecta seriamente la imagen y desarrollo de la empresa.

En este punto González Prados concluye que los conceptos generales básicos del control de calidad tienen gran aplicación en los servicios por lo que debe de generalizar su utilización en este sector.

En el diseño de la calidad del servicio opina que deben de considerarse los mismos aspectos que en los productos industriales, pero además debe de tomarse en cuenta la necesidad de que los servicios tengan la flexibilidad para ajustarse a las necesidades de cada cliente, que sea mínimo el tiempo de suministro del servicio y que se logre agradar y dar comodidad al cliente.

Debe darse especial énfasis a la organización de programas de mejoramiento de la calidad, así como desarrollarse la información para que pronto los costos de calidad representen el indicador de la eficacia y eficiencia del sistema de calidad de las empresas de servicio.

El factor dominante de la calidad del servicio es el hombre y por tanto debe darse especial atención a su motivación.

5.5.- ADOPTACIÓN DEL SISTEMA DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD BASADO EN LA ESTRUCTURA.

La adopción del Sistema de Aseguramiento de la Calidad⁴³, requiere de un cambio de actitud cultural en todos los niveles.

La responsabilidad para lograr el cambio de actitud cultural, es el desarrollo de un ambiente organizacional, dentro del cual la meta es proporcionar servicios de calidad.

Las técnicas que se pueden desarrollar este ambiente organizacional, una comunidad abierta y un rendimiento mejorado en la búsqueda de calidad incluye⁴⁴:

- *Círculos de calidad*
- *Reuniones departamentales*
- *Evaluación del personal*
- *Comunicación del desarrollo de su desempeño*
- *Información relacionada al desarrollo de la calidad*
- *Tableros de información*
- *Presentación de películas y videos*
- *Programas de adiestramiento y educativos.*

La participación del personal en el logro de la calidad es un compromiso firme con el Sistema de Aseguramiento de la Calidad.

El objetivo es lograr calidad en los resultados a través de inculcar el principio de "hacerlo bien desde la primera vez".

Primordialmente hay que tener bien claro que se trata de un proceso sistemático, donde cada uno debe:

- *Aprender de la experiencia.*

⁴³ González, A., Fundamentos tecnológicos para sistemas de aseguramiento...pág.34

⁴⁴ Douglas, H., The Nature of quality assurance... , pp. 15-23.

- Planear y organizar su trabajo.
- Asegurar de que todos los servicios y actividades se logren cumpliendo con los requisitos preestablecidos.
- Prevenir errores para no tener que corregirlos.

5.6.- AUTOEVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA.

Según Aguirre Gas (1987)⁴⁵, la auto - evaluación de la atención médica en instituciones de salud, se ha llevado a cabo tradicionalmente siguiendo dos grandes vertientes, la primera en función de la consecución de objetivos, logro de metas de administración racional de los recursos asignados y la segunda mediante la evaluación de la calidad de la atención a través de los registros en el expediente clínico.

Ambos enfoques permiten conocer el logro de expectativas esenciales para la institución en que se prestan los servicios: la eficiencia en la utilización de los recursos y el cumplimiento de las normas de calidad previamente establecidas y verificadas a través de revisión documental.

Si analizamos los procedimientos, previamente citados, para evaluar calidad de la atención, nos percataremos que no se están tomando en cuenta la satisfacción de las expectativas del paciente que esta recibiendo atención, ni del trabajador que la esta otorgando, como partes indisolubles del proceso, conjuntamente con la institución.

Con base en la investigación de las expectativas del paciente que recibe la atención, del trabajador que la otorga y de la institución que proporciona los medios para lograrla, se ha integrado un modelo metodológico, que permite registrar y analizar, los principales aspectos que determinan la calidad y la eficiencia en el otorgamiento de la atención médica en forma integral.

Evaluar la calidad de la atención presenta retos significativos, como el correspondiente a establecer juicios de valor para aspectos de calidad eminentemente subjetivos, como definir los rubros a evaluar y los sujetos de evaluación. Con referencia a los juicios de valor, se propone emplear una escala de criterios "absolutos", para calificar los siguientes rubros:

- Calidad de la atención
- Disponibilidad de recursos en cantidad y calidad suficientes para otorgar la atención que se requiere
- La organización de los servicios
- El proceso y resultados de la atención
- Las relaciones humanas en su otorgamiento

⁴⁵ Aguirre Gas, H., Autoevaluación de la calidad médica, XV congreso..., pág. 625

- **Los sujetos de evaluación: servicios médicos**
 - paramédicos**
 - administrativos**
 - hospitales**
 - servicios médicos delegacionales.**

Dada la gran magnitud del universo a evaluar y los recursos relativamente insuficientes para lograrlo se deterioraría la periodicidad, oportunidad y profundidad en el procedimiento, por lo cual fue necesario, para Aguirre, adecuarlo para su aplicación permanente, por los cuerpos de gobierno de las unidades de atención médica, en forma de auditoría interna o auto - evaluación.

Si bien se encontró muy interesante el estudio de Aguirre no se encuentra un análisis de estructura coincidente con los planteados por Henry Mintzberg, ni un énfasis en la satisfacción del cliente y el empleado, por lo cual no se aplicaron en su totalidad los criterios que el emplea, tampoco se pudo conocer el tipo de preguntas que utilizó para su estudio.

6.- METODOLOGÍA.

6.1.- OBJETIVOS.

GENERAL

Evaluar la relación existente entre la percepción del funcionamiento de la estructura del Departamento de Enfermería y la satisfacción del prestador de servicios y el cliente en una Institución de Salud.

ESPECÍFICOS

- *Diagnosticar la percepción de los trabajadores sobre la estructura del Departamento de Enfermería en la Institución en estudio.*
- *Diagnosticar la satisfacción del prestador de servicios y el cliente en la Institución en estudio.*
- *Evaluar la relación de la estructura del Departamento de Enfermería con la satisfacción del prestador de servicios y del cliente.*

6.2.- HIPÓTESIS.

- H1.- Existe relación entre la percepción de existencia o no de problemas de estructura y la satisfacción del prestador de servicios.*
- H2.- Existe relación entre la percepción de existencia o no de problemas de estructura y la satisfacción del paciente.*

6.3.- TIPO DE INVESTIGACIÓN.

La primera parte de esta investigación fue de tipo exploratoria ya que examinó el problema de la percepción de la estructura del Departamento de Enfermería, y la satisfacción de los empleados y los pacientes.

Con esto nos familiarizamos con el diseño organizacional del Departamento de Enfermería, y los resultados de la atención que brindan las enfermeras, medidos en grados de satisfacción para el prestador de servicios y el cliente.

Esta investigación fue seccional o sincrónica ya que hizo un corte perpendicular de la situación con el fin de poder evaluar la percepción de la estructura y la satisfacción de los involucrados.

En cuanto a la amplitud de esta investigación, diremos que es microsociológica, porque hace referencia al estudio de variables y sus relaciones en un grupo mediano.

Desde otro punto de vista, podemos decir que ésta es explicativa, por que no sólo midió variables sino que estudió la relación entre ellas, para conocer la percepción que se tiene sobre la estructura y como afecta la satisfacción en la prestación del servicio.

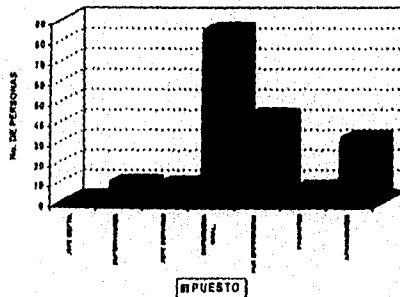
6.4.- UNIVERSO DE ESTUDIO.

El Universo de Estudio, está conformado por: todo el personal dependiente de los Departamentos de Enfermería en las Instituciones de Salud, y todos los pacientes de dichas Instituciones.

Para ésta investigación se tomó una Institución de Salud especializada en problemas nutricionales, que tiene como recursos humanos dependientes del Departamento de Enfermería (ver gráfica 1):

Enfermera Jefe de la División,
Enfermera Jefe del Departamento,
Enfermeras Supervisoras,
Enfermeras Jefes de Servicio,
Enfermeras Generales,
Auxiliares de Enfermería,
Pasantes de Enfermería,
Afanadoras.

GRAFICA 1.- PERFIL DE PUESTOS DEL PERSONAL

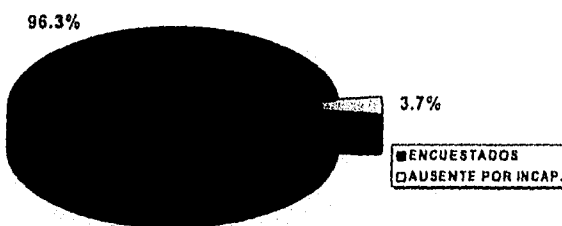


FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO AL PERSONAL

MUESTRA

En total son 194 prestadores de servicios, de los que se encuestó a 187 por encontrarse los otros con incapacidad médica o licencias (ver gráfica 2), a los que se encontraban, se los encuestó en dos días, en el primero, con un grupo de colaboradores, se encuestó las 24 horas a todo el personal que se encontraba trabajando, y el segundo día se encuestó a la entrada de cada turno a las personas que no se habían presentado a trabajar el día anterior, con esto se logró que no pudiesen comentar entre sí, antes de contestar, lo que podría haber hecho variar la información.

GRAFICA 2.- PERSONAL ENCUESTADO



FUENTE: PLANILLAS DE PERSONAL DEL DEPTO. DE ENFERMERIA

En cuanto a clientes, cabe destacar que como no se podía encuestar a todos los pacientes de la Institución, por problemas de accesibilidad a los que no requieren internación; por lo tanto, para confiabilidad estadística de los datos se encuestó las 152 camas de la Institución en tres ocasiones dejando pasar 10 días entre las encuestas, este tiempo se dejó, porque 9 es el promedio de días de estancia, lo que se intentó con esto fue eliminar la posibilidad de sesgo desconocido en la muestra.

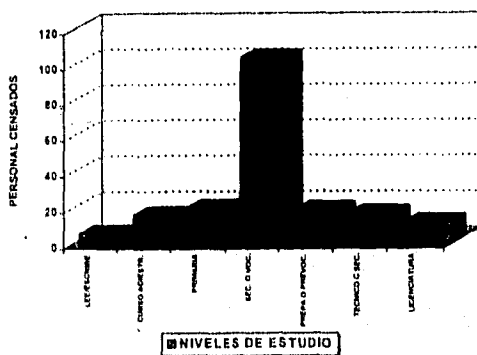
6.5.- PERFIL DEL ENCUESTADO Y CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Para la medición de la satisfacción del prestador de servicio, los criterios de inclusión fueron todas las personas dependientes del Departamento de Enfermería, que tuviesen contacto con los pacientes, y que estuvieran concurriendo los dos días de la encuesta, con esto se excluyó a las personas que se encontraban con licencia, ya fuera maternal, médica o reglamentaria, (VER GRÁFICA 2).

En cuanto al perfil del personal, podemos decir que es un grupo mayoritariamente femenino, con una edad promedio de 27 años, con un nivel de estudios que depende del puesto, las afanadoras tienen un promedio de quinto de primaria, mientras que las auxiliares de enfermería y enfermeras

generales, tienen secundaria incompleta y completa respectivamente y el resto estudios técnicos o universitarios, (VER GRÁFICA 3).

**GRAFICA 3.- PERFIL EDUCACIONAL DEL PERSONAL
NIVEL MAXIMO DE ESTUDIOS**

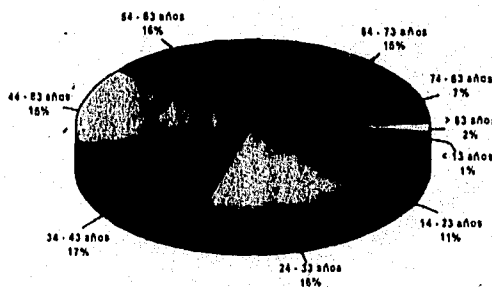


FUENTE: ARCHIVO DEL DEPTO. DE ENFERMERIA

En cuanto a los pacientes o clientes de la institución, con el fin de poder asegurarnos que se habla encuestado a una muestra representativa del universo, se tomaron tres encuestas.¹⁶

En cuanto al perfil por edades de los pacientes de esta institución encontramos que el 17% tiene de 34 a 43 años, mientras que los grupos de pacientes de 24 a 33 y de 54 a 63 años están conformados cada uno por un 16%, y con 15% cada uno tenemos los grupos de 64 a 73 y de 44 a 53 años, siendo los otros grupos de edades porcentajes muy pequeños (VER GRÁFICA 4).

GRAFICA 4.- PERFIL POR EDADES DE LOS PACIENTES

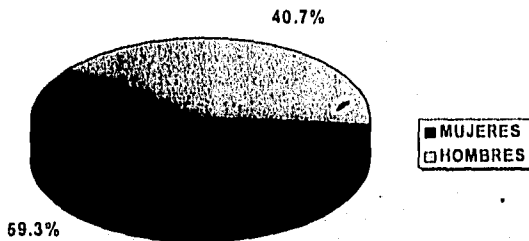


FUENTE: CENSOS DEL DEPTO. DE TRABAJO SOCIAL

¹⁶ Como se explicó en el punto 6.4.- Universo de Estudio se realizaron tres encuestas para evitar el sesgo de la información.

En cuanto al sexo de los pacientes que se atienden en la Institución el 40.7% son hombres y el 59.3% mujeres, (VER GRÁFICA 5).

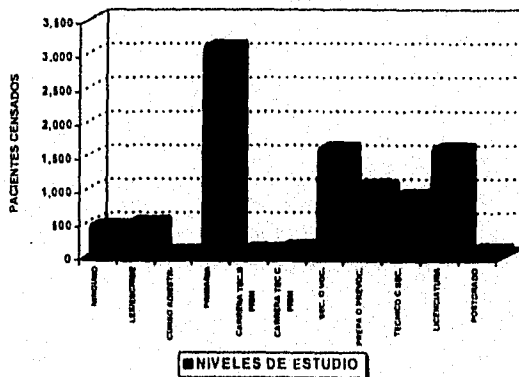
GRAFICA 5.- PERFIL POR SEXO DE LOS PACIENTES



FUENTE: CENSOS DEL DEPTO. DE TRABAJO SOCIAL

En cuanto al nivel de estudios la mayoría tiene primaria completa, seguidos por los que tienen secundaria o son profesionales con preparatoria, el resto de los porcentajes a pesar de ser bajos muestran que en promedio el nivel de estudios de los pacientes es alto. (VER GRÁFICA 6).

**GRAFICA 6.- PERFIL EDUCACIONAL DE LOS PACIENTES
NIVEL MAXIMO DE ESTUDIOS**



FUENTE: CENSOS DEL DEPTO. DE TRABAJO SOCIAL

6.6.- FUENTES DE INFORMACIÓN

Las fuentes de información fueron:

Documentos que se manejan acerca de los recursos estructurales en el Departamento de Enfermería y los Servicios, y datos estadísticos del Departamento de Planeación, Servicio Social y Recursos Humanos.

Cuestionario al personal acerca de la estructura y la satisfacción de los mismos.

Cuestionarios a pacientes internados, (o familiares, en el caso de pacientes imposibilitados de responder), sobre satisfacción de la atención.

6.7.- INDICADORES

Dado que para esta investigación se basa en el Modelo de Evaluación de Resultados de Avadis Donabedian, y en el de Estructura de Henry Mintzberg es que se utilizaron los siguientes indicadores:

ESTRUCTURA

RESULTADOS

6.7.1.- DEFINICIÓN OPERACIONAL DE INDICADORES Y VARIABLES

6.7.1.1.- ESTRUCTURA

Para ésta investigación se toma Estructura como las características relativamente estables de los prestadores de servicio, de los Instrumentos y recursos que tiene a su alcance al igual que de los lugares físicos y organizacionales donde trabajan, incluye recursos humanos, físicos y financieros que se necesitan para proporcionar la atención.

El indicador Estructura, se estimó por medio de variables y estas son:

comunicación vertical

comunicación horizontal

supervisión que se le realiza

normalización de acciones

existencia de manuales
capacitación que se les brinda
tramo de control
planificación de actividades
control ejercido por otros departamentos

6.7.1.2.- RESULTADOS DE LA ATENCIÓN

Según Avadis Donabedian, *Resultados de la Atención* es el cambio en el estado actual y/o futuro de la salud del paciente que pueda ser atribuido al antecedente de la atención, en esta investigación específica, a la atención de enfermería.

El indicador *satisfacción de los empleados* se estimó por medio de variables y estas son:

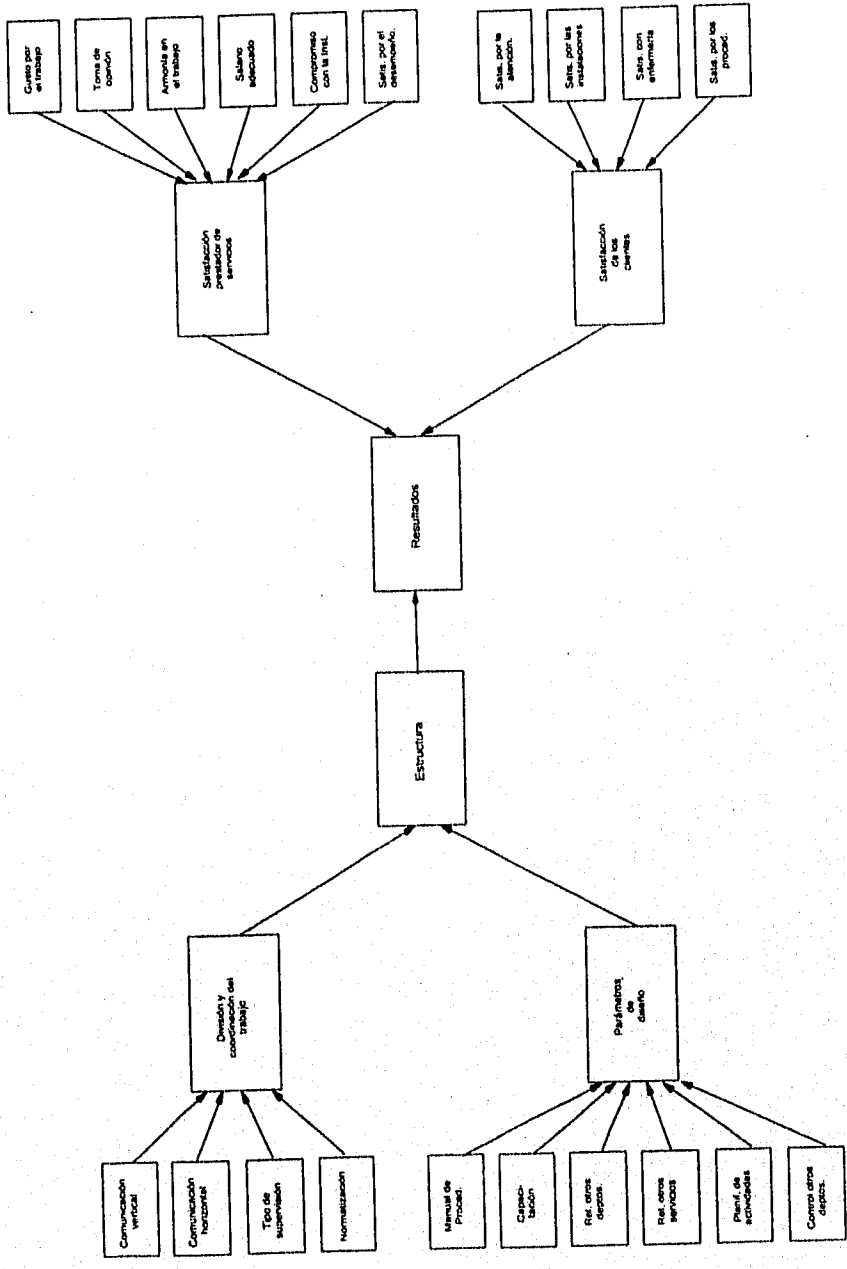
compromiso con la institución
armonía en el trabajo
relación con otros servicios
relación con otros departamentos
gusto por el trabajo
salario acorde
satisfacción por el desempeño
toma de opinión

Para la *satisfacción del paciente* se tomó:

comodidad en las instalaciones
satisfacción por la atención de enfermería
satisfacción por la manera como se le realizaron los procedimientos
satisfacción por la atención del personal de piso

**6.7.1.3.- RELACIÓN INDICADORES, VARIABLES, ÍTEMS Y ESCALAS
MODELOS TEÓRICOS**

INDICADOR	SUB. INDICADOR	ÍTEMS	VARIABLES	ESCALAS
ESTRUCTURA	PARTES Y PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN	ÁPICE ESTRATÉGICO	PUESTO	CATEGÓRICA
		NÚCLEO OPERATIVO		
		LÍNEA MEDIA		
	DIVISIÓN Y COORDINACIÓN DEL TRABAJO	TECNOESTRUCTURA	TURNO	CATEGÓRICA
		DIVISIÓN DEL TRABAJO	LUGAR DE TRABAJO	CATEGÓRICA
		ADAPTACIÓN MUTUA	COMUNICACIÓN VERTICAL.	ORDINAL
			COMUNICA. HORIZONTAL	ORDINAL
	PARÁMETROS DE DISEÑO	SUPERV. DIRECTA	TIPO DE SUPERVISIÓN	ORDINAL
		NORMATIZACIÓN	NORMATIZACIÓN	ORDINAL
		FORMALIZACIÓN	MANUAL DE PROCEDIMEN.	ORDINAL
		FORMACIÓN	CAPACITACIÓN	ORDINAL
		ADOCTRINAMIENTO	REL. CON OTROS DPTOS.	ORDINAL
		AGRUPACIÓN	REL. CON OTROS SERV.	ORDINAL
CONTROL		TRAMO DE CONTROL	ORDINAL	
PLANEACIÓN	EXISTENCIA DE PLANES	ORDINAL		
RESULTADOS	SATISFACCIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS	PLACER POR EL TRAB.	GUSTO POR EL TRABAJO	ORDINAL
		PODER DE DECISIÓN	TOMA DE OPINIÓN	ORDINAL
		ARMONÍA DEL SERV.	ARMONÍA EN EL TRABAJO	ORDINAL
		SALARIO	SALARIO ADECUADO	ORDINAL
		COMPROMISO	COMPROMISO CON LA INST.	ORDINAL
	SATISFACCIÓN DE LOS CLIENTES	SATISFACCIÓN	SATISFAC. POR EL DESEM.	ORDINAL
		POR LA ATENCIÓN	ATENCIÓN	ORDINAL
		POR INSTALACIONES	COMODIDAD	ORDINAL
		CON ENFERMERÍA	SATISFACCIÓN	ORDINAL
		CON LOS PROCED.	SATISFAC. POR LOS PROC.	ORDINAL



6.8.- INSTRUMENTOS

6.8.1.- DISEÑO

Se crearon dos instrumentos, uno para medir la Estructura del Departamento de Enfermería y la satisfacción del prestador de servicios, y otro para medir la satisfacción del paciente.

Se diseñaron con validez de contenido (grado en que un instrumento refleja un dominio específico del contenido de lo que se mide), ya que se incluyeron todos los ítems del dominio del contenido de las variables a medir, basándose en los indicadores de Henry Mintzberg, para estructura y en los indicadores del Dr. Avadis Donabedian, para el de resultados.

Los instrumentos fueron desarrollados para el contexto en que se utilizó y se probó su validez y confiabilidad.

Los cuestionarios se realizaron en forma adecuada al nivel educacional de las afanadoras y el que se les aplicó a pacientes o familiares no contuvo palabras técnicas, con el fin de no caer en tecnicismos que afectara la validez y confiabilidad de los resultados.

Los cuestionarios se realizaron lo más cortos posibles con el fin de no cansar a las personas que debían contestarlos.

Primeramente se listaron las variables que se pretendían medir y se revisó la definición conceptual de las mismas; posteriormente, contando con las dimensiones de cada una, se realizaron los ítems precisos que se aplicaron en la prueba piloto.

Las preguntas fueron realizadas de acuerdo a las variables que fueron determinadas de la siguiente manera:

Después de haber realizado la Revisión Bibliográfica, se reunió a un panel de expertos para que determinaran que variables se deben de tomar en cuenta sobre estructura y resultados, este panel estuvo compuesto de:

- 4 Enfermeras Supervisoras,*
- 2 Enfermeras Generales,*
- 1 Médico con experiencia en Investigaciones de Calidad en Salud y*
- 1 Jefe de División de Enfermería.*

6.8.2.- TIPOS DE INSTRUMENTOS

Los cuestionarios se realizaron en su mayoría de acuerdo a la escala Likert, el del personal contó de 12 preguntas cerrada en escala ordinal y tres preguntas abiertas en escala nominal o

categórica; el cuestionario a pacientes contó de 4 preguntas cerradas en escala Likert y una abierta para comentarios.

Estos instrumentos tenían una introducción con el fin de fomentar el interés y lograr la cooperación.

El cuestionario para aplicar a las Enfermeras Generales, Pasantes, Auxiliares, y Afanadoras de los diferentes servicios, se realizó con el fin de medir estructura y satisfacción de los prestadores de servicio.

El otro cuestionario para ser aplicado a pacientes⁴⁷, tuvo como finalidad medir la satisfacción de los clientes.

6.8.3.- CONFIABILIDAD

La confiabilidad de los instrumentos que se aplicaron, se probó por medio del Coeficiente de Alfa de Cronbach, ya que sólo requiere una aplicación del instrumento y produce valores que oscilan entre 0 y 1. Tiene la ventaja que no se deben de dividir los ítems en dos como en el Método de Mitades Partidas, en éste sólo se aplica el instrumento y se calcula el coeficiente. Esta validación de la confiabilidad, se realizó en la prueba piloto, y posteriormente en la aplicación definitiva con el fin de poder ajustar el cuestionario y darle más confiabilidad para futuras aplicaciones.

Cuando se realizó la prueba de Alfa en la aplicación piloto del cuestionario para el personal de enfermería, sin modificar, el resultado fue de .5019, al sacar las preguntas que demostraban medir lo mismo el resultado se elevó a .7634.

Nuevamente se sacó este factor con los resultados del censo y se encontró un Alfa de .8954.

El coeficiente de confiabilidad del cuestionario a pacientes, dio en prueba piloto un valor de .8876, y en el total de cuestionarios .8978.

6.8.4.- VALIDEZ

La validez de los instrumentos se llevó a cabo en tres fases, la primera se vio como ha sido utilizada la variable por otros investigadores, en este caso como ya se ha mencionado me guié en la utilización que les ha dado el Dr. Avadis Donabedian y Henry Mintzberg, también en esta fase se consultó con expertos, para saber si se cubrían todas los ítems de las variables.

En la segunda fase se aplicó una prueba piloto, y a esta se le probó la validez de criterio con la aplicación de un Coeficiente de Correlación, entre lo que se encontró y lo que se esperaba encontrar, en los dos cuestionarios este fue mayor de .89, por lo que se le otorgó validez a los instrumentos.

En una tercera fase con el total de cuestionarios aplicados se realizó la misma prueba siendo también significativo el resultado, de igual manera con la corrida de Lisrel, para Análisis de

⁴⁷ O familiares en el caso de estar los pacientes imposibilitados para contestar.

Estructuras Latentes se pudo comprobar que el instrumento a pacientes y el modificado que se aplicó al personal tenían validez, la cual fue aumentada notablemente cuando se eliminó a éste último una pregunta más.

6.8.5.- PRUEBA PILOTO

En esta prueba se analizó si las instrucciones se comprendían y si los ítems funcionaban adecuadamente.

Con esto, se encontró que poner un vector para que el encuestado no sintiera tan rígida la respuesta, no fue adecuado, por lo que se optó por poner palabras para que fueran tachadas.

Con los resultados se calculó la confiabilidad y la validez del instrumento.

La prueba piloto se le aplicó al 12% de la población a encuestar, como lo recomienda Hernández Sampieri.¹⁶

En base a la prueba piloto los instrumentos de medición preliminar, se modificaron en la forma de respuesta como dije anteriormente, y se eliminaron 2 preguntas del cuestionario al personal, ya que al correr el Lisrel se comprobó que medían lo mismo.

Los instrumentos que se aplicaron definitivamente son los siguientes.

6.8.6.- INSTRUMENTO PARA EL PERSONAL

ESTE CUESTIONARIO TIENE LA INTENCIÓN DE CONOCER LA ESTRUCTURA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA, Y LA SATISFACCIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS, ES PARA ENCUESTAR A TODO EL PERSONAL. YA QUE ES ANÓNIMO, NO SE PODRÁ PERJUDICAR A NADIE CON SUS RESPUESTAS, PERO SI BENEFICIAR SI LOS DATOS QUE SE OBTIENEN SON REALES, GRACIAS POR SU COLABORACIÓN. MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1.- COMO CONSIDERA USTED LA COMUNICACIÓN VERTICAL (DE JEFES A SUBORDINADOS Y VICEVERSA)?

MUY EXCELENTE, EXCELENTE, NORMAL, MALA, MUY MALA.

2.- COMO CONSIDERA USTED LA COMUNICACIÓN HORIZONTAL (ENTRE EL PERSONAL DEL MISMO NIVEL)?

MUY EXCELENTE, EXCELENTE, NORMAL, MALA, MUY MALA.

3.- COMO CONSIDERA USTED LA SUPERVISIÓN QUE LE REALIZAN?

MUY EXCESIVA, EXCESIVA, NORMAL, ESCASA, MUY ESCASA.

4.- CUANTO ESTA SU ACTIVIDAD NORMATIZADA ?

MUCHÍSIMO, MUCHO, NORMAL, ESCASAMENTE, MUY ESCASAMENTE.

5.- EN SU SERVICIO CUENTA CON MANUALES QUE FORMALICEN LAS ACCIONES A REALIZAR?

MUCHÍSIMOS, MUCHOS, NORMAL, POCOS, MUY POCOS

6.- COMO CONSIDERA LA CAPACITACIÓN QUE SE LE DA POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN?

¹⁶ Hernández, R., et al., Metodología de la investigación, pág. 262.

MUCHÍSIMA, MUCHA, NORMAL, Poca, POQUÍSIMA.

7.- CONSIDERA QUE LA INSTITUCIÓN COLABORA PARA QUE EL PERSONAL TRABAJE ARMÓNICAMENTE?

MUCHÍSIMO, MUCHO, NORMAL, POCO, MUY POCO.

8.- LE PLANIFICAN SUS ACTIVIDADES?

TODAS, CASI TODAS, ALGUNA, ALGUNAS, NINGUNA.

9.- COMO VE LA RELACIÓN CON OTROS SERVICIOS?

MUY BUENA, BUENA, NORMAL, MALA, MUY MALA.

10.- COMO VE EL CONTROL QUE REALIZAN OTROS DEPARTAMENTOS SOBRE EL DE ENFERMERÍA?

MUY EXCESIVO, EXCESIVO, NORMAL, ESCASO, NULO.

11.- EL SALARIO QUE RECIBE ESTA DE ACUERDO A SUS FUNCIONES?

MUY ADECUADO, ADECUADO, NORMAL, INADECUADO, MUY INADECUADO.

12.- GENERALMENTE SE RETIRA DE SU JORNADA SATISFECHO DE SU DESEMPEÑO?

MUY SATISFECHO, SATISFECHO, NORMAL, INSATISFECHO, MUY INSATISFECHO.

13.- PARA QUE SERVICIO TRABAJA LA MAYOR PARTE DE SUS JORNADAS?

.....

14.- SUS OPINIONES SON TOMADAS EN CUENTA POR EL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA?

SIEMPRE, CASI SIEMPRE, NORMAL, CASI NUNCA, NUNCA.

15.- CUAL ES SU PUESTO EN LA INSTITUCIÓN?

.....

16.- EN QUE TURNO TRABAJA, LA MAYOR PARTE DE SUS JORNADAS?

.....

6.8.7.- INSTRUMENTO PARA PACIENTES O FAMILIARES

SEÑOR CLIENTE DE ESTA INSTITUCIÓN (O FAMILIAR), LE AGRADECEREMOS CONTESTE ESTE PEQUEÑO CUESTIONARIO CON EL FIN DE PODER EVALUARNOS Y ATENDERLO CADA VEZ MEJOR.

1.- COMO SE SIENTE EN NUESTRAS INSTALACIONES?

*MUY CÓMODO
CÓMODO
NORMAL
INCÓMODO
MUY INCÓMODO*

2.- EL PERSONAL DE PISO LO ATENDIÓ?

*MUY BIEN
BIEN
NORMAL*

MAL
MUY MAL

3.- *COMO SE SIENTE DESPUÉS QUE ENFERMERÍA LE REALIZA LOS PROCEDIMIENTOS?*

MUY SATISFECHO
SATISFECHO
NORMAL
ESCASAMENTE SATISFECHO
INSATISFECHO

4.- *EL PERSONAL DE ENFERMERÍA LO ATENDIÓ?*

MUY BIEN
BIEN
NORMAL
MAL
MUY MAL

5.- *QUIERE AGREGAR ALGUNA RECOMENDACIÓN, QUEJA, O IMPRESIÓN DE LA INSTITUCIÓN?*

6.9.- PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

6.9.1.- PASOS PARA LA REALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.- *Después de haber realizado la Revisión Bibliográfica, se reunió a un panel de expertos para que determinaran que variables se deben de tomar en cuenta sobre estructura y resultados, este panel estuvo compuesto de:*

- 4 Enfermeras Supervisoras,*
- 2 Enfermeras Generales,*
- 1 Médico con experiencia en Investigaciones de Calidad en Salud y*
- 1 Jefe de División de Enfermería.*

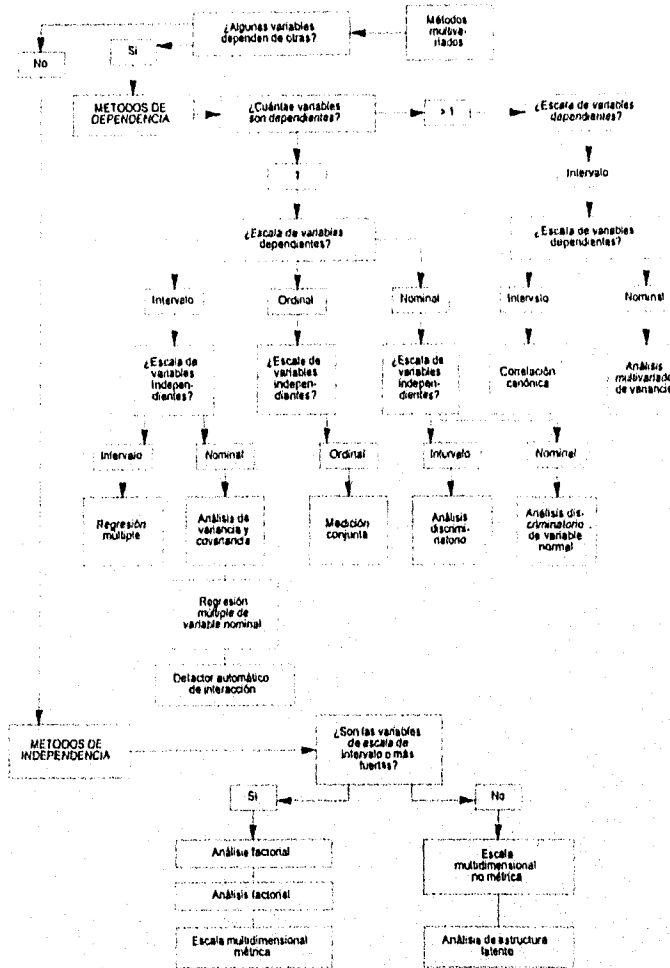
2.- *Posteriormente se recabaron datos sobre perfil de los pacientes y personal de la Institución en estudio, por medio de entrevista con la Jefe del Departamento de Enfermería, Jefe de la División de Recursos Humanos, Jefe del Departamento de Planeación y Jefe del Departamento de Trabajo Social.*

3.- *En tercer lugar, por medio de cuestionarios al personal, se obtuvo información sobre la estructura de los servicios y la satisfacción de estos, este instrumento se aplicó a todo el personal como se explicó en el punto de Universo de Estudio (ver 6.4.-)*

4.- *Concomitantemente, se aplicó un cuestionario a los pacientes de las 152 camas de la institución para identificar la satisfacción de estos, este se aplicó a tres diferentes grupos de pacientes como ya se explicó en el punto 6.4.-.*

5.- Con todos los resultados anteriores se realizó una base de datos en el Programa Estadístico SPSS y se comenzó a realizar el análisis exploratorio de los datos por medio de Crosstab.

6.- Finalmente se analizó con el Programa Lisrel, los datos y se sacó el Análisis de Estructuras Latentes, único estudio adecuado para el tipo de datos con que se cuenta, como se ve en el Cuadro de Técnicas Multivariadas siguiente:



Fuente: Adaptado de Thomas C. Kinnear y James R. Taylor, *Marketing Research: An Applied Approach* (New York: McGraw-Hill Book Company, 1979), p.539 y Jagdish N. Sheth, "The Multivariate Revolution in Marketing Research", *Journal of Marketing*, Vol. 35 (enero de 1971), pp. 13-19, publicado por la American Marketing Association.

7.- Contando con el análisis de datos se realizaron los comentarios y sugerencias finales de ésta tesis.

6.10.- PROCESAMIENTO DE DATOS

6.10.1.- HERRAMIENTAS ESTADÍSTICAS

Como herramientas estadísticas se utilizó el Programa SPSS 4.0, para el análisis de confiabilidad y el análisis de Tablas Cruzadas (Crosstab), posteriormente se utilizó el Programa Lisrel para el Análisis de Estructuras Latentes.

6.10.2.- SOFTWARE

Como software se utilizaron: Microsoft Word 6., como procesador de palabras, Excel 5. como planilla electrónica, para la carga de datos, SPSS 4.0 y Lisrel 8.12a, para análisis estadístico, Harbard Graphics 3.0, Freelance Graphics 2.1, Power Point 4.0 y Chasrtist 1.05a para las representaciones.

6.9.3.- HARDWARE

Los equipos en que se realizó esta investigación fueron una computadora personal 486, para la carga de datos y corridas del SPSS y una Computadora Pentium para las corridas del Lisrel.

7.- ANÁLISIS DE RESULTADOS

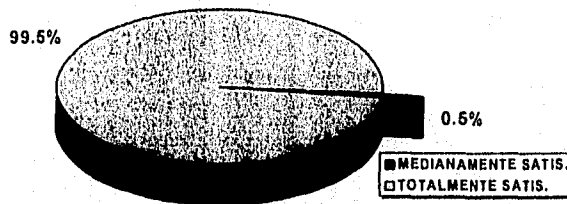
7.1.- SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES

Una vez que se contó con los cuestionarios de los pacientes contestados, se introdujo las respuestas al paquete Excel y se corrió el SPSS, (Statistical Package for the Social Sciences), Nie et al (1975).

Se encontró que la relación de variables de estructura con las de satisfacción de los pacientes, no era congruente con lo que se esperaba de acuerdo a la hipótesis planteada, ya que no se encontró ninguna relación de dependencia.

Las respuestas de los pacientes en un 99.5% de los casos mostraron un sentimiento de total satisfacción por el servicio prestado por el personal del Departamento de Enfermería, por los procedimientos y por las instalaciones, por lo cual no se pudo demostrar la hipótesis de que había relación entre las deficiencias en la estructura del Departamento y la satisfacción de los pacientes. (VER GRÁFICA 7)

GRÁFICA 7.- SATISFACCION DE LOS PACIENTES



FUENTE: CUESTIONARIOS APLICADOS A PACIENTES

Cabe recordar que en la revisión bibliográfica se pudo comprobar que otros investigadores tuvieron problemas similares cuando investigaban satisfacción del paciente de acuerdo a la atención médica; el Dr. Avadís Donabedian relata como se puede ver en el punto 5.1.3.- que encontraba dos grupos de pacientes los que estaban interesados en la capacidad del personal y los que preferían la buena atención interpersonal.

En el caso particular de esta investigación sólo se encontró un grupo altamente mayoritario (99.5%) de totalmente satisfechos y un .5% medianamente satisfechos (VER GRÁFICA 7).

Sería sin lugar a duda muy interesante continuar Investigando en esta línea para poder saber por que se produce la uniformidad en las respuestas de los pacientes.

Personalmente considero tres causas factibles de Investigar:

- 1.- El paciente tiene temor de informar que encontró deficiencias en la atención, por posibles represalias en su atención futura.*
- 2.- El paciente no capta en su totalidad los problemas de estructura que se presentan en los diferentes servicios.*
- 3.- El paciente generalmente se siente desprotegido y presenta un sentimiento de miedo frente a su deteriorado estado de salud, por lo que considera como un favor que se le preste la atención, aunque la este pagando, lo cual provoca su satisfacción y agradecimiento al personal.*

7.2.- SATISFACCIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS

7.2.1.- ANÁLISIS POR CROSTAB

En cuanto a los resultados de los cuestionarios del personal, las manifestaciones fueron distintas, lo que permitió realizar un análisis más profundo.

En primera Instancia se pidió un Crosstab con V de Cramer para poder identificar donde se presentan los problemas de estructura y donde los de satisfacción, se utilizó la V de Cramer como ajuste a phi (en tablas de más de 2x2) porque sus valores van de 0 a 1, lo cual facilita identificar la Independencia o no de las variables.

Cuando la V de Cramer es "0" es nula la correlación y cuando es "1" la correlación es perfecta.

Los números de afuera en las tablas a la derecha y abajo son las frecuencias marginales (condicionales) y los valores internos son las conjuntas que si son mayores a los condicionales significa que existe correlación la cual es mayor cuanto mayor sea en relación a la conjunta.

Se sacó el análisis a los datos plidiendo la relación de las 8 variables ordinales de estructura:

- V1 comunicación vertical*
- V2 comunicación horizontal*
- V3 supervisión que le realizan*
- V4 normatización de acciones*
- V6 existencia de manuales*
- V7 capacitación que se les brinda*
- V11 planificación de actividades*
- V14 control ejercido por otros departamentos*

y de las 6 variables ordinales de satisfacción:

- V8 compromiso con la institución*
- V9 armonía en el trabajo*
- V12 relaciones con otros servicios*
- V15 gusto por el trabajo*
- V16 salario acorde*
- V17 satisfacción por el desempeño*
- V18 toma de opinión*

contra las tres variables categóricas:

- V19 cargo*
- V20 turno*
- V21 lugar de trabajo*

Encontrándose las siguientes relaciones:

En cuanto a la comunicación vertical vemos que hay una falla generalizada de estructura independientemente del lugar donde se trabaje y del cargo que se tiene.

Si hay dependencia en cuanto al turno en que se trabaja, porque con un grado de certeza del 96% vemos que en el turno de la mañana hay una opinión mayoritaria de que la comunicación es muy mala, los de la tarde se inclinan a que es mala y los de la noche opinan que es normal.

Lo anterior muestra congruencia, porque en la mañana es cuando se encuentran la Jefe de División y de Departamento, además de las supervisoras lo cual hace más burocrática la comunicación llevándonos a los resultados encontrados.

Crosstabulation: V1 comunicación vertical By V20 turno

V20->	Count	mañana 1	tarde 2	noche 3	Row Total
V1					
1	13 21.3	1 2.1	16 20.3	30 16.0	
2	25 41.0	25 53.2	32 40.5	82 43.9	
3	20 32.8	17 36.2	30 38.0	67 35.8	
4	3 4.9	4 8.5	1 1.3	8 4.3	
Column Total	61 32.6	47 25.1	79 42.2	187 100.0	

Statistic	Value	Approximate Significance
-----	-----	-----
Cramer's V	.58511	.04607

Number of Missing Observations = 0

En cuanto a la comunicación horizontal encontramos otro tipo de situación, sobre ésta responden que es mala independientemente del turno y del lugar de trabajo no así del cargo, viendo que la opinión tiende más a muy mala a medida que se tiene menos cargo, lo cual más que de problemas de estructura nos habla de problemas de nivel cultural.

Crosstabulation: V2 comunicación horizontal By V19 cargo

V19->	Count	enfermera general 1	pasante 2	auxiliar de enfermera 3	afanador de enfermera 4	enf. jefe o supervisor 5	Row Total
V2							
muy mala	1 4.7	4		2 4.7	2 6.3		8 4.3
mala	2 20.0	17		15 34.9	8 25.0	4 20.0	44 23.5
normal	3 68.2	58 100.0	7 100.0	22 51.2	19 59.4	12 60.0	118 63.1
excelente	4 5.9	5		4 9.3	3 9.4	1 6.4	13 7.0
muy excelente	5 1.2	1				3 15.0	4 2.1
Column Total	85 45.5	7 3.7	43 23.0	32 17.1	20 10.7	187 100.0	

Statistic	Value	Approximate Significance
-----	-----	-----
Cramer's V	.49333	.03199

Number of Missing Observations = 0

El tipo de supervisión que se le realiza al personal sólo se diferencia por turno con casi un 97% de certeza podemos ver que sólo la consideran normal en el turno de la tarde mientras que en los otros dos turnos la ven deficiente ya sea por ser escasa o excesiva, acá vemos que hay un problema

de estructura el cual probablemente (basándome en los comentarios recibidos) se debe a una mala elección de las supervisoras de los diferentes turnos.

Crosstabulation: V3 supervisión By V20 turno

V20→	Count Row Pct	mañana 1	tarde 2	noche 3	Row Total
V3					
1	5	2	14	21	
muy excesivo o muy	8.2	4.3	17.7	11.2	
2	29	15	31	75	
excesivo o escas	47.5	31.9	39.2	40.1	
3	27	30	34	91	
normal	44.3	63.8	43.0	48.7	
Column Total	61	47	79	187	
	32.6	25.1	42.2	100.0	

Statistic	Value	Approximate Significance
Cramer's V	.56450	.03845

Number of Missing Observations = 0

La variable de normalización de las tareas mostró que era independiente del turno y del cargo no así del lugar de trabajo, viéndose que ésta es normal en los lugares de trabajo especializados y se va a los extremos en los otros, esto muestra un problema estructural ya que se debería de normalizar al personal en su conjunto y en cada lugar de trabajo independientemente del grado de especialización de la tarea que se realice.

Crosstabulation: V4 normalización By V21 lugar de trabajo

V21→	Count Row Pct	privados y una 1	segundo piso 2	emergenc ia y ter 3	cirugia caye est 4	consulta externa 5	departa mento 6	Row Total
V4								
1	7	2	2	2	11			
muy excesivo o muy	10.6	5.6	7.1	5.9				
2	5	21	8	2	3	8	47	
excesiva o escas	17.9	31.8	22.2	7.1	33.3	40.0	25.1	
3	18	38	26	24	6	12	124	
normal	64.3	57.6	72.2	85.7	66.7	60.0	66.3	
4	5						5	
	17.9						2.7	
Column Total	28	66	36	28	9	29	187	
	15.0	35.3	19.3	15.0	4.8	10.7	100.0	

Statistic	Value	Approximate Significance
Cramer's V	.78164	.00009

Number of Missing Observations = 0

La existencia de manuales o no, nos muestra un preocupante problema de estructura ya que se percibe que no hay manuales, sobretudo en segundo piso y consulta externa.

Crosstabulation: V6 manuales By V21 lugar de trabajo

V21→	Count Row Pct	privados y una 1	segundo piso 2	emergenc ia y ter 3	cirugia cye est 4	consulta externa 5	departa mento 6	Row Total
V6								
ninguno	1	12 42.9	52 78.8	20 55.6	13 46.4	7 77.8	9 45.0	113 60.4
pocos	2	13 46.4	10 15.2	7 19.4	6 21.4	1 11.1	4 20.0	41 21.9
algunos	3	3 10.7	4 6.1	9 25.0	7 25.0	1 11.1	7 35.0	31 16.6
muchos	4				2 7.1			2 1.1
Column Total		28 15.0	66 35.3	36 19.3	28 15.0	9 4.8	20 10.7	187 100.0

Statistic	Value	Approximate Significance
Cramer's V	.66836	.00039

Number of Missing Observations = 0

En cuanto a capacitación se pueda ver que en general es pobre, sobretudo en segundo y tercer piso, siendo el problema más grave en consulta externa.

Crosstabulation: V7 capacitación By V21 lugar de trabajo

V21→	Count Row Pct	privados y una 1	segundo piso 2	emergenc ia y ter 3	cirugia cye est 4	consulta externa 5	departa mento 6	Row Total
V7								
poquisima	1	9 32.1	20 30.3	13 36.1	10 35.7	4 44.4	4 20.0	60 32.1
poca	2	15 52.6	39 59.2	21 58.3	13 46.4	4 44.4	11 55.0	103 55.1
mucha	3	4 14.3	7 10.6	2 5.6	5 17.9		5 25.0	23 12.3
muchisima	4					1 11.1		1 .5
Column Total		28 15.0	66 35.3	36 19.3	28 15.0	9 4.8	20 10.7	187 100.0

Statistic	Value	Approximate Significance
Cramer's V	.52470	.01962

Number of Missing Observations = 0

De manera diferente se comportó la variable de planificación y encontramos que la estructura es deficiente en este punto en relación con el cargo y con el lugar de trabajo siendo esto problema grave en segundo piso y emergencia.

Crosstabulation: V11 planificación By V19 cargo

V19→	Count Row Pct	enfermera general 1	pasante 2	auxiliar de enfermería 3	afanadora 4	enf. jefe o supervisor 5	Row Total
V11							
ninguna	1	30 35.3	2 20.6	6 14.0	8 25.0	1 5.0	47 25.1
algunas	2	36 42.4	3 42.9	15 34.9	7 21.9	15 75.0	76 40.6
casi todas	3	16 18.8	2 28.6	11 25.6	11 34.4	4 26.0	44 23.5
todas	4	3 3.5		11 25.6	6 18.8		20 10.7
Column Total		85 45.5	7 3.7	43 23.0	32 17.1	20 10.7	187 100.0

Statistic	Value	Approximate Significance
Cramer's V	.46152	.00013

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: V11 planificación By V21 lugar de trabajo

V21→	Count Row Pct	privados y una 1	segundo piso 2	emergencia y tercer 3	cirugía y estet. 4	consulta externa 5	departa mento 6	Row Total
V11								
ninguna	1	9 32.1	17 25.8	12 33.3	7 25.0	1 11.1	1 5.0	47 25.1
algunas	2	11 39.3	23 34.8	14 38.9	9 32.1	4 44.4	15 75.0	76 40.6
casi todas	3	7 25.0	17 25.0	9 25.0	7 25.5		4 20.0	44 23.5
todas	4	1 3.6	9 13.6	1 2.8	5 17.9	4 44.4		20 10.7
Column Total		28 15.0	66 35.3	36 19.3	20 15.0	9 4.8	20 10.7	187 100.0

Statistic	Value	Approximate Significance
Cramer's V	.43831	.00672

Number of Missing Observations = 0

Podemos resumir los datos de la siguiente manera:

- 1 problemas de comunicación vertical grave en la mañana**
- 2 problemas de comunicación horizontal en afanadoras y auxiliares**

- 3 *problemas de supervisión en noche y mañana*
- 4 *problemas de normalización en segundo piso, cirugía, consulta externa y departamento.*
- 5 *problema de manuales en segundo piso, consulta externa y privados.*
- 6 *problemas de capacitación en consulta externa segundo piso y emergencias.*
- 7 *problemas de planificación entre enfermeras generales y jefes o supervisoras.*

Por lo que podemos decir que la estructura tiene sus mayores deficiencias según agudeza del problema en:

- muy grave 1 segundo piso*
grave 2 cirugía, consulta externa, emergencia y en el turno de la mañana.
moderado 3 departamento, privados, en el turno de la noche, en enfermeras generales, afanadoras, supervisoras y auxiliares.

Veamos ahora los resultados de tablas cruzadas para la variable satisfacción, encontramos:

En cuanto a compromiso con la Institución vemos inconveniente con las pasantes y con las enfermeras generales, de igual manera los problemas se detectan en privados y emergencia, no habiendo relación significativa con el turno en que laboran.

Crosstabulation: V8 compromiso con la institución By V19 cargo

V19->	Count	enfermer	pasante	auxiliar	afanador	enf. jef	Row
	Row Pct	a genera		de enfe	a	e o sup	Total
		1	2	3	4	5	
V8							
muy poco	1	9 10.6		2 4.7	2 6.3		13 7.0
poco	2	17 20.0	1 14.3	3 7.0	1 3.1		22 11.8
normal	3	39 45.9	4 57.1	21 48.8	15 46.9	8 40.0	87 46.5
mucho	4	15 17.6	2 28.6	7 16.3	7 21.9	9 45.0	40 21.4
muchísimo	5	5 5.9		10 23.3	7 21.9	3 15.0	25 13.4
Column Total		85 45.5	7 3.7	43 23.0	32 17.1	20 10.7	167 100.0

Statistic	Value	Approximate Significance
Cramer's V	.40125	.01653

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: V8 compromiso con la institución By V21 lugar de trabajo

V21→	Count Row Pct	privados y una 1	segundo piso 2	emergenc ia y ter 3	cirugia ceye est 4	consulta externa 5	departa mento 6	Row Total
V8								
muy poco	1		8 12.1	2 5.6	2 7.1	1 11.1		13 7.0
poco	2	5 17.9	5 7.6	10 27.8	2 7.1			22 11.8
normal	3	8 28.6	35 53.0	18 50.0	15 53.6	3 33.3	8 40.0	87 46.5
mucho	4	12 42.9	10 15.2	5 13.9	3 10.7	1 11.1	9 45.0	40 21.4
muchisimo	5	3 10.7	8 12.1	1 2.8	6 21.4	4 44.4	3 15.0	25 13.4
Column Total		28 15.0	66 35.3	36 19.3	28 15.0	9 4.8	20 10.7	187 100.0

Statistic	Value	Approximate Significance
Cramer's V	.65793	.00024

Number of Missing Observations = 0

En cuanto armonía en el trabajo vemos Inconvenientes entre las enfermeras generales, pasantes, auxiliares y jefes, al mismo tiempo los problemas se detectan en segundo piso, emergencia y consulta externa como graves y más levemente en el Departamento, no habiendo relación significativa con el turno.

Crosstabulation: V9 armonía en el trabajo By V19 cargo

V19→	Count Row Pct	enfermer a genera 1	pasante 2	auxiliar de enfe 3	afanador 4	enf. jef e o sup 5	Row Total
V9							
muy poco	1	35 41.2	1 14.3	17 39.5	12 37.5	2 10.0	67 35.8
poco	2	36 42.4	5 71.4	17 39.5	9 28.1	9 45.0	76 40.6
normal	3	12 14.1	1 14.3	9 20.9	10 31.3	7 35.0	39 20.9
mucho	4	1 1.2				2 10.0	3 1.6
MUCHÍSIMO	5	1 1.2			1 3.1		2 1.1
Column Total		85 45.5	7 3.7	43 23.0	32 17.1	20 10.7	187 100.0

Statistic	Value	Approximate Significance
Cramer's V	.58760	.04961

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: V9 armonía en el trabajo By V21 lugar de trabajo

V21→	Count	privados y una	segundo piso	emergencia y tercer	cirugía deye est	consulta externa	departamento	Row Total
	Row Pct	1	2	3	4	5	6	
v9								
muy poco	1	10 35.7	26 42.4	14 38.9	9 32.1	4 44.4	2 10.0	67 35.8
poco	2	11 39.3	27 40.9	14 38.9	15 53.6		9 45.0	76 40.6
normal	3	6 21.4	10 15.2	8 22.2	3 10.7	5 55.6	7 35.0	39 20.9
mucho	4		1 1.5				2 10.0	3 1.6
MUCHÍSIMO	5	1 3.6			1 3.6			2 1.1
Column Total		28 15.0	66 35.3	36 19.3	28 15.0	9 4.8	20 10.7	187 100.0
Statistic	Value	Approximate Significance						
Cramer's V	.61479	.02289						

Number of Missing Observations = 0

La relación con otros servicios no mostró dependencia con las variables de control.

El indicador de salario muestra una independencia total a las tres variables de control.

En cuanto a gusto por el trabajo las que presentan menor gusto son las enfermeras generales y las auxillaras de enfermería, mientras que las pasantas y las supervisoras son las que registran más gusto por el trabajo; en cuanto al cruzamiento con la variable turno encontramos que éste es mucho en mañana y tarde, refiriendo sólo el turno de la noche.

Crosstabulation: V15 gusto por el trabajo By V19 cargo

V19→	Count	enfermera general	pasante	auxiliar de enfermera	afanador	enf. jefe o sup	Row Total
	Row Pct	1	2	3	4	5	
V15							
poco	2	4 4.7					4 2.1
normal	3	41 48.2	1 14.3	16 37.2	10 31.3	1 5.0	69 36.9
mucho	4	20 23.5	4 57.1	19 44.2	11 34.4	10 50.0	64 34.2
muchisimo	5	20 23.5	2 57.1	8 44.2	11 34.4	9 50.0	50 26.7
Column Total		85 45.5	7 3.7	43 23.0	32 17.1	20 10.7	187 100.0
Statistic	Value	Approximate Significance					
Cramer's V	.41417	.01171					

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: V15 gusto por el trabajo By V20 turno

V20→	Count Row Pct	mañana 1	tarde 2	noche 3	Row Total
poco	2		2 4.3	2 2.5	4 2.1
normal	3	13 21.3	13 27.7	43 54.4	69 36.9
mucho	4	29 47.5	19 40.0	16 20.3	64 34.2
muchísimo	5	19 31.1	13 27.7	18 22.8	50 26.7
Column Total		61 32.6	47 25.1	79 42.2	187 100.0

Statistic	Value	Approximate Significance
Cramer's V	.74877	.00075

Number of Missing Observations = 0

En cuanto a la satisfacción por el desempeño las más insatisfechas son las enfermeras generales seguido de las auxiliares de enfermería, el resto de los puestos muestran una satisfacción de normal en adelante. El cruzamiento con el lugar de trabajo con una significancia del 100% nos muestra la mayor insatisfacción en el segundo piso, valores normales en emergencia y cirugía, y un alto grado de satisfacción en privados y departamento.

Crosstabulation: V17 satisfacción por el desempeño By V19 cargo

V19→	Count Row Pct	enfermera genera 1	pasante 2	auxiliar de enfer 3	afanador 4	enf. jefe o sup 5	Row Total
muy insatisfecho	1	10 11.8					10 5.3
insatisfecho	2	21 24.7	2 28.6	4 9.3	3 9.4	1 5.0	31 16.6
normal	3	19 22.4	1 14.3	13 30.2	6 18.8	2 10.0	41 21.9
satisfecho	4	28 32.9	4 57.1	20 46.5	21 65.6	12 60.0	85 45.5
muy satisfecho	5	7 8.2		6 14.0	2 6.3	5 25.0	20 10.7
Column Total		85 45.5	7 3.7	43 23.0	32 17.1	20 10.7	187 100.0

Statistic	Value	Approximate Significance
Cramer's V	.71937	.00290

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: V17 satisfacción por el desempeño By V21 lugar de trabajo

V17	Count Row Pct	privados y una 1	segundo piso 2	emergenc ia y ter 3	cirugia cye est 4	consulta externa 5	departa mento 6	Row Total
muy insatisfecho	1		10 15.2					10 5.3
insatisfecho	2	2 7.1	24 36.4	2 5.6	2 7.1		1 5.0	31 16.6
normal	3	6 21.4	13 19.7	9 25.0	9 32.1	2 22.2	2 10.0	41 21.9
satisfecho	4	15 53.6	15 22.7	22 61.1	17 60.7	4 44.4	12 60.6	85 45.5
muy satisfecho	5	5 17.9	4 6.1	3 8.3		3 33.3	5 25.0	20 10.7
Column Total		28 15.0	66 35.3	36 19.3	28 15.0	9 4.8	20 10.7	167 100.0

Statistic	Value	Approximate Significance
Cramer's V	.90986	.00000

Number of Missing Observations = 0

La última variable de satisfacción fue la de toma de opinión en la que se ve problemas en auxiliares, pasantes, afanadoras y jefes, en cuanto al lugar de trabajo los problemas graves son con consulta externa y emergencia, siendo mas leves en departamento cirugía y privados.

Crosstabulation: V18 toma de opinión By V19 cargo

V18	Count Row Pct	enfermer a genera 1	pasante 2	auxiliar de enfer 3	afanador 4	enf. jef e o sup 5	Row Total
nunca	1	19 22.4		18 41.9	11 34.4	1 5.0	49 26.2
casi nunca	2	34 40.0	6 85.7	21 48.0	14 43.6	11 55.0	86 46.0
casi siempre	3	18 21.2		2 4.7	4 12.5	7 35.0	31 16.6
siempre	4	12 14.1	1 14.3	2 4.7	3 9.4	1 5.0	19 10.2
	5	2 2.4					2 1.1
Column Total		85 45.5	7 3.7	43 23.0	32 17.1	20 10.7	187 100.0

Statistic	Value	Approximate Significance
Cramer's V	.70066	.01739

Number of Missing Observations = 0

Crosstabulation: V18 toma de opinión By V21 lugar de trabajo

V21→	Count	privados y una	segundo pliso	emergenc ia y ter	cirugia ceye est	consulta externa	departa mento	Row Total
V18	Row Pct	1	2	3	4	5	6	
nunca	1	7 25.0	16 24.2	13 36.1	8 28.6	4 44.4	1 5.0	49 26.2
casi nunca	2	15 53.6	19 28.8	18 50.0	18 64.3	5 55.6	11 55.0	86 46.0
casi siempre	3	5 17.9	17 25.0	2 5.6			7 35.0	31 16.6
siempre	4	1 3.6	12 18.2	3 8.3	2 7.1		1 5.9	19 10.2
	5		2 3.0					2 1.1
Column Total		28 15.0	66 35.3	36 19.3	28 15.0	9 4.8	20 10.7	187 100.0

Statistic	Value	Approximate Significance
Cramer's V	.63265	.00433

Number of Missing Observations = 0

Resumiendo los resultados de satisfacción como se hizo con los de estructura tenemos:

- 1 **no se encuentran comprometidas con la Institución un alto porcentaje de las enfermeras generales y están poco comprometidas la cuarta parte de las pasantes, de igual manera el personal de privados y emergencia se siente poco comprometido o sólo refiere un compromiso normal.**
- 2 **no hay armonía en el trabajo para las enfermeras generales, pasantes, auxiliares y jefes, en segundo piso, emergencia y consulta externa, son leves en el departamento.**
- 3 **tiene poco gusto o normal por el trabajo las enfermeras generales y un alto porcentaje de las auxiliares especialmente en el turno nocturno.**
- 4 **Insatisfacción grave en las enfermeras generales y moderada en las auxiliares de enfermería. La Insatisfacción es alta en segundo piso, y moderada en emergencia y cirugía.**
- 5 **no se toma en cuenta a las auxiliares, pasantes, afanadoras y jefes, tampoco consulta externa y emergencia, es más leve el problema en departamento y cirugía.**

Analizando la satisfacción por gravedad tenemos:

- muy grave 1 enfermeras generales**
- grave 2 pasantes, auxiliares, jefes, emergencia, consulta externa, segundo piso**
- moderada 3 afanadoras, privados, departamento y cirugía, en la noche.**

Para hacer más claro el análisis y comprobar que se corrobora la hipótesis en forma analítica (estadísticamente se corrobora después con el Análisis de Estructuras Latentes), de que el nivel de estructura causa los niveles de satisfacción representaré en la tabla de la página siguiente los resultados encontrados.

Analizando la tabla vemos que en los lugares turnos o grupos de personal en que la estructura tiene problemas muy graves, se relaciona con satisfacción por el desempeño con problemas graves, a su vez cuando en estructura hay problemas graves también son así en satisfacción, de igual manera vemos que en casi todos los casos cuando los problemas de estructura son moderados lo mismo pasa en el grado de satisfacción.

Cabe destacar que el turno de la tarde no presentó problemas de estructura ni de resultados.

Esto prueba que se cumple la hipótesis de relación entre estructura del Departamento de Enfermería y la satisfacción de los prestadores del servicio.

PUESTO, TURNO, LUGAR	ESTRUCTURA			RESULTADOS		
	MG	G	M	MG	G	M
ENFERMERAS GENERALES		XXX		XXX		
PASANTES		XXX			XXX	
AUX. DE ENFERMERÍA			XXX		XXX	
AFANADORAS			XXX			XXX
ENF. JEFE O SUPERVISORA			XXX		XXX	
MANANA		XXX			XXX	
TARDE						
NOCHE			XXX		XXX	
PRIVADOS			XXX			XXX
SEGUNDO PISO	XXX				XXX	
EMERGENCIA		XXX			XXX	
CIRUGÍA		XXX				XXX
CONSULTA EXTERNA		XXX			XXX	
DEPARTAMENTO			XXX			XXX

MG= PROBLEMAS DE ESTRUCTURA O RESULTADOS MUY GRAVES

G = PROBLEMAS DE ESTRUCTURA O RESULTADOS GRAVES

M = PROBLEMAS DE ESTRUCTURA O RESULTADOS MODERADOS

7.2.2.- ANÁLISIS DE ESTRUCTURAS LATENTES

Quando se cuenta con variables que no dependen una de otra o que se desconoce su dependencia, debemos utilizar Métodos de Interdependencia entre los cuales se encuentra, El Análisis Factorial, Análisis de Conglomerados y Escalas Multidimensionales Métricas, estos tres métodos son adecuados para variables en Escala de Intervalo o más fuertes, con lo cual dado el tipo de cuestionario no se cuenta para este trabajo.

Al contar con variables en Escala Ordinal y Categórica se puede hacer Análisis de Escala Multidimensional no Métrica o Análisis de Estructuras Latentes, como ya se explicó en el punto 6.9.1.-

Para este trabajo se utilizó el paquete de Lisrel 8.12a para Windows con el fin de hacer las corridas necesarias que permitieran encontrar el modelo con mejor ajuste y que explicara más ampliamente las variables en estudio.

TIME: 17:26
WINDOWS L I S R E L 8.12a
BY
KARL G. JORESKOG AND DAG SORBOM

This program is published exclusively by
Scientific Software International, Inc.
1525 East 53rd Street-Suite 530
Chicago, Illinois 60615, U.S.A.
Voice: (800)247-6113, (312)684-4920, Fax: (312)684-4979
Copyright by Scientific Software International, Inc., 1981-94.
Partial copyright by WATCOM Group, Inc., 1993 and MicroHelp, Inc. 1993.
Use of this program is subject to the terms specified in the
Universal Copyright Convention.
The following lines were read from file G:/lilián/tesis3,SPL:45

Primeramente se cargaron las variables observadas y se determinaron dos variables latentes, P1 representaba la variable latente de estructura y P2 la variable latente de resultados, después de varias iteraciones no se logró un modelo que explicara estas variables por lo cual se recurrió a la teoría y se decidió tomar tres variables latentes de las cuales:

P1 a la cual denominé (basándome en Henry Mintzberg) División y Coordinación del Trabajo
conteniendo las variables:

Comunicación Vertical,
Comunicación Horizontal,
Supervisión y
Normalización.

P2 la cual denominó Parámetros de Diseño contiene:

**Existencia de manuales de procedimientos,
Capacitación,
Relación con otros Servicios y
Existencia de Planeación de Actividades.**

Cabe destacar de Henry Mintzberg divide la estructura en estas dos grandes variables y una tercera que corresponde a Partes y Personas de la Organización, este tercer grupo de variables no se incluye en el Análisis de Estructuras Latentes ya que fueron las tres variables categóricas del cuestionario que permitieron la realización del análisis de tablas cruzadas Crosstab.

La tercera variable que se incluyó, P3, denominada Satisfacción del prestador de Servicios contiene los ítems de:

**control,
salario,
satisfacción y
armonía,**

siendo estos conjuntamente con las variables de Calidad de los Procedimientos realizados, los ítems que plantea el Dr. Avadis Donabedian como factores de calidad de los resultados, tomando en este punto sólo los de satisfacción.

OBSERVED VARIABLES

CV CH SUP NOR DEC MAN CAP INS TOS CON PLA ARM

R0D COD GUS SAL SAT OP CAR TUR LUG

COVARIANCE MATRIX FROM FILE COVA.SDF ACOVA.SDF

SAMPLE SIZE 187

PI P2 P3

RELATIONSHIPS

CV CH SUP NOR = P1

MAN CAP ROS PLA = P2

CON SAL SAT ARM = P3⁵⁰

Al correr el programa con estas tres variables latentes, se encontró un modelo con una bondad de ajuste de .93, lo cual nos permite poder sacar conclusiones que son estadísticamente representativas.

GOODNESS OF FIT STATISTICS

CHI-SQUARE WITH 51 DEGREES OF FREEDOM = 32.369 (P= 0.97513).

GOODNESS OF FIT INDEX (GFI) = 0.93

ADJUSTED GOODNESS OF FIT INDEX (AGFI) = 0.90⁵¹

⁵⁰ Variables incluidas para la corrida original del L I S R E L

La corrida , muestra Lambda X, Phi, Theta-delta, los cuales son los que permiten al paquete reallzar las matrices necesarias para obtener el diagrama del modelo, varianza, covarianza, errores aleatorios y errores estandarizados.

PARAMETER SPECIFICATIONS

LAMBDA-X

	P1	P2	P3
CV	1	0	0
CH	2	0	0
SUP	3	0	0
NOR	4	0	0
MAN	0	5	0
CAP	0	6	0
ROS	0	7	0
PLA	0	8	0
ARM	0	0	9
COD	0	0	10
SAL	0	0	11
SAT	0	0	12

PHI

	P1	P2	P3
P1	0		
P2	13	0	
P3	14	15	0

THETA-DELTA

	CV	CH	SUP	NOR	MAN	CAP
	16	17	18	19	20	21

THETA-DELTA

	ROS	PLA	ARM	COD	SAL	SAT
	22	23	24	25	26	27

Number of Iterations = 8⁵²

Posteriormente la corrida del paquete muestra los estimados de LISREL, los cuales figuran en el diagrama a la derecha de las variables observadas, viendo estos datos de Lambda X, tenemos que para las variables Incluidas en cada latente tenemos un valor de varianza (fluctuación o variabilidad promedio de un determinado valor de la población y uno de covarianza estandarizada (covarianza

⁵¹ Información final obtenida de la corrida del L I S R E L.
⁵² Matrices creadas por el paquete para la ejecución de la corrida

relacionada con la desviación estándar) a mayor valor absoluto de covarianza corresponde una mayor dependencia lineal.

El valor Intermedio (entre paréntesis), corresponde a la probabilidad de error, cuanto más se acerca al 0 menor es la probabilidad de error.

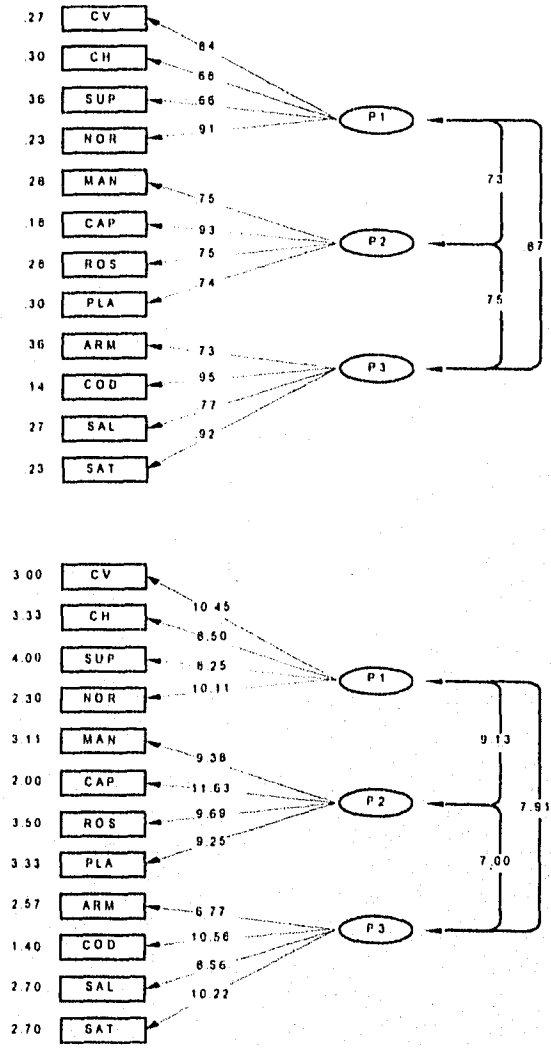
LISREL ESTIMATES (MAXIMUM LIKELIHOOD)

LAMBDA-X

	P1	P2	P3
CV	0.84 (0.08) 10.48	- -	- -
CH	0.68 (0.08) 8.50	- -	- -
SUP	0.66 (0.08) 8.25	- -	- -
NOR	0.91 (0.09) 10.11	- -	- -
MAN	- -	0.75 (0.08) 9.38	- -
CAP	- -	0.93 (0.08) 11.63	- -
ROS	- -	0.75 (0.08) 9.69	- -
PLA	- -	0.74 (0.08) 9.25	- -
ARM	- -	- -	0.73 (0.11) 6.77
COD	- -	- -	0.95 (0.09) 10.56
SAL	- -	- -	0.77 (0.09) 8.56
SAT	- -	- -	0.92 (0.09) 10.22

Analizando estos dos valores vemos cuanto explica cada variable observada a la variable latente.

Estos valores como podemos observar en los dos modelos:



Que explican a las variables latentes en forma amplia y suficiente por lo cual podemos inferir que estas variables latentes demuestran el peso de relación de las variables observadas con esta.⁵³

⁵³ PATH Diagram obtenido de la corrida.

Posteriormente el programa nos da los resultados de Phi, los cuales en los diagramas, están representados a la derecha de las variables latentes lo que muestra que estas: división y coordinación del trabajo (P1), y la variable parámetros de diseño (P2), tienen una relación de .73; lo cual para investigación en Ciencias Sociales es muy adecuado. De igual manera estas dos variables (P1 y P2) de estructura explican en .87 de las veces la variable P3 (Satisfacción de los Prestadores de Servicio).

PHI	P1	P2	P3
P1	1.00		
P2	0.73 (0.08) 9.13	1.00	
P3	0.87 (0.11) 7.91	0.75 (0.11) 7.00	1.00

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

A continuación el programa nos presenta la Matriz Theta-Delta, estos valores en el diagrama, los podemos ver a la izquierda de las variables observadas y corresponden a los errores aleatorios en el primer diagrama y a los errores estandarizados en el segundo.

THETA-DELTA					
CV	CH	SUP	NOR	HAN	CAP
0.27 (0.09)	0.30 (0.09)	0.36 (0.09)	0.23 (0.10)	0.28 (0.09)	0.18 (0.09)
3.00	3.33	4.00	2.30	3.11	2.00
ROS	PLA	ARM	COD	SAL	SAT
0.28 (0.08)	0.30 (0.09)	0.36 (0.14)	0.14 (0.10)	0.27 (0.10)	0.23 (0.10)
3.5	3.33	2.57	1.4	2.7	2.7

Estos valores indican cuanto de cada una de las variable observada no esta explicado por la correspondiente variable latente. Como podemos ver los valores fluctúan entre .14 y .36, lo que en Ciencias Sociales podemos considerar aceptable.

Por último la corrida de LISREL da la CHI cuadrada de la Matriz que el mismo programa creó, informando que con 51 grados de libertad el valor es de 32.369 con una P de .97513, cabe destacar que esta P es de correlación y no de probabilidad por lo que cuanto mas se acerca al 1 indica mayor correlación por lo cual se interpreta como una importante correlación de los datos, negándose así la independencia de las variables latentes, probándose por lo tanto la hipótesis de relación entre estructura y resultado; también muestra la bondad de ajuste de modelo, que es de .93 siendo este valor totalmente representativo estadísticamente.

GOODNESS OF FIT STATISTICS

CHI-SQUARE WITH 51 DEGREES OF FREEDOM = 32.369 (P = 0.97513).
GOODNESS OF FIT INDEX (GFI) = 0.93
ADJUSTED GOODNESS OF FIT INDEX (AGFI) = 0.90⁵⁴

Información final obtenida de la corrida del LISREL

8.- CONCLUSIÓN

Esta investigación intentó cotejar si la teoría consultada, era verificable en la realidad nacional.

En la Revisión Bibliográfica se encontró que varios autores opinan que la Satisfacción del prestador de servicio y de los clientes externos, de una Institución de Salud, tiene relación con la Estructura de los Servicios.

Observando que ninguno de los autores consultados expresa que exista, en México ni en el extranjero, investigaciones que prueben esta relación, menos aún se ha probado para personal de enfermería y pacientes.

Teniendo conocimiento de lo anterior y del grupo a tratar, se realizó esta investigación con el fin de probar la relación en cuestión.

Realizada la misma, se logró obtener tres modelos, a saber:

Teórico: *basado en la revisión de la literatura.*

Análítico: *sacado por tablas cruzadas y basado en los resultados del cuestionario aplicado al personal.*

Estadístico: *sacado por Lisrel, basado en dicho cuestionario.*

El primer modelo permitió la creación de los cuestionarios necesarios para la realización de esta investigación, el mismo se muestra a continuación:

INDICADOR	SUB. INDICADOR	ÍTEMES	VARIABLES	ESCALA	
ESTRUCTURA	PARTES Y PERSONAS DE LA ORGANIZACIÓN	ÁPICE ESTRATÉGICO	PUESTO	CATEGÓRICA	
		NÚCLEO OPERATIVO			
	DIVISIÓN Y COORDINACIÓN DEL TRABAJO	LÍNEA MEDIA	TURNO		CATEGÓRICA
TECNOESTRUCTURA		LUGAR DE TRABAJO		CATEGÓRICA	
DIVISIÓN DEL TRABAJO		ADAPTACIÓN MUTUA	COMUNIC. VERTICAL	ORDINAL	
		SUPERV. DIRECTA	COMUNIC. HORIZONTAL	ORDINAL	
PARÁMETROS DE DISEÑO	NORMATIZACIÓN		TIPO DE SUPERVISIÓN	ORDINAL	
			NORMATIZACIÓN	ORDINAL	
	FORMALIZACIÓN	MANUAL DE PROC.		ORDINAL	
		FORMACIÓN	CAPACITACIÓN	ORDINAL	
	ADOCTRINAMIENTO	INTEGRACIÓN DPTOS.		ORDINAL	
	AGRUPACIÓN	ACTIVIDADES SERV.		ORDINAL	
CONTROL	TRAMO		ORDINAL		
PLANEACIÓN	EXISTENCIA DE PLANES		ORDINAL		
RESULTADOS	SATISFACCIÓN DEL PRESTADOR DE SERVICIOS	PLACER POR EL TR.	GUSTO POR EL TRABAJO	ORDINAL	
		PODER DE DECISIÓN	PODER	ORDINAL	
		ARMONÍA DEL SERV.	ARMONÍA	ORDINAL	
		SALARIO	SALARIO ADECUADO	ORDINAL	
		COMPROMISO	COM. CON LA INST.	ORDINAL	
		SATISFACCIÓN	SAT. POR EL DESEM.	ORDINAL	
	SATISFACCIÓN DE LOS CLIENTES	POR LA ATENCIÓN	ATENCIÓN	ORDINAL	
		POR INSTALACIONES	COMODIDAD	ORDINAL	
		CON ENFERMERÍA	SATISFACCIÓN	ORDINAL	
		CON LOS PROC.	SAT. POR LOS PROC.	ORDINAL	

Primeramente, basándome en este modelo, se intentó probar, con los resultados obtenidos en el cuestionario que se aplicó a paclontes, la relación estructura - satisfacción, misma que se debió negar, por no encontrarse datos estadísticos que sostuvieran la hipótesis, peso a que el instrumento tenía probada su validez y confiabilidad como se explicó anteriormente

En segundo lugar, se intentó probar, con los resultados obtenidos en el cuestionario que se aplicó a los empleados, la estructura de los diferentes servicios que comprenden el Departamento de Enfermería y la relación estructura - satisfacción, la que fue posible probar por medio de los próximos dos modelos.

El modelo analítico, se logró por medio de Crosstab, donde se observa que el volumen de problemas en estructura, provoca una cantidad de problema semejantes en satisfacción, el mismo se muestra a continuación:

PUESTO, TURNO, LUGAR	ESTRUCTURA			RESULTADOS		
	MG	G	M	MG	G	M
ENFERMERAS GENERALES		XXX		XXX		
PASANTES		XXX			XXX	
AUX. DE ENFERMERÍA			XXX		XXX	
AFANADORAS			XXX			XXX
ENF. JEFE O SUPERVISORA			XXX		XXX	
MAÑANA		XXX			XXX	
TARDE						
NOCHE			XXX		XXX	
PRIVADOS			XXX			XXX
SEGUNDO PISO	XXX				XXX	
EMERGENCIA		XXX			XXX	
CIRUGÍA		XXX				XXX
CONSULTA EXTERNA		XXX			XXX	
DEPARTAMENTO			XXX			XXX

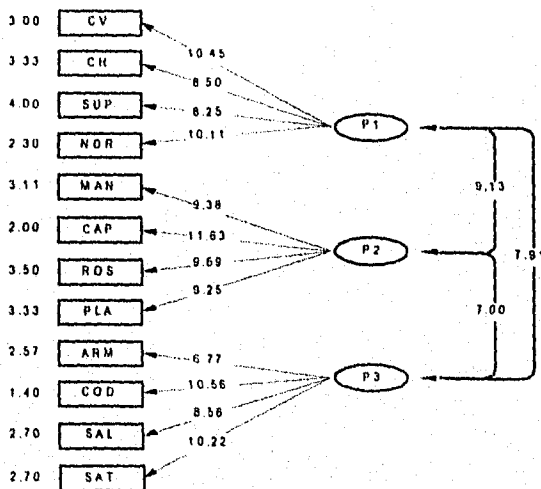
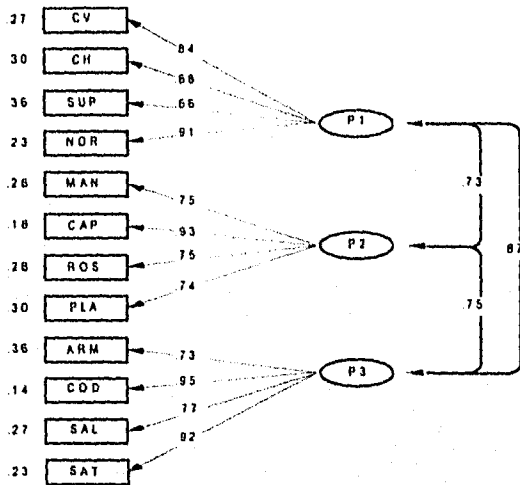
MG = Problemas de estructura o resultados muy graves

G = Problemas de estructura o resultados graves

M = Problemas de estructura o resultados moderados

Este modelo, está basado en pruebas de significancia estadísticas como la V de Cramer's, pero debemos de tomar en cuenta que el análisis de tablas cruzadas no es una prueba suficientemente robusta para permitir a ciencia cierta inferir resultados de gran peso estadístico.

Por lo anterior es que se continuó aplicando pruebas a los resultados lográndose con esto, un tercer modelo estadístico con un muy buen ajuste (.93), por medio del programa LISREL el cual tiene una fuerza superior al Crosstab, lo que permite, ahora sí, realizar inferencias con los resultados obtenidos.



Corroborados y analizados los tres modelos podemos concluir, que la satisfacción del prestador de servicios está determinada en un 87% por la división y coordinación del trabajo y en 75% por los parámetros del diseño de la estructura, como podemos encontrar (sin valores) en la teoría, mientras que las deficiencias en la estructura de los servicios, se pudo probar que a diferencia de lo que se plantea en la literatura, no determina la satisfacción de los pacientes de una Institución.

El resultado final del esfuerzo de este trabajo será, la implantación exitosa de un esfuerzo completo de mejora, que optimice el uso de todos los recursos y que permita la satisfacción plena de los usuarios tanto internos como externos, logrando con ello la excelencia de las Instituciones de Salud.

9.- RECOMENDACIONES

9.1.- PRESENTES

Mientras se continúa investigando en este campo una recomendación a tiempo, es, tomar en cuenta las variables que afectan la satisfacción del empleado o cliente interno y lograr cambios tendientes a obtener una estructura, que logre excelencia en todos los niveles, con el fin de tener al personal satisfecho lo que permitirá sin lugar a duda que se brinde un mejor servicio.

También se recomienda elaborar un Plan de Mejoramiento de la Calidad basado en estos resultados reales y nacionales, con el fin de contribuir al logro de la armonía y satisfacción por el desempeño en los prestadores de servicio, ya que esto tendrá repercusiones favorables en la satisfacción del paciente y sus familiares. Así mismo lograr el mejorar las Instituciones de Salud en su contexto general.

Por último sería oportuno implementar ese Plan que realicen, en el resto de los servicios, porque si tomamos en cuenta la Ideología del servidor no encontramos, mientras no haya Investigaciones que lo demuestran, diferencias notables.

9.2.- FUTURAS INVESTIGACIONES

Es deseable que se pudiera proseguir una línea de investigación que incluya los ítems tratados en esta investigación, "estructura de los servicios de salud", "satisfacción de los clientes internos" y "satisfacción de los clientes externos", de manera que se pudieran aumentar y mejorar, los instrumentos que aquí se presentan, en diferentes Instituciones de Salud, de los distintos sectores, a nivel Nacional.

También sería muy interesante continuar investigando por que, los problemas en la estructura no afectan la satisfacción de los pacientes, con el fin también, de poder descubrir que variables, son las que sí afectan su percepción, para poder evitar inconvenientes en esos puntos, logrando con ello mayor Calidad.

Otro punto importante, sería que se pudieran hacer comparaciones de los resultados de esta investigación con otras de igual tenor, y que se realicen en otros países de Latinoamérica.

10.- BIBLIOGRAFÍA

- AGUIRRE GAS, H., AUTOEVALUACIÓN DE LA CALIDAD MÉDICA. PONENCIA XV CONGRESO NACIONAL DE CONTROL DE CALIDAD 1987.
- ANDERSON, CRAIG A., QUALITY MIND-SET OVERCOMES BARRIERS TO SUCCESS, HEALTHCARE FINANCIAL MANAGEMENT, FEBRUARY, 1991.
- APODACA R., MA. DE LOURDES, APUNTES DE METODOLOGÍA Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN QUE SIRVEN DE APOYO A LOS CURSOS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL Y TALLER DE INVESTIGACIÓN SOCIAL. UNAM, MÉXICO, 1988.
- BROADHEAD, J., THE POST-DEMINGO DIET. TRAINING, MARCH, 1991.
- CASALOU, R "TOTAL QUALITY MANAGEMENT IN HEALTH CARE" HOSPITAL & HEALTH ADMINISTRATION 36 SPRING (1991)
- CHIAVENATO, I., INTRODUCCIÓN A LA TEORÍA GENERAL DE LA ADMINISTRACIÓN, MC GRAW HILL, 2da. Ed. EN ESPAÑOL, MÉXICO, 1989.
- COFFEY, R., ET AL. TOTAL QUALITY PROGRESS AT THE UNIVERSITY OF MICHIGAN MEDICAL CENTER, JOURNAL FOR QUALITY AND PARTICIPATION, JANUARY, 1991.
- COPLAMAR NECESIDADES ESENCIALES EN MÉXICO, SIGLO XXI EDITORES, MÉXICO, 1985.
- COSER, R.L., A HOME AWAY FROM HOME., SOCIAL PROBLEMS 4 (1956) :3-17, MICHIGAN, 1962.
- DE LA FUENTE, G., ET AL., CONCEPTOS, OBJETIVOS Y LOGROS DE LA EVALUACIÓN DE LA ACTIVIDAD MÉDICA, BOL.MED. 1986 18:295.
- DONABEDIAN, A. LA DIMENSIÓN INTERNACIONAL DE LA EVALUACIÓN Y GARANTÍA DE LA CALIDAD. SALUD PUBLICA DE MÉXICO, 32(2) 113-117. (1990)
- DONABEDIAN, A. LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA CIENCIA Y DESARROLLO. CONACYT NO 37. AÑO 37 MÉXICO (1981).
- DONABEDIAN, A. CÁNDIDO EN EL PAÍS DE LA INVESTIGACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD, SALUD PUBLICA DE MÉXICO 26 (4), 520-530 (1988).
- DONABEDIAN, A. "CRITERIA, NORMS AND STANDARDS OF QUALITY: WHAT DO THEY MEAN?" AMERICAN JOURNAL OF PUBLIC HEALTH. 71 (4), APRIL 1981.
- DONABEDIAN, A. "CRITERIA AND STANDARDS FOR QUALITY ASSESSMENT AND MONITORING "QUALITY REVIEW BULLETIN, 12(3), (1986).
- DONABEDIAN, A. "LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA" SALUD PUBLICA DE MÉXICO 28(3) (1986).
- DONABEDIAN, A. "THE EPIDEMIOLOGY OF QUALITY" INQUIRY 22. (1985)
- DONABEDIAN, A. "TWENTY YEARS OF RESEARCH ON QUALITY OF MEDICAL CARE" EVALUACION ANO THE HEALTH PROFESSIONS 8. SEP (1985).
- DONABEDIAN, A. LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA, LA PRENSA MÉDICA MEXICANA, MÉXICO, 1991.
- DONABEDIAN, A. THE QUALITY OF CARE: HOW CAN IT BE ASSESSED? JEMA SEP 23/30, (1980)
- DONABEDIAN, A. GARANTÍA Y MONITOREO DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA. MÉXICO. (1990).
- DONABEDIAN, A. RHEE, K. J., BURNEY, R. ASSESSING THE QUALITY OF CARE IN A HOSPITAL EMERGENCY UNTIL: A FRAMEWORK AND ITS APPLICATION. QUALITY REVIEW BULLETIN, 13:4-16. JANUARY 1987.
- DONABEDIAN, A. QUALITY AND COSTS: CHOICES AND RESPONSIBILITIES. INQUIRY. 25:90-99. (1988)
- DONABEDIAN, A. "QUALITY ASSURANCE IN OUR HEALTH CARE SYSTEM" QUALITY ASSURANCE AND UTILIZATION REVIEW 1. FEB. 1986.
- DONABEDIAN, A. "A PRIMER OF QUALITY ASSURANCE AND MONITORING IN MEDICAL CARE" TOLEDO LAW REVIEW 20 WINTER (1989).
- DONABEDIAN, A. GARANTÍA Y MONITORIA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA: UN TEXTO INTRODUCTORIO. PERSPECTIVAS EN SALUD PUBLICA. MÉXICO. (1990).
- DUGLAS, H., THE NATURE OF QUALITY ASSURANCE HUMAN FACTORS IN QUALITY ASSURANCE INC. EE.UU. 1988.

- EVERETT, M., CONTINUOUS QUALITY IMPROVEMENT IN HEALT CARE...A NATURAL FIT. JOURNAL OF QUALITY AND PARTICIPATION, JENUARY, 1991.
- FRIEDSON, E., PATIENTS VIEWS OF MEDICAL PRACTICE, NUEVA YORK, RUSSEL FOUNDATION, 1991
- GARDUÑO, RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE EN EL IMSS. 1986 18:328.
- GARZA, A. MANUAL DE TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN. COLEGIO DE MÉXICO, MÉXICO. (1981).
- GIBSON, J. , IVANCEVICH, J., DONELLY, J. , ORGANIZACIONES: CONDUCTA, ESTRUCTURA Y PROCESO. MC GRAW HILL México, 1990.
- GONZÁLEZ PRADOS, CONTROL DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS, IMECCA, II CONGRESO DE CONTROL DE CALIDAD, 1974.
- GONZÁLEZ, A., FUNDAMENTOS TECNOLÓGICOS PARA SISTEMAS DE ASEGURAMIENTO DE CALIDAD. IMECCA. ABRIL 1987.
- GONZÁLEZ, H., AGAPITO, R., AUDITORÍA DE CALIDAD TIPO ACEPTACIÓN DE CLIENTE, CURSO DE AUDITORÍA DE CALIDAD, IMECCA, 1979.
- HALL, R., ORGANIZACIONES: ESTRUCTURA Y PROCESOS, Prentice-Hall, México, 1989.
- HERNÁNDEZ, R., FERNÁNDEZ, C., BAPTISTA, P., METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN, McGRAW HILL. MÉXICO. 1990.
- IMECCA, VIII CONGRESO NACIONAL DE CONTROL DE CALIDAD, 1980
- IMECCA, CONTROL ESTADÍSTICO DE CALIDAD PARA INSPECTORES, MÉXICO, 1982.
- JURAN, J.M., STRATEGIES FOR WOLD CLASS QUALITY, QUALITY PROGRESS, MARCH 1991
- KERLINGER, F.N., ENFOQUE CONCEPTUAL DE LA INVESTIGACIÓN DEL COMPORTAMIENTO. NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA. MÉXICO. (1979).
- KERLINGER, F.N. , INVESTIGACIÓN DEL COMPORTAMIENTO: TÉCNICAS Y METODOLOGÍA, NUEVA EDITORIAL INTERAMERICANA. MÉXICO. (1990).
- LARA, F., SALUD, CALIDAD TOTAL, PONENCIA DEL VIII CONGRESO LATINOAMERICANO DE CONTROL DE CALIDAD, MÉXICO 1988.
- LOMELI, A., GRADOS DE SATISFACCIÓN AL CLIENTE. PONENCIA XIII CONGRESO NACIONAL DE CONTROL DE CALIDAD, 1986.
- MINTZBERG, H MINTZBERG Y LA DIRECCIÓN, DÍAZ DE SANTOS S.A., MADRID, 1989.
- MINTZBERG, H. THE STRUCTURING OF DRGANIZATIONS, PRENTICE-HALL, 1979.
- MÜNCH, L., ANGELES, E. MÉTODOS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN PARA ADMINISTRACIÓN E INGENIERÍA, TRILLAS. MÉXICO. (1988).
- OUCHI, W., TEORÍA Z, FONDO EDUCATIVO INTERAMERICANO, MÉXICO 1982.
- PICK, S. LÓPEZ, L. COMO INVESTIGAR EN CIENCIAS SOCIALES. TRILLAS. MÉXICO. (1990)
- ROSANDER, A.C., APPLICATIONS OF QUALITY, CONTROL IN THE SERVICE INDUSTRIES, ASQS, MILWAUKEE, 1985.
- RODRÍGUEZ, R., MARÍA, ESTUDIO SOBRE LOS RECURSOS Y LAS PRESTACIONES DE SERVICIOS MÉDICOS PRIVADOS EN EL DISTRITO FEDERAL, GUADALAJARA Y MONTERREY, PERSPECTIVAS EN SALUD PUBLICA 6. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PUBLICA, SECRETARIA DE SALUD, MÉXICO, 1988.
- ROJAS SORIANO, R., GUÍA PARA REALIZAR INVESTIGACIÓN SOCIAL, PLAZA Y VALDEZ, MÉXICO, 1989.
- SHILOH, A., EQUALITARIAN AND HIERARCHAL PATIENTS: AN INVESTIGATION AMONG HADASSAH HOSPITAL PATIENTS MEDICAL CARE 3 (1985).
- SOBERON, GUILLERMO. HACIA UN SISTEMA NACIONAL DE SALUD. UNAM, MÉXICO. (1988)
- UNIDADES MÉDICAS PRIVADAS, DIRECCIÓN GENERAL ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA, 1993
- ZUCOLOTTI, AUDITORÍA DEL SISTEMA DE CALIDAD, SU PLANEACIÓN Y EJECUCIÓN, SISTEMAS DE CALIDAD, ED. NOV-DIC., 1987