



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA EN ENFERMERÍA
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

**VALORES LABORALES Y PERCEPCIÓN DEL ESTILO
DE LIDERAZGO EN ENFERMERÍA EN UN HOSPITAL
PÚBLICO DE SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE
MAESTRO EN ENFERMERÍA
ORIENTACIÓN
ADMINISTRACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA

P R E S E N T A
L.E.O. MIGUEL ARROYO MERINO

DIRECTORA DE TESIS: MTRA. REYNA MATUS MIRANDA

MÉXICO, D.F.

MAYO, 2011.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

*Agradezco a Dios por darme la vida,
por la experiencia adquirida,
por la sabiduría que me ha dado,
y por los sueños que me ha brindado.*

*A mi tutora:
Maestra Reyna Matus Miranda,
por contribuir en gran medida
en la conclusión de este trabajo,
pero sobre todo por compartir
su amplia experiencia profesional
en el ejercicio del liderazgo.*

*A las autoridades
del Hospital General de Ticomán,
en especial a la Jefe de Enfermeras
Adela Martínez Carbajal,
por haberme dado todas las facilidades
para el desarrollo y conclusión de este trabajo.*

*A mis compañeros,
por su valiosa colaboración.*

Dedicatoria

*A mi Mamá y hermanos
por su apoyo incondicional,
y por estar en todo momento.*

ÍNDICE

	Página
RESUMEN	6
INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	
Primera parte	
1.1 Valores hacia el trabajo, desde la Psicología Social	11
1.2 Liderazgo	22
Segunda parte	
1.3 Fundamento Disciplinar: Enfermería y el Cuidado	31
1.4 Organizacional: El Hospital en el Sistema de Salud	37
CAPÍTULO II. CONTEXTO DEL ESTUDIO Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	50
2.1 Planteamiento del problema	55
Preguntas de Investigación	58
2.2 Objetivos	59
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA	
3.1 Diseño y tipo de estudio	60
3.2 Universo	60
3.3 Muestreo	60
3.4 Variables de estudio	61
3.5 Instrumentos	62
3.6 Aspectos éticos y legales	66
CAPÍTULO IV. RESULTADOS	68
CAPÍTULO V. DISCUSIÓN	80
LIMITANTES DEL ESTUDIO	84
PROPUESTAS	84
CONCLUSIONES	84
ANEXOS	86
Anexo 1 Cuadernillo: “Valores laborales y percepción del estilo de liderazgo” (Instrumentos de medición).	87
Anexo 2 Aprobación y el permiso del Comité de Evaluación Ética de la Unidad de Investigación del Hospital General de Ticoman	94
Anexo 3 Carta de consentimiento informado	95
REFERENCIAS	96

ÍNDICE GRÁFICO

Figura 1.	Estructura dinámica de los valores en el trabajo.	14
Figura 2.	Modelo teórico de las relaciones entre los tipos motivacionales, tipos de valores de orden superior y dimensiones de valores bipolares.	17
Tabla 1.	Descripción de las 10 tipologías motivacionales propuestas por la Teoría de Schwartz	16
Tabla 2.	Resumen de las variables situacionales de Fiedler y sus estilos de liderazgo preferidos	29
Tabla 3.	Puntaje global alcanzado en la percepción de los estilos de liderazgo	73
Tabla 4.	Comparación de medianas de percepción de liderazgo por grupos de edad	75
Tabla 5.	Comparación de medianas de percepción de liderazgo por Nivel máximo de estudios	75
Tabla 6.	Comparación de medianas de percepción de liderazgo por Código funcional	76
Tabla 7.	Análisis de Correlación entre valores colectivistas e individualistas y percepción de estilos de liderazgo	78
Tabla 8.	Análisis de Correlación entre tipología de valores laborales y percepción de estilos de liderazgo	79
Esquema 1.	Rasgos, estilos de conducta y variables situacionales del liderazgo.	23
Ilustración 1.	Sistema Nacional de Salud en México	52
Cuadro 1.	Definición operacional de la variable "Valores Laborales"	63
Cuadro 2.	Definición operacional de la variable "Estilos de liderazgo"	64
Cuadro 3.	Características socio-laborales de la muestra	68
Cuadro 4.	Promedio del puntaje global en valores laborales	69
Cuadro 5.	Valores Colectivistas e Individualistas por categorías	69
Cuadro 6.	Promedio de los puntajes globales alcanzados por el tipo de valor laboral	70
Cuadro 7.	Comparación de medianas entre valores por grupos de edad	70
Cuadro 8.	Comparación de medianas entre valores por turno	72
Cuadro 9.	Comparación de medianas entre valores por código funcional	72
Gráfica 1.	Comparación de Medianas entre Valores por Nivel Máximo de Estudios	71
Gráfica 2.	Liderazgo enfocado a la Relación por categoría	74
Gráfica 3.	Liderazgo enfocado a la Tarea por categoría	74
Gráfica 4.	Comparación de medianas entre Valores por nivel Máximo de estudios	76
Gráfica 5.	Comparación de medianas entre estilos de liderazgo por Situación Laboral	77

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. Los valores se han considerado un elemento principal de la cultura y de la estructura social de las organizaciones, debido a que determinan las actitudes que dirigen a sus miembros hacia el logro de metas y objetivos. En este sentido, quienes son los responsables de la conducción de los grupos, juegan un papel fundamental; un buen líder puede inducir a sus seguidores a defender estos valores, generando un clima social de cooperación y apoyo, que allane el camino hacia la consecución de los objetivos.

Objetivo. Analizar los valores laborales del personal de enfermería y determinar si éstos se relacionan con la percepción del estilo de liderazgo que ejercen las (los) supervisoras (es).

Metodología. En septiembre de 2010, se realizó un estudio de tipo transversal, correlacional. Se aplicó a 138 enfermeras(os) de un hospital público de segundo nivel de atención, la Escala de Valores para el Trabajo (EVAT-30) y el Cuestionario de Descripción de la Conducta del Supervisor (SBDQ). Los datos se analizaron con la prueba de Kruskal Wallis y U de Mann Whitney.

Resultados. Al determinar la media para cada uno de los tipos de valores laborales partiendo de las puntuaciones de cada uno de ellos (mínimo 0, máximo 12), se observa que predominan los valores Benevolencia 9.18 ± 3.1 y Universalismo 8.19 ± 2.8 , mientras que los más bajos en este estudio son Autoridad 3.61 ± 2.1 y Tradición 2.38 ± 2.2 .

Al realizar la comparación entre medianas de los puntajes puede observarse que existen diferencias estadísticamente significativas al interior de los siguientes grupos: edad de 23 a 31 años $p=.002$, turno nocturno $p=.000$ y enfermeras generales $p=.0000$.

En base al puntaje total esperado para la percepción de los estilos de liderazgo enfocado a la “TAREA” y a la “RELACIÓN”, se propuso realizar las categorías: alto, medio, bajo y muy bajo; en ambos casos, el puntaje que predomina es el de la categoría baja.

El estilo de liderazgo enfocado a la “RELACIÓN” se correlaciona positivamente con los valores laborales *benevolencia, conformidad y seguridad*. Ambos estilos se correlacionan positivamente con *logro*.

Conclusiones. Los resultados sugieren que el estilo de liderazgo adoptado por el supervisor puede influir en el perfil de valores de los subordinados. El presente estudio es un aporte inicial, ya que es el primero en México con éstas características, por lo que es necesario continuar una línea de investigación relacionada con ésta temática en en otras poblaciones del país e Instituciones de Salud tanto públicas como privadas.

Palabras clave: percepción del estilo de liderazgo, valores hacia el trabajo, Escala de Valores para el Trabajo (EVAT-30), Cuestionario de Descripción de la Conducta del Supervisor (SBDQ), enfermería.

ABSTRACT

Introduction. The values have been considered a major element of culture and social structure of organizations, because they determine the attitudes that guide its members towards achieving goals and objectives. In these senses, which are responsible for conducting the groups, play a fundamental role, a good leader can lead his followers to defend these values, creating a social climate of cooperation and support, paving the way towards objectives.

Objective. Analyze the work values of nurses and to determine if these are related to the perception of leadership style exercised by (the) supervisor (s).

Methodology. In September 2010, a study was conducted cross-sectional and correlational. Was applied to 138 nurses (I) of a public hospital in secondary care, the Scale of Values, Work (EVAT-30) and Description Questionnaire Conduct Supervisor (SBDQ). The data were analyzed with the Kruskal Wallis and U Mann Whitney.

Results. In determining the average for each of the types of work values based on the scores of each (minimum 0, maximum 12), we see that values predominate Benevolence and Universalism 18.9 ± 3.1 19.8 ± 2.8 , while lower Authority in this study are 2.1 and $3.61 \pm 2.38 \pm 2.2$ Tradition.

In making the comparison between median scores shows that there were significant differences within the following groups: age 23 to 31 years old $p = .002$, $p = .000$ night shift and nurses general $p = .0000$.

Based on the expected total score for the perception of leadership styles focusing on the "TASK" and "LIST", was proposed categories: high, medium, low and very low in both cases, the score is dominated that of the low category.

The leadership style focused on the "relationship" is positively correlated with labor values benevolence, conformity and security. Both styles are positively correlated with achievement.

Conclusions. The results suggest that the leadership style adopted by the supervisor can influence the profile of values of subordinates. This study is an initial contribution, since it is the first in Mexico with these characteristics, it is necessary to continue a line of research related to that topic in other towns around the country and Health Facilities, both public and private.

Keywords: perception of leadership style, values toward work, Scale of Values, Work (EVAT-30), Description Questionnaire Conduct Supervisor (SBDQ), nursing.

INTRODUCCIÓN

Para dar sustento a este trabajo desde el punto de vista teórico, el primer capítulo inicia con el tema de los Valores hacia el trabajo desde la Psicología Social, específicamente bajo el enfoque de Shalom Schwartz. También se mencionan algunos rasgos y factores situacionales que determinan la efectividad del estilo de liderazgo orientado hacia la relación y hacia la tarea. Posteriormente se hace una reflexión respecto a la Enfermería y su razón de ser: el cuidado, mismo que se da dentro de diversos espacios, el hospitalario entre ellos, que a su vez forma parte de la estructura social: Sistema de Salud. Finalmente se incluyen estudios acerca de los valores laborales de las enfermeras relacionados con la percepción que éstas tienen acerca del estilo de liderazgo que ejercen sus supervisores.

Posteriormente en el segundo capítulo, en un sentido deductivo, con la finalidad de dar contexto a nuestro estudio, se mencionan de manera breve algunas características del Sistema de Salud de nuestro país, particularmente de la Secretaría de Salud del Distrito Federal y en específico las del Hospital General de Ticomán; pues el entorno incide en la cultura organizacional y los valores de los profesionales de salud inmersos en ésta. Este capítulo concluye con el planteamiento del problema y los objetivos que subyacen la presente investigación.

El tercer capítulo describe la estrategia global de abordaje metodológico del estudio. Los resultados del análisis descriptivo e inferencial de los datos se presentan en el cuarto capítulo; finalmente la reflexión derivada de los resultados obtenidos contrastados con el enfoque teórico y antecedentes, así como las limitantes, propuestas y conclusiones forman parte del quinto capítulo.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

Primera parte

1.1 Valores hacia el trabajo, una perspectiva desde la Psicología Social.

El estudio de los valores hacia el trabajo desde la perspectiva individual puede ayudar en procesos como la planeación estratégica, partiendo de la gestión de recursos humanos en el reclutamiento y la selección, la formación de equipos de trabajo, o bien ayudar a comprender mejor algunas actitudes como la satisfacción en el trabajo, la centralidad, o el compromiso organizacional.

Los valores representan las convicciones básicas acerca de lo que es correcto, bueno o deseable; como resultado de ello, ayudan a la persona a decidir que conducta es preferible. Son relativamente estables y perdurables y generalmente influyen en las decisiones y comportamientos.

El sistema social, recoge una lista de valores del individuo en orden según su importancia relativa y proporciona el establecimiento de actitudes, percepciones, personalidad y papeles. Por su parte la cultura organizativa es la forma habitual de pensar y comportarse, es aprendida, compartida y transmitida; es una combinación de suposiciones, valores, símbolos, lenguaje y conductas que manifiestan las normas y los valores de la organización. Los líderes establecen los estándares que deben conseguirse y son la esencia de la filosofía organizacional; proporcionan un sentido de dirección, guían la conducta diaria, actúan como un sistema de control informal, contribuyen a las prioridades del grupo y planean estrategias las cuales se verán cristalizadas cuando el líder personifique los valores de la cultura organizativa.¹

A pesar de que el estudio de los valores hacia el trabajo no es algo nuevo, la realidad es que a partir de los años ochenta los investigadores manifiestan un

creciente interés en el análisis de este fenómeno, sobre todo en el contexto de las organizaciones.

Existen varias perspectivas para el estudio de los valores: sociológica, axiológica, ética e incluso antropológica; también se halla un nivel psicosocial para el análisis de los valores y el cual consiste en explicar la interacción entre el nivel cultural, grupal e individual y cómo se vinculan para alcanzar las metas sociales (institucionales).

Durante los años 80's y 90's el énfasis se puso en el desarrollo de teorías transculturales integradas sobre la estructura de los valores tanto a nivel individual como cultural. El objetivo era encontrar dimensiones comunes, y por tanto con un significado equivalente, que permitiera comparar a las sociedades y a las personas. En el *nivel cultural* los valores se usan para caracterizar a las sociedades como un todo, representan los criterios comunes que han resultado útiles a la hora de solucionar los problemas de la colectividad. Se suelen expresar en las políticas que se votan, en la forma en que se distribuyen las prioridades presupuestarias, en las iniciativas que se respaldan o se obstaculizan y en los criterios compartidos por sus ciudadanos.²

En el *nivel individual*, las teorías sobre valores sirven para caracterizar las prioridades que orientan a las personas, las bases motivacionales en que los valores se sustentan y que se usan para explicar las diferencias interindividuales. Suelen estar relacionadas con las decisiones que adoptamos, con las actitudes que expresamos y están en la base de muchos de los conflictos que experimentamos a la hora de tomar decisiones. Por tanto, las teorías sobre los valores a nivel personal nos sirven para establecer relaciones entre las prioridades valorativas y los comportamientos de los individuos o grupos que los sustentan.

Shalom Schwartz propone que existen dos tipos de colectivismo, uno más endogrupal, que respaldaría los valores de Conservación a nivel cultural. Las

sociedades altas en este tipo de colectivismo darían prioridad a valores que respetasen la tradición, la seguridad y la obediencia. Un segundo tipo de colectivismo vendría representado por los valores del compromiso igualitario. Los países altos en esta dimensión valorativa consideran a todos los hombres como iguales, por tanto respaldan valores como la igualdad, justicia social, un mundo en paz, ser honesto, etc.

También distingue dos tipos de individualismo, uno de Competencia, que incluye valores como tener éxito, ser capaz, ambicioso, independiente, y otro denominado de Autonomía intelectual y afectiva, que incluye valores como disfrutar de la vida, tener una vida variada, ser curioso, creativo y de mente abierta.²

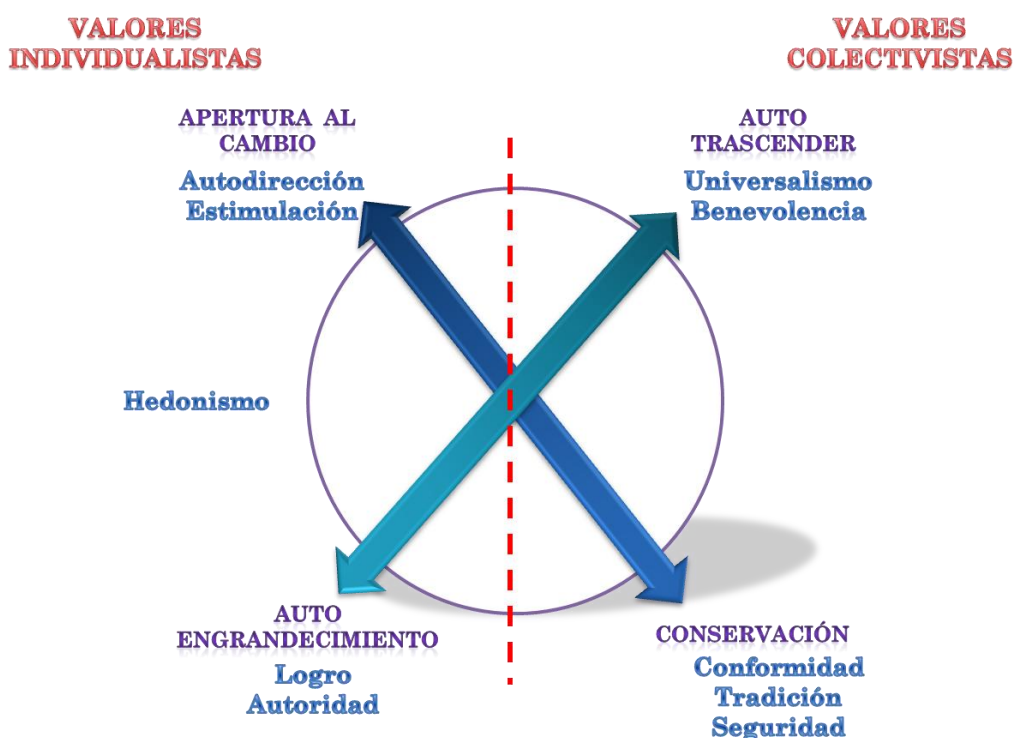
Schwartz desarrolla una teoría transcultural sobre los valores personales basándose en el desarrollo y aplicación del SVS (Schwartz Values Survey) en más de 95 muestras procedentes de 46 países, entre 1988 y 1993.

Esta teoría (bajo la cual se sustenta este trabajo) consta de diez tipos de valores que se estructuran en dos dimensiones bipolares: la primera, Promoción personal (que agrupa los valores tipo de Logro y Poder) opuesta a la dimensión de Autotranscendencia (que comprende los valores tipo de Benevolencia y Universalismo). Según la dimensión Promoción personal, las personas se pueden sentir motivadas por actualizar los valores del éxito personal según criterios sociales y del control sobre recursos y personas o bien sus motivaciones básicas pueden estar dirigidas a ayudar a los miembros de su endogrupo o perseguir la realización de los valores de igualdad y justicia para todos o la búsqueda de la conservación de la naturaleza. Una segunda dimensión es la Apertura al Cambio (que comprende los valores de Autodirección, Estimulación y Hedonismo) opuesta a la dimensión de Conservación (Seguridad, Tradición y Conformidad).

El hecho de que una dimensión presente dos polos implica que perseguir los valores de un extremo es incompatible con tratar de realizar los valores del otro

extremo (ver figura 1). Esto implica que cuando la persona, por ejemplo, trata de realizar los valores que implican independencia, tolerancia, novedad y riesgo en la vida, su realización es incongruente con la actualización a la vez de otros valores como los de seguridad, respetar la tradición y ser sumiso y obediente ante las demandas de los demás.³

Figura 1. Estructura dinámica de los valores en el trabajo.



Según Schwartz los individualistas serían de dos tipos, los que dan prioridad a los valores de Promoción Personal o de Apertura al Cambio mientras que los colectivistas serían los que consideran como más importantes los valores de tradición, conformidad y los de benevolencia, por ser los que favorecen a los miembros del endogrupo. Tanto los valores de seguridad como los de universalismo servirían tanto a los intereses individualistas como colectivistas. También habría dos tipos de colectivistas, los que favorecen fundamentalmente a los endogrupos (porque la benevolencia es uno de sus valores tipos prioritarios) y los que valoran en primer lugar el universalismo.

Rasgos que distinguen a los valores de otros conceptos relacionados como necesidades o actitudes:

- 1) Pertenecen a fines deseables o formas de comportamiento.
- 2) Transcienden las situaciones específicas.
- 3) Guían la selección o evaluación de comportamientos, personas y sucesos.
- 4) Son ordenados por su importancia relativa a otros valores para formar un sistema de prioridades de valores.

Schwartz define los valores como metas deseables y transituacionales, que varían en importancia, que sirven como principios en la vida de una persona o de otra entidad social. Implícita en esta definición de valores como metas está que:

- a) Sirven a los intereses de alguna entidad social (institución).
- b) Pueden motivar la acción (dándole dirección e identidad emocional).
- c) Funcionan como criterio para juzgar y justificar la acción.
- d) Se adquieren tanto a través de la socialización en los valores de grupo dominante como de la experiencia personal de aprendizaje.

Las características anteriores de los valores no señalan su contenido sustantivo. Sin embargo, implícito en la visión de los valores como metas y crítico para el desarrollo teórico, está la idea de que el aspecto fundamental del contenido que diferencia los valores es el tipo motivacional que expresan.⁴

Los valores representan, entonces en forma de metas conscientes, las repuestas que todos los individuos y sociedades deben dar a tres requisitos universales: las necesidades de los individuos en tanto que organismos biológicos, los requisitos

de la interacción social coordinada y los requisitos para el correcto funcionamiento y supervivencia de los grupos.

De estos tres requisitos universales se derivan diez tipos motivacionales de valores con la *Teoría Universal del contenido de Valores de Schwartz*, los cuales se definen en la siguiente tabla, cada uno en términos de su meta central:

Tabla 1. DESCRIPCIÓN DE LAS 10 TIPOLOGÍAS MOTIVACIONALES PROPUESTAS POR LA TEORÍA DE SCHWARTZ

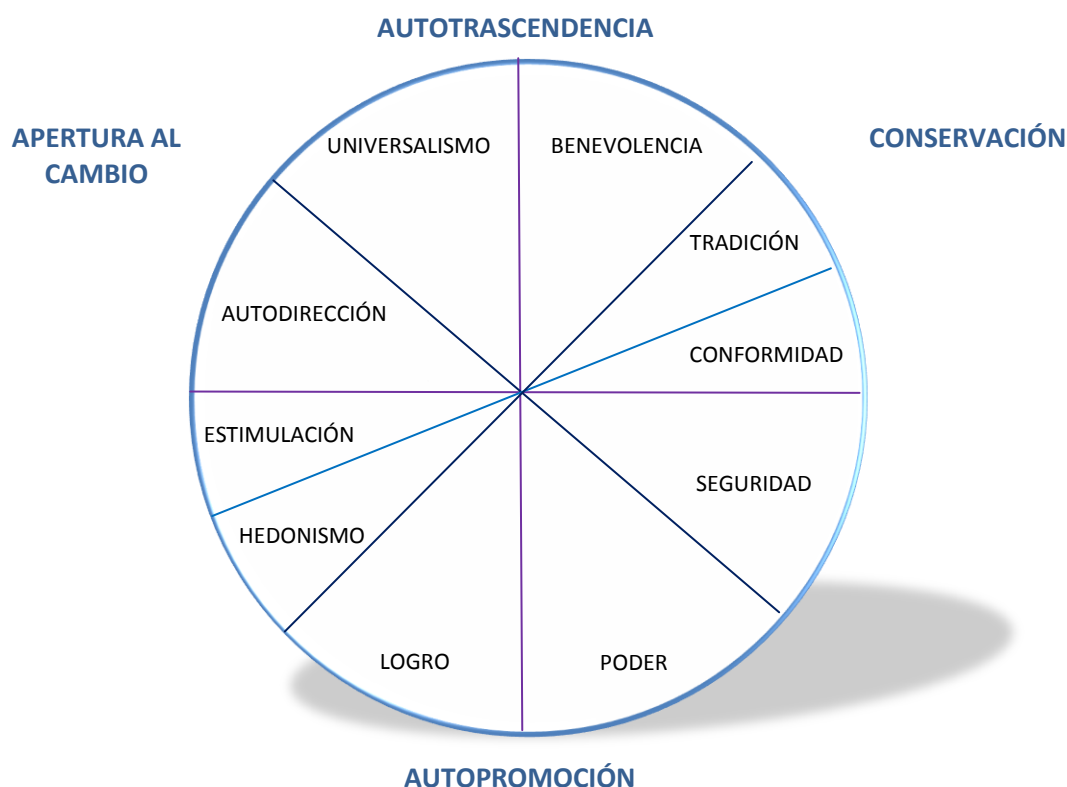
Valor	Definición
Poder	Estatus social sobre las personas y los recursos.
Logro	Éxito personal mediante la demostración de competencia según criterios sociales.
Hedonismo	Placer y gratificación sensual para uno mismo.
Estimulación	Entusiasmo, novedad y reto en la vida.
Autodirección	Pensamiento independiente y elección de la acción, creatividad y exploración.
Universalismo	Comprensión, aprecio, tolerancia y protección del bienestar de todas las personas y de la naturaleza.
Benevolencia	Preservación e intensificación del bienestar de las personas con las que uno está en contacto personal frecuente.
Tradición	Respeto, compromiso y aceptación de las costumbres e ideas que proporciona la cultura tradicional o la religión.
Conformidad	Restricción de las acciones, inclinaciones e impulsos que pudiesen molestar o herir a otros y violar expectativas o normas sociales.
Seguridad	Seguridad, armonía y estabilidad de la sociedad, de las relaciones y de sí mismo.

FUENTE: Aguilar-Luzón MC, Calvo-Salguero A, García-Hita MA. Valores laborales y percepción del estilo de liderazgo en personal de enfermería. *Salud Pública Mex* 2007; 49:401-407.

Otro aspecto de esta teoría consiste en especificar un conjunto de relaciones dinámicas entre los tipos motivacionales de valores con otras variables de una forma integrada.

La clave para identificar la estructura de las relaciones es el supuesto de que las acciones emprendidas para realizar cada tipo de valor tiene consecuencias psicológicas, prácticas y sociales que pueden entrar en conflicto o ser compatibles con la realización de otros tipos de valores. Los análisis de los conflictos y compatibilidades, probables de suceder cuando las personas tratan de realizar estos tipos de valores de forma simultánea, sirven para desarrollar hipótesis sobre las relaciones entre prioridades de valores que a su vez puedan ser potencialmente universales.

FIGURA 2. Modelo teórico de las relaciones entre los tipos motivacionales, tipos de valores de orden superior y dimensiones de valores bipolares.



FUENTE: Brinkmann H, Bizama M. Estructura psicológica de los valores. Presentación de una teoría, rev Sociedad hoy, 2000; (4).

Los tipos de valor en competición emanan en direcciones opuestas del centro; los tipos compatibles se encuentran próximos a lo largo del círculo. Aunque la teoría diferencia entre tipos de valores, postula que a un nivel más básico, los valores forman un continuo de motivaciones relacionadas. Es este continuo el que da lugar a la estructura circular.⁴

Los énfasis compartidos son los siguientes; a) *poder y logro*, ambos enfatizan la superioridad y la estima social; b) *logro y hedonismo*, ambos se centran en la satisfacción personal; c) *hedonismo y estimulación*, ambos implican el deseo del despertar afectivo; d) *estimulación y autodirección*, ambos comparten el interés intrínseco por la novedad y la maestría; e) *autodirección y universalismo*, ambos expresan confianza en el propio juicio y confort con la diversidad de la existencia; f) *universalismo y benevolencia*, ambos se ocupan del bienestar de los demás y trascender los intereses egoístas; g) *benevolencia y conformidad*, ambos demandan el comportamiento normativo que promueve las relaciones cercanas; h) *benevolencia y tradición*, ambas promueven la devoción al propio endogrupo; i) *conformidad y tradición*, ambos implican subordinación del *self* en favor de expectativas sociales impuestas; j) *tradición y seguridad*, ambas destacan el preservar los acuerdos sociales existentes para dar seguridad a la vida; k) *conformidad y seguridad*, ambas enfatizan proteger el orden y la armonía en las relaciones; l) *seguridad y poder*, ambos subrayan el evitar o superar el miedo a las incertidumbres mediante el control de las relaciones y los recursos.⁵

Las oposiciones entre tipos de valores en competición pueden resumirse concibiendo los valores organizados en dos dimensiones bipolares. Tal y como se muestra en la figura 1, una dimensión contrasta los valores de *Apertura del cambio* con los de *Conservación*. Esta dimensión opone aquellos valores que enfatizan la independencia de juicio y acción y favorecen el cambio (autodirección estimulación) con aquellos que ponen el énfasis en la autorrepresión sumisa, la preservación de prácticas tradicionales, y la protección de la estabilidad (seguridad, conformidad y tradición). La segunda dimensión contrasta los valores

de *Autopromoción* con los de *Autotrascendencia*. Esta dimensión opone los valores que enfatizan la aceptación de otros como iguales así como la preocupación por su bienestar (universalismo y benevolencia) con aquellos que destacan la búsqueda de su éxito personal y el dominio sobre otros (poder y logro). Hedonismo está relacionado tanto con *Apertura del cambio* como con *Autopromoción*.

Investigaciones respecto a valores laborales

Como se mencionó anteriormente, el estudio de los valores hacia el trabajo no es algo nuevo, la realidad es que a partir de los años ochenta los investigadores manifiestan un creciente interés en el análisis de este fenómeno, sobre todo en el contexto de las organizaciones.

En nuestro país, no se han encontrado investigaciones relacionadas a la variable de estudio y menos aún, en profesionales de la salud. Se han hallado diversos estudios relacionados con los valores laborales de las enfermeras y otros grupos principalmente a nivel internacional:

Aguilar, García y Calvo en 2004, estudiaron en España, el perfil de los valores hacia el trabajo del personal de enfermería. La muestra estuvo conformada por 53 enfermeros (23 hombres y 30 mujeres) y cuatro supervisores (3 hombres y 1 mujer) de un hospital de la comunidad andaluza. Estos profesionales pertenecían a las siguientes áreas de enfermería: Médico-quirúrgico, Urgencias, Unidad de Cuidado Intensivos y Ginecología. La edad media de los enfermeros fue de 28 años y su antigüedad media en el puesto fue de 3 años. El instrumento utilizado fue la Escala EVAT 30, la cual permite evaluar cuatro factores de orden superior establecidos en la teoría de Schwartz. Los datos fueron analizados a partir de la distribución de frecuencias, porcentajes y puntajes medios. Se concluye que los perfiles de valores obtenidos para enfermeros y supervisores son muy semejantes, no existiendo diferencias importantes entre ambos. La dimensión más valorada

por el personal sanitario de la muestra es la de autopromoción y la menos valorada es la de autotrascendencia.⁶

En el año 2005, González y Arciniega estudiaron los anclajes de carrera profesional y valores en el trabajo, en un grupo de 166 estudiantes de último curso de la licenciatura en Dirección y Administración de Empresa en la Universidad de Salamanca; cuya edad media fue de 22,46 años, entre varones y mujeres. Se utilizó la adaptación al castellano del Career Orientation Inventory (COI); así como, la Escala de Valores hacia el Trabajo (EVAT 30) de Arciniega y González. Se realizó el análisis de regresión múltiples tomando como variable dependiente cada uno de los anclajes de carrera profesional y como variables independientes los cuatro valores de orden superior. Se concluye que en la muestra el valor de orden superior apertura al cambio se ha revelado como el que mayor impacto tiene sobre los anclajes de carrera de los sujetos.⁷

Guerra en 2007, investigó la priorización de valores enfermeros en un distrito sanitario de Sevilla. La muestra estuvo conformada por 85 enfermeros ubicados en diferentes centros de salud del Distrito Sanitario de Alfajarafe (zona peri urbana y rurales), cuya edad media fue de 39 años, entre varones y mujeres, que llevan trabajando cinco años en centros de salud. El muestreo fue intencional. El instrumento utilizado fue un Cuestionario sobre los valores en Atención Primaria. Los datos fueron analizados a partir de la distribución de frecuencias, porcentajes y media aritmética. Los valores priorizados fueron: Empatía, respeto, humanidad, conocimiento científico-técnico, comunicación, ilusión, educación para la salud, equidad, profesionalidad y uso de metodologías de trabajo, entre otros.⁸

Aguilar, García y Calvo en el 2007 estudiaron los valores laborales y percepción del estilo de liderazgo en personal de enfermería. La muestra estuvo conformada por 160 enfermeros y enfermeras de un hospital público de Almería, España, cuya edad media fue de 27.9 años. El instrumento utilizado fue el Cuestionario EVAT-30 para medir los valores y el SBDQ para medir estilos de liderazgo. Los datos fueron

analizados a partir de la distribución de frecuencia y porcentaje, correlaciones de Pearson y puntuaciones medias. Se concluyó que los valores laborales priorizados son los relacionados con la autoridad/poder, tradición y logro, mientras que los menos prioritarios son los vinculados con la benevolencia y universalismo. La percepción del estilo de liderazgo orientado hacia la tarea, correlaciona positivamente con los valores de autoridad/poder, seguridad y logro, y negativamente con los valores benevolencia y universalismo. En cuanto a la percepción del estilo de liderazgo orientado hacia la relación correlaciona positivamente con los valores universalismo, logro, tradición y autodirección.⁹

Grimaldo en Perú, en 2008, con un grupo de 203 policías de ambos sexos, cuya edad promedio fue 34 años, comprobó mediante la versión abreviada de Escala de Valores hacia el Trabajo, que los dos principales grupos de valores fueron: Autotrascendencia y Apertura al Cambio. Las mujeres se ubicaron en un nivel promedio en todas las áreas evaluadas; apreciando un mayor porcentaje en Apertura al cambio. Los varones presentaron una puntuación mayor en todas las escalas; aunque las diferencias no fueron significativas.¹⁰

1.2 Liderazgo

Dentro del contexto laboral en general y en el hospitalario en particular, es evidente la importancia de los líderes para el bienestar y la efectividad de los esfuerzos realizados por grupos de individuos, quienes por sí solos no podrían lograr los propósitos que pretenden.

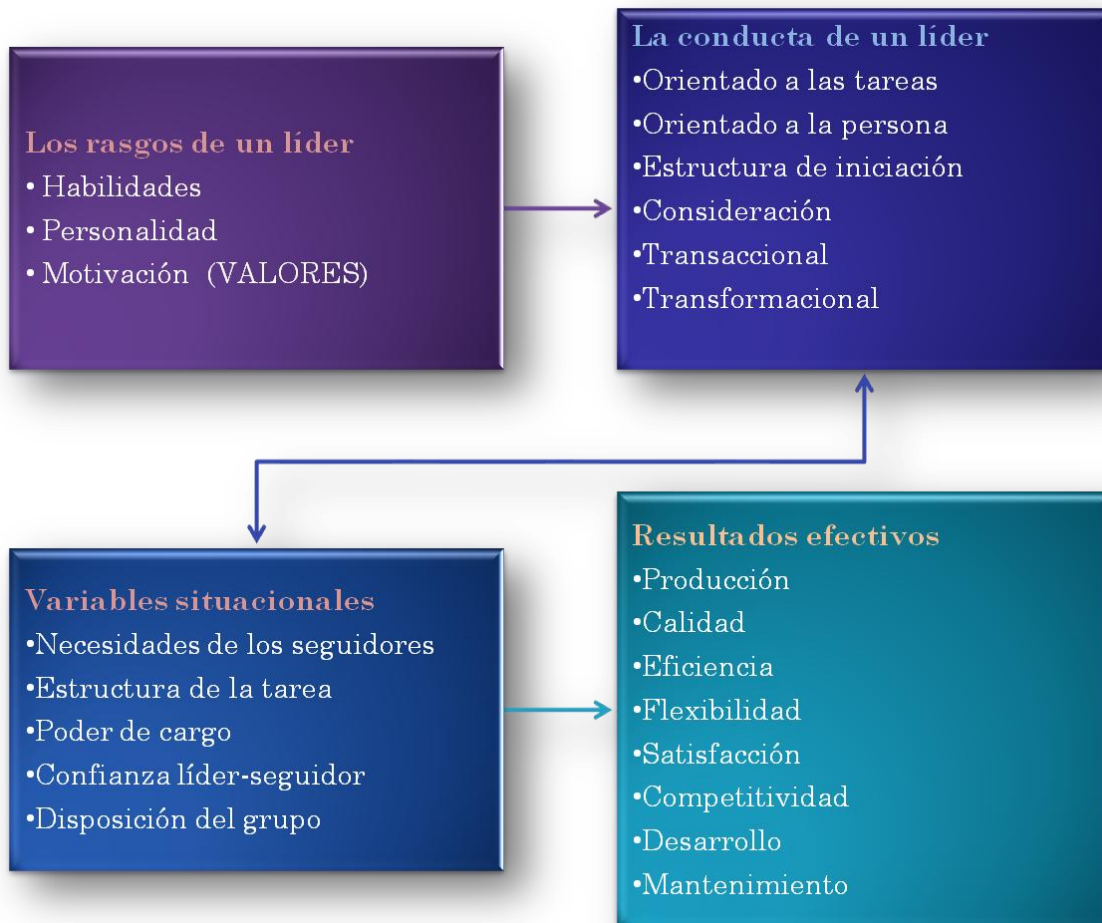
Las personas que ocupan puestos de responsabilidad dentro de la organización deben desempeñar las funciones de dirigir, motivar y supervisar a los subordinados, siguiendo los objetivos de la organización e influyendo por tanto en su comportamiento.^{11 12} Los modelos de liderazgo han evolucionado desde aquellos basados en rasgos de personalidad del líder a modelos conductuales y, posteriormente, a modelos situacionales que toman en cuenta las variables del ambiente.¹³

El liderazgo ocurre cuando un miembro de un grupo modifica la motivación o las competencias de otros en el grupo,¹⁴ su definición involucra el uso de la influencia, y en todas las relaciones interpersonales puede estar implicado. Un segundo elemento comprende la importancia de ser un agente de cambio, ser capaz de afectar el desempeño y la conducta de los seguidores. Por último, se focaliza en el logro de metas individuales y grupales por parte del líder eficiente.¹⁵

El liderazgo se mide por el logro de lo mencionado anteriormente; los individuos pueden visualizarlo como eficiente o no de acuerdo a las satisfacciones que ellos derivan de la experiencia laboral total. En realidad, la satisfacción de las directrices o solicitudes se sustenta ampliamente en las expectativas de los seguidores de que una respuesta favorable pueda conducir a un resultado atractivo.

El presente esquema presenta los términos y conceptos de las teorías del liderazgo, incluye rasgos, estilos de conducta y variables situacionales que se encuentran en la literatura.

ESQUEMA 1. Rasgos, estilos de conducta y variables situacionales del liderazgo.



FUENTE: Gibson LJ, Ivancevich MJ, Donnelly HJ. Las Organizaciones: Comportamiento, Estructura y Procesos. Decima ed. Mc Graw-Hill, México, 2001. p 309.

Según el esquema, un líder puede generar diferencias en las políticas de efectividad organizacional: producción eficiencia, calidad, flexibilidad, satisfacción, competitividad y desarrollo.

Sin embargo, antes de medir el grado exacto de diferencia de lo que los líderes pueden realmente hacer en una organización es necesario analizar lo siguiente: las organizaciones tienden a seleccionar a sus dirigentes de aquellos que tienen antecedentes, experiencias y cualificaciones similares.

En el medio laboral se presentan diferentes circunstancias: las decisiones más importantes requieren de la aprobación, la revisión y de la modificación sugerida por otros; no pueden controlar o modificar muchos factores importantes en una situación; los mercados laborales y los factores ambientales están a menudo fuera del alcance directo del líder. Los factores externos podrían ser abrumadores e incontrolables, sin importar cuán astuto, perspicaz e influyente pueda ser un líder en una situación de trabajo.¹⁶

Respecto de las características que parecen identificar a líderes; la mayor parte del análisis e investigación inicial acerca del liderazgo eficiente se centra en identificar características intelectuales, emocionales y físicas. Además de aplicar pruebas en el estudio del personal, las características han sido estudiadas mediante la observación de su conducta en situaciones grupales, la elección de sus pares (votando), la nominación o clasificación por parte de observadores y a través del análisis de datos biográficos.

Habilidades

Los líderes eficientes comparten ciertas habilidades y destrezas que los capacitan para hacer bien su trabajo, aunque la importancia exacta de una habilidad no puede ser conocida con certeza.

Algunas de las destrezas más importantes asociadas con la efectividad del liderazgo incluyen la habilidad interpersonal de llevarse bien con la gente. Ésta incluye la capacidad de persuadir, el sentido común y la diplomacia. Se observa que el líder eficiente debe demostrar características adicionales a la de sólo entregar conocimiento técnico relacionadas con tareas que deben realizar sus seguidores.¹⁵

Dado que las organizaciones existen para que el trabajo sea hecho, debería esperarse que la mayoría de los líderes eficientes demuestren la habilidad de causar que sus seguidores logren el trabajo deseado (supervisión), la cual implica

establecer objetivos, planificar el trabajo, designar las personas que realizarán y hacer un seguimiento de los resultados del mismo. Según Ghiselli, esta pericia se torna más notoria en la medida que el individuo asciende en la jerarquía organizacional, aunque la naturaleza del trabajo llega a ser más abstracta y distante del individuo.¹⁷

Los rasgos de personalidad, la capacidad de estar alerta, el nivel de energía, la tolerancia al estrés, la madurez emocional, la originalidad, la integridad personal y la auto-confianza están asociados con un liderazgo efectivo. Ghiselli comprobó que la habilidad para iniciar una acción está relacionada decisivamente con el nivel de individuo en la organización, también detectó que la auto-seguridad se relaciona con la posición jerárquica del individuo dentro de la organización.¹⁸ Otros aportes concluyen que el logro, la motivación, la ambición, la tenacidad, la iniciativa y la auto-confianza están asociados con el liderazgo.¹⁹

En este orden de ideas, los líderes trabajan dentro del sistema para lograr resultados deseables. Esta orientación particular para utilizar el poder con propósitos constructivos, denominadas orientación socializada hacia el poder, ha sido bien establecida como una de las motivaciones de los líderes, otra que distingue a los líderes, es una necesidad relativamente alta de conseguir logros particularmente según se refleje en el campo de sus intereses. Además, tienen una necesidad relativamente débil de afiliación, lo cual no sugiere que ellos estarían más motivados por lograr completar una tarea que interactuar con otras personas. Sin embargo, la necesidad débil de afiliación no impide que el líder efectivo aplique destrezas interpersonales.¹⁵

Los rasgos de líder no operan de modo independiente sino que actúan en combinación. Estos influyen en la interacción líder- seguidor. Por otra parte, los modelos de conducta eficiente dependen principalmente de la situación. Los líderes necesitan tener la “cualidad correcta” o las características para hacer que una buena oportunidad sea efectiva.

Los líderes deben enfrentar dos aspectos separados pero interrelacionados de sus situaciones: ellos deben lograr la tarea y deben hacerlo a través de los esfuerzos de aquellos a los que lideran.

La conducta del liderazgo puede ser estudiada mediante el análisis de lo que los líderes hacen con relación a dos puntos: primero al logro de tareas y segundo a lo que hacen para mantener a las personas esforzándose para alcanzar tal objetivo.

En 1947, Rensis Likert empezó a estudiar cómo manejar mejor los esfuerzos de los individuos para lograr la producción deseada y la satisfacción de objetivos.²⁰ El propósito del equipo de investigación de la Universidad de Michigan fue descubrir los principios y métodos de lo que consideraron liderazgo efectivo e identificaron dos distintos: *liderazgo centrado en el trabajo (o en la tarea)* y *el liderazgo centrado en el empleado (o en la relación)*.

El primero se centra en completar la tarea y usa la supervisión cercana para que los subordinados ejecuten sus tareas usando procedimientos específicos. Este líder confía en la coerción, la recompensa y en el legítimo poder de influir en la conducta y el desempeño de los seguidores. Los líderes que muestran este estilo de liderazgo parecen ver en la preocupación por la gente un lujo importante que no siempre puede costear.

Por su parte, el líder centrado en el empleado se focaliza en que las personas hagan su trabajo y cree en el delegar la toma de decisiones y en el ayudar a sus seguidores a satisfacer sus necesidades creando un entorno laboral de apoyo. Los líderes centrados en los empleados se preocupan del avance personal, del crecimiento y del logro de sus seguidores, enfatizando el desarrollo individual y grupal con la expectativa de que el desempeño laboral efectivo fluirá naturalmente.²⁰

Los estudios sugieren que un líder debe ser de un tipo o de otro; un individuo no puede estar centrado en el trabajo y en el empleado. Esta aparente inhabilidad de ser ambos, un líder eficiente centrado en el trabajo y un líder eficiente centrado en la persona, estimuló otros estudios para probar esta conclusión.

Las teorías situacionales del liderazgo evolucionaron para llegar a sugerir que la efectividad del liderazgo depende del ajuste entre personalidad, tarea, poder, actitudes y percepciones.²¹ Bajo esta perspectiva la conducta del liderazgo necesaria para descartar el desempeño depende principalmente de la situación: así, lo que es liderazgo efectivo en una situación, podría ser incompetencia desorganizada en otra.

El aspecto situacional del liderazgo, siendo atrayente, es ciertamente un escenario que involucra desafíos al implementarla.²² Su fundamento básico sugiere que un líder efectivo debe ser lo suficientemente flexible para adaptarse a las diferencias entre los subordinados y los contextos. Decidir como guiar a otros individuos es difícil y requiere un análisis del grupo y del entorno.²³ Los gerentes que están conscientes de las fuerzas que enfrentan son capaces de modificar sus estilos para enfrentar cambios en el entorno laboral. Tres factores de importancia particular son: fuerzas en los géneros, fuerzas en los subordinados y fuerzas en la situación.²⁴

Los estudios de Fred Fiedler dados a conocer en el Modelo de Contingencia, arrojaron como resultado que los líderes practicaban uno de dos estilos: el liderazgo orientado a la tarea y el orientado a la relación. Él y sus colegas pasaron muchos años para desarrollar una manera de medir la tendencia individual a practicar estos dos estilos y, eventualmente, establecieron un método que se basa en el razonamiento psicológico.²⁵

De acuerdo a Fiedler, los individuos cuya personalidad favorece el cumplimiento de tareas y un sentido de logro ejercerían, probablemente, el liderazgo orientado

a la tarea. Un individuo cuya personalidad valora las relaciones cálidas y de apoyo hacia otros probablemente ejercería el liderazgo orientado a la relación.

Más aún, los estudios de Fiedler lo convencieron de que los individuos no pueden tener ambos tipos de liderazgo. Las personas en dicha posición estarán más cómodas, serán más sinceras y eficientes ejerciendo la conducta de liderazgo que apoya su propio tipo de personalidad. De este modo, el punto más importante es ajustar los estilos y la personalidad de los líderes a la situación en la cual ellos serán más eficientes.

Fiedler propone tres factores situacionales que determinan si un estilo orientado a la relación o a la tarea es efectivo: las relaciones miembro-líder, la estructura de la tarea y el poder del cargo. Desde los puntos de vista intuitivos y teóricos, *las relaciones interpersonales entre el líder y el seguidor son quizá la variable más importante en una situación*; esto se refiere al grado de seguridad, confianza y respeto que los seguidores tienen en su líder. La influencia dependerá, en parte, de la aceptación de los partidarios. Si están dispuestos a seguirlo debido a su carisma, o por el respeto mutuo, el líder tiene poca necesidad de basarse en la conducta orientada a la tarea, sin embargo, si no hay confianza en el líder y es visto de modo negativo por los seguidores, la situación probablemente, aunque no necesariamente, requerirá una conducta orientada a la tarea.²⁵

El segundo factor más importante se refiere a la estructura de la tarea, específicamente a las características del trabajo a realizar. Algunas de las características importantes son:

- a) El grado en el cual las tareas y deberes laborales son claramente establecidas y conocidas por las personas que realizan el trabajo.
- b) El grado en el cual los problemas laborales pueden ser resueltos mediante una variedad de procedimientos.

- c) El grado en el cual “lo correcto” de las soluciones o decisiones que surgen en el trabajo puede ser demostrado apelando a una autoridad, a procedimientos lógicos o a la retroalimentación.
- d) El grado en el cual hay generalmente más de una solución correcta.

El poder del cargo en el modelo de contingencia se refiere al poder inherente al puesto de liderazgo, esta característica situacional toma en cuenta que el liderazgo ocurre en una variedad de grupos y organizaciones disímiles que se diferencian de acuerdo a cuanta autoridad formal tiene el líder para tomar decisiones y para exigir obediencia de parte de sus subordinados.

El siguiente esquema combina los tres factores situacionales de forma tal que ahora se tienen ocho situaciones diferentes que van desde la situación I, la cual es muy favorable para el líder, a la situación VIII, que es muy desfavorable para el líder.

TABLA 2. Resumen de las variables situacionales de Fiedler y sus estilos de liderazgo preferidos

CARACTERÍSTICAS SITUACIONALES	SITUACIÓN								
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	
RELACIONES MIEMBRO-LÍDER	Buena	Buena	Buena	Buena	Mala	Mala	Mala	Mala	
ESTRUCTURA DE LA TAREA	Alta	Alta	Baja	Baja	Alta	Alta	Baja	Baja	
PODER DEL CARGO	Fuerte	Débil	Fuerte	Débil	Fuerte	Débil	Fuerte	Débil	
ESTILOS DE LIDERAZGO PREFERIDOS	Motivado a la tarea		Motivado a la relación			Motivado a la tarea			
MUY FAVORABLE									MUY DESFAVORABLE

FUENTE: Gibson LJ, Ivancevich MJ, Donnelly HJ. Las Organizaciones: Comportamiento, Estructura y Procesos. Decima ed. Mc Graw-Hill, México, 2001. p 321.

Como se muestra en el esquema, los líderes orientados a la tarea se desempeñan mejor que los orientados a la relación en situaciones relativamente favorables (I, II y III) y relativamente desfavorables (VIII). En segundo lugar, los líderes orientados a la relación se desempeñan mejor que los orientados a la tarea en situaciones favorables intermedias (IV, V, VI y VII). Estos hallazgos apoyan la noción de que cada tipo de líder es efectivo en ciertas situaciones.¹⁵

Fiedler recomienda que las organizaciones deberían concentrarse en cambiar la situación para acomodar a sus líderes, más que cambiar (capacitar) a los líderes para que se acomoden a sus situaciones. Así los individuos que prefieren conductas orientadas a la tarea no se beneficiarían de una capacitación en destrezas de relaciones humanas. Lo inverso también es válido; los líderes orientados a la relación no responderán a una capacitación que los ayude a ser más orientados a la tarea. Incluso sugiere que los líderes pueden hacer cambios que resulten en situaciones más favorables.

Debido a la importancia que ejerce el liderazgo en los grupos de enfermeras y su relación con los valores laborales, se identificaron dos estudios realizados en el medio internacional bajo esta perspectiva:

García y Santa Bárbara en 2009, comprobaron la relación entre las fuentes de poder del líder y los estilos de dirección de 204 enfermeras. La muestra fue elegida al azar al personal de Enfermería de un hospital público en España. Los Instrumentos de medida fueron: el SBDQ para identificar los estilos de liderazgo y el Perfil de Percepción de Poder para determinar los tipos de poder utilizados por los líderes. Realizaron análisis descriptivo, bivalente y multivalente. A partir de los resultados obtenidos, verificaron la relación propuesta por la TLS (Teoría del Liderazgo Situacional) entre el poder coercitivo y el estilo de liderazgo E1 (decir) y entre el poder referente y el estilo de liderazgo E3 (participar).²⁶

Aguilar, García y Calvo en el 2007 estudiaron los valores laborales y percepción del estilo de liderazgo en personal de enfermería. La muestra estuvo conformada por 160 enfermeros y enfermeras de un hospital público de Almería, España, cuya edad media fue de 27,94 años. El instrumento utilizado fue el Cuestionario EVAT-30 para medir los valores y el SBDQ para medir estilos de liderazgo. Los datos fueron analizados a partir de la distribución de frecuencia y porcentaje, correlaciones de Pearson y puntuaciones medias. Se concluyó que los valores laborales priorizados son los relacionados con la autoridad/poder, tradición y logro, mientras que los menos prioritarios son los vinculados con la benevolencia y universalismo. La percepción del estilo de liderazgo orientado hacia la tarea, correlaciona positivamente con los valores de autoridad/poder, seguridad y logro, y negativamente con los valores benevolencia y universalismo. En cuanto a la percepción del estilo de liderazgo orientado hacia la relación correlaciona positivamente con los valores universalismo, logro, tradición y autodirección.⁵

Segunda parte

1.3 Fundamento Disciplinar: Enfermería y el Cuidado

Cuidar es un acto de vida que significa una variedad infinita de actividades dirigidas a mantener la vida y permitir la continuidad y la reproducción. Es por un lado, un acto individual, dado por uno mismo, en el momento en que la persona adquiere la autonomía precisa para ello. Igualmente es un acto recíproco que supone dar a toda persona, que temporal o definitivamente, tiene necesidad de ayuda para asumir sus cuidados de vida.²⁷

El cuidado se entiende como una operación conjunta de diversos profesionales, cuyo objetivo común es la provisión de la atención que los usuarios necesitan. Styles (citado por Kerouac), afirma que la motivación del personal enfermero y la calidad del cuidado logran su cima cuando existe un sentimiento de pertenecer al grupo. Esto significa que los miembros del equipo de cuidados tienen preocupaciones, se comprometen y colaboran. Este sentimiento de pertenencia

nace gracias a unas relaciones cuyos intercambios son interactivos más que jerárquicos y gracias a la colaboración más que al aislamiento de una práctica hermética. En este sentido, Cooper menciona que trabajar juntos significa que la enfermera y los profesionales de otras disciplinas se comprometen a alcanzar los objetivos de cuidados de salud ejerciendo su autonomía profesional y reconociendo su interdependencia. Se trata de una aceptación de las capacidades y de los límites de unos y otros en el contexto de una relación entre personas que buscan la comprensión de una experiencia de salud. Así, la interdependencia no significa ni una ganancia ni una pérdida de independencia, sino más bien que uno y otro pueden acceder a un potencial de desarrollo y de enriquecimiento, no sólo para sí mismos, individualmente, sino para todos, colectivamente.²⁸

En la actualidad la enfermería ha diversificado sus competencias y actividades relacionadas con la salud, las enfermeras y enfermeros, cuidan, educan, dirigen, aconsejan e investigan. Su trabajo está marcado por la polivalencia, la flexibilidad y la multidisciplinariedad, esto ha ocasionado que la enfermería profesional apunte al desarrollo de un espíritu analítico y globalizado, con el dominio de competencias técnicas de alto nivel manteniendo el calor humano y la simplicidad en el contacto.²⁸

Lo anterior, implica cualidades especiales: requiere crear y construir permanentemente la profesión; fuerza para mantenerse frente al dolor de otros; imaginación crítica para adaptar a la organización de los servicios de salud un entorno favorecedor del cuidado de las personas; para alcanzar esto, es necesario por tanto una preparación y un talento científico, técnico y humano para enseñar y para ayudar a suplir las necesidades de cuidado de cada individuo como ser único e incorporarlo a su entorno, la familia y la comunidad.

La Enfermería como ciencia humana práctica, es un conjunto organizado de conocimientos abstractos, avalados por la investigación científica y el análisis lógico; basada en teorías y modelos que le proporcionan el marco teórico

necesario para perfeccionar su práctica diaria, a través de la descripción, predicción y control de los fenómenos durante el proceso de atención, a través del cual el profesional utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar las respuestas humanas de la persona, la familia o la comunidad.²⁸

Vista así, la práctica de Enfermería puede ser concebida como un campo de experiencias, donde se incluyen las creencias y los valores arraigados en lo esencial de la disciplina, la aplicación de conocimientos, el ejercicio de un juicio clínico que lleva a una intervención reflexionada.^{29 30}

Donalson y Crowley (citados por Kerouac), añaden que el ejercicio de esta profesión apunta a optimizar los entornos humanos para la salud y que es un servicio humanitario en el sentido en el que se interesa en preservar el respeto y la autodeterminación de la persona, dicha acción no está restringida a limitar los deterioros de la salud, sino que igualmente sirve de fuerza para su promoción.²⁸

Desde la perspectiva de Peplau y Watson, la práctica engloba la creación de un cuidado individualizado, la utilización de uno mismo en tanto que instrumento terapéutico y la integración de habilidades específicas.²⁸

El arte del cuidado, por tanto, es la utilización creadora y estética de la ciencia de enfermería. Se manifiesta en la relación interpersonal y en la utilización de diversas técnicas y procedimientos, donde se vinculan la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis, la aplicación del conocimiento, el juicio crítico y la intuición que permiten crear el cuidado.³¹

El arte de la Enfermería, puede ser el más imaginativo y creativo sentido del conocimiento al servicio del ser humano. Para ello el profesional de enfermería debe integrar los conocimientos de las artes, las humanidades, las ciencias sociales y conductuales en la asistencia humana.

La práctica científica de la Enfermería requiere la adopción de una teoría que dé significado a la realidad donde se ejecutan los cuidados, y un método sistemático para determinar, organizar, realizar y evaluar sus intervenciones. Hoy día con el nivel de desarrollo de la disciplina, se sigue un modelo de cuidados y como metodología, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE). Ambos significan la epistemología de Enfermería, entendidos como sus fundamentos y su método del conocimiento.²⁸

León plantea que la Enfermería es una ciencia que requiere destrezas intelectuales, interpersonales y técnicas, que se aplican a través de un método científico de actuación, con carácter teórico-filosófico, que guía y respalda cada uno de sus componentes, sustentado por investigaciones que regulan la práctica profesional. Al analizar su paradigma teórico-filosófico, debe verse como una estructura de conocimientos que permite guiar y desarrollar la comprensión de esta ciencia, desde un punto de vista epistemológico, que es el eje fundamental para una visión científica de esta disciplina.³²

Desde un enfoque filosófico-humanista Suárez menciona: "...Si nosotros conociéramos más a profundidad este misterioso mundo del enfermo redescubriríamos que *SER* con el enfermo es más importante que *HACER* por el enfermo. En este mundo del hacer, la Enfermería de nuestros tiempos no sólo amerita una preparación fundamentada en conocimientos científicos que exige el avance tecnológico moderno, ni tampoco puede contentarse con ser solamente técnicos-científicos, sino que tenemos que ser personas que aprendamos todos los días a ser sensibles al dolor humano."³³

En este orden de ideas, la filosofía de Enfermería comprende el sistema de creencias y valores heredados y transmitidos por la profesión, incluyendo también una búsqueda constante de conocimientos, y por tanto, determina la forma de pensar sobre los fenómenos y, en gran medida, de su manera de actuar, lo que constituye un elemento de vital importancia para la práctica profesional.³⁴

Es importante destacar que los profesionales de enfermería, también están influidos por el terreno institucional como: el sistema de costumbres y valores tecnológicos, económicos, sociales e incluso jurídicos. Por tanto, es importante conocer y comprender los diferentes condicionamientos que parten del medio laboral: estructuras jerárquicas, organización del trabajo, procesos de toma de decisiones, es decir, todo lo “que abarca el conjunto de las significaciones, representaciones más o menos codificados de los que nos servimos para actuar y hacernos comprender.”³⁵

Lo anterior es importante, pues sí no se analiza ni se mide lo suficiente el impacto del medio institucional del trabajo en enfermería al mismo tiempo que la finalidad y la orientación de los cuidados, se corre el riesgo de no dominar ni movilizar los factores que intervienen en su realización y las condiciones indispensables para su cumplimiento.

Por su parte, la Gestión del Cuidado de Enfermería es definida como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en lineamientos estratégicos, para obtener como producto final la salud,³⁶ es también un producto y un proceso social; pues es el resultado de complejas interacciones entre los procesos económicos, biológicos, etnográficos, culturales y sociales, que determinan el grado de desarrollo integral, sustentándose en la coordinación y organización de los aportes de múltiples actores relacionados con el estilo, las condiciones y el modo de vida; aspectos vinculados directamente con el bienestar de los individuos y las poblaciones.³⁷

La gestión de cuidados tiene el propósito de adecuar la atención a las necesidades del usuario, las demandas de sus familiares, cuidadores y la propia comunidad. Es un proceso humano y social que se apoya en la influencia interpersonal, del liderazgo, la participación y de la comunicación. La enfermera responsable de este cometido, para ejercer un liderazgo comprensivo que motive

a los usuarios internos hacia la mejora continua del cuidado, debe considerar los valores, actitudes y conocimientos de la disciplina que le brindan una visión distinta y específica.³⁸

Así, se reconoce que el rol de la enfermera gestora consiste en planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos financieros, humanos y materiales, con la intención de atender, con la mejor eficacia posible, los objetivos de la organización; guiando su actividad a partir de los conocimientos extraídos de las ciencias de la organización, gestión, economía y política. Por ello, las teorías y los principios inherentes a estas disciplinas serán necesarias para la práctica administrativa en cuidados enfermeros, pues la gestión de éstos es un proceso heurístico, dirigido a movilizar los recursos humanos y los del medio con intención de mantener y favorecer el *cuidado* de la *persona* que, en interacción con su *entorno*, vive experiencias de *salud*.²⁸

La eficacia, rentabilidad, productividad y estabilidad económica forman parte de los objetivos prioritarios de las orientaciones políticas contemporáneas. Todos estos datos constituyen un gran desafío frente a los valores humanos que sostienen la práctica de los cuidados enfermeros. Utilizando los recursos disponibles y contemporizando con los límites y contrariedades del entorno, la enfermera gestora está llamada a crear, los medios favorables al cuidado de la persona y a la calidad de vida del personal.

La gestión de los cuidados está pues, orientada hacia la persona y su familia, el personal enfermero y los equipos interdisciplinarios. Se define entonces, como un proceso humano y social que gravita alrededor de la influencia interpersonal y del liderazgo, de la motivación y de la participación, de la comunicación y de la colaboración.

El liderazgo puede permitir a la enfermera gestora influir en la acción de las enfermeras responsables directas del cuidado, con base en su compromiso

profesional y de respeto a las personas; y la destina también a manifestar los comportamientos de apoyo para con el personal y a reducir los obstáculos para ayudar a trabajar de manera eficaz. Mantiene también relaciones de trabajo caracterizadas por la confianza y el respeto de las ideas del personal y por la consideración de sus valores y creencias.

Finalmente la enfermera gestora está llamada a definir y estructurar claramente su rol, igual que el del personal. Lo anterior es necesario para alcanzar los objetivos de los servicios de cuidados enfermeros.

1.4 Fundamento Organizacional: El Hospital en el Sistema de Salud.

El modelo de atención de salud de una población es la forma cómo la sociedad, ante los determinantes sociales y biológicos, organiza sus recursos humanos, tecnológicos y materiales para afrontar integralmente los riesgos de salud y proporcionar los servicios de fomento, prevención y atención médica (incluyendo aquellas modalidades informales de atención de la salud establecidas por la comunidad).

En gran medida, el modelo de atención determina la forma de organización de los sistemas de salud –niveles de atención primaria, secundaria y terciaria-, e incluye en las modalidades de atención (ambulatoria y de internamiento), el perfil de los recursos humanos que proporcionan la atención: especialistas, médicos de familia, enfermeras, etcétera, así como el estilo de trabajo y el tipo de servicios que se proveerán por nivel, las relaciones entre éstos y los usuarios, en la participación comunitaria, la coordinación intersectorial y en los mecanismos de financiamiento.³⁹

En México, la organización de la atención a las personas en los servicios públicos de salud está estructurada por niveles de atención; el primero incluye acciones de promoción de salud, prevención de enfermedades y atención ambulatoria a la

morbilidad más frecuente. El segundo es donde se brinda la atención de especialidades básicas en hospitales generales o de especialidad, en los cuales se brinda atención ambulatoria y de hospitalización y generalmente se dispone de servicios de apoyo diagnóstico de imagen y laboratorio. Finalmente el tercer nivel de atención realiza atenciones especializadas de mayor complejidad así como investigaciones clínicas y básicas, a cargo de enfermeras, médicos y otros profesionales.⁴⁰

El Sistema Nacional de Salud en México, está constituido por las instituciones de seguridad social (IMSS, ISSSTE, PEMEX y otros), que prestan servicios a sus derechohabientes (trabajadores del sector formal de la economía y sus familias); la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud (SESA) y el programa IMSS-Oportunidades, que prestan servicios a la población que no tiene seguridad social, y el sector privado, que presta servicios a la población con capacidad de pago.⁴¹

Por su parte los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (SSDF) están organizados a través de 16 Jurisdicciones Sanitarias, para brindar atención médica de primer nivel a la población, promover la salud y garantizar la seguridad sanitaria de la Ciudad.

Partiendo del enfoque estratégico dentro del hospital, la cultura gerencial permite gracias a la aplicación de herramientas técnicas, mejorar la organización de los servicios, evitar la pérdida de recursos y actividades inútiles, racionalizar y articular las diferentes actividades clínicas, industriales, médico-técnicas, logísticas y administrativas, con un objetivo único: la salud del paciente.

La labor del sistema hospitalario es responder a ciertas necesidades de salud de la población de forma articulada con las otras unidades de servicios y en cumplimiento de objetivos de salud pública definidos por las autoridades sanitarias. Estas necesidades son cambiantes pues la población misma está en

movimiento: migraciones cotidianas hacia las grandes ciudades, desarrollo urbano, éxodo rural, poblaciones aisladas, etcétera.

El hospital está al servicio de la población, lo que quiere decir que debe adaptarse a sus necesidades. Esta visión del porvenir y este camino trazado vienen dados por el enfoque estratégico y debe contar con la debida asignación de recursos materiales, financieros, y humanos para que pueda hablarse verdaderamente de estrategia.

La estrategia es un razonamiento económico, porque debe estar sostenida por las leyes económicas que rigen al sector interesado y dar respuesta a las necesidades de salud (en el caso de un hospital), buscando armonizar el sentido de los recursos financieros y humanos que se van a movilizar, la evolución tecnológica y el control de la producción. Es a fin de cuentas un razonamiento de quien la pone en práctica, porque debe tener en cuenta las acciones y las reacciones del medio, así como los acontecimientos económicos y sanitarios a menudo aleatorios (la evolución positiva o negativa de la asignación de recursos, la adopción de nuevas tecnologías, el cambio social, etcétera).

La planificación estratégica es uno de los medios para tomar decisiones, y puede definirse como “un procedimiento organizativo que tiene por objeto prever los cambios trascendentales;”⁴² tiene entre otras funciones, sobre todo, la de asegurar una integración de las diferentes partes de una empresa y la movilización del personal en función de sus objetivos. Es, asimismo, una ayuda, un enfoque que favorece un buen análisis de la situación y la consecución satisfactoria de los objetivos. Además, puede definirse como un procedimiento según el cual un dirigente procede intelectualmente a efectuar sus selecciones indispensables, desplegar y utilizar sus recursos y fijar sus prioridades.

Este tipo de planificación apela a dos dimensiones de toda organización social; la primera es la económica y precisa las características objetivas de la empresa y de

su entorno (medios, pericia específica, complementariedad de las opciones, monto de las inversiones, prioridades de acción). La segunda dimensión, (que es más pública y humana), pone de relieve la existencia y el lugar de actuación de la gente de la empresa cuyos objetivos individualizados persiguen metas.⁴³ El planificador estratega de la empresa debe entonces tener en cuenta estas dos dimensiones que están estrechamente vinculadas entre sí.

La metas que persigue la planificación estratégica son múltiples: facilitar a todos los agentes presentes la realización de la estrategia, actuar para frenar las opciones que se manifiestan con respecto a ésta, utilizar mejor los recursos, tener en cuenta todas las competencias de la empresa, y aprovechar las posibilidades que ofrece el mercado.

El plan estratégico, se considera como una herramienta útil para gestionar vitalmente, es decir, concebir y actuar en la organización, su cultura y los sistemas de gestión, y dar sentido y efectividad a la empresa. Para los directivos lo importante es la acción sobre la organización general de la empresa, la puesta en práctica de instrumentos de conducción necesarios, la concepción y la actualización de los sistemas de información, el desarrollo de la capacitación y de la comunicación, o el nombramiento de personas en puestos clave. Estos diferentes elementos, asociados con el plan, constituyen la gestión estratégica.

Este enfoque estratégico exige un trabajo de análisis prospectivo para definir con la mayor precisión posible las oportunidades que se ofrecen al establecimiento, los factores clave de éxito y las amenazas que surgen del ambiente. A fin de realizarlo, deberán considerarse cuatro dimensiones: evolución de las necesidades de la población, de la competencia y de la complementariedad (otros establecimientos, policlínicas, etc.), de los recursos, y de la tecnología.

Desde esta perspectiva, el plan estratégico hospitalario, idealmente debe ser un proceso mediante el cual el hospital analice su entorno interno y externo, se

pregunte por su misión, visión y objetivos institucionales, todo para alcanzar el bienestar y la salud de su población. Esto significa que las decisiones que se tomen en el presente producirán resultados útiles para la comunidad en el futuro. Este plan se ha de concebir, por consiguiente, como un instrumento que guía y permite definir las características del nosocomio para construir su futuro en relación con el medio o entorno en que se encuentra.

El primer interés de un plan estratégico es el de poder disponer de un plan de gestión concreto, cuyo fin es lograr uno o más objetivos de salud determinados con respecto a poblaciones definidas. El segundo interés se trata de un plan global, que no es solamente sanitario, sino también económico y gerencial, es decir, que tiene en cuenta la inversión, el personal necesario y el conjunto de recursos indispensables para organizar el funcionamiento general del hospital en un periodo concreto.

Por añadidura, el plan estratégico debe permitir hacer coincidir los objetivos de planificación externa -tal como son fijados por las autoridades políticas o administrativas responsables del hospital- con el plan estratégico interno del establecimiento y tiene como horizonte temporal el largo plazo y es relativamente general, se centra en planes amplios y duraderos, asegura la efectividad y supervivencia del hospital para muchos años, establece típicamente la finalidad de la organización, y describe un conjunto de metas u objetivos junto con las estrategias para alcanzarlos. Sin embargo, no es estático, sino dinámico, y se adapta a los cambios institucionales y del entorno.⁴⁴

La programación operativa concreta las ideas de la planificación estratégica en acciones que se acometen a corto plazo (usualmente un año), es muy específica y está orientada a la consecución de un objetivo determinado. Además, convierte las ideas y conceptos generales del plan estratégico en acciones y pasos concretos cuantificables y evaluables. Por tanto, es la descripción de lo que se requiere para hacer construir día a día los planes estratégicos.

Los hospitales deben identificar y escuchar constantemente los requerimientos del entorno (políticas, necesidades de las personas, etc.), junto a los anhelos y aspiraciones de las personas que trabajan en él, y comprender la respuesta a estos requerimientos con arreglo a la filosofía y las políticas de la institución y del sistema expresadas en la Misión y la Visión institucionales, lo cual permitirá las transformaciones necesarias para pasar de la situación actual a la situación deseada en un escenario global cambiante han de efectuarse a la luz de esas definiciones institucionales.

Cuando se planifica un cambio institucional hospitalario se adoptan y actualizan decisiones que brindan identidad a la organización al tiempo que le marcan la dirección en que debe desarrollarse en aproximaciones sucesivas.

Por su parte, la calidad de la atención, es específicamente una manifestación de la combinación de los principios de equidad, eficacia, eficiencia; en la cual ninguno de ellos tiene un comportamiento independiente. La equidad depende de factores propios de la prestación de servicio médico y de la distribución de los recursos que se traducen en beneficios individuales o sociales. La eficacia guarda relación con la aplicación en condiciones ideales de tecnología, pero también de recursos y de la infraestructura, y la eficiencia está asociada con la gestión de los sistemas de salud. La satisfacción del usuario depende en gran medida de los tres principios anteriores, pero igualmente encuentra componentes propios en los patrones culturales y percepciones sociales de la salud.⁴⁴

Para mejorar el conjunto de las características de la equidad, eficacia, eficiencia y satisfacción del cliente, es necesario plantear procesos diferentes a los tradicionales: primero, es esencial tener una visión integral del cambio que incorpore como punto central un proceso y una cultura de calidad; segundo, esa visión tiene que ser compartida por la mayor parte del personal; tercero, se deben desarrollar aplicaciones selectivas y estratégicas de la calidad para generar credibilidad entre el personal y los usuarios. Por último, la equidad, la eficacia, la

efectividad, la eficiencia y el enfoque de satisfacción del cliente deben tener una expresión concreta, objetiva y en lo posible cuantitativa.

El Dr. Avedis Donabedian, define la calidad como “lograr los mayores beneficios con los menores riesgos posibles para el paciente dados unos recursos.”⁴⁵ La Dra. Heather Palmer, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, la define como “la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.”⁴⁶ Y el Dr. Vicente Falconi provee una definición general de calidad para cualquier servicio o producto: “atender perfectamente, de manera confiable, de manera accesible, de manera segura, y en el tiempo exacto las necesidades de un usuario.”⁴⁷

En las definiciones anteriores del concepto de calidad existen varias dimensiones que merecen ser consideradas en detalle; la primera es la dimensión técnica, que consiste en la mejor aplicación del conocimiento y la tecnología disponibles a favor del paciente; la segunda es la seguridad, que se mide en el riesgo que acarrearán los servicios ofrecidos para el paciente. Ésta depende de su condición, de la eficacia de la estrategia definida y de la destreza con que se aplique. A partir de un momento dado en la atención de un paciente, los servicios que se añaden pueden traer un aumento mucho mayor de riesgos que de beneficios, por lo cual una medida de calidad debe ponderar en qué grado se logró el equilibrio más favorable entre ellos. La tercera dimensión de la calidad es el grado en que el servicio satisface las necesidades sentidas del usuario.⁴⁴

Donabedian considera que la relación interpersonal con el paciente y las características del lugar en que se preste la atención deben reflejar respeto por el paciente y permitir su privacidad y comodidad. Esta dimensión es parte integral de la calidad de la atención, ya que puede influir decisivamente en la aceptabilidad por parte del paciente y, por ello, en el éxito de la atención y en los beneficios que brinda.⁴⁸ De esta manera, la “calidad sentida o percibida por el usuario”

comprendería no solamente aspectos tales como la comodidad, el trato, la privacidad, el tiempo de espera, sino también que el usuario sea capaz de percibir aspectos de la calidad técnica desde su propia perspectiva y sus valores.⁴⁵

Es importante resaltar, como lo hace Donabedian, que la satisfacción de los proveedores de la atención es la causa principal de su buen desempeño, por lo cual es un condicionante fundamental de la calidad. En consecuencia, idealmente, el profesional o los grupos de profesionales juzgarán los procedimientos que deben emplearse: la técnica, el juicio, diagnóstico y los resultados de la atención a un usuario; este último evaluará los beneficios de su atención por medio de variables objetivas y subjetivas (como el trato que recibió, el lugar donde fue atendido, la oportunidad, la confianza que le generó el prestador del servicio y el resultado obtenido).

Para que la calidad pueda darse en un aspecto más amplio que el acto clínico, deben existir relaciones de coherencia entre tres elementos fundamentales: la situación de salud de las personas, como problema específico; la situación social, como condicionante de la salud, y la situación institucional, como determinante de la respuesta al problema de salud. Esta coherencia permite que el sistema en su conjunto sea capaz de dar una respuesta efectiva que resuelva no solo las manifestaciones más evidentes de la salud (la enfermedad individual), sino también sus causas subyacentes.

La calidad es un proceso que trasciende la mera relación directa entre la enfermera, médico y el paciente, aún cuando ésta constituye un eslabón crítico del proceso que empieza por la coherencia entre situación de salud, social e institucional, y que incluye procesos administrativos y logísticos que sientan las bases para que ciertos recursos esenciales tengan las características que exige la efectividad del acto médico y fluyan de forma oportuna.

En la dimensión del servicio es necesario desarrollar mecanismos para conocer las necesidades y expectativas de los usuarios y la forma como éstas se traducen en características de la atención; para ello, se ha de analizar el trato, la información recibida por el beneficiario y la facilidad de acceso, la oportunidad de respuesta, los tiempos de espera, así como las condiciones en que se presta la atención: el orden, el aseo, la comodidad y la intimidad; y si se tienen mecanismos sistemáticos de capacitación al usuario para hacerlo participe de las decisiones referentes a su propio cuidado.

Para el caso de nuestro país en lo que se refiere a la evaluación de la calidad, la Secretaría de Salud ha realizado desde hace tres décadas diversos esfuerzos para promover y fortalecer los procesos de seguimiento y evaluación de las políticas, programas y actividades que desarrolla tanto en los ámbitos nacional como estatales.

Un avance importante en esta materia se dio en el año 1995, cuando, por acuerdo presidencial, al entonces Consejo Nacional de Salud (CNS) se le atribuyó, entre otras responsabilidades, la coordinación y desarrollo de acciones de evaluación dentro del sector. Para dar cumplimiento a este mandato este organismo elaboró en 1996 una lista de 71 *Indicadores de Resultado*, con los que se buscó evaluar los servicios de salud, las actividades de regulación y fomento sanitario, y los programas de salud desarrollados en las entidades del país; posteriormente, en 1998 el CNS redujo este número a 46 indicadores.

A principios de 2001, en vista de los cambios en el perfil epidemiológico del país, del éxito en el control de diversos padecimientos, y con base a las prioridades de la nueva administración, el CNS volvió a revisar la lista de indicadores. Sobre la base de una propuesta elaborada por un grupo de trabajo del propio Consejo, se acordó adoptar una nueva lista de 58 indicadores agrupada según los *atributos deseables* del sistema de salud: anticipación, efectividad, disponibilidad y accesibilidad, calidad, eficiencia y sustentabilidad.⁴⁹

El Doctor Enrique Ruelas Barajas, entonces Subsecretario de Innovación y Calidad, informó que a partir de enero del 2001 la Secretaría de Salud desplegaría en todo el país una Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud (CNCSS) con el propósito de elevar la calidad de los servicios de salud, llevándolos a cumplir de manera aceptable con las expectativas y necesidades de la población, y que ésta perciba claramente la mejoría.

En ese entonces más de 8,500 unidades de salud en el país realizaban algunas acciones como parte de las estrategias de la CNCSS, como es la difusión de los códigos de ética y conducta entre los trabajadores de las instituciones y las cartas de derechos para médicos, enfermeras y para pacientes; y como estrategia sectorial la acreditación y certificación de las unidades prestadoras de servicios de atención médica, sobre todo aquellas encargadas de recibir a derechohabientes del seguro popular. Más aún, en coordinación con el sector educativo del país se estableció la norma 234 a fin de que los campos clínicos que se ofrecen a los estudiantes y profesionales de la medicina sean exclusivos para aquellos provenientes de escuelas y facultades de medicina acreditadas.

Sin embargo, posiblemente una de las modificaciones más importantes que introdujo la Cruzada fue su énfasis sobre la observación y el monitoreo de las mejores prácticas conducentes a la calidad en el servicio, y su difusión a la mayor cantidad posible de unidades de atención. Retomando aquello de que “no se puede mejorar lo que no se controla, ni se puede controlar lo que no se mide, ni medir lo que no se define”.

Con el objeto de recuperar la credibilidad de la sociedad se fomentó la participación de la sociedad a través del Aval Ciudadano, estrategia aplicada por primera vez en México cuyo propósito es incluir a la sociedad en los temas de la calidad de los servicios, más allá de plazos o modas, sino como una incorporación permanente de las organizaciones de la sociedad civil con los organismos públicos de salud, ahora ya son 29 entidades federativas las que participan y casi 642

organizaciones sociales, quienes validan los resultados de los indicadores de trato digno, proponiendo, además, acciones de mejora de los servicios de salud.⁵⁰

Para el caso específico de enfermería, la entonces Comisión Interinstitucional de Enfermería (actualmente Comisión Permanente de Enfermería), en su carácter propositivo, definió como prioridad mejorar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de enfermería, por lo que desarrolló un proyecto para la evaluación sistematizada de éstos aspectos. Para ello se establecieron vínculos de colaboración con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, órgano responsable de la Cruzada, para trabajar conjuntamente en la definición de estándares e indicadores de calidad en algunos de los procedimientos, los cuales se presentaron en una primera etapa en el año 2002, por su importancia en el control de riesgos y daños innecesarios al paciente, por ser algunos de los más frecuentes en la práctica diaria y de responsabilidad directa del área de enfermería.

En aquel momento se definieron tres indicadores: Cumplimiento de los criterios básicos para la ministración de medicamentos por vía oral, Vigilancia y control de venoclisis instaladas y Trato Digno,⁵¹ mismos que desde el primer cuatrimestre del 2004 han sido monitoreados a nivel nacional en las unidades médicas públicas o privadas del Sistema Nacional de Salud, lo que ha permitido detectar áreas de oportunidad e instrumentar procesos de mejora continua, muchos de los cuales han sido presentados en los Foros Nacionales de Calidad como experiencias exitosas, que puedan ser retomadas para su aplicación en otras unidades médicas⁵² y con ese mismo motivo, el de avanzar de manera progresiva en la Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería en el año 2006 se determinó incluir para su monitoreo en el sistema INDICA, tres nuevos indicadores: “Prevención de infecciones de vías urinarias en pacientes con sonda vesical instalada”, “Prevención de caídas en pacientes hospitalizados” y “Prevención de úlceras por presión” que tienen como propósito evitar riesgos y

daños innecesarios al paciente y contribuir a disminuir los procesos infecciosos durante la estancia hospitalaria del los pacientes.

Una vez establecidos los espacios del *qué hacer* y el *cómo hacer* (indicadores de calidad de la atención), el siguiente momento metodológico consiste en conseguir que esta calidad se garantice operativamente. Por ello los sistemas de salud disponen de dos tipos de mecanismos:

- a) Mecanismos de regulación externa de la calidad, que generalmente actúan desde el exterior de las instituciones que prestan servicios.
- b) Mecanismos de gestión interna de calidad, que se desarrollan desde dentro de la institución.

En la actualidad es frecuente apreciar el interés que han despertado los mecanismos de regulación externa, en especial la acreditación, en el marco de la necesidad de calificar a potenciales nuevos proveedores de servicios que acceden a fondos que hasta ahora sólo se destinaban al sector público. Sin embargo, la mera calificación del grado de cumplimiento de un conjunto de estándares no garantiza la calidad de la atención, si ésta no se acompaña de un esfuerzo planificado de gestión de la calidad que permita actuar sobre las debilidades que se detecten.

Respecto a los mecanismos internos, podemos asegurar que la calidad no aparece *per se* en la atención, ni se logra por inercia. Tampoco es un instrumento o un paquete que se compra o que se instala y desinstala, ni es suficiente el hecho de evaluarla o el de tener la firme voluntad de mejorarla. Para alcanzarla, es necesario ejercer un claro liderazgo en la alta dirección de las organizaciones de salud y utilizar métodos de gestión adecuados. Para ello, se requieren acciones sistemáticas, continuas y deliberadas para lograr calidad (gestión de la calidad). En virtud de este quehacer, las instituciones y los hospitales, cualquiera que sea su tamaño y su nivel de complejidad, deben revisar a fondo su sistema de

atención, pues en él subyacen los factores fundamentales de la buena o mala calidad, y diseñar e implantar sistemas de gestión de calidad adaptados a sus cambiantes necesidades específicas.⁴⁴

Todos los hospitales trabajan en ambientes variables y poco predecibles, no obstante, para que la gestión de la calidad en un hospital tenga éxito, su dirección deberá buscar la manera de hacer frente a estos escenarios y adaptarse al cambio y a la incertidumbre venideros.

Los enfoques de mejoramiento de la calidad identifican partes innecesarias, redundantes u omitidas en el proceso y tratan de mejorar la calidad aclarando o simplificando los procedimientos.

El cambio efectivo debe tomar en cuenta cómo se coordinan las partes de un sistema y cómo se vinculan entre sí. En realidad no todo el cambio es necesariamente una mejora, los cambios deben someterse a pruebas y estudiarse o medirse para averiguar si mejora la calidad de la atención.

CAPÍTULO II. CONTEXTO DEL ESTUDIO Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Tanto desde el punto de vista macroeconómico, como el macrosocial y político, los servicios de salud en México, se dividen en públicos y privados; sin embargo, esta dicotomía es insuficiente para explicar los diferentes mecanismos de operación y financiamiento de la atención médica, por lo que Milton Terris divide en tres grandes tipos a los sistemas de prestación de servicios que cubre a la mayoría de la población: a) *asistencia pública*, b) *sistema de seguros de salud* y c) *servicios nacionales de salud*.⁵³

Bajo este marco, el Sistema Nacional de Salud de nuestro país está constituido por:

- 1) Las instituciones de seguridad social IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEMAR y SEDENA, las cuales prestan servicios a sus derechohabientes (trabajadores del sector formal de la economía y sus familias).
- 2) La Secretaría de Salud junto con los Servicios Estatales de Salud (SESA).
- 3) El programa IMSS-Oportunidades, que presta servicios a la población que no tiene seguridad social.
- 4) El sector privado, que presta servicios a la población con capacidad de pago.

Como puede observarse en la ilustración 1,⁵⁴ los servicios que prestan las Instituciones de Seguridad Social a sus derechohabientes se financian con recursos gubernamentales, recursos del empleador y de los propios de los empleados.

La Secretaría de Salud y los SESA se financian con recursos del gobierno federal y los gobiernos estatales, además de una pequeña proporción correspondiente a las cuotas de recuperación que pagan los individuos al recibir la atención.

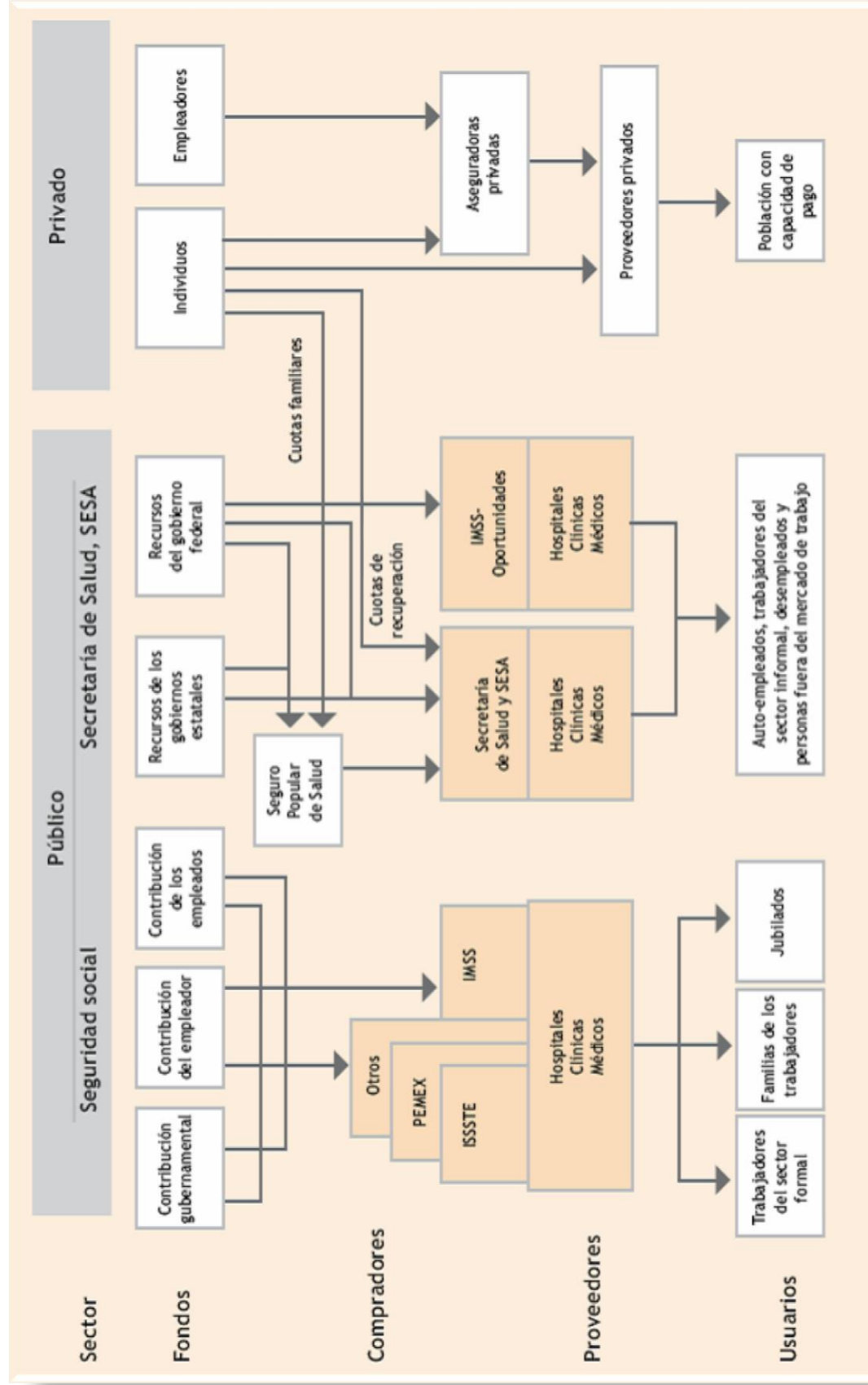
Por su parte el sector privado se financia con pagos directos que hacen los individuos al momento de recibir la atención y con las primas de los seguros médicos privados.

Las Instituciones de Seguridad Social prestan sus servicios con personal e instalaciones propias. La Secretaría de Salud y los SESA también atienden a su población de responsabilidad en sus propias clínicas y hospitales, y con su personal.

Finalmente, en el sector privado los prestadores atienden en clínicas y/o hospitales a la población que paga directamente por sus servicios o través de sus compañías aseguradoras.

Como se percibe en la ilustración 1, el Seguro Popular de Salud está financiado con recursos del gobierno federal, recursos de los gobiernos estatales y cuotas familiares, y presta servicios de salud a través de la “compra” a la Secretaría de Salud y los SESA para sus afiliados.

Ilustración 1. Sistema Nacional de Salud en México.



FUENTE: Programa Nacional de Salud 2007-2012, Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud, Secretaría de Salud, México, 2007, p. 51. Disponible en <http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/pnscap1.pdf> Consultado el 5 de septiembre de 2010.

En el caso específico de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal (SSDF), están organizados a través de 16 Jurisdicciones Sanitarias, para brindar atención médica de primer nivel a la población, promover la salud y garantizar la seguridad sanitaria de la Ciudad de México.

En el Distrito Federal se gestaron dos sistemas paralelos, los Servicios de Salud Pública del Gobierno Federal y los dependientes del Departamento del Distrito Federal. En 1997, en el marco del proceso de descentralización de los Servicios de Salud en el ámbito nacional, se separan de la Secretaría de Salud Federal los Servicios de Salud Pública y el Hospital General de Ticomán, pasando a formar parte del naciente Gobierno del Distrito Federal, mediante un organismo público descentralizado (OPD). En 1999 se crea la Secretaría de Salud, como parte de la administración centralizada del Gobierno del Distrito Federal y se constituye como cabeza de sector del OPD, prevaleciendo esta estructura jurídica administrativa hasta la fecha.

El Hospital General de Ticomán (HGT) inicia su construcción a finales del sexenio del entonces Presidente Constitucional de los Estados Unidos Mexicanos, Lic. Luis Echeverría Álvarez a petición de la Sociedad de Alumnos de la Escuela Nacional de Medicina y Homeopatía del Instituto Politécnico Nacional, con la finalidad de contar con un “Hospital Escuela”; sin embargo, quedó inconcluso durante algún tiempo.

Fue durante el sexenio del Lic. José López Portillo y el Dr. Mario Calles López Negrete como representante de la Secretaría de Salubridad y Asistencia que se concluyó su construcción para abrir sus puertas en 1979 a fin de brindar atención médica a población abierta del Norte del Distrito Federal, ubicado en la Delegación Política Gustavo A. Madero.⁵⁵

El HGT, está catalogado como de Segundo Nivel de Atención, que actualmente cuenta con los servicios de Urgencias, Medicina Interna, Cirugía General,

Neonatología, Ginecología y Obstetricia, Oftalmología, Otorrinolaringología y Anestesiología, cuenta con un total de 96 camas censables 49 no censables; proporciona atención primaria de Consulta General y de Especialidades, Inhaloterapia, Odontología, Medicina Preventiva, Clínica de Hipertensión Arterial, Clínica del Dolor, Clínica de Displasias y Psicología.

Misión del HGT

Hacer realidad el derecho a la protección a la salud y avanzar en la vigencia de la gratuidad, la universalidad y la integralidad en la atención a la salud, mediante una política de salud que construya el camino para asegurar este derecho a partir del fortalecimiento de los servicios públicos y su financiamiento solidario.⁵⁶

Visión HGT para el año 2015

Propone la construcción de un sistema de salud universal, equitativo, anticipatorio, resolutorio, eficiente, participativo y solidario, en donde la Secretaría de Salud del Distrito Federal se consolide como la instancia rectora, articuladora de todas sus dependencias y coordinadora de las Instituciones de Salud presentes en la entidad”.⁵³

Valores del HGT⁵³

- Integridad moral
- Dedicación
- Espíritu humanístico
- Aprendizaje continuo
- Labor creativa

El Departamento de Enfermería cuenta con una plantilla de 185 personas para cubrir los servicios las 24 horas en el turno matutino, vespertino, nocturnos A y B y jornada especial (ocho enfermeras) en sábados, domingos y días festivos; el sistema de trabajo es mixto, existe personal de base y recurso humano que

actualmente se contrata bajo el programa de seguro popular, los descansos son asignados de acuerdo a la antigüedad laboral en la Institución.

2.1 Planteamiento del problema

La enfermería es un servicio público que contribuye a preservar la vida y la salud de las personas desde las perspectivas, humana, ética, interpersonal y terapéutica, su característica singular es el cuidado de la persona (individuo, familia, grupo, comunidad y sociedad) que en continua interacción con su entorno vive experiencias de salud, por lo que requiere proporcionar acertadamente acciones pensadas que respondan a necesidades particulares de las personas y los grupos humanos.²⁸

El cuidado comprende aspectos afectivos y humanistas relativos a la actitud y compromiso con los usuarios, también aspectos instrumentales o técnicos que no pueden separarse de los primeros; esto sin perder de vista que muchas de las acciones de cuidado a menudo son invisibles²⁷ -pudiendo marcar la diferencia en la calidad de los cuidados profesionales enfermeros- algunos ejemplos de éstas son las dirigidas a permitir que las personas recobren la esperanza y acompañarlas en momentos críticos de los procesos diagnósticos y terapéuticos.

Al comprender las características de la práctica de la enfermería, la gestión del cuidado tiene que girar alrededor del saber enfermero, lo que implica la construcción permanente de un lenguaje propio y su posicionamiento en las organizaciones sociales y de salud. Involucra además, el cuidado como un acto comunicativo que requiere de conocimientos científicos, tecnológicos y del contexto cultural donde viven, se recrean y enferman los sujetos cuidados.⁵⁹ Además, debe dar cuenta del impacto y sus resultados, monitoreando la percepción del cuidado como elemento fundamental de la calidad del servicio.

En América Latina, la división de trabajo en salud, la introducción de tecnología y de especializaciones médicas, exacerbaron la demanda a las enfermeras sobre asuntos de la organización de servicios y de supervisión del personal;⁶⁰ así mismo las diferencias entre asistencia directa de cuidado y actividades gerenciales de enfermería relacionadas con la organización de los servicios, hacen parte de un todo que dividió la academia y que crea una brecha entre la formación y el ejercicio profesional. Bajo esta situación, cada vez más los profesionales de enfermería se ocupan en primer lugar de las actividades de administración hospitalaria que del cuidado. Al profesional de enfermería se le responsabiliza de la organización, distribución y control del trabajo del grupo, también se espera que desarrolle relaciones de complementariedad entre su práctica y el conjunto de habilidades asistenciales en salud, para garantizar la integralidad y continuidad de ésta.⁶¹

De manera general, la enfermería se ha concebido como un producto individual; no obstante, hoy en día, se entiende como una operación conjunta de diversos profesionales, cuyo objetivo común es la provisión de los cuidados que los usuarios necesiten. La transformación del rol profesional que conlleva este cambio de concepción requiere de la adquisición de nuevos valores por todos los participantes. Al considerar el trabajo desde una perspectiva psicosocial se hace relevante el hecho de que estamos frente a un fenómeno cuyo estudio no se agota en el análisis de la actividad de una persona en un determinado ambiente sino de una realidad social producto de la interacción y de la vida en sociedad.⁶²

Peiró, Prieto y Roe, enfatizan que el fundamento básico de la perspectiva psicosocial del trabajo se encuentra en la interacción social, en la interpretación cultural del trabajo y en la construcción simbólica que da origen a creencias y valores compartidos. En este sentido, la importancia que las personas otorgan al trabajo en el sistema de valores colectivos constituye un elemento fundamental.⁶³

Se entiende que los valores son los fines y principios relevantes en la vida, con los que las personas evalúan lo que es deseable, bueno o bello y que sirven de

guía de la conducta diaria o como enunciados acerca de cómo deben ser las cosas.⁶⁴

En el plano organizacional, los valores se han considerado como un elemento principal de la cultura y de la estructura social de las organizaciones, debido a que determinan las actitudes que dirigen a sus miembros hacia el logro de metas y objetivos. Además, actúan influenciando las estrategias adoptadas para el funcionamiento de la organización e incluso determinan el clima de la misma.⁶⁵

Uno de los factores más importantes en la creación y transmisión de valores dentro de las organizaciones es el liderazgo. Un profesional como líder, juega un papel fundamental en la puesta en práctica de los valores básicos de su profesión. Este hecho se debe a que a través de él, es como se traduce el significado de los valores, ya que sus ademanes, inflexiones de voz, la manera de comportarse entre otras actitudes; expresan lo deseable o no deseable, significativo o insignificante, correcto o incorrecto para un individuo, para un grupo o una organización y para la sociedad como un todo.⁶⁶

Algunos estudios indican que para que los miembros de una organización puedan actuar en concordancia unos con otros y dar prioridad a los intereses grupales, es esencial que prevalezca el espíritu de equipo⁶⁷ junto a valores expresivos o colectivos.⁶⁸ En este sentido, los líderes juegan un papel fundamental; un buen líder puede inducir a sus seguidores a defender estos valores, generando un clima social de cooperación y apoyo, que allane el camino hacia la consecución de los objetivos.

No obstante, un líder también puede propiciar en sus seguidores actitudes y comportamientos hostiles que desaceleren los procesos de trabajo y obstaculicen la consecución de objetivos. En consecuencia, las características personales como son los valores y las conductas de los supervisores, constituyen elementos esenciales para la socialización del grupo de seguidores y, en definitiva, para la

estructura motivacional que presenten, así como para su compromiso profesional.⁶⁹

Los sistemas y las organizaciones de salud se están enfrentando a notables cambios que exigen reestructurar parte del sistema organizativo, acompañado de circunstancias que afectan a la cultura y a los objetivos de las organizaciones y a los profesionales que las integran, dada ésta situación se justifica la elaboración de la presente investigación, ya que resulta trascendental identificar los valores hacia el trabajo de los profesionales de enfermería para la consecución de los objetivos organizacionales y conocer el grado de coherencia entre los valores laborales del personal de enfermería y los estilos de liderazgo de los responsables de la supervisión.

Los resultados del presente estudio serán en otro momento punto de partida para la creación de programas que contribuyan al ejercicio de un liderazgo que fomente la cohesión de equipos de trabajo, en base a un objetivo en común: proporcionar cuidados de calidad.

Dada la importancia de los valores y su relación con el liderazgo en el contexto hospitalario, en este trabajo se pretende responder a los siguientes cuestionamientos:

Preguntas de investigación

¿Cuál es el perfil de valores laborales del personal de enfermería del Hospital General de Ticoman?

¿Qué estilo de liderazgo ejercen los supervisores de acuerdo a la percepción del personal de enfermería del Hospital General de Ticoman?

¿Los valores laborales del personal de enfermería del Hospital General de Ticoman se relacionan con el estilo de liderazgo ejercido por los supervisores?

2.2 Objetivos

2.2.1 General

Analizar los valores laborales del personal de enfermería y determinar si éstos se relacionan con la percepción del estilo de liderazgo que ejercen las (los) supervisoras (es).

2.2.2 Específicos

1. Identificar el perfil de valores laborales presentes en el personal de enfermería del Hospital General de Ticoman.
2. Determinar cómo es percibido por el personal de enfermería el estilo de liderazgo (hacia la tarea o hacia la relación) que ejercen las (los) supervisoras (es).
3. Analizar la correlación existente entre los valores laborales de las enfermeras con el estilo de liderazgo ejercido por las (los) supervisoras (es).

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1 Diseño y tipo de estudio

Enfoque: Cuantitativo

Diseño: no experimental

Tipo: Transversal

Alcance: Descriptivo, Correlacional

3.2 Universo: 193 enfermeras del Hospital General de Ticomán de los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, que laboran en los turnos matutino, vespertino, nocturno y diurno especial, con los siguientes códigos funcionales:

- 64 Auxiliares de enfermería
- 85 Enfermeras generales
- 7 Enfermeras especialistas
- 6 Enfermeras generales “C” (para las licenciadas en enfermería con título y cédula profesional por el programa de profesionalización).
- 31 Enfermeras jefes de servicio (realizan actividades asistenciales y administrativas).

Población: De éstas, para fines de éste estudio sólo se consideraron 175, pues existían 18 enfermeras ausentes por los siguientes motivos: 8 se encontraban en periodo de jubilación, 1 con licencia sin goce de sueldo, 2 con incapacidad por maternidad, 2 con beca, 2 de baja y 3 con comisión sindical.⁷⁰

3.3 Muestreo: se realizó un censo, pues se incluyeron al total de enfermeras de esta Unidad Médica que cubrieron los siguientes criterios:

De Inclusión:

- Las enfermeras que aceptaron participar en el estudio, una vez dado a conocer los objetivos.

- Las enfermeras que estuvieron presentes en el momento de la aplicación de los instrumentos.

De Exclusión

- Las enfermeras que no aceptaron participar en el estudio, una vez dado a conocer sus objetivos.
- Enfermeras ausentes en el momento de la aplicación del instrumento.

De Eliminación

- Instrumentos resueltos de manera incompleta en un 10% o más.

Muestra: quedó conformada de la siguiente manera 138 enfermeras que proporcionan atención directa al paciente (78% del total).

3.4 Variables del estudio:

- a) Valores laborales: Metas deseables y transituacionales, que varían en importancia según su orden jerárquico, sirven como principios en la vida de una persona o de otra entidad social. Así mismo son representaciones cognitivas de necesidades universales que se manifiestan en el entorno laboral” ⁷¹
- b) Percepción del estilo de liderazgo: Proceso por el cual una persona tiene conocimiento, idea o comprensión acerca del estilo de liderazgo, mediante la impresión que le comunican la inteligencia y los sentidos, partiendo de las diferentes formas en las que los líderes estructuran su conducta interactiva para llevar a cabo su rol. ⁷²

3.5 Instrumentos

Para medir las variables en estudio se utilizaron los siguientes instrumentos incluidos en un cuadernillo único (ANEXO 1).

- a) La Escala de Valores para el Trabajo (EVAT-30),^{73 69} cuya estructura se fundamenta en la Teoría Universal del contenido de valores de Shalom Schwartz, la cual plantea situaciones vivenciales donde las enfermeras ponen en práctica sus valores laborales, tiene carácter proyectivo, ya que se pide a las personas que evalúen y califiquen el parecido de ellas mismas con un grupo de empleados "X" en diferentes situaciones descritas.

Cada una de las diez tipologías que señala la teoría está operacionalizada por 3 ítems, utiliza un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos (sin expresiones numéricas) pero con indicaciones verbales que van desde "se parece mucho a mí", hasta "no se parece nada a mí".

Para validar la estructura se empleó en el año 2000 una muestra de 246 trabajadores, 169 mexicanos y 77 españoles; en México algunos eran candidatos potenciales para cubrir puestos administrativos y gerenciales en una gran corporación del sector de medios de comunicación, otros pertenecían al área de Recursos Humanos de una empresa financiera. En España, eran empleados de distintas áreas de negocio y ocupaciones de una institución bancaria española con sucursales en toda la península ibérica.²⁰ El índice de confiabilidad alcanzado en otro estudio posterior, expresado con alfa de Crombach fue de 0.81⁵⁶ y se califica de la siguiente manera:

CUADRO 1. Definición operacional de la variable "Valores Laborales"

Variable	Componente	Dimensión	Indicadores	Ítems	Escala	Puntos
Valores laborales	Individualista (60 puntos)	Apertura al cambio	Autodirección	1,11,21	0 al 4 donde: 0 =No se parecen en nada a mi	12
			Estimulación	9,19,29		12
			Hedonismo	8,18,28		12
	Colectivista (60 puntos)	Auto-engrandecimiento	Logro	6,16,26	1 =Se parecen muy poco a mi	12
			Autoridad	4,14,24		12
		Autotrascender	Universalismo	3,13,23	2 =Se parecen algo a mi	12
			Benevolencia	5,15,25		12
		Conservación	Conformidad	10,20,30	3 =Se parecen a mi	12
			Tradición	7,17,27		12
			Seguridad	2,12,22		4 =Se parecen mucho a mi
Total						120

- b) El estilo de liderazgo se evaluó a través del Cuestionario de Descripción de la Conducta del Supervisor (SBDQ)⁷⁶ por sus siglas en ingles: Supervisory Behavior Description Questionnaire), es creado en 1953⁷⁷ permite identificar la percepción que tienen los seguidores sobre la conducta de sus supervisores.

Se compone de 48 ítems acompañados de tres escala tipo Likert de cinco puntos (sin expresión numérica) pero con indicaciones verbales que van desde *siempre* hasta *nunca*, de *nunca* a *siempre* y de *nada* a *mucho*.

Evalúa dos estilos de liderazgo: el orientado hacia la relación o consideración (del ítem 1 al 28) y el enfocado hacia la tarea o iniciación de estructura (del ítem 29 al 48). En esta escala, la persona debe evaluar la conducta observada en su supervisor más inmediato y lo hará del siguiente modo:

CUADRO 2. Definición operacional de la variable "estilos de liderazgo"

Variable	Dimensión	Ítem	Escala de respuesta y puntaje	Puntos
Estilos de Liderazgo	Enfocado a la Relación (28 ítems)	2,5,6,7,9, 11 al 19	0 al 4 donde: 0= Siempre 1=Con frecuencia 2= A veces 3= Ocasionalmente 4= Nunca	112
		29 al 34		
		36,37,40, 43,44,		
		46,47 y 48		
	Enfocado a la Tarea (20 ítems)	1,3,4,8,10 20 al 28	0= Nunca 1= Ocasionalmente 2= A veces 3= Con frecuencia 4= Siempre	80
		35,38, 39, 41,42 y 45		
Total				192

De ambos instrumentos se realizó una pequeña adaptación lingüística y semántica y se efectuó una prueba piloto en una población semejante a la muestra los días 14 y 17 de julio del año 2010, con 41 enfermeras del Hospital General de Ecatepec “Las Américas” del Instituto de Salud del Estado de México; el índice de confiabilidad alcanzado a través de alfa Crombach en los puntajes de la población blanco fue de 0.90 en el EVAT-30 y 0.82 en el SBDQ.

El tiempo promedio de respuesta calculado fue de 20 a 30 minutos. También se hicieron algunos ajustes relacionados con términos o enunciados que no quedaban claros para la aplicación final.

Aplicación a la población blanco

El estudio se realizó durante el mes de septiembre de 2010, en un hospital de segundo nivel de atención, correspondiente a los Servicios de Salud Pública del Distrito Federal, ubicado al norte de la ciudad, tras recibir la aprobación y el

permiso del Comité de Evaluación Ética de la Unidad de Investigación de esta Unidad Médica (folio 2080101410). (Anexo 2).

Al personal de enfermería de toda la Institución se le invitó a participar y se dieron a conocer los objetivos del estudio, se les solicitó que asistieran a un área que se destinó específicamente para este fin (con el objetivo de no intervenir en las actividades de atención directa al paciente).

Los cuestionarios se integraron en un cuadernillo único donde se indicaban las instrucciones a seguir, así como los instrumentos que debían responder las enfermeras(os) –EVAT 30 y el SBDQ-. Para su llenado sólo se entregó a enfermeras y enfermeros que expresaron su consentimiento por escrito para participar de manera voluntaria y anónima en el estudio.

El total de sesiones de aplicación considerando al personal de los tres turnos fue de doce, en las que se procuró el mismo espacio y ambiente para las respuestas. El proceso de calificación de los instrumentos se llevó a cabo de manera ciega por una persona ajena al proyecto.

Se elaboró una base de datos en el Paquete Estadístico Para las Ciencias Sociales (SPSS por sus siglas en inglés) versión 15, para el análisis de la información recabada. El índice de confiabilidad alcanzado a través de alfa Crombach en los puntajes de la población blanco fue de 0.91 en el EVAT 30 y de 0.86 en el SBDQ.

Análisis estadístico propuesto: se describieron los resultados y se realizó análisis estadístico inferencial para comparar las medianas calculadas mediante las pruebas no paramétricas U de Mann Whitney y Kruskal Wallis, para comprobar si los valores laborales de los profesionales de enfermería se relacionan con el estilo de liderazgo percibido, se efectuó la prueba de correlación de Spearman.

Aspectos Éticos y Legales

Para la realización de esta investigación nos adherimos a los principios de la “Declaración de Helsinki”⁷⁸ y a los del “Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud”, Título Segundo, de los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos. Capítulo I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14: En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Este estudio se considera sin riesgo de acuerdo al Artículo 17 fracción 1 y con el Artículo 21 del mismo Reglamento, en cumplimiento con los siguientes aspectos:

- Se solicitó el consentimiento informado a cada uno de los participantes y se informó el título y el objetivo de esta investigación. Asimismo se comunicó que no se realizaría procedimiento de diagnóstico o de tratamiento y que no tomaríamos ningún tipo de muestra biológica como sangre, suero, orina, saliva, cabello, etc. Les informamos que esta investigación no representa ningún riesgo para su salud, ni para su integridad física o moral.
- Fueron informados además, que si bien esta investigación no les traería algún tipo de beneficio directo e inmediato, los resultados que se deriven de ésta, coadyuvarán para mejorar el estilo de liderazgo de los supervisores, y esto se espera refleje en el incremento de la calidad de la atención de los servicios de enfermería que se otorgan a toda la población.
- Se les indicó también que toda pregunta, duda o aclaración, sería respondida a plena satisfacción por el responsable de este proyecto y que además la firma de la “Carta de aceptación” NO comprometerá al aceptante absolutamente a nada y se garantizó que NO tendrá represalia alguna en caso de no aceptar la participación en el estudio.

- Además, se le advirtió que No se divulgará ningún dato de manera individual y que toda la información proporcionada se analizaría de manera conjunta y únicamente con fines estadísticos.
- Finalmente se le dejó muy claro que su participación sería plenamente voluntaria y que no recibiría a cambio dádiva alguna ni en producto ni en especie a cambio de su participación en este proyecto de investigación. La carta de consentimiento informado, se firmó por duplicado. (Anexo 3)

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 138 enfermeras que proporcionan atención directa al paciente, con predominio del sexo femenino alcanzando el 88.4%. La edad promedio es de 38.9 ± 8.3 años con un mínimo de 23 y máximo de 57 años; la antigüedad laboral media es de 13.2 ± 9.8 años, con un máximo de 36 años. El 34.8% desempeña sus labores en el turno matutino, el 21% pertenece al turno vespertino y 37.7% al nocturno; de acuerdo con el nivel máximo de estudios de los participantes prevalece la carrera de nivel técnico y nivel licenciatura ambas alcanzan un 77.5%. En relación a la situación laboral el 65.2% de las enfermeras son de base. En lo que se refiere al código funcional el 56.1% percibe un sueldo de enfermera general, el 2.9% de enfermera general “C” (nivel licenciatura por el programa de profesionalización) y el 12.3% de jefe de servicios.

Cuadro 3
Características socio-laborales

Características		Frecuencia	Porcentaje
Turno	Matutino	48	34.8%
	Vespertino	29	21%
	Nocturno	52	37.7%
	Diurno especial	7	5.1%
	Perdidos	2	1.4%
	TOTAL	138	100%
Nivel máximo de estudios	Auxiliar de enfermería	7	5.1%
	Carrera técnica	58	42%
	Curso postécnico	22	15.9%
	Licenciatura	49	35.5%
	Posgrado	1	.7%
	Perdidos	1	.7%
	TOTAL	138	100%
Situación laboral	Seguro popular	31	22.5%
	Regularizado	11	8%
	Interinato	5	3.6%
	Base	90	65.2%
	Perdidos	1	.7%
	TOTAL	138	100%
Código funcional	Auxiliar de enfermería	34	24.6%
	Enfermera general	76	55.1%
	Enfermera especialista	6	4.3%
	Enfermera general “C”	4	2.9%
	Enfermera jefe de servicio	17	12.3%
	Perdidos	1	.7%
	TOTAL	138	100%

Respecto de la variable Valores Laborales, un primer análisis fue determinar el promedio del puntaje global alcanzado por el total de la muestra, como puede observarse en el cuadro 4 predominan los valores colectivistas.

Cuadro 4
Promedio del puntaje global en valores laborales

VALORES	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Colectivistas	138	1	54	36.11	10.119
Individualistas	138	0	52	30.73	9.999

*Puntaje máximo posible 60 puntos.

Con base en lo anterior se propuso ordenar por categorías. Se observa en el cuadro 5 que los valores colectivistas se encuentran dentro del 90%, en el puntaje alcanzado por el total de muestra.

Cuadro 5
Valores Colectivistas e Individualistas por categorías*

CATEGORÍAS	Fo VALORES		% VALORES		PORCENTAJE ACUMULADO VALORES	
	Colectivistas	Individualistas	Colectivistas	Individualistas	Colectivistas	Individualistas
ALTO 41 a 60 puntos	54	22	39.1	15.9	39.1	15.9
MEDIO 21 a 40 puntos	71	96	51.4	69.6	90.5	85.5
BAJO 0 a 20 puntos	13	20	9.5	14.5	100.0	100.0
Total	138	138	100.0	100.0		

*Puntaje máximo posible 60 puntos.

Al determinar la media para cada uno de los tipos de valores laborales que se incluyen dentro de los colectivistas e individualistas, partiendo de las puntuaciones de cada uno de ellos por los ítems que los configuran, se observa en el cuadro 6 que predominan los valores Benevolencia y Universalismo, mientras que los más bajos en este estudio son Autoridad y Tradición.

Cuadro 6
Promedio de los puntajes globales alcanzados por el tipo de valor laboral

Tipología de valores	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
■ Benevolencia	138	0	12	9.18	3.142
■ Universalismo	138	0	12	8.19	2.868
■ Seguridad	138	0	12	7.88	2.523
● Estimulación	138	0	12	7.88	2.928
● Hedonismo	138	0	12	7.80	2.960
■ Conformidad	138	0	12	7.25	2.479
● Logro	138	0	12	6.80	2.958
● Autodirección	138	0	11	5.88	2.233
■ Tradición	138	0	9	3.61	2.193
● Autoridad	138	0	9	2.38	2.296

- Valores Individualistas
- Valores Colectivistas

Al realizar la comparación entre medianas de los puntajes por grupo de edad puede observarse en el cuadro 7 que existen diferencias estadísticamente significativas solamente al interior del grupo de 23 a 31 años, no así entre grupos por cada uno de los valores considerados.

Cuadro 7
Comparación de medianas entre valores por grupos de edad

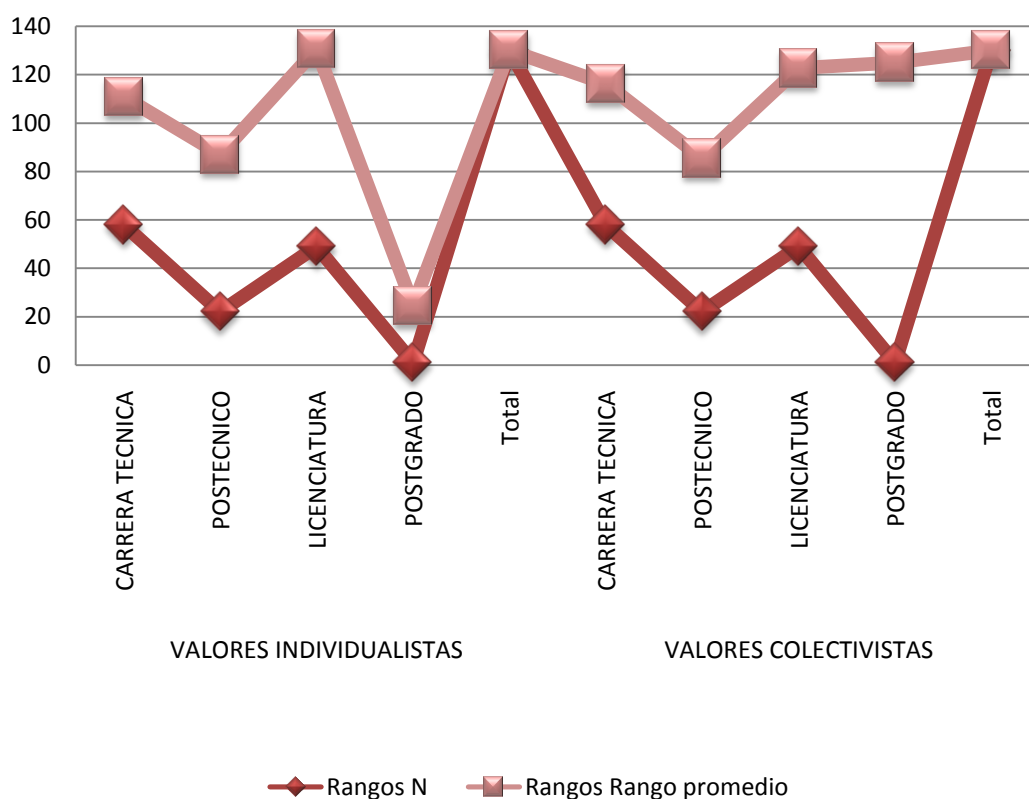
	V. Individualistas	V. Colectivistas	z	P*
48 a 55 años	32	38	1.82	0.96
n=21	(2 a 44)	(1 a 47)		
40 a 37 años	31	39	2.89	0.99
n=34	(8 a 52)	(12 a 51)		
32-39 años	34	38	2.19	0.98
n=46	(0 a 49)	(12 a 48)		
23-31 años	30	37	3.5	.002
n=37	(12 a 45)	(12 a 48)		
P**	.388	.603		

P* U de Mann Whitney

P** Kruskal Wallis

Al realizar una comparación entre medianas de los puntajes de valores individualistas y colectivistas por nivel máximo de estudios, a través de la prueba Kruskal Wallis, se observan diferencias estadísticamente significativas en los valores individualistas, no así en los valores colectivistas, como lo muestra la gráfica 1.

Gráfica 1
Comparación de Medianas entre Valores por Nivel Máximo de Estudios



$\chi^2=15.516$, $gl=2$, $p=.000$

Al realizar la comparación entre medianas de los puntajes por turno puede observarse en el cuadro 8 que existen diferencias estadísticamente significativas solamente al interior grupo correspondiente al turno nocturno, no así entre grupos por cada uno de los valores considerados.

Cuadro 8
Comparación de medianas entre valores por turno

Turno	V. Individualistas	V. Colectivistas	z	P*
Matutino n=48	32 (2 A 52)	38.5 (4 A 51)	2.47	.99
Vespertino n=29	33 (5 a 45)	38 (1 a 51)	2.41	.99
Nocturno n=52	30.5 (8 a 49)	39 (12 a 54)	3.86	.000
P**	.704	.851		

p* U de Mann Whitney

p** Kruskal Wallis

Al realizar la comparación entre medianas de los puntajes por código funcional puede observarse en el cuadro 9 que sólo existen diferencias estadísticamente significativas al interior del grupo de enfermeras generales, no así entre grupos por cada uno de los valores considerados.

Cuadro 9
Comparación de medianas entre valores por código funcional

	V. Individualistas	V. Colectivistas	z	P*
Auxiliar de Enfermería n=34	33 (0 a 46)	38.5 (3 a 48)	2.40	
Enfermera General. n=76	30 (5 a 49)	37.5 (1 a 54)	4.01	.0000
Enfermera Especialista y jefes de servicio n=27	34 (12 a 52)	39 (12 a 52)	2.37	
P**	.428	.303		

p* U de Mann Whitney

p** Kruskal Wallis

Una vez concluido el análisis de los valores laborales, se procedió a estimar la percepción de los estilos de liderazgo.

Se determinó el promedio del puntaje global alcanzado por el total de la muestra, como se aprecia en la tabla 3 el liderazgo enfocado a la relación tiene una media mayor que el enfocado a la tarea; sin embargo, el último es en términos de proporción ligeramente mayor considerando los puntajes asignados a cada uno de éstos.

Tabla 3
Puntaje global alcanzado en la percepción de los estilos de liderazgo

Percepción de estilo de Liderazgo	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Enfocado a la Relación*	138	18	89	48.72	13.957
Enfocado a la Tarea**	138	18	63	39.51	8.533

*Puntaje máximo posible 112

** Puntaje máximo posible 80

En base al puntaje total esperado, se propuso realizar las siguientes categorías:

a) Para la percepción del estilo de liderazgo enfocado a la relación:

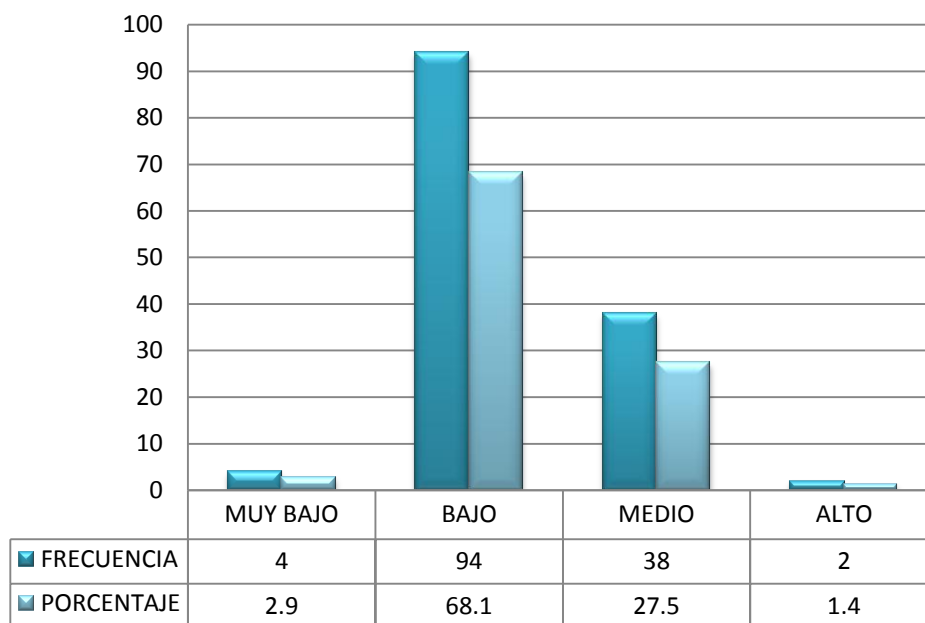
85 a 112 puntos Alto
57 a 84 puntos Medio
29 a 56 puntos Bajo
0 a 28 puntos Muy Bajo

a) Para la percepción del estilo de liderazgo enfocado a la tarea:

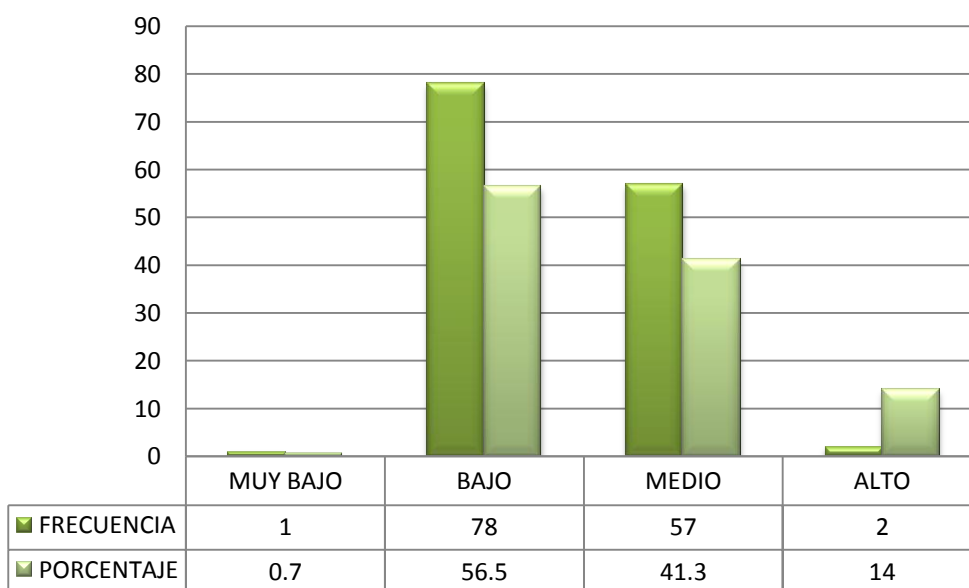
61 a 80 puntos Alto
41 a 60 puntos Medio
21 a 40 puntos Bajo
0 a 20 puntos Muy Bajo

Como puede apreciarse en las gráficas 2 y 3 la percepción de los estilos de liderazgo en ambos casos, el puntaje que predomina es el de la categoría baja.

Gráfica 2
Liderazgo enfocado a la Relación por categoría



Gráfica 3
Liderazgo enfocado a la Tarea por categoría



Al realizar la comparación entre medianas de los puntajes por grupo de edad puede observarse en la tabla 4 que no existen diferencias estadísticamente significativas al interior de cada grupo, ni entre grupos en relación a la percepción de los estilos de liderazgo considerados.

Tabla 4
Comparación de medianas de percepción de liderazgo por grupos de edad

	Liderazgo enfocado a la relación	Liderazgo enfocado a la tarea	z	p*
48 a 55 años	32	38	-2.05	
n=21	(2 a 44)	(1 a 47)		
40 a 37 años	31	39	-2.77	
n=34	(8 a 52)	(12 a 51)		
32-39 años	34	38	-0.36	
n=46	(0 a 49)	(12 a 48)		
23-31 años	30	37	-1.78	
n=37	(12 a 45)	(12 a 48)		
p**	.110	.089		

p* U de Mann Whitney

p** Kruskal Wallis

Al realizar la comparación entre medianas de los puntajes por nivel máximo de estudios puede observarse en la tabla 5 que no existen diferencias estadísticamente significativas al interior de cada grupo, ni entre grupos con relación a la percepción de los estilos de liderazgo considerados.

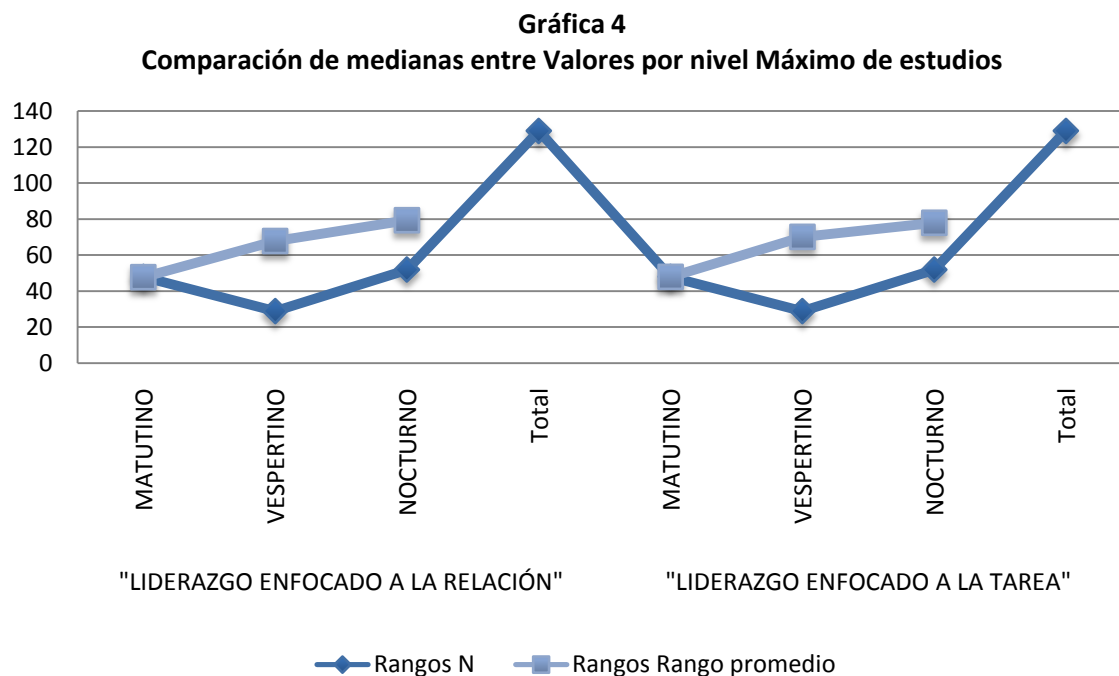
Tabla 5
Comparación de medianas de percepción de liderazgo por Nivel máximo de estudios

	Liderazgo enfocado a la relación	Liderazgo enfocado a la tarea	z	P*
Carrera técnica	28	37	3.3	
n=58	(0 a 52)	(1 a 54)		
Curso pos técnico	31.5	38	3.19	
n=22	(13 a 46)	(18 a 46)		
Lic. y posgrado	35	40.5	3.4	
n=50	(14 a 47)	(15 a 51)		
p**	.295	.272		

p* U de Mann Whitney

p** Kruskal Wallis

Al realizar la comparación entre grupos por turno, a través de la prueba de Kruskal Wallis, se observan diferencias estadísticamente significativas para la percepción de ambos estilos de liderazgo, como puede apreciarse en la gráfica 4.



Chi-cuadrado 18.159, gl 2, Sig. asintót. .000

Al realizar la comparación entre medianas de los puntajes por código funcional puede observarse en la tabla 6 que no existen diferencias estadísticamente significativas al interior de cada grupo, ni entre grupos en relación a la percepción de los estilos de liderazgo considerados.

Tabla 6
Comparación de medianas de percepción de liderazgo por
Código funcional

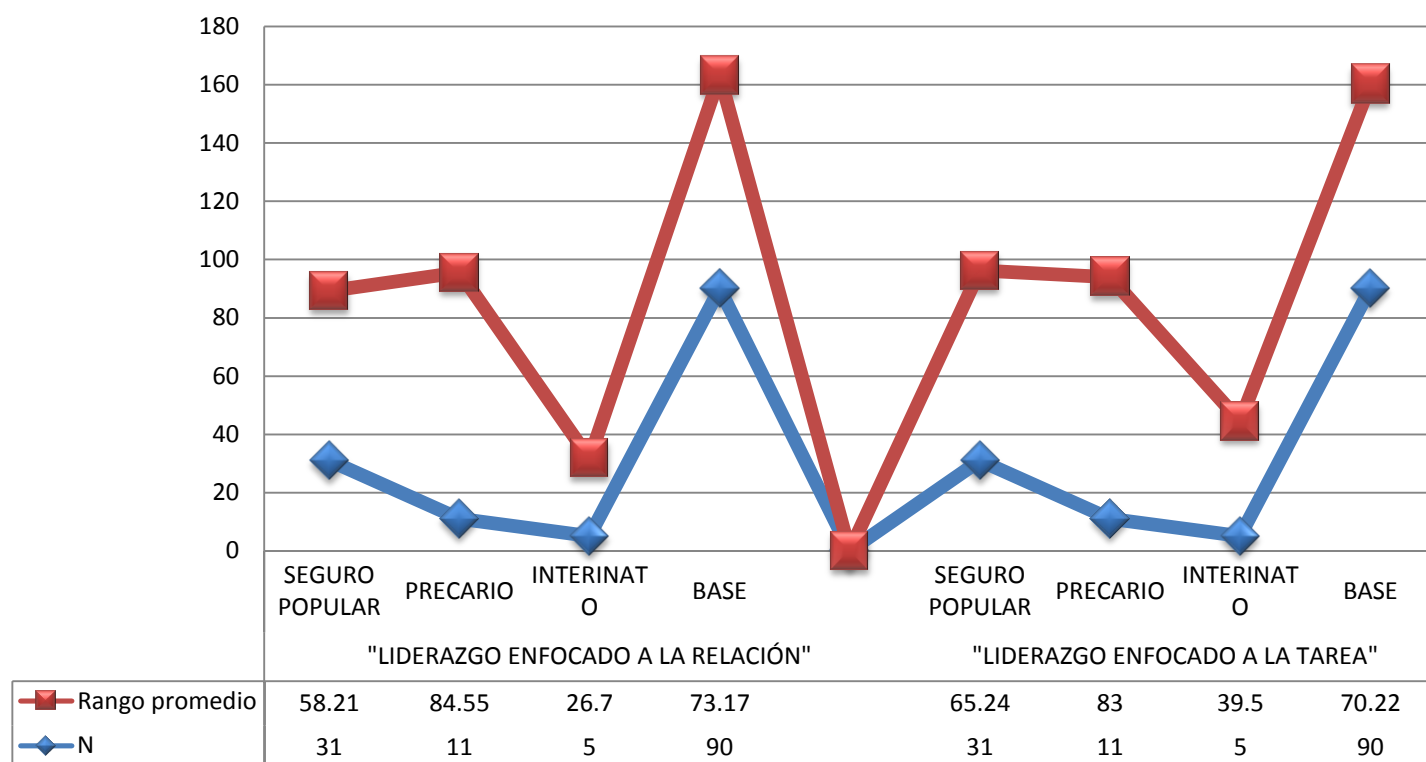
	Liderazgo enfocado a la relación	Liderazgo enfocado a la tarea	z	p*
Auxiliar de Enfermería. n=34	33 (0 a 46)	38.5 (3 a 48)	2.58	NS
Enfermeras Generales n=76	30 (5 a 49)	37.5 (1 a 54)	3.67	.0000
Enfermeras Especialistas y Jefes de servicio n=27	34 (12 a 52)	39 (12 a 52)	3.14	.0000
p**	.610	.792		

p* U de Mann Whitney

p** Kruskal Wallis

Como puede apreciarse en la gráfica 5, existen diferencias estadísticamente significativas por situación laboral, en la percepción del estilo de liderazgo enfocado a la relación.

Gráfica 5
Comparación de medianas entre estilos de liderazgo por Situación Laboral



Chi-cuadrado 10.658, gl 3, Sig. asintót. .014

Para comprobar si los valores laborales de los profesionales de enfermería se relacionan con el estilo de liderazgo percibido, se realizó un análisis de correlación de Spearman, en el que se consideraron los dos estilos de liderazgo (enfocado a la relación y tarea) y los valores colectivistas e individualistas. Los resultados indicaron que el estilo de liderazgo enfocado a la relación se relacionaba positivamente con los valores individualistas y colectivistas, no así el estilo enfocado a la tarea, como puede apreciarse en la tabla 7.

Tabla 7
Análisis de Correlación entre valores colectivistas e individualistas y percepción de estilos de liderazgo

	TIPOLOGÍA DE VALORES		VALORES INDIVIDUALISTAS	VALORES COLECTIVISTAS
Rho de Spearman	"LIDERAZGO ENFOCADO A LA RELACIÓN"	Coefficiente de correlación	.182(*)	.241(**)
		Sig. (bilateral)	.032	.004
		N	138	138
	"LIDERAZGO ENFOCADO A LA TAREA"	Coefficiente de correlación	.077	.131
		Sig. (bilateral)	.371	.125
		N	138	138

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Para comprobar si los valores laborales de los profesionales de enfermería se relacionan con el estilo de liderazgo percibido, se realizó un análisis de correlación de Spearman, en el que se consideraron los dos estilos de liderazgo (enfocado a la relación y tarea) y los diez tipos de valores laborales. Los resultados indicaron que los valores laborales *seguridad, benevolencia, y conformidad* se relacionaban positivamente con el estilo de liderazgo enfocado a la relación y sólo el valor laboral *logro*, con la percepción de ambos estilos de liderazgo como lo muestra la tabla 8.

Tabla 8
Análisis de Correlación entre tipología de valores laborales y percepción de estilos de liderazgo

TIPOLOGÍA DE VALORES			"LIDERAZGO ENFOCADO A LA TAREA"	"LIDERAZGO ENFOCADO A LA RELACIÓN"
RHO DE SPEARMAN	VALOR LABORAL "SEGURIDAD"	Coeficiente de correlación	.135	.243(**)
		Sig. (bilateral)	.114	.004
		N	138	138
	VALOR LABORAL "UNIVERSALISMO"	Coeficiente de correlación	.054	.144
		Sig. (bilateral)	.528	.092
		N	138	138
	VALOR LABORAL "AUTORIDAD"	Coeficiente de correlación	.035	.095
		Sig. (bilateral)	.683	.269
		N	138	138
	VALOR LABORAL "BENEVOLENCIA"	Coeficiente de correlación	.137	.224(**)
		Sig. (bilateral)	.110	.008
		N	138	138
	VALOR LABORAL "LOGRO"	Coeficiente de correlación	.189(*)	.224(**)
		Sig. (bilateral)	.027	.008
		N	138	138
	VALOR LABORAL "TRADICIÓN"	Coeficiente de correlación	.046	.105
		Sig. (bilateral)	.595	.222
		N	138	138
	VALOR LABORAL "HEDONISMO"	Coeficiente de correlación	-.068	.070
		Sig. (bilateral)	.430	.414
		N	138	138
	VALOR LABORAL "ESTIMULACIÓN"	Coeficiente de correlación	.067	.100
		Sig. (bilateral)	.437	.242
		N	138	138
	VALOR LABORAL "CONFORMIDAD"	Coeficiente de correlación	.155	.183(*)
		Sig. (bilateral)	.070	.032
		N	138	138

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

CAPÍTULO V. DISCUSIÓN

Uno de los motivos principales por los cuales se eligió la elaboración del presente trabajo de investigación radica en la importancia de analizar el perfil de valores laborales de las enfermeras por parte de los líderes para diseñar estrategias que les permita alcanzar los objetivos de la organización.

Como se mencionó anteriormente, los valores se han considerado un elemento principal de la cultura y de la estructura social de las organizaciones, debido a que determinan las actitudes que dirigen a sus miembros hacia el logro de metas y objetivos. En este sentido, quienes son los responsables de la conducción de los grupos, juegan un papel fundamental; un buen líder puede inducir a sus seguidores a defender estos valores, generando un clima social de cooperación y apoyo, que allane el camino hacia la consecución de los objetivos.

El primero de los objetivos de esta investigación, fue identificar el perfil de valores laborales presentes en el personal de enfermería del Hospital General de Ticomán; como ya se comentó los valores laborales prioritarios para estos profesionales son los relacionados con la *Benevolencia* y el *Universalismo* (dimensión Autotrascendencia), mientras que los menos importantes son los vinculados con la *Autoridad* (tipo de valor que pertenece a la dimensión Autoengrandecimiento) y *Tradición*.

Aguilar, García y Calvo en el 2007, reportan lo contrario en un grupo de enfermeras españolas, pues los valores laborales priorizados en dicha muestra fueron los relacionados con poder, tradición y logro, mientras que los menos prevalentes eran los vinculados con la benevolencia y universalismo. Esto es compatible con la idea que Hofstede ha mostrado en relación a las sociedades ricas, industrializadas y urbanas respecto a los valores estudiados, éstas son más individualistas mientras que las más pobres, rurales y tradicionales son colectivistas.⁷⁹

Sí se toma en cuenta el contenido motivacional que subyace a estas tipologías de valores desde el enfoque teórico de Schwartz, los aspectos del trabajo que más aprecian estos enfermeros son comprensión, aprecio, tolerancia, además de la protección, preservación e intensificación del bienestar de todas las personas con los que están en contacto frecuente y de la naturaleza. Por otra parte lo que menos estiman es el respeto, compromiso y aceptación de las costumbres e ideas que proporciona la cultura tradicional o la religión; así como el estatus social y prestigio, control y dominio sobre las personas o sobre los recursos. En definitiva, estos hallazgos ponen de manifiesto que, para el personal de enfermería analizado, resultan más importantes los valores que se expresan a través de metas cuyo objetivo motivacional se relaciona más con necesidades de tipo colectivo.

Por lo anterior podemos decir que este estudio, muestra relación con la Teoría Universal de Shalom Schwartz, pues perseguir los valores de un extremo de la dimensión es incompatible con tratar de realizar los valores del otro extremo. Es decir, por ejemplo: existe contraste de los valores de la dimensión *Autoengrandecimiento* con los de la dimensión *Autotrascendencia*, pues la primera opone los valores que enfatizan “la aceptación de los otros como iguales así como la preocupación por su bienestar” (universalismo y benevolencia) con la segunda en la se integran aquellos que destacan la “búsqueda del éxito personal y el dominio sobre Otros (poder y logro).

El segundo objetivo de este estudio fue determinar cómo es percibido por el personal de enfermería el estilo de liderazgo ejercido por quienes realizan la función de supervisión. Llama la atención que los dos estilos considerados se ubican en niveles bajos.

El último objetivo que ésta investigación perseguía era analizar en qué medida los valores hacia el trabajo de las enfermeras se relacionan con la percepción del estilo de liderazgo ejercido por las supervisoras. Los hallazgos muestran que el

estilo de liderazgo enfocado a la relación se relaciona positivamente con los valores laborales *benevolencia, conformidad y seguridad*, es decir, con valores colectivistas. Por otro lado ambos estilos de liderazgo se relacionan positivamente con *logro*, el cual promueve el éxito personal mediante la demostración de competencia según criterios sociales.

Lo anterior es coherente con la idea de que la conducta de un líder más orientada hacia la *relación* involucra: amistad, confianza mutua, respeto, calidez y armonía entre él y los seguidores; promueve valores que enfatizan la preservación e intensificación del bienestar de las personas con las que se está en contacto frecuente (benevolencia), así como la restricción de las acciones, inclinaciones e impulsos que pudiesen molestar o herir a otros y violar expectativas o normas sociales (conformidad), además de propiciar la seguridad, armonía y estabilidad del grupo, de las relaciones y de sí mismo (seguridad), cabe destacar que éstas son algunas de las finalidades de la prestación de ayuda y cuidado del otro.

Así, los resultados hallados en este trabajo sugieren que el estilo de liderazgo que se adopte puede influir en el perfil de valores que tomen los seguidores. En este sentido, no sólo puede ser indiscutible la idea de que los estilos de liderazgo incurren en las preferencias de valores de los seguidores, sino que también es estimable que las prioridades de valores de los seguidores determinan el estilo de liderazgo de los supervisores.

Algunos estudios indican que, para que un líder resulte efectivo, éste debe adaptar su conducta de modo que tenga en cuenta las expectativas, valores y habilidades de aquellos con los que interactúa.⁸⁰ Asimismo, la eficacia de los distintos estilos de liderazgo para incrementar la motivación dependerá, entre otros factores, de las características personales de los subordinados.^{81 82} No obstante, además de que el líder adopte los valores de la institución, lo que realmente es imprescindible es hacer que la gente los viva. Es en este punto donde los líderes y las organizaciones exitosas aventajan claramente a quienes fracasan. Los superan porque respaldan sus palabras con acciones; usan la energía, como las ideas y

valores, como herramienta de competencia.⁸³ Actualmente lo que se requiere es la presencia de un líder transformador, aquel que comprometa a la gente con la acción, que convierta seguidores en líderes y a estos en agentes de cambio.⁸⁴

Es importante no perder de vista que para el caso de este estudio, la muestra estuvo conformada principalmente por enfermeras de base, por lo que el hospital, a través de los directivos, en particular la Jefe de Enfermeras y los responsables de la supervisión deben identificar y escuchar constantemente los requerimientos del entorno (políticas, necesidades de las personas, etcétera), junto a los anhelos y aspiraciones de las personas que trabajan en él, y comprender la respuesta a estos requerimientos con arreglo a la filosofía y las políticas de la institución y del sistema expresadas en la Misión y la Visión institucional, lo cual permitirá las transformaciones necesarias para pasar de la situación actual a la situación deseada en un escenario global cambiante a la luz de esas definiciones institucionales; sin perder de vista que cuando se planifica un cambio institucional hospitalario se deben adoptar y actualizar decisiones que brindan identidad a la organización al tiempo que le marcan la dirección en que debe desarrollarse en aproximaciones sucesivas.⁸⁵

LIMITANTES DEL ESTUDIO

Las limitaciones en cuanto al alcance y conclusiones que presenta esta investigación, de inicio es su carácter transversal, además de evaluar los valores hacia el trabajo a través de un instrumento de tipo autoinforme que considera únicamente el aspecto cognitivo de estos, ignorando los componentes afectivos y conductuales de los mismos.

Cabe mencionar que el propio investigador fue el responsable directo en la recolección de los datos, además de ser supervisor de enfermería en la unidad hospitalaria, lo que podría haber sido un sesgo metodológico a considerar dentro de los resultados.

CONCLUSIONES

El presente estudio es un aporte inicial, ya que es el primero en México con éstas características, por lo que es necesario continuar una línea de investigación relacionada con ésta temática en en otras poblaciones del país e Instituciones de Salud tanto públicas como privadas. Es conveniente dar a conocer los resultados a las (los) enfermeras (os) que participaron y al grupo directivo para la toma de decisiones.

PROPUESTAS

Valdría la pena analizar en futuros estudios, los valores laborales y la percepción del estilo de liderazgo mediante un proceso de investigación cualitativa, para mostrar no sólo resultados desde el punto de vista cognitivo, sino también el afectivo y actitudinal, lo que facilitará la reflexión y la toma de decisiones antes de implementar cualquier plan estratégico dentro de una organización.

Es conveniente efectuar un programa con enfoque didáctico, que ayude a los supervisores a desplegar un motor capaz de impulsar el liderazgo dentro de la organización, iniciando con el desarrollo de su propio enfoque y actuando para mejorar sus propias habilidades, para posteriormente formar a otros y asegurarse de que ellos a su vez enseñen a más gente en la institución o grupo de trabajo.

Es recomendable no perder de vista la importancia de dar a conocer a los nuevos integrantes al centro de trabajo a través del Manual de Bienvenida o durante la inducción al puesto, la Misión, la Visión y los Valores que definen a la Institución, con la finalidad de adoptar la identidad de la organización al tiempo que debe desarrollarse y participar en el alcance de los objetivos.

ANEXOS

Anexo 1. Cuadernillo: “Valores laborales y percepción del estilo de liderazgo en Enfermería” (instrumentos de medición).

Anexo 2. Aprobación y el permiso del Comité de Evaluación Ética de la Unidad de Investigación del Hospital General de Ticoman.

Anexo 3. Carta de consentimiento informado.

ANEXO 1

VALORES LABORALES Y PERCEPCIÓN DEL ESTILO DE LIDERAZGO EN ENFERMERÍA

LE PEDIMOS QUE CONTESTE ESTOS CUESTIONARIOS CON LA MAYOR SINCERIDAD POSIBLE, NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS. SUS RESPUESTAS SERÁN CONFIDENCIALES Y ANÓNIMAS.

**Hospital General de Ticoman, Jefatura de Enfermería.
Septiembre de 2010.**



Presentación:

Estamos trabajando para elaborar un estudio acerca de los valores laborales de las enfermeras y cómo ellas perciben el estilo del liderazgo que ejercen las(os) supervisoras (es). Quisiéramos pedir su ayuda para que conteste algunas preguntas que no llevarán mucho tiempo, sus respuestas serán confidenciales y anónimas.

Las opiniones de todos los encuestados serán procesadas en un programa estadístico y se incluirán en el estudio, pero nunca se comunicarán datos individuales. Le pedimos que conteste este cuestionario con la mayor sinceridad posible, no hay respuestas correctas e incorrectas.

Lea las instrucciones cuidadosamente, ya que existen preguntas en las que sólo se puede responder a una sola opción.

Muchas gracias por su colaboración.

Marque con un “X” la opción que corresponda a su situación.

Sexo: Masculino _____ Femenino _____

Edad: _____

Antigüedad: _____ años _____ meses.

Turno: Matutino _____ Vespertino _____ Nocturno _____
Diurno Especial _____

Nivel máximo de estudios: Auxiliar de Enfermería _____
Carrera Técnica _____ Pos-técnico _____
Licenciatura _____ Posgrado _____

Situación laboral: Seguro Popular _____ Precario _____
Interinato _____ Base _____

Categoría:

Auxiliar de Enfermería “A” _____

Auxiliar de Enfermería “B” _____

Enfermera General “A” _____

Enfermera General “B” _____

Enfermera Especialista “A” _____

Enfermera General “C” _____

Enfermera Jefe de Servicio _____

INSTRUCCIONES: Emplee un lápiz o un bolígrafo para rellenar el cuestionario. Todas las preguntas tienen cinco opciones de respuesta. No hay respuestas correctas o incorrectas. Marque con claridad la opción elegida con una “paloma” o una cruz. Recuerde **NO** se deben marcar dos opciones. Marque así:

✓ ó X

Si la pregunta no es clara o no tiene sentido para Usted, por favor pregúntele a la persona que le entregó este cuestionario.

A continuación se presentan una serie de enunciados que describen brevemente **las características de distintas(os) enfermeras(os)**, señale por favor qué tanto considera QUE SE PARECEN ELLAS A USTED, marque en el cuadro de la derecha la opción que mejor describa el parecido, considere al TRABAJO EN GENERAL y no sólo su situación actual.

CARACTERÍSTICAS DE DISTINTAS (OS) ENFERMERAS (OS).		Se parecen mucho a mí	Se parecen a mí	Se parecen algo a mí	Se parecen muy poco a mí	No se parecen en nada a mí
1	Prefieren siempre trabajar solas(os), no les gusta tomar decisiones junto con otras personas.					
2	Tener dinero para cubrir sus gastos y los de su familia, es su principal preocupación.					
3	Siempre están ayudando a las demás enfermeras, aún sin conocerlas.					
4	A ellas (ellos), le gusta manejar a la gente, les gusta que otros hagan lo que ellas (ellos) quieren que hagan.					
5	Para ellas (ellos), es muy importante el bienestar de la gente que conforma su equipo de trabajo					
6	Ellas (ellos), buscan siempre sobresalir y ser exitosas (os) frente a los demás.					
7	No le gusta hacer cosas que otros no hagan, siempre se guían por lo que otros hacen al realizar su trabajo.					
8	Para ellas (ellos), un buen horario y un lugar cercano y cómodo son factores muy importantes que debe tener su trabajo.					
9	Son enemigas(os) de la monotonía, siempre buscan nuevas actividades o proyectos para darle variedad a su trabajo.					
10	Siempre siguen las reglas y procedimientos en su trabajo, tal y como si fuera un reloj.					
11	Ellas (ellos), son enfermeras (os) inquietas (os), siempre están buscando nuevas formas para hacer mejor su trabajo, son perfeccionistas.					
12	Su integridad física y el no dañar su salud, son factores muy importantes para ellas (ellos) en su trabajo.					

CARACTERÍSTICAS DE DISTINTAS (OS) ENFERMERAS (OS).		Se parecen mucho a mí	Se parecen a mí	Se parecen algo a mí	Se parecen muy poco a mí	No se parecen en nada a mí
13	El progreso del país y el bienestar de toda la gente es muy importante para ellas (os).					
14	Mantener una imagen de superioridad ante los demás, es su principal preocupación					
15	Para ellas (ellos), es muy importante ganarse la confianza de sus compañeros de trabajo, siéndoles leales y honestas(os).					
16	Ellas (ellos), siempre buscan ser ejemplo para las demás enfermeras.					
17	Respetar las costumbres y tradiciones que se siguen en su trabajo, es muy importante para ellas (ellos).					
18	Disfrutan mucho trabajando, tener una actividad que llene su vida es muy importante para ellas (ellos).					
19	Son enfermeras(os) muy activas(os), contagian energía sólo de verles.					
20	Ellas (ellos) son enfermera(os) que nunca pierden el control sobre sus impulsos.					
21	Ellas (ellos), siempre están preocupadas(os) por actualizarse, ya sea leyendo o asistiendo a cursos, con la finalidad de ser enfermeras (os) eficientes.					
22	Es muy importante para ellas (ellos) sentirse parte de su equipo de trabajo y saber que cuidan de ellas (ellos).					
23	Ellas (ellos) siempre luchan porque todas las enfermeras reciban el mismo trato y oportunidades.					
24	Para ellas (ellos) adquirir y acumular bienes o servicios costosos es muy importante.					
25	Para ellas (ellos), la lealtad hacia su grupo es muy importante.					
26	Para ellas (ellos) es muy importante que sus compañeros de trabajo, familiares y amigos reconozcan y valoren sus logros.					
27	Ellas (ellos) son muy metódicas(os), no les gusta intentar nuevas formas de hacer la cosas, prefieren lo que siempre les ha funcionado.					
28	Es muy importante para ellas (ellos), que su trabajo les permita relacionarse con muchas personas, y pasarla bien durante toda la jornada laboral.					
29	Les gustan los retos en su trabajo, prefieren siempre lo nuevo y desconocido.					
30	En su trabajo siempre tratan de ser cordiales y educadas(os) con la gente sin importar la persona o la situación.					

INSTRUCCIONES: Emplee un lápiz o un bolígrafo para rellenar el cuestionario. Todas las preguntas tienen cinco opciones de respuesta. No hay respuestas correctas o incorrectas. Marque con claridad la opción elegida con una “paloma” o una cruz. Recuerde **NO** se deben marcar dos opciones. Marque así:

✓ ó X

Si la pregunta no es clara o no tiene sentido para usted, por favor pregúntele a la persona que le entregó este cuestionario.

Los siguientes enunciados describen brevemente **el estilo de liderazgo de las (los) supervisoras (es) con las cuales Usted trabaja**, por favor marque la alternativa que considere describe la conducta de éstas (os).

SUS SUPERVISORAS (ES):		SIEMPRE	CON FRECUENCIA	A VECES	OCASIONALMENTE	NUNCA
1	Ponen en marcha sus nuevas ideas					
2	Exigen más de lo que podemos hacer.					
3	Dirigen con mano de hierro.					
4	Ayudan a las enfermeras que trabajamos con ellas (ellos) en nuestros problemas personales.					
5	Critican el trabajo deficiente.					
6	Se niegan a explicar sus acciones.					
7	Animan a los que trabajan poco a que hagan un mayor esfuerzo.					
8	Humillan a quien comete un error.					
9	Aportan nuevos enfoques a los problemas.					
10	Nos critican delante de otras personas.					
11	Toman decisiones sin consultarnos primero.					
12	Cuando pertenecemos a grupos lentos nos piden que rindamos más.					
13	Cambian las obligaciones de las enfermeras que están a su cargo sin comentarlo primero con ellas.					
14	Hacen favores personales a las enfermeras que están a su cargo.					

SUS SUPERVISORAS (ES):		MUCHO	BASTANTE	ALGO	POCO	NADA
15	Destacan la importancia de que exista un buen ambiente entre las personas con quienes trabajan.					
16	Fomentan que trabajemos tiempo extra.					
17	Nos dicen cómo debe hacerse el trabajo.					
18	Ante la competencia entre grupos le dan importancia a que seamos los primeros.					
19	Nos “atosigan” para que nos esforcemos más en el trabajo.					
20	Dan importancia a que consigamos los objetivos.					
21	Le dan importancia a la cantidad de trabajo.					

SUS SUPERVISORAS (ES):		SIEMPRE	CON FRECUENCIA	A VECES	RARA VEZ	NUNCA
22	Insisten en que todo se haga a su manera.					
23	Nos asignan tareas concretas para hacer.					
24	Rechazan las sugerencias para cambiar.					
25	Consideran nuestros sentimientos al tener trato con nosotros.					
26	Intentan dejarnos en buena posición ante nuestras autoridades.					
27	Nos piden sacrificios por el bien del Departamento de Enfermería.					
28	Se resisten a los cambios en la forma de hacer las cosas.					
29	Nos apoyan en nuestras acciones.					
30	Les cuesta trabajo aceptar nuevas ideas.					
31	Insisten en que sigamos al pie de la letra el procedimiento estándar de hacer las cosas.					
32	Nos tratan como iguales.					
33	Critican un acto concreto más que a la persona.					
34	Están dispuestas(os) a hacer cambios.					
35	Les parece bien que trabajemos hasta el límite.					
36	Hacen que nos sintamos cómodas (os) cuando estamos hablando con ellas (ellos).					
37	Son amistosas (os) y accesibles.					
38	Insisten en que les informemos de las decisiones que tomamos.					
39	Ponen en práctica sugerencias dadas por nosotros.					
40	Consiguen nuestra aprobación en asuntos importantes antes de continuar.					
41	Permiten que hagamos las cosas como mejor nos parezca.					
42	Expresan su aprecio cuando una (o) de nosotras (os) hace un buen trabajo.					
43	Deciden con detalle qué se va a hacer y cómo.					
44	Es fácil entender en sus indicaciones.					
45	Ellas (ellos) se niegan a ceder cuando los demás no estamos de acuerdo con ellas (ellos).					
46	Esperan a que nosotros impulsemos las nuevas ideas antes que ellas (ellos).					
47	Nos defienden aunque les genere problemas.					
48	Se encargan de que una enfermera que hace bien su trabajo sea recompensada.					

ANEXO 2



Secretaría de Salud

Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias
Dirección de Educación e Investigación
JUDI-01/07

Formato Estandarizado de Protocolo de Investigación

Instructivo:

Este formato se fundamenta en la normatividad vigente en materia de investigación para la salud. La orientación presente en cada apartado es importante, en aspectos específicos, el documento *Información Básica para la Elaboración de Protocolos de Investigación*, ofrece información suficiente para su llenado correcto. Para ingresar información posicione el cursor en la celda o espacio inferior izquierdo del encabezado o instrucción de cada apartado, el documento crecerá lo necesario abriendo nuevas páginas automáticamente, si es necesario para mejorar su paginación, puede pasar un apartado a otra página insertando un corte de hoja desde el menú de comandos; >insertar; >salto; >de página. Se recomienda mantener el tipo de letra Arial Narrow tamaño 10, con espaciado sencillo y no abusar de las mayúsculas. Para complementar la información puede anexar las hojas que considere necesarias.

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

1.1. Título del proyecto de investigación:

Valores Laborales y percepción del Estilo de Liderazgo en Enfermería en un Hospital Público de Segundo Nivel de Atención

1.2 Investigadores participantes:

I. Investigador principal

Miguel Arroyo Merino

Puesto o cargo:

Supervisor de Enfermería

Firma:

II. Investigador titular en la institución (en caso de inv. extra institucional)

III. Asesor de la investigación o investigador asociado

Maestra Reyna Matus Miranda

Profesor de Carrera, UNAM-ENEO

Domicilio y teléfono del investigador titular

Liborio Crespo mz 4 lt 23, Colonia Ampliación Santa Martha Acatitla, Código Postal 09510

Unidad (es) operativa (s) donde se realizará el estudio

Hospital General de Ticoman

Servicio donde se realizará el estudio:

☐ Medicina

☐ Odontología

☐ Nutrición

☐ Administración

☒ Enfermería

☐ Psicología

☐ Trabajo Social

☐ Otra, especifique.

Área de especialidad donde se realizará el estudio.

☐ Anestesiología

☐ Medicina Interna

☐ Urgencias, Médico - Quirúrgicas

☐ Dermatopatología

☐ Cirugía General

☐ Medicina Familiar

☐ Cirugía Pediátrica

☐ Medicina del Enfermo en Estado Crítico

☐ Ginecología y Obstetricia

☐ Ortopedia

☐ Cirugía Plástica y Reconstructiva

☐ Otra, Especifique.

☐ Medicina Legal

☐ Pediatría

☐ Dermatología

Periodo de estudio:

0

1

0

9

10

1.3 Datos de validación:

I. Jefe de Enseñanza e Investigación

Dr. En C. Alberto Francisco Rubio Guerra

Nombre

Firma

II. Director de la Unidad Operativa

Dr. Carlos Vázquez Noriega

III. En caso de tesis, Profesor Titular de la Especialidad

Maestra Reyna Matus Miranda

1.4 Aprobación y registro:

Fecha de recepción

0

4

1

0

1

0

Fecha de aprobación

0

7

1

2

1

0

Presentes en sesión de trabajo, los miembros del Cuerpo Colegiado que se señala, perteneciente a la Secretaría de Salud del Distrito Federal, por acuerdo de consenso, firman la evaluación del protocolo que se indica.

Presidente.

DR. CARLOS VAZQUEZ NORIEGA

Vocal de Bioética.

DRA. HERLINDA MORALES LOPEZ

Vicepresidente.

Vocal de Bioseguridad.

DR. GERMAN VARGAS AYALA

Secretario Técnico.

DR. EN C. ALBERTO F. RUBIO GUERRA

Vocal de Bioseguridad

DR. FRANCISCO J. JUAREZ DELGADO

Vocal de Bioética.

Vocal de Investigación.

Comisión de Ética, Bioseguridad e Investigación

Subcomisión de Investigación y Bioética

Comité de Enseñanza, Investigación, Capacitación y Ética

Unidad operativa:

Aprobado (anotar en que número de revisión)

Aprobado con observaciones (en anexo)

Hacer correcciones y presentar nuevamente (en anexo)

Rechazado (en anexo)

Fecha de registro:

0

8

1

2

1

0

Código de registro:

2

0

8

0

1

0

1

4

1

0

Unidad

Clave

Número

Año

ANEXO 3

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

He leído o me han leído esta carta de consentimiento informado y entiendo claramente que me están solicitando mi consentimiento para contestar una encuesta, que es parte del proyecto de investigación *“Valores laborales y percepción del estilo de liderazgo en enfermería en un hospital público de segundo nivel de Atención”*

Entiendo que no me realizarán ningún procedimiento de diagnóstico o de tratamiento y que no me será tomada ningún tipo de muestra biológica como sangre suero, orina, saliva, cabello, o materia fecal. Concibo también que esta investigación no representa ningún riesgo para mi salud, ni para mi integridad física o moral. Creo además que esta investigación no me traerá algún tipo de beneficio directo e inmediato.

Estoy enterado (a) también que toda pregunta, duda o aclaración, será respondida a plena satisfacción cuando yo así lo solicite de manera personal o telefónica por el responsable de este proyecto de investigación:

Estoy consciente que la firma de la “Carta de aceptación” **NO** me compromete absolutamente a nada, ni siquiera a terminar de contestar la encuesta y además se me garantiza que mi retiro de este estudio NO conllevará represalia alguna.

Además, entiendo que mi información personal **NO** se divulgara de manera individual y que toda la información que yo les proporcione se analizará de forma conjunta y únicamente con fines estadísticos.

Finalmente tengo muy claro que mi participación es plenamente voluntaria y que no recibiré a cambio dadora alguna ni en producto (dinero en efectivo) ni en especie (despensa, etcétera) a cambio de mi participación voluntaria en este proyecto de investigación.

En la ciudad de México siendo el día ____ del mes de _____ del 2010 y habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, acepto participar en el estudio titulado: *“Valores laborales y percepción del estilo de liderazgo en enfermería en un hospital público de segundo nivel de Atención”*

Firma _____

Este documento se extiende por duplicado, quedando un ejemplar en el poder del participante y el otro en poder del entrevistador quien a su vez lo entregará al investigador responsable.

REFERENCIAS

- ¹ Marriner Tomey Ann. Guía de gestión y dirección de enfermería, sexta edición, Ed. Harcourt, España, 2001, pág. 288.
- ² Roos M. Psicología social de los valores: Una perspectiva histórica [Social Psychology of human values: An historic perspective] En M Ros & Gouvea (Eds.) Psicología social de los valores humanos Madrid, Biblioteca Nueva, 2001.
- ³ Schwartz SH. Are there universal aspects in the structure and contents of human values? J Soc Issues, 1994; 50: 19-45.
- ⁴ Roos M. ¿Existen aspectos universales en la estructura y contenido de los valores humanos? En M Ros & Gouvea (Eds.) Psicología social de los valores humanos. Madrid, Biblioteca Nueva, 2001.
- ⁵ Brinkmann H, Bizama M. Estructura psicológica de los valores. Presentación de una teoría, rev Sociedad hoy, 2000; (4).
- ⁶ Aguilar M, García M, Calvo A. Valores hacia el Trabajo del personal de enfermería. Index de Enfermería, 2004; 11, 44: 9-13
- ⁷ González FL, Arciniega ML. Anclajes de carrera profesional y valores en el trabajo, Universidad de Salamanca, Instituto Tecnológico Autónomo de México (ITAM),
- ⁸ Guerra M. Priorización de Valores Enfermeros. Estudio de un Distrito Sanitario de Sevilla. Cultura de los Cuidado, 2007; 21: 55-62.
- ⁹ Aguilar-Luzón MC, Calvo-Salguero A, García-Hita MA. Valores laborales y percepción del estilo de liderazgo en personal de enfermería. Salud Pública Mex 2007; 49:401-407
- ¹⁰ Grimaldo MP, Valores hacia el trabajo en un grupo de policías de tránsito de Lima Metropolitana, Universidad de San Martín de Porres, Instituto de Investigación de la Escuela de Psicología, LIBERABIT Lima, Perú, 2008; 14: 71-80.
- ¹¹ Stina S, Göran E, Göran T. Leadership styles in nursing management: Preferred and perceived. Journal of Nursing Management. 2006; 14:348–55.
- ¹² Kosinska M. The position of a leader nurse. Journal of Nursing Management. 2003; 11:69–72.
- ¹³ Martín N, Castro A. Influencia de los valores sobre los estilos de liderazgo: un análisis según el modelo de liderazgo transformacional-transaccional de Bass. Univ Psychol Bogotá (Colombia). 2007; 6:689–98.
- ¹⁴ Bass BM, Stogdill's Handbook of leadership, New York, Free press, 1990. p.21.
- ¹⁵ Gibson LJ, Ivancevich MJ, Donnelly HJ. Las Organizaciones: Comportamiento, Estructura y Procesos. Decima ed. Mc Graw-Hill, México, 2001. p 309.

¹⁶ Barker AR, How can we train leaders if we do not know what leadership is? Human Relations, 1997, p. 343-62.

¹⁷ Ghiselli EE, Exploration in Managerial Talent (Santa Monica, Calif: Goodyear, 1971) and Meijer RR Consistency of Rest Behaviour and individual Differences in precision prediction, Journal of Occupational and Organizational Psychology, 1998: 60-147 por un reporte de los estudios validados de método.

¹⁸ Ghiselli EE, The Validty of Management Traits in Relation to Occupational Level, Personnel Phychology, 1963, p. 13-109.

¹⁹ Kirkpatrick AS and locke AE, Leadership: Do Traits Matter? The Executive, 1991, pp 48-60 and Kinder A and Roberson TI Do you Have the personality to be a leader? Leadership and Organizational Development, 1994; 15 (1):3-12.

²⁰ Lickert R, New patterns of Management , McGraw-Hill, New York, 1961.

²¹ Fleishman EA, Twenty years of consideration and structure, in Current Developments in the Study of Leadership, ed. Fleishman EA and Hunt JC (Carbondale: Southern Illinois University Press, 1973).

²² Bellman G, The Quest for Staff of leadership (Glenview, Ill: Scott, Foresman, 1986).

²³ Carew DK, Parisi-Carew E, Blanchard KH, Group Development and situational leadership: a model for Managing Groups, Training and development Journal, 1986, pp 46-50.

²⁴ Tannenbaum R and Schmidt WH, How to Choose a Leadership Pattern Harvard Bussiness Review, 1973, pp 162-80.

²⁵ Fiedler FE, García JE. New approaches to leadership: Cognitives resources and organizational performance, Nueva York, John Wiley. 1987.

²⁶ García García I, Santa-Bárbara ES., Relación entre estilos de liderazgo y bases de poder en las Enfermeras, Rev Latino-am Enfermagem 2009; 17(3): 112-124.

²⁷ Colliere MF. Promover la vida, Interamericana McGraw-Hill, Madrid, 1993.

²⁸ Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson, 1996.

²⁹ Fuerbringer M. Enfermería, Disciplina Científica. Ed. Universitaria Potosina, México, 1995.

³⁰ Marriner TA, Raile AM. Modelos y teorías de enfermería, 4 tª ed. Harcourt, Madrid, 2000.

³¹ Benavent MA, et al. Fundamentos de Enfermería. Grupo Paradigma. Enfermería 21, España, 2002.

³² León RC, Enfermería Ciencia y Arte del cuidado, Rev Cubana Enfermer 2006; 22(4): 120-124.

³³ Suárez M. Tecnología y Dignidad Humana. Dolentium Hominum N. 33 año XI N3 Roma, 1996: 29. En: La bioética en el desempeño de la enfermera, Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica, 1999; 7(1): 46-48

³⁴ Leddy S, Pepper JM. Bases Conceptuales de la Enfermería Profesional. Lippincott Company, Filadelfia, 1997.

³⁵ Sainsaulieu R; L'Identité au travail. París, Presses de la Fondation Nationale des sciences politiques, 1977, citado por Colliere MF en: Promover la vida, Interamericana McGraw-Hill, Madrid, 1993.

³⁶ Norma General Administrativa Nº 19, Gestión del Cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada. Gobierno de CHILE, Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales Dpto. de Asesoría Jurídica, Santiago, 2007. Disponible en http://salunet.minsal.gov.cl/pls/portal/docs/PAGE/TRANSPARENCIA/G_SEREMI/SEREMI4_NORMA_S/RESOLUCION_1127_07.PDF

³⁷ Álvarez S. Medicina General Integral. Vol. I Salud y Medicina. La Habana, Editorial Ciencias Medicas, 2008.

³⁸ Nueva Estructura Orgánico Funcional en el Contexto de Reforma Sanitaria, Gestión De Cuidados de Enfermería, Complejo Hospitalario Norte (CHN), Cuba, 2005. Disponible en www.enfermeriajw.cl/.../GESTION_CUIDADOS_ENFERMERÍA_CHNorte2005-2006.doc -

²⁶ Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. *Op cit*.

³⁹ Concha M, Aguilera X. Lineamientos metodológicos para la realización de análisis funcionales de las redes de servicios de salud. (Serie Organización y Gestión de los Servicios de Salud No. 3), Organización Panamericana de la Salud, Washington D.C. 1999.

⁴⁰ Resumen del análisis de situación y tendencias de salud en México, Organización Panamericana de la Salud en: http://www.paho.org/Spanish/DD/AIS/cp_484.htm#respuesta

⁴¹ Programa Nacional de Salud 2007-2012 Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud, Secretaría de Salud, México, 2007 en http://alianza.salud.gob.mx/descargas/pdf/pns_version_completa.pdf consultado 5 de septiembre de 2110.

⁴² Anastassopoulos JP, Blanc G, Dussauge P. Les multinationales publiques. Paris: Presses Universitaires de France, 1985.

⁴³ Thiétard R. La stratégie d'entreprise. 2eme ed. París: Ediscience International, 1997.

⁴⁴ Organización Panamericana de la Salud. El enfoque estratégico en el hospital en: La transformación de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington, D.C. 2001.

⁴⁵ Donabedian A. La calidad de la atención medica. La prensa mexicana, México, 1984.

⁴⁶ Palmer RH. Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica. Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo; 1989.

⁴⁷ Falconi V. TQC Control de la Calidad Total (al estilo japonés). Bello Horizonte: Universidad Federal de Minas Gerais (QFCO), 1989.

⁴⁸ Donavedian A, *Op Cit.*

⁴⁹ Indicadores para la evaluación de los sistemas de salud. Salud pública Méx [serial on the Internet]. 2002; 44(4): 371-380. En:http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342002000400011 consultado el 10 de octubre de 2010.

⁵⁰ Rúelas BE. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Salud en Tabasco 2005; 11301-302. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=48711201#> consultado 25oct10.

⁵¹ EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA Tres indicadores de aplicación hospitalaria. Comisión Interinstitucional de Enfermería, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Secretaría de Salud, México, 2002 en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/evaluacion.pdf consultado el 25 octubre de 2010.

⁵² Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería, Tres Nuevos Indicadores para la Prevención de Infecciones y Seguridad del Paciente. Comisión Interinstitucional de Enfermería, Dirección General de Calidad y Educación en Salud, Subsecretaría de Innovación y Calidad, Secretaría de Salud, México, 2006 en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/03tres_nuevos_ind.pdf consultado el 25 de octubre de 2010.

⁵³ López AD, La salud desigual en México, 8va edición, Siglo XXI editores, México, 1989, p. 99

⁵⁴ Programa Nacional de Salud 2007-2012, Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud, Secretaría de Salud, México, 2007, p. 51. disponible en <http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/pnscap1.pdf> consultado el 14 de junio de 2010.

⁵⁵ Portal Web de la Secretaría de Salud del Distrito Federal http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=27&Itemid=42 consultado 14 de junio de 2010.

-
- ⁵⁶ Carpeta Gerencial, Jefatura de Enfermería, Hospital General de Ticoman, 2010.
- ⁵⁷ Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. op cit
- ²⁵ Colliere MF. *Op Cit.*
- ⁵⁹ ALADEFE, Memorias VII Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería. Conclusiones del Simposio sobre la enseñanza de la gestión en enfermería. Universidad de Antioquia, Medellín, 2003.
- ⁶⁰ Silva EM, Ribas Gomes EL, Anselmo ML. Enfermagem: Realidade e perspectiva na assistência e no gerenciamento. Revista Latino-Americana de Enfermagem 1993; 1(1): 59-63.
- ⁶¹ Castrillón, MC. La dimensión social de la práctica de la enfermería. Universidad de Antioquia, Medellín. 1997.
- ⁶² Aguilar-Luzón MC, Calvo-Salguero A, García-Hita MA. Op cit
- ⁶³ Peiró JM, Prieto F, Roe R. El Trabajo como fenómeno psicosocial. En Tratado de Psicología del Trabajo, Volumen II, Síntesis, Madrid, 1996, p 13.
- ⁶⁴ Páez D, Zubieta E. Cultura y Psicología Social. En Psicología Social, Cultura y Educación. Pearson-Prentice Hall, Madrid, 2004.
- ⁶⁵ Schein E. La cultura empresarial y el liderazgo. Una visión dinámica. Plaza y Janes, Barcelona, 1988.
- ⁶⁶ Tamayo A, De Oliveira L. Valores del trabajo y valores de la organización. En Ros, M., Gouveia, V (Eds.). Psicología social de los valores humanos. Desarrollos teóricos, metodológicos y aplicados. Biblioteca Nueva Madrid, 2001. p 325-351
- ⁶⁷ Smith PB, Peterson MF. Liderazgo, organizaciones y cultura: un modelo de dirección de sucesos. Pirámide, Madrid, 1990.
- ⁶⁸ Ros M, Grad H. El significado del valor trabajo como relacionado a la experiencia ocupacional: una comparación de profesores de E.G.B. y estudiantes de CAP. Revista de Psicología Social, 1991; 6(2): 181-208.
- ⁶⁹ Ugboro IO. Loyalty, Value congruency and affective organizational commitment: an empirical study. Mid American Journal of Business, 1993; 8(2), 29-36.
- ⁷⁰ Fuente: Plantilla de personal, Departamento de Enfermería, Hospital General de Ticoman, 2010.
- ⁷¹ Arciniega L, González L. Desarrollo y validación de la escala de valores hacia el trabajo EVAT-30. Revista de Psicología Social, 2000; 15(3): 281-296.

⁷² The Free Dictionary By Farlex en <http://es.thefreedictionary.com/estilo> consultado el 10 de marzo de 2011.

⁷³ Vroom VH. Work and motivation. Malabor, Fa: Robert E. Krieger Publishing, 1984.

⁶⁹ Arciniega L, González L. *Op Cit.*

⁶⁹ Arciniega L, González L. *Op Cit.*

⁸ Aguilar LC, Calvo SA, García HM. *Op Cit.*

⁷⁶ Fleishman EA. The leadership opinion questionnaire. En Stogdill RM, Coon LA, eds. Leader behavior: its description and measurement. Columbus: Ohio State University, Bureau of Research, 1957.

⁷⁷ Fleishman EA. Leadership climate, human relations training, and supervisor behavior. *Personnel Psychology*, 1953; (6): 205-222.

⁷⁸ Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, *ARBOR Ciencia, Pensamiento y Cultura*, 2008; 730: 349-352.

² Roos M. *Op Cit.*

⁸⁰ Likert R. New patterns of management. Nueva York: McGraw Hill, 1961.

⁸¹ Evans MG. The effects of supervisory behavior on the path-goal relationship. *Organ Behav Hum Perform* 1970; 5: 277-298.

⁸² House RJ. A path-goal theory of leader effectiveness. *Adm Sci Q* 1971; 16: 321-338.

⁸³ Tichy MN, Líderes de acción. Cómo formar líderes en todos los niveles de la organización. Grupo Patria Cultural. México, 2003, p. 141

⁸⁴ Liderazgo efectivo en Organizaciones Sociales (Versión preliminar). Programa de capacitación y metodología. División de Organizaciones Sociales. Gobierno de Chile, 2001 en línea <http://www.biblioteca.org.ar/libros/liderazgo.pdf> consultado el 09 de marzo de 2011.

⁴⁴ Organización Panamericana de la Salud. El enfoque estratégico en el hospital en: La transformación de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington, D.C. 2001