

00921
37



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN
EN LA CALIDAD DE ATENCION EN EL HOSPITAL GENERAL
DE PACHUCA, HIDALGO S.S.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
MARIA RUTH CERVANTES YAUTENZI

DIRECTOR DE TESIS: LIC. JULIO HERNANDEZ FALCON

MEXICO, D. F.

MARZO 2003



Escuela Nacional de
Enfermería y Obstetricia
Universidad Nacional Autónoma de México



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIA

**Desde lo más profundo de mi ser y con lo más puro de mi Amor
a los seres que saben ser amigos y que siempre me han brindado
todo su amor y apoyo incondicional.**

A Juanelo y Magda Ruth, Mis Hijos

**Con cariño al ser que me ha brindado su compañía, apoyo,
cariño y confianza, base precedente para lograr un paso más
en el largo camino de mi superación.**

A Juan, Mi Esposo.

**A la memoria de la mariposa incansable que con su paciencia,
cuidado, ejemplo y su gran amor, me enseñó a desplegar
las alas y emprender el vuelo.**

A María Magdalena, Mi Madre.

**A el hombre que con su Código corrigió todos mis errores
con nobleza, razón, honestidad.**

A Cupertino, Mi padre.

**Y a una persona en especial que admiro por su atinada crítica,
buen juicio y paciencia para hacerle los mil cambios al material.**

A Julio, Mi Maestro.

GRACIAS

INDICE

	PAG
RESUMEN.	8
1. INTRODUCCIÓN.	9
11. MARCO TEORICO.	12
2.1. EXCELENCIA Y CALIDAD TOTAL.	12
2.1.1 ORÍGENES Y EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD TOTAL.	12
2.1.2 CULTURA ORGANIZACIONAL Y CALIDAD TOTAL.	14
2.1.3 CALIDAD TOTAL: CONCEPTOS GENERALES.	15
2.1.4 JAPÓN, CUNA DE LA CALIDAD TOTAL.	16
2.1.5 TEORÍA Z.	17
2.1.6 PRECURSORES DE LA CALIDAD TOTAL.	18
2.1.7 PROMOTORES DE LA CALIDAD.	19
2.1.8 EXCELENCIA EMPRESARIAL Y CALIDAD EN EL SERVICIO.	21
2.1.9 EXCELENCIA INDIVIDUAL.	23
2.1.10 LIDERAZGO.	24
2.1.11 HACIA UNA CULTURA DE EXCELENCIA Y CALIDAD TOTAL.	24
2.2. NUEVOS HORIZONTES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LA SALUD.	25
2.2.1 CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA.	26
2.2.2 CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE CALIDAD POR EL COMITÉ EUROPEO DE NORMALIZACIÓN DE LA CALIDAD.	28
2.3. PROGRAMA DE ACCIÓN: CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD.	30
2.4. GERENCIA DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA.	34

2.4.1	DIRECCIONAMIENTO DE LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA.	34
2.4.2	FACTORES CLAVES DEL ÉXITO DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA.	38
2.5.	MONITOREO ESTRATÉGICO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA.	43
2.5.1	SISTEMAS DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD.	43
2.5.2	ESTRATEGIAS PARA LOGRAR LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA.	48
2.5.3	INDICADORES DE CALIDAD TOTAL EN ENFERMERÍA.	49
2.6.	LA ÉTICA EN EL CONTROL DE LA CALIDAD.	55
2.6.1	REFLEXIONES ÉTICAS SOBRE EL CONCEPTO CALIDAD.	55
2.6.2	CRITERIOS QUE FUNDAMENTAN EL CRITERIO CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA.	55
2.6.3	DESAFIOS ÉTICOS.	55
2.6.4	SEGUIR CULTIVANDO.	56
2.6.5	APLICAR UN MODELO PROFESIONAL.	56
2.6.6	SENTIDO HUMANÍSTICO.	57
2.7.	CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS.	58
2.7.1	CÓDIGO DE ÉTICA EN ENFERMERÍA.	58
2.7.2	DERECHOS DEL CLIENTE Y NECESIDADES DEL PRESTADOR DE SERVICIOS.	61
2.8.	LA CLAVE DEL CUIDADO DE CALIDAD.	62
2.9.	EL CONCEPTO DE LA CALIDAD EN EL DESEMPEÑO HUMANO Y LA CAPACITACIÓN DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS.	63

III.	MATERIAL Y MÉTODOS.	66
3.1.	JUSTIFICACIÓN.	66
3.2.	OBJETIVOS.	67
3.3.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	68
3.4.	HIPÓTESIS.	68
3.5.	DEFINICIÓN DE VARIABLES.	68
3.6.	TIPO DE ESTUDIO.	74
3.7.	UNIVERSO ESTUDIO.	74
3.8.	UNIDADES DE OBSERVACIÓN.	74
3.9.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN, ELIMINACIÓN.	74
3.10.	UNIVERSO / MUESTRA.	75
3.11.	INSTRUMENTOS.	75
3.12.	VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.	75
3.13.	PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO.	76
IV.	RESULTADOS.	76
4.1.	DATOS GENERALES.	76
4.2.	DATOS ESPECÍFICOS.	85
4.3.	DISCUSIÓN Y ANÁLISIS.	122
4.4.	PROPUESTAS.	127
4.5.	CONCLUSIONES.	129
	BIBLIOGRAFÍA.	132
	ANEXOS.	135

INDICE DE CUADROS.

	PAG.
CUADRO N0. 1 EDAD	78
CUADRO N0. 2 SEXO	79
CUADRO N0. 3 ESTADO CIVIL	80
CUADRO N0. 4 RELIGIÓN	81
CUADRO N0. 5 ESCOLARIDAD	82
CUADRO N0. 6 ANTIGÜEDAD EN LA INSTITUCIÓN	83
CUADRO N0. 7 N0. DE HIJOS POR EDAD	84
CUADRO N0. 8 SUFICIENCIA DE RECURSOS HUMANOS	86
CUADRO N0. 9 OMISIÓN DE PROCEDIMIENTOS	88
CUADRO N0. 10 COMUNICACIÓN INSTITUCIONAL	89
CUADRO N0. 11 CONOCIMIENTO INSTITUCIONAL	92
CUADRO N0. 12 ATENCIÓN AL USUARIO	94
CUADRO N0. 13 SUFICIENCIA DE RECURSOS MATERIALES	96
CUADRO N0. 14 EXISTENCIA DE EQUIPO	98
CUADRO N0. 15 CALIDAD DEL EQUIPO	99
CUADRO N0. 16 OMISIÓN DE PROCEDIMIENTOS	102
CUADRO N0. 17 INFLUENCIA CAPACITACIÓN EN LA CALIDAD	104
CUADRO N0. 18 ASISTENCIA A EVENTOS CIENTÍFICOS	106
CUADRO N0. 19 MOTIVACIÓN, APOYO PARA CAPACITACIÓN	108

CUADRO N0. 20	INTRODUCCIÓN AL PUESTO	111
CUADRO N0. 21	PROGRAMAS DE CAPACITACIÓN	113
CUADRO N0. 22	CONOCIMIENTO ESTÍMULOS INSTITUCIONALES	115
CUADRO N0. 23	N0. DE ESTÍMULOS RECIBIDOS	117
CUADRO N0. 24	TIPO DE ESTÍMULOS RECIBIDOS	119
CUADRO N0. 25	INFLUENCIA DE ESTIMULOS EN LA CALIDAD	120

RESUMEN

Durante el 2º. Semestre del 2002, se realizó una investigación de tipo descriptivo, prospectivo, transversal; con el propósito de identificar los factores que influyen en la calidad de la atención al usuario por el personal de enfermería.

El estudio se realizó en los diferentes servicios del Hospital General de Pachuca, Hidalgo del Sector Salud. Tomando en cuenta los 6 turnos. Siendo las unidades de observación: El personal de enfermería con más de tres meses de haber adquirido su base.

Los criterios de inclusión fueron: Personal de base; Licenciadas en Enfermería; Enfermeras Generales; Auxiliares de Enfermería.

Los criterios de Exclusión fueron: Personal de contrato; Personal eventual; Estudiantes de enfermería; Personal de enfermería con base de menos de 3 meses.

Los criterios de eliminación fueron: Personal que se niega a participar; Personal que por exceso de trabajo no pueda participar, Personal incapacitado por más de 3 días; Personal becado; Personal con permisos de más de tres días; Personal comisionado.

En total se consideró una muestra no estadística de 95 enfermeras de los diferentes turnos y servicios. Para la recolección de información se elaboró una encuesta de registro.

Los resultados muestran: De acuerdo a la perspectiva de la enfermera: Insuficiencia de Recursos Humanos y Materiales; Falta de Capacitación y Motivación del Personal de Enfermería como Factores que influyen para brindar una atención de calidad. Con base a lo mencionado se concluye que se cumplieron los objetivos propuestos y se comprobó la hipótesis del estudio.

I INTRODUCCIÓN.

La necesidad de mejorar la efectividad en la entrega de cuidados de salud ha llevado a numerosos autores a realizar estudios acerca de la calidad de la atención médica.

La historia del control de calidad se reporta desde el año 1992, con la creación en Estados Unidos del American College of Surgeons, que proyectaba asociar a los cirujanos de todo el país, velando por el prestigio de sus miembros mediante una progresiva exigencia a los mismos. Por las dificultades en valorar la capacidad profesional asistencial en el año 1920, se creó un Programa de Estandarización, donde aparecían las características mínimas que debían cumplir los que iban a trabajar. Como resultado del proceso de acreditación, paulatinamente se incrementaron los centros que cumplían los criterios de la sociedad antes mencionada. En Europa los estudios sobre calidad se reportaron más tarde. 1.

Históricamente a nivel internacional, la vigilancia de la calidad de la asistencia ha sido motivo de preocupación, como un problema social y organizativo y ha significado un estilo de trabajo permanente. 2.

En Enfermería, desde el inicio de la profesión, Florencia Nightingale enunció que " las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si comparamos tratamientos con resultados ". 3.

En nuestro país, a partir de la creación del Programa Nacional de salud los principios que sustentan al mismo, están dirigidos a lograr la satisfacción de los usuarios y familiares,

1. Esteban A. El control de la calidad asistencial, una responsabilidad compartida. Rev Clin Esp 1988.
2. Martínez Junco H. Sistema de auditoría médica hospitalaria. Rev Cubana Adm. Salud 1988.
3. Fernández Caballero E. Calidad de la atención médica. Notas de clase del Curso sobre técnicas de dirección a personal dirigente de enfermería. ISCM-II. Cuba, 1990.

por lo que ha sido una tarea sistemática el control de calidad de los servicios, lo que a su vez ha permitido los cambios introducidos en los propios servicios, actividades docentes e investigativas.

En el equipo de salud el personal de Enfermería mantiene el vínculo más estrecho con los pacientes y su interrelación con todos los subsistemas de las unidades de atención. Por ello adquiere gran importancia su participación en los objetivos propuestos sobre la calidad de atención.

Por tal motivo consideró de interés revisar los factores que influyen en la calidad de atención, dada la vigencia actual de los conocimientos de Enfermería, para continuar dando cumplimiento a los propósitos, metas y directrices del Programa de Acción:

Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud identificada por el Programa de Salud como una de las cinco estrategias sustantivas para hacer frente a los retos de mejora de la calidad de los servicios de salud; en el año 2001.

La presente Investigación está integrada por 4 capítulos.

El segundo capítulo: Se refiere al **Marco Teórico:** Que se efectuó con técnicas de investigación documental. El cual contiene un total de 9 títulos y 25 subtítulos, que menciona todo lo referente al tema de la calidad total; calidad de los servicios de salud, y calidad de atención de enfermería.

El tercer capítulo: Se refiere a los **materiales y métodos** que son:

La Justificación: En donde se dan las razones de la Investigación, justificando en base a datos que se encuentran en el marco teórico.

Los Objetivos: General y Específicos; Que el primero se refiere a lo que se pretende

alcanzar en general, los segundos están relacionados con los indicadores.

Planteamiento del Problema: Que es lo que nos permite ubicar el problema en un contexto, dándonos un enunciado del problema como pregunta.

Hipótesis: Que es la deducción de la definición de las relaciones pronosticadas entre los factores o variables a estudiar.

Definición de Variables: Que es la característica, cualidad, atributo a estudiar, contiene: variable estudio, indicadores de la variable estudio, definición nominal y definición operativa.

Tipo de Estudio; Universo Estudio; Unidades de Observación; Criterios de inclusión, exclusión, eliminación.

Universo / Muestra;

Instrumentos: Una encuesta de 25 reactivos.

Validez y Confiabilidad.

Procesamiento Estadístico: En donde se diseñaron cuadros y gráficas

El cuarto capítulo: Se refiere a los **Resultados:** Que incluyen:

Datos Generales; Datos Específicos; Discusión y Análisis; Propuestas y Conclusiones.

Al final de la investigación se encuentra la selección de la bibliografía y los anexos.

II. MARCO TEORICO.

2.1. EXCELENCIA Y CALIDAD TOTAL.

La calidad empieza con educación y termina con educación. 4

2.1.1. ORIGENES Y EVOLUCIÓN DE LA CALIDAD TOTAL.

La calidad, la mejora continua y la perfección, son ideales que han existido en el ser humano en todas las culturas a lo largo de la historia, de hecho, los grandes avances que disfrutamos en esta época, en todos los ámbitos ya sea artístico, económico, tecnológico, o científico, demuestran claramente que la calidad es un afán que ha preocupado al hombre siempre; basta con recordar las pirámides de Egipto, Teotihuacan, la majestuosidad de la cultura griega, o cualquiera de las manifestaciones culturales de la humanidad. 5

HISTORIA DE LA CALIDAD.

Período	Grandes Civilizaciones	Edad Media	Siglo XIX	Siglo XX
Gestión para la calidad.	No existían principios básicos. Se castigaba la falta de calidad muy severamente.	Se basaban en principios tradicionales, como: <ul style="list-style-type: none"> • Inspección del Producto por los consumidores. • El concepto de artesanía. • Especificaciones por muestra. • Garantía de calidad en los contratos de renta. 	Surgen grandes fabricas y desaparecen los pequeños talleres. Aparecen manuales o instrumentos para medir la calidad.	La producción en masa origina la necesidad de utilizar procesos más sencillos a bajo costo y de acuerdo con las especificaciones de calidad requeridas.

<p>Promotores o iniciadores de la calidad: Joseph Jurán y Philip Crosby.</p>	<p>No había personas específicas que se encargaran de vigilar la calidad. Las agrupaciones eran pequeñas.</p>	<p>Se formaban grupos de artesanos encargados de la fabricación de productos específicos. Gremios.</p>	<p>Primeros departamentos de inspección para supervisar a los operarios.</p>	<p>Aparecen organismos encaminados a definir el concepto de control total de calidad. Normas Internacionales de calidad. Certificación y acreditación de la Calidad.</p>
<p>Enfoque.</p>	<p>Solo se preocupaban porque las herramientas que necesitaban les fueran útiles para satisfacer sus necesidades.</p>	<p>Los artesanos se preocupaban por cumplir los requisitos que les demandaban los consumidores.</p>	<p>Crecimiento económico importante, por lo que es difícil controlar la calidad y sólo importa producir a grandes volúmenes.</p>	<p>La gran competencia nacional e internacional obliga a las empresas a certificar la calidad, pues es la única manera de poder subsistir dentro del mercado.</p>

Resultados representativos.	Inspección dimensional de bloques de piedra con un cordel. equidad en solución a problemas. Las grandes obras de la antigüedad: Pirámides de Egipto y de Teotihuacan. El código de Hammurabi penalizaba las faltas.	Trabajo artesanal de calidad, aparición de aprendices.	División del trabajo, especialización y producción en serie.	Surgen el CTC, el CEP e ISO 9000. Conquista del espacio. grandes avances tecnológicos, informática, biotecnología, globalización económica.
-----------------------------	---	--	--	--

2.1.2. CULTURA ORGANIZACIONAL Y CALIDAD TOTAL.

La cultura es un concepto estudiado en la antropología: "conjunto de conocimientos, creencias, leyes, moral, costumbres, capacidades y hábitos adquiridos por el hombre como

4 Kauro Ishikawa.

5 Gitlow, Howard, Planificando para la Calidad, la Productividad y una Posición Competitiva, Ventura, México, 1991.

miembro de la sociedad". 6

La cultura organizacional forma parte de un macrosistema cultural que es la sociedad, el país o la región en el que está inmersa, el cual se constituye por una serie de valores que interactúan con los valores de las organizaciones. Y puede conceptualizarse como el conjunto de sistemas formales e informales que se practican en una organización. Los valores son los principios o las pautas de conducta que orientan la actuación de los individuos tanto en la sociedad como en su trabajo.

2.1.3. CALIDAD TOTAL: CONCEPTOS GENERALES.

E. Deming: "Grado predecible de cumplimiento de requisitos y de costo satisfactorio del mercado".

K. Ishikawa: "Desarrollar, diseñar, manufacturar y mantener un producto que sea el más económico, útil y siempre satisfactorio para el consumidor". "Un sistema eficaz para integrar los esfuerzos en materia de desarrollo y mejoramiento de calidad realizados por las diversas áreas de la organización para la satisfacción plena del cliente".

J. M. Juran: "Adecuación de un producto o servicio al uso".

P. B. Crosby: "La calidad debe definirse como cumplir con los requisitos".

Taguchi: "Artículo de calidad es aquel que actúa conforme a las funciones pretendidas sin variabilidad y que causan poca o ninguna pérdida y efectos colaterales incluyendo el costo de utilización".

Feigenbaum: "Resultante de las características del producto y / o servicio a través de las cuales se satisfacen las necesidades del cliente".

Analizando estos conceptos se concluye que todos los autores coinciden en ciertos elementos y se obtiene la siguiente definición:

6. Edward Taylor, Las Culturas Primitivas. Fondo de Cultura Económica, México, 1980.

La calidad: Es la cultura organizacional orientada a la satisfacción integral de las necesidades del cliente mediante la producción de artículos y / o servicios que cumplen con un conjunto de atributos y requisitos. 7

2.1.4. JAPÓN . CUNA DE LA CALIDAD TOTAL.

La calidad total y la excelencia son una cultura porque resultan del ejercicio de una serie de valores y son una forma de vida de la organización en la que todos y cada uno de los trabajadores se orientan hacia la satisfacción integral de las necesidades del cliente mediante la mejora continua. La calidad total como cultura organizacional surge en Japón después de la Segunda Guerra Mundial cuando el estadístico estadounidense Edwards Deming capacita a los industriales y a la Asociación de Ingenieros de Japón (JUSE) en control estadístico de proceso. Las herramientas de calidad y los valores de la cultura japonesa (lealtad, holismo y honor) dieron como fruto la cultura de calidad total, que de ahí ha pasado ser el objetivo de todas las empresas a nivel mundial, ya que con la globalización de la economía, para que una empresa sea competitiva, es indispensable la calidad de sus productos y servicios. En la cultura de la calidad total, los valores prevalecientes en la sociedad juegan un papel primordial, por eso resulta de vital importancia analizar los valores de la cultura organizacional y de la sociedad a donde se intenta un cambio hacia la calidad. La cultura de calidad se fundamenta en los valores y las actitudes de los individuos que conforman las organizaciones. Iniciar una cultura de excelencia y calidad requiere de un largo y continuo proceso de educación que lleva tiempo y esfuerzo.

7. Munich Galindo Lourdes, Mas Allá de la Excelencia y de la Calidad, Trillas, México 2001.

2.1.5. TEORÍA Z.

La administración Z, consiste en la adaptación de la filosofía de administración japonesa a las de las empresas occidentales. De la aplicación de los principios de la administración japonesa a la cultura occidental, surgió la Teoría Z, cuyo postulado básico es que la clave de una mayor productividad está en implicar a los trabajadores en el proceso mediante la confianza, la sutileza y la intimidad. William Ouchi plasma en su libro Teoría Z las características de las organizaciones Z: 8

- Las utilidades no se consideran un fin en si mismo ni constituyen una forma de “Llevar el marcador en el proceso competitivo”.
- La vida organizacional es interdependencia; se tiene fe en el ser humano.
- El proceso de toma de decisiones implica, por lo general, el consejo y la participación de los empleados.
- Existe una extensa difusión de la información y de los valores a través de toda la organización.
- La responsabilidad última recae en un solo individuo: el gerente.
- La comunicación, la confianza y la entrega son sucesos comunes.
- Existe una fuerte preocupación por el bienestar de los empleados.
- Las relaciones humanas tienden a ser informales.

También sugiere que las empresas que deseen implantar la organización Z, deben seguir las siguientes etapas:

1. Comprender la organización Z.
2. Analizar la filosofía de la compañía.
3. Definir la filosofía administrativa deseada y comprometer al líder de la compañía.

8. Ouchi, William, Teoría Z, Interamericana. México, 1980.

4. Poner en práctica la filosofía creando tanto las estructuras como los incentivos necesarios.
5. Desarrollar habilidades para las relaciones humanas.
6. Evaluar su propio desempeño y los resultados del sistema.
7. Hacer que el empleo se vuelva más estable.
8. Comprometer al sindicato.
9. Tomar decisiones empleando un proceso lento de evaluación y promoción.
10. Ampliar los horizontes profesionales.
11. Prepararse para aplicar la filosofía en el primer nivel.
12. Buscar el lugar preciso para poner en práctica la participación.
13. Permitir el desarrollo de las relaciones holistas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.1.6. PRECURSORES DE LA CALIDAD TOTAL.

El objetivo del Liderazgo no consiste en detectar y registrar fallas, sino en eliminar las causas y ayudar a que las personas hagan mejor su trabajo. 9

Los precursores más destacados de la cultura de calidad fueron Ishikawa en Japón y Deming en Estados Unidos de América. Ambos aplicaron el control estadístico de proceso para lograr la calidad total. Ishikawa propone el CTC, que a diferencia del control de calidad tradicional se aplica en todas las áreas de la organización, incluyendo a los proveedores o clientes internos y a los clientes externos.

Para Ishikawa, el fin último del CTC es lograr el bienestar de la humanidad. Deming, con su filosofía de los 14 pasos, las enfermedades mortales, los obstáculos y la espiral de mejoramiento, realiza importantes aportaciones para lograr la mejora continua en las organizaciones. El control total de calidad de Ishikawa es una verdadera revolución.

9. Deming, Edward, Calidad, Productividad y Competitividad. La salida de la crisis, Díaz Santos, Madrid, 1989.

conceptual en la gerencia, ya que esta implica formas de actuar diferentes, tales como: Primero la calidad, no las utilidades a largo plazo, orientación hacia el consumidor y no hacia el producto; el proceso siguiente es su cliente; derribar barreras y conflictos; todas las áreas de las organizaciones se consideran internamente como clientes; utilización de métodos estadísticos; respeto a la humanidad como filosofía administrativa; administración totalmente participativa y administración interfuncional. Tanto Deming como Ishikawa conceden una importancia al proceso de educación para crear una cultura de mejora continua.

La cultura de calidad se fundamenta en la aplicación de métodos estadísticos que se dividen en tres categorías: Método estadístico elemental, método intermedio y método avanzado. Dentro de estos el más utilizado es el método estadístico elemental conocido también como las siete herramientas de calidad que son hoja de verificación, histograma, diagrama de Pareto, estratificación, diagrama de causa-efecto, diagrama de dispersión y gráficas y cuadros de control. Estas herramientas contribuyen a la detección de fallas y a la mejora de calidad. 10

2.1.7. PROMOTORES DE LA CALIDAD.

La empresa que desea la calidad debe vacunarse con educación. 11

Dos de los autores más connotados en el ámbito de la calidad y que son considerados como promotores de la calidad total son: Joseph Jurán y Philip Crosby. El método de Jurán es conocido como la trilogía porque se basa en tres etapas: mejora, planeación y control de la calidad. Algunas de sus más importantes participaciones son el bucle de retroalimentación, el mapa de carreteras y el proceso de mejoramiento integrado por 10 pasos.

10. Kume, Hitoshi, Herramientas estadísticas básicas para el mejoramiento de calidad, Norma, México, 1992.
11. Crosby, Philip, Calidad sin lágrimas, CECSA, México, 1987.

Crosby creador de la filosofía "Cero defectos" que comprende la vacuna procalidad y las tres estrategias administrativas: determinación, educación e implantación. En la etapa de determinación destacan los 4 principios absolutos: calidad se define como cumplir con los requisitos, el sistema de calidad es la prevención, el estándar de realización es "Cero defectos" y la medida de la calidad es el precio del incumplimiento. En la etapa de educación Crosby propone capacitación en todos los niveles y en la de implantación de los 14 pasos. Otra gran contribución de Crosby es el cuadro de madurez de la calidad. El control estadístico de procesos con sus técnicas, los círculos de calidad, los equipos de mejora, los costos totales de calidad y la reingeniería son herramientas que contribuyen en la infraestructura de la cultura de calidad.

Los costos totales de calidad generalmente no son calculados en la contabilidad tradicional, pero representan un porcentaje sustancial de los costos de un organización y son los que resultan de la suma de los costos de no calidad y los costos de calidad. Los costos de no calidad se originan por hacer las cosas mal: reprocesos, productos defectuosos, rechazos y pérdidas de clientes. Los costos de calidad provienen de la utilización de métodos y procesos para lograr la calidad y eliminar la no calidad y se clasifican en: costos de prevención que incluyen ingeniería de calidad, de procesos y capacitación, y costos de evaluación, que comprenden inspección y pruebas. 12

Los círculos de calidad son grupos pequeños de trabajadores de una misma área, de carácter voluntario y permanente, que se reúnen con la finalidad de mejorar el proceso. Los equipos de mejora son grupo de gerentes o personal de mandos medios, diversas áreas, de carácter temporal, que se reúnen para mejorar procesos, sistemas y estructuras o crear proyectos para incrementar la calidad .

12. Munich Galindo Lourdes, Mas Allá de la Excelencia y de la Calidad, Trillas, México 2001.

La reingeniería es la revisión fundamental y el rediseño radical de los procesos apoyada en los sistemas informativos; para lograr una mejora continua en la satisfacción de las necesidades del cliente. Existe la tendencia de considerar a la reingeniería como un enfoque más "avanzado" que la calidad total sin embargo, es una herramienta de la cultura de calidad que sirve para diseñar procesos y estructuras que la propician. 13

La ISO 9000 es un modelo de aseguramiento de calidad que garantiza el sistema de calidad que genera el producto de las empresas en las ramas de manufactura y servicio, que comprenden un conjunto de lineamientos o normas internacionales de calidad. La finalidad de ISO 9000 es proporcionar confianza al comprador de que existe calidad garantizada en los productos y servicios. Y este es indispensable para las empresas que deseen ser competitivas a nivel mundial, porque es un requisito para ingresar a los mercados internacionales. 14

2.1.8. EXCELENCIA EMPRESARIAL Y CALIDAD EN EL SERVICIO.

Mucho de lo que llamamos administración consiste en dificultar el trabajo de la gente. 15 En los años ochenta surgen en Estados Unidos de América el enfoque de excelencia propuesto por Peters y Waterman, consultores de McKinsey. Por medio del esquema de las 7'S, siglas en inglés de los siete factores o atributos de las empresas de excelencia, y de los ocho principios que observan las mismas, se analiza cómo es posible lograr las aspiraciones básicas de las empresas de excelencia: altos rendimientos, clientes altamente satisfechos, óptima calidad del producto o servicio y permanencia en el mercado.

La cultura de excelencia se centra en los valores compartidos, al igual que la cultura de calidad total; por tanto, resulta indispensable considerar a los valores individuales y organizacionales como el punto de partida hacia la excelencia. La excelencia administrativa

13. Morris y Brandon, Reingeniería, MacGraw-Hill, México, 1994.

14. ANSI-ASQC, Q90 Through Q94 Quality Assurance standard, Milwaukee, Wisconsin, USA 1987.

15. Thomas Peters y Robert Waterman, en busca de la excelencia, Lasser Press, México, México, 1986.

consiste en coordinar los recursos y lograr los objetivos que una organización mediante la generación de bienes y servicios de alta calidad. Las empresas sobresalientes se caracterizan por poseer una filosofía y cultura bien definidas, en la que todos los miembros de una organización comparten una serie de valores que se orientan hacia la satisfacción de las necesidades de los clientes, tanto internos como externos, el constante mejoramiento del producto, la innovación y un enfoque hacia la productividad basado en la realización y el trabajo significativo de las personas que integran la empresa. El sustento de la cultura de excelencia es un estilo de liderazgo transformador y la existencia de sistemas y estructuras organizacionales flexibles y sencillas.

El esquema Mckinsey de las 7'S muestran las siete variables que determinan la excelencia de las empresas: Valores compartidos, estilo, staff, estructuras, sistemas, capacidades y estrategias. Por otra parte, las organizaciones sobresalientes practican ocho principios: énfasis en la acción, cercanía al cliente, autonomía e iniciativa, productividad contando con las personas, valores claros y manos a la obra, zapatero a sus zapatos, estructuras sencillas y staff reducido, y estira y afloja simultáneo. ¹⁶

La calidad del servicio dirige todos los esfuerzos y recursos de la organización hacia la satisfacción de las necesidades del cliente y a proporcionar un valor agregado al producto y / o servicio. Los factores básicos que comprende esta filosofía son: servicio, clientes y proceso. Los principios y las dimensiones del servicio proporcionan estrategias para lograr la excelencia en el servicio. Por otra parte existen una serie de herramientas que apoyan este proceso: benchmarking, libreta de calificaciones del cliente, el diagrama de flujo, el ciclo del servicio, los momentos de verdad, así como la aplicación de cualquiera de las herramientas de calidad. Los principios de calidad en el servicio son: el cliente siempre tiene la razón, cumplir con lo prometido, mejora continua, los detalles son importantes, los

¹⁶ Thomas Peters y Robert Waterman, en busca de la excelencia, Lasser Press, México, México. 1986.

costos de no calidad, la sonrisa, cuanto más inmaterial sea el servicio, más influencia tendrán sus aspectos tangibles, aquí el cliente recurre a signos indirectos concretos para juzgar la calidad de un servicio como: la apariencia física del lugar y de las personas, el precio y el riesgo percibido. Otros de los principios son: la regla de oro, el cliente es el único juez de la calidad del servicio, el cliente es el que determina el nivel de calidad del servicio, y siempre quiere más, la organización debe "gestionar" las expectativas de sus clientes. 17

2.1.9. EXCELENCIA INDIVIDUAL.

En cierto sentido, el alma humana es todo. 18

El factor clave de la excelencia organizacional es la excelencia de los individuos. En este sentido, los valores entendidos como principios de validez universal o reglas que rigen la conducta de los seres humanos, son indispensables, de hecho los valores prevaleciente en una época determinada en una sociedad, inciden directamente en el desempeño de los individuos en el trabajo.

La educación en y para los valores es un elemento fundamental para poseer y ejercer una serie de valores que en su conjunto integran el perfil del hombre excelente: Fortaleza espiritual, perseverancia, valentía, laboriosidad, creatividad, visión de futuro, conocimiento y disciplina. Para lograr la excelencia organizacional, el punto de partida es el cambio a nivel personal, para lo cual se requiere iniciar con un auto análisis y con la elaboración de un plan de vida en el que se definan objetivos que comprendan las cuatro dimensiones de desarrollo integral del hombre: Físicos, intelectuales, afectivos, y espirituales.

La excelencia es el arte que se alcanza a través del entrenamiento y el hábito.

Nosotros somos lo que hacemos repetidamente.

17. Yacques Horovitz, La calidad en el servicio a la conquista del cliente, McGraw-Hill, México, 1993.

18. Aristóteles, Ética Nicomaquea, Porrúa, México. 1984.

La excelencia entonces no es un acto. Si no un hábito. 19

2.1.10. LIDERAZGO.

La cultura de Calidad y excelencia dependen en gran parte de líderes de excelencia. El estilo de liderazgo se refiere a una serie de comportamientos que caracterizan la forma de dirigir. Los principios de Stephen Covey dice que todas aquellas personas que tienen el compromiso de un cargo directivo y que deseen lograr un liderazgo de excelencia deberán de desarrollar y ejercer una serie de cualidades y conocimientos tecnológicos, administrativos y humanísticos, así como autocontrol, iniciativa, sentido común, optimismo, sinceridad, justicia, lealtad, espíritu de logro, sencillez y humildad. Requiere de la integración de equipos directivos cuyo perfil se caracteriza por la unión, consistencia, participación, justicia, compromiso y disposición al riesgo, es imprescindible observar principios de dirección tales como: imparcialidad, demanda, resolución y aprovechamiento del conflicto, vía jerárquica, unidad y consistencia, interés por las personas y por la organización, binomio calidad-servicio y acción.

Las actividades inherentes a la función de dirección son la toma de decisiones, la motivación, la comunicación, la delegación y el ejercicio del liderazgo. En todas estas etapas existen múltiples herramientas y teorías que auxilian al directivo a lograr la excelencia como son: Teoría de motivación de Herzberg, McLelland y Maslow indispensables para iniciar un cambio en las actitudes de los empleados. 20

2.1.11. HACIA UNA CULTURA DE EXCELENCIA Y CALIDAD TOTAL.

Lograr un cambio de cultura hacia la excelencia y calidad total implica la filtración de una serie de valores en la cultura organizacional, cuyo ejercicio se convierte en una mística de

19. Aristóteles, Ética Nicomaquea. Porrúa, México, 1984.

20. Stephen Covey, Liderazgo centrado en principios, Paidós, México, 1994.

trabajo orientada a la mejora continua. La creación de una cultura de excelencia a nivel de toda empresa, requiere un proceso que comprenda: Preimplantación, sensibilización y compromiso, diagnóstico de la cultura organizacional, diseño de un plan estratégico, desarrollo humano y administración del cambio. Este proceso es largo y requiere de tiempo, recursos y constancia ya que los resultados se ven a mediano plazo, pero definitivamente esta inversión realmente es redituable.

Cuando el directivo no cuenta con el poder de decisión para implantar un cambio de cultura a nivel corporativo, puede realizarlo en el área bajo su responsabilidad mediante un proceso que incluye las siguientes etapas: aceptación de la necesidad de cambio, diagnóstico, sensibilización, educación, mejoramiento del clima, definición y difusión de la misión y valores compartidos, desarrollo de equipos y administración del cambio. 21

El genio es uno por ciento de inspiración y 99 por ciento de transpiración. 22

2.2. NUEVOS HORIZONTES DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LA SALUD.

El vertiginoso crecimiento del interés por la calidad de la atención a la salud en México y en otros muchos países se ha manifestado de muchas maneras. Una de ellas es el incremento en el número de eventos que, en torno a este tema, se organizan tanto en los ámbitos académicos como en el de la prestación de los servicios con objeto de difundir conceptos y métodos para evaluar y mejorar los niveles de calidad. Otra manifestación es la reciente aparición y proliferación de organizaciones, lucrativas y no lucrativas, que ofrecen servicios de consultoría o capacitación sobre el tema. En ambos casos el origen es una mayor conciencia de que, en el mundo contemporáneo, la calidad se ha convertido en un

21. Morris y Brandon, Reingeniería, McGraw-Hill, México, 1994.
22. Thomas Alva Edison

requisito indispensable de sobrevivencia económica y, para algunos afortunadamente también, de responsabilidad social y de integridad moral.

Evidencia de este interés fue la alta concurrencia de participantes nacionales y extranjeros al IX Congreso Mundial y Simposio Internacional de garantía de Calidad que se llevó a cabo en la Ciudad de México en mayo de 1992.

El Instituto Nacional de Salud pública, hace nuevamente una significativa contribución en el campo de la calidad de la atención al permitir que su espacio se dedique íntegramente, a la difusión de nuevos horizontes conceptuales y metodológicos, y de nuevos horizontes geográficos en los que se desarrollan experiencias de garantía de calidad.

En este número se encuentra la trascendente aportación del Dr. Avedis Donabedian quién en la conferencia magistral disertó sobre la polémica en torno a lo él mismo denomina como "Enfoques Industrial y Médico" para mejorar la calidad. Este documento es un hito en la evolución hacia un nuevo horizonte de la garantía de la calidad de la atención a la salud.

2.2.1. CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA. 23

El personaje más representativo de la calidad de atención médica es Avedis Donabedian el cual invita a analizar las características más relevantes que permitan comparar los dos modelos. La primera y probablemente la fundamental, es la definición misma de la calidad en cada modelo. Y dice: Creo que es razonable que el llamado por mí "modelo industrial" tiene muchas similitudes con el nuestro:

- Su énfasis en servir al consumidor.
- Su reconocimiento de la trascendencia, dignidad, entusiasmo y capacidad de todos los trabajadores.

23. Ruelas Barajas Enrique y Zurita Garza Beatriz, Garantía de Calidad de la Atención a la Salud. Editores huéspedes. Rev. Salud pública de México, mayo-junio, 1993, vol. 35. No. 3.

- Su rechazo a culpar a los individuos por las deficiencias inherentes a los sistemas y procesos.
- La importancia que concede a la educación más que al castigo.
- La importancia que concede al liderazgo más que a la dirección dictatorial.
- Su énfasis en las mejoras internas más que en la regulación externa.

El modelo Industrial ofrece un poderoso antídoto a los excesos de la regulación gubernamental, con su visión coercitiva y punitiva: con su predisposición a censurar y la resistencia a ayudar; con su fijación en las fallas, divorciada del reconocimiento y celebración de los éxitos. En todo esto el modelo industrial comprendido, es un aliado que debemos adoptar sin miedo. Al explorar este modelo, no se descubre un mundo diferente. Descubrimos con aprecio que dando un rodeo hemos llegado a casa otra vez, pero esto será si somos sinceros con nosotros mismos. Si perdemos nuestras referencias, podemos extraviarnos con facilidad. Este modelo viene a nosotros con tambores y trompetas, hablándonos en una lengua extraña, llena de aforismos comunes y lemas llamativos. Por ignorancia y avaricia, con frecuencia es falsificado y utilizado en beneficio propio. Pero a pesar de esta parafernalia, el modelo industrial es, en esencia, auténtico, sincero y serio. Dice: "Cuida la calidad. Primero pon tu corazón en ello, después tu mente y el resto vendrá por añadidura". Y desde lo más profundo de nuestro espíritu, estamos de acuerdo. 24. Donabedian propuso dos vertientes conceptuales que nos permiten categorizar lo concerniente a la calidad de la atención médica y, en general, a la calidad de los servicios de salud. Por un lado reconoce que la calidad de la atención médica presenta dos dimensiones y que ambas son inseparables y ocurren de manera simultánea cada vez que una persona entra en contacto con los servicios de salud. Por otro lado Donabedian propone la clasificación de las

24. Ibidem.

características de los servicios de salud en tres categorías, o desde tres enfoques. 25

DIMENSIONES DE LA CALIDAD.

TÉCNICA.	INTERPERSONAL
Aplicación de conocimientos y técnicas para La resolución de problemas de salud	Relación que se establece entre el proveedor del servicio y el receptor del mismo

ENFOQUES DE LA CALIDAD

ESTRUCTURA	PROCESO	RESULTADO
Recursos requeridos para la prestación de un servicio y la forma en que éstos son organizados para ese fin.	Serie de actividades y acciones que de manera coordinada se realizan durante la prestación de un servicio y dan contenido a la atención	Logros obtenidos en cuanto al cambio en las condiciones de salud, misma que motivó el proceso de atención

2.2.2. CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE CALIDAD. 26

- **Política de Calidad:** Conjunto de directrices y objetivos generales relativos a la calidad formalmente por la dirección; son los principios generales que guían la actuación de una organización y esta constituida por el conjunto de proyectos referidos a la calidad.
- **Gestión de la calidad:** Aspectos de la función directiva que determina y aplica la política de calidad. Comprende tres procesos: Planificación, organización y control.
- **Planificación:** Proceso de definición de las políticas de calidad previa determinación de los objetivos estrategias para alcanzarlos.
- **Organización para la calidad:** Es el conjunto de la estructura organizativa, son

25. Donsbecq An Avedis, La Calidad de la Atención Médica; Definición y Métodos de Evaluación, edit. La Prensa Médica Mexicana, S.A. de C.V. México 1991.

26. Paez Armenteros Jovita, Marcel Hechavarría Nilda, Sociedad Cubana de Enfermería, Conceptos Fundamentales de Calidad. <http://temfajardo.sld.cu/jornada/cpnfe.../Concept.ht> . 16/10/02.

los recursos para gestionar la calidad , con la división y coordinación de las funciones y tareas en cada una de las partes del proceso.

- **Control de la calidad:** Abarca las técnicas y acciones de carácter operativo utilizadas en la verificación de los requisitos que implica la calidad.
- **Mejora la calidad:** Es la creación organizada de un cambio que sea ventajoso para el sistema. No solo eliminar los picos esporádicos de mala calidad, sino todo un proceso planificado de búsqueda del perfeccionamiento.
- **Sistema de calidad:** Conjunto de toda la estructura organizativa, con sus responsabilidades, los procedimientos, los procesos y los recursos que se disponen para llevar a cabo la gestión de la calidad. Constituye todo el conjunto de los planes formales de calidad.
- **Manual de calidad:** Es el documento autorizado que se utiliza en la descripción e implantación del sistema de calidad. En él se establecen las políticas de calidad de una empresa.
- **Garantía de Calidad o sistema de aseguramiento de la calidad:** Comprende el conjunto de acciones, planificadas y sistematizadas, necesarias para infundir la confianza de que un servicio va a cumplir los requisitos de calidad exigidos. Incluye el conjunto de actividades realizadas por la empresa dirigidas a asegurar que la calidad producida satisface las necesidades del consumidor.

Entonces entendida la calidad como un valor predeterminado que debe estar presente en todas las fases del proceso, el Comité Europeo de normalización de la calidad la define como:

“Calidad Total”: Al conjunto de principios, y estrategia global, que intenta movilizar a toda empresa con el fin de obtener una mejor satisfacción del cliente al menor costo.

Implica un cambio profundo en la cultura corporativa y determina un modelo de gestión y estilo de dirección hacia la excelencia en todos los niveles. Es un proceso de mejora continua con su base en el mejor conocimiento y control de todo el sistema: Diseño, procesos, ejecución, información y proveedores, de tal forma que el producto o servicio esté en correctas condiciones de uso, garantizada su efectividad y que incluso exceda las expectativas de los consumidores o usuarios.

De esta forma el concepto calidad total se resume en los siguientes principios:

- La calidad es hacer bien el trabajo todas las veces desde el comienzo y por lo tanto sin defecto.
- La calidad es reducir los costos inútiles.
- La calidad es prevenir errores.
- La calidad es responder a las necesidades de los clientes internos y externos. 27

2.3. PROGRAMA DE ACCIÓN: CRUZADA NACIONAL POR LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD. 28

La falta de dirección de los esfuerzos previos en materia de calidad en salud. Hace necesario establecer una estrategia Nacional que como una verdadera Cruzada rescate y arraigue a la calidad como un valor en la cultura organizacional del sistema de salud. Se desprende de una Política Sanitaria que reconoce a la Calidad como un reto para que el sistema de Salud logre mejores condiciones de Salud y Garantía de Trato adecuado a la ciudadanía. El enfoque de una estrategia de Calidad depende del grado de desarrollo del sistema de Salud en el cual se pretende desplegar: La heterogeneidad y variación en los niveles de calidad en nuestro país, es un signo de inequidad.

27. Ibidem.

28. Romero Téllez Miguel B. Ecos de calidad, Cruzada nacional por la calidad de los Servicios de Salud. Rev.Trimestral año 2002, No. 1.

La mejora en la dimensión interpersonal de la calidad genera mayor atractividad de los servicios. Una buena calidad técnica impacta en condiciones de salud, confianza y viabilidad financiera al añadir costos de mala calidad. Para el éxito de una estrategia de calidad hay que considerar que los sistemas de salud son complejos y flexibles.

La adaptabilidad del sistema la hacen posible los recursos humanos, ellos lidian cotidianamente con la complejidad y ellos tienen la capacidad de resistirse, aprender y cambiar como resultado de la experiencia. La Cruzada depende en gran parte de respetar y desarrollar esa realidad.

El modelo conceptual de la Cruzada incluye un marco de valores relacionados con el humanismo en salud y en la administración, así como una serie de elementos que den integralidad al diseño y practica de la estrategia. Debido a las tendencias educacionales de la población y de los sistemas económicos se presenta un cambio de paradigma sobre la calidad. La cruzada intenta catalizar el transito hacia el nuevo paradigma. Y sus retos son: percepción de mala calidad interpersonal, calidad técnica con alta variabilidad, heterogeneidad de los niveles de calidad, pobre información y poco confiable. existen una serie de factores que generan los hechos y los retos para mejorar la calidad de servicios de salud, entre ellos destacan los que dificultan el desarrollo de una gestión directiva que facilite la gestión clínica de la calidad por los propios profesionales clínicos y en general por los trabajadores de la salud. 29

Se identifican 25 factores que facilitarían el éxito en los procesos de cambio. Estos permiten responder dos preguntas y argumentar una afirmación: 1) ¿Por qué cambiar y hacia donde? (dar valor al valor "calidad"), 2) ¿Cómo y con qué? (facilitar el proceso). 3) Es importante cambiar y seguir mejorando (arraigar el valor).

29. *Ibidem.*

Elementos de la definición de calidad para efectos de la Cruzada:

- **Trato Digno** cuyas características son: Respeto, Información, Interés y Amabilidad (dimensión interpersonal de la calidad).
- **Atención médica** con efectos positivos (dimensión técnica).

La imagen visual de la Cruzada está compuesta por sonrisas de amabilidad, de satisfacción y de comprensión tanto de quienes reciben los servicios como de quienes lo proporcionan.

El objetivo general de la Cruzada es elevar la calidad de los servicios de salud y llevarla a niveles aceptables en todo el país, que sean claramente percibidos por la población. Y para el logro de éste objetivo se enuncian 15 objetivos específicos dirigidos a los usuarios, a las organizaciones y trabajadores prestadores de servicios de salud, a la población en general y al Sistema de Salud:

Enfocados en el usuario:

1. Proporcionar un trato digno sin excepción a todos los usuarios de los servicios de salud.
2. Proporcionar a los usuarios atención médica efectiva, eficiente, ética, y segura.
3. Elevar la satisfacción de los usuarios y atender sus expectativas.

Dirigidos a las organizaciones prestadoras de servicios de salud:

1. Elevar la satisfacción de los prestadores de servicios de salud con su trabajo.
2. Arraigar la calidad y la mejora continua en la cultura de las organizaciones.
3. Reducir sustancialmente la heterogeneidad en el nivel de calidad en los diferentes tipos de servicios de salud, públicos y privados, en todo el país.

Dirigidos a la población en general:

1. Proporcionar información que oriente la búsqueda de servicios de buena

- calidad.
2. Mejorar la percepción sobre la calidad de los servicios de salud con datos verídicos, y así desarrollar la confianza de la población en su sistema de salud.
3. Incorporar a la población en la vigilancia de la calidad de los servicios de salud.

Dirigidos al sistema de salud:

1. Establecer un sistema de rendición de cuentas.
2. Establecer un sistema de información básico, único y confiable de procesos y resultados de calidad-eficiencia, con base en un sistema estandarizado de clasificación de usuarios.
3. Introducir procesos de mejora continua en todos los niveles del sistema que conduzcan hacia una mayor calidad con mucho menos desperdicios.
4. Desarrollar la capacidad directiva en todos los niveles del sistema.
5. Establecer un sistema regulatorio promotor de la calidad y de la eficiencia.
6. Promover una educación sobre calidad, para la calidad y de calidad para el personal de los servicios de salud.

La Cruzada se compone de tres estrategias: Impulso al Cambio, Aprendizaje y Respaldo y Sustentación. En el diseño de cada una y en su despliegue, están incluidas las experiencias previas, exitosas ó inconclusas, de los trabajadores de Salud en esfuerzos previos. 30

Las estrategias de impulso al cambio. Está dirigida hacia la interrupción de la inercia y la motivación hacia un nuevo escenario que se demuestre necesario, factible y valioso y, de

30. Ibidem.

esta manera, empezar a construir o reforzar lo más pronto posible el valor de la calidad para el sistema.

La segunda. Va encaminada a construir las bases que apoyen el desarrollo hacia el largo plazo

Y la tercera. Se orienta a fincar las condiciones para que el valor "calidad" se arraigue definitivamente como parte de la cultura de las organizaciones de atención a la salud.

Como puede observarse, la primera y la segunda convergen siempre en la tercera.

Durante el año 2001 se elaboró la Carta de derechos de los pacientes y los Códigos de Ética para, previo consenso con los involucrados, se difundieron nacionalmente en 2002 y a

partir de ese mismo año ha servido de marco y referencia para evaluar, monitorear y

mejorar la dimensión de la calidad. Y la información sobre el desempeño de la materia de

calidad puede ser utilizada para mejorar ese mismo desempeño por: Mejora en la Gestión directiva, clínica y operativa, posibilidades de consulta referencial (benchmarking),

establecimiento de esquemas de Rendición de cuentas en materia de calidad, La Gestión y resultados de Calidad incorporados a contratos ó Acuerdos de gestión. 31

2.4. GERENCIA DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA.

2.4.1. DIRECCIONAMIENTO DE LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA.

A). PRINCIPIOS DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA. 32

Filosofía. Refleja el marco general de la misión institucional, unifica criterios del ser humano como ser holístico, los derechos de la persona, a la salud, la naturaleza del cuidado de enfermería y su gestión, así como del equipo de enfermería.

31: Ibidem.

32: Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Sistema Universidad Abierta; Antología: Gerencia de los servicios de Enfermería, Impresión 2001.

Misión. En el S.S. los servicios de enfermería los brinda un grupo técnico científico con alto grado de responsabilidad y calidad humana, esta concepción humanística y social es fundamento del ejercicio de su práctica y lo orienta a desempeñarse con honestidad y ética, en la búsqueda del mejoramiento continuo. Con una metodología participativa fortalece la integración docencia-asistencia-investigación, promueve su desarrollo personal, profesional y del equipo de salud.

Valores. En el entorno organizacional de enfermería son: El conocimiento clínico-artístico-científico, respeto, compañerismo, colaboración, confiabilidad de los resultados, honestidad, responsabilidad, sinceridad, excelencia.

La función asistencial está orientada a gestionar y brindar cuidado apoyado en la aplicación del P.A.E; con el fin de monitorearlo y garantizar la calidad de éste.

La función docente está dirigida a identificar las necesidades de actualización del recurso humano, para incorporar nuevos conocimientos científicos de gestión y cuidado.

La función de Investigación tiende a la búsqueda de conocimientos para la innovación y desarrollo de técnicas que propicien el perfeccionamiento del cuidado y el diseño de nuevos escenarios.

Ética. Lina Pinzón et al (3), plantean que la gestión y gerencia de los servicios y del cuidado de enfermería están basadas en los principios corporativos sobre aspectos éticos relacionados con las personas que reciben el cuidado y servicios, así como los aspectos éticos que orientan las relaciones entre profesionales con el personal técnico y auxiliar; y estos principios al aplicarse como guía para el pensamiento y la acción, fundamentan los cuidados y sirven para el análisis de dilemas en la toma de decisiones.

Los principios éticos son: El respeto a la vida y a la dignidad humana, en términos de respeto a la personalidad, autonomía, intimidad y a la garantía de confiabilidad de

resultados, a la justicia distributiva (distribución del personal, asignación de recursos, decisiones para el cuidado y la equidad en la oferta de servicios).

Cultura organizacional. Según Marjorie M. Blanchard el proceso de desarrollo de la cultura en una organización requiere seis aspectos que deben definirse:

- ¿ Quiénes somos ?. Analizar y comprender la cultura actual.
- ¿ Quiénes queremos ser ?. Determinar los elementos de la nueva cultura.
- Comenzar por los niveles de dirección.
- Descongelar la cultura mediante el entrenamiento de equipos.
- Revisar los viejos sistemas y estructuras para reforzar la nueva cultura.
- Supervisar los procesos.

Los valores compartidos de la cultura de enfermería son: 33

Liderazgo. Equipos y redes con autonomía y responsabilidad, Ética e integridad, comunicación abierta fluida y honesta. Confianza en sus líderes y en el equipo de trabajo, Calidad y excelencia en el servicio. Orientación a la persona usuaria y su familia. Espíritu de puede hacerse. Responsabilidad, Interdependencia. Innovación y cambio de estructuras. Políticas, normas y reglas flexibles, de respuestas rápidas, responsabilidad social y comunitaria, Conocimiento amplio y profundo del quehacer de enfermería.

Objetivos de la gestión. Están orientados a:

- Identificar necesidades y respuestas frente al cuidado y su gestión.
 - Proporcionar atención en salud a todas las persona y comunidades.
 - Mantener e incrementar la productividad a través de los procesos de gestión.
 - Aplicar el P.A.E. para gestionar y ejecutar el cuidado.
 - Participar en las instancias correspondientes en la definición de la competencia y
33. Ibidem. P.p. 488.

formas de funcionamiento del equipo en proceso de toma de decisiones.

Estos direccionan el ejercicio de las funciones asistenciales, docentes y de investigación.

Otros son: Promover la enfermería. Estimular y fomentar la formación gerencial, promover la Investigación y su utilización. Evaluar los resultados de las intervenciones, Reorientar los modelos organizacionales que promuevan una enfermería humanística. Fomentar el desarrollo humano. Ofrecer servicios de Calidad.

Según Pari Paz Mompart y otros autores afirman que los profesionales de enfermería para la prestación de cuidados individualizados utilizan el P.A.E., el cual se desarrolla paralelamente al proceso administrativo y que este último esta enfocado a un grupo de trabajo y a la organización y que apoya al P.A.E.

B). JERARQUIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA.

La complejidad creciente de las organizaciones de salud exige nuevos modelos estructurales orientados a alcanzar metas y objetivos propuestos a mantener la identidad profesional y a determinar la responsabilidad de la atención a la persona y su familia.

En la medida en que las decisiones se tomen con compromiso, participación creciente y conocimiento compartido; el papel principal del líder de enfermería es orientar.

La gestión de un servicio de enfermería incluye: 34

- Formular políticas, estrategias, planes y objetivos a corto, mediano y largo plazo.
- Gerenciar la información y recursos para el cuidado.
- Definir funciones, procedimientos y estándares para el cuidado.
- Determinar el rendimiento, control, evaluación de planes y programas e impacto de los resultados del proceso mediante la evaluación del desempeño.
- Diseñar e implementar los indicadores de gestión.

34. Ibidem. P.p. 490.

- Realizar seguimiento, asesoría y monitoreo de objetivos.
- Utilizar las herramientas básicas del líder (comunicación, motivación, creatividad).

C) PAPELES Y FUNCIONES DE LA GESTIÓN DE ENFERMERÍA. 35

- Impulsar el interés por ofrecer un cuidado clínico, técnico y humano de calidad.
- Posicionar la institución mediante la ejecución de cuidados eficaces, eficientes y oportunos.
- Contribuir al mejoramiento de los servicios de salud por medio de investigaciones de problemas prioritarios.
- Diseñar planes de educación continua y capacitación del talento humano, para fortalecer la integración docencia-servicio y mejorar la calidad del cuidado.
- Ejecutar planes educativos para proporcionar salud, prevenir, evitar o disminuir enfermedades y complicaciones.
- Crear entornos de trabajo que propicien, apoyen y motiven una atención de excelencia.

2.4.2. FACTORES CLAVES DEL ÉXITO DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA. 36

A). Calidad de sus colaboradores: La calidad conjunto de características técnico-científicas y humanas que debe tener la atención en salud, percibidas por las persona beneficiarias de los procesos en términos de eficiencia, eficacia, y efectividad, incluye:

- Especificaciones técnico-científicas: materiales, procedimientos y equipos.
- Oportunidad de servicio: ¿qué?. ¿cuándo?. ¿dónde?.
- Confiabilidad de los procesos clínicos y administrativos.
- Actitud y calidad en la relación.
- Costo y precio del servicio.
35 y 36. Ibidem. P.p. 491 y 492.

Calidad es satisfacer las necesidades del cliente a un costo razonable, en cantidad y tiempo y con un alto grado de confiabilidad, en salud y tiene como requisitos:

Un alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, un mínimo de riesgo para la persona, un alto grado de satisfacción por la persona atendida, impacto final en la salud.

1. Factores que influyen en los requerimientos del talento humano:

Los pilares básicos de la planeación del talento humano se definen por:

- Sistema de reclutamiento y selección establecidos en la organización.
- El sistema de desarrollo del talento humano.

Factores que afectan la dotación de personal para brindar una intervención de enfermería de calidad en los servicios son:

- Tipo de organización.
- Porcentaje ocupacional.
- Estándares de atención de enfermería.
- Instalaciones locativas.
- Disponibilidad de los servicios de apoyo.
- Políticas de personal.
- Necesidades de cuidado de las personas afectadas.

Clara Arndt da evidencia sobre clasificaciones de **personas en tres categorías**, basados en el grado de autosuficiencia de éstos:

Categoría 1: Personas que cuidan de sí mismas pero requieren ayuda, demandan entre 1 y 2 horas de atención directa, más de 15 min. de satisfacción de necesidades educativas y psicosociales.

Categoría 11: Personas que requieren atención parcial o intermedia, presentan

combinación de criterios, exigen entre 3 y 5 horas de atención directa y 30 min. en satisfacción.

Categoría 111: Personas que necesitan atención intensiva o total, requieren aislamiento, 6-8 horas de atención directa y 30 min. En la satisfacción.

2. Indicadores de cálculo de personal para el cuidado de enfermería integral. 37

De acuerdo con la opinión de Clara Arndt, de expertos y los estándares establecidos para los requerimientos del cuidado directa e indirecta se plantea lo siguiente:

- Personas de Categoría 1: Tiempo de intervención de enfermería 24 horas, 1-2 horas diarias por persona.
- Personas de Categoría 11: Tiempo en 24 horas 3-5 horas por persona.
- Personas de Categoría 111: Tiempo en 24 horas 6-8 horas por persona.

B). Calidad de los procesos: Se entienden los procesos como la secuencia de actividades pertinentes que producen un resultado predeterminado y que agregan valor al servicio.

La gestión de los procesos se refiere a la manera como: Se diseñan, y se implementan éstos, se identifican, cuantifican y analizan la desviaciones, se proponen correctivos a las desviaciones, se valora el impacto de su aplicación.

El diseño requiere definir: El nombre del proceso, Su ubicación en la estructura organizacional, el responsable, el producto esperado, los objetivos y actividades, el método de control: como indicadores de costo, calidad intrínseca, satisfacción de la persona.

La calidad asistencial de los procesos de enfermería se mide a través de:

- **Calidad directa:** Cambios observados en el estado de salud de las personas usuarias.
 - **Calidad indirecta:** Cualidades que influyen o condicionan los servicios y éstas
37. Ibidem. P.p. 496.

dependen del apoyo logístico, administrativo, de la calidad de los insumos, materiales y medicamentos, dotación de los servicios y su disponibilidad para el uso en la intervención de enfermería.

El proceso de atención de enfermería tiene las siguientes dimensiones: 38

- **Eficacia:** Realizar el procedimiento en relación con las condiciones de la persona.
- **Adecuación:** Realizar una prueba o tratamiento. Para satisfacer las necesidades de las personas.
- **Disponibilidad:** Realizar una intervención en el momento que la persona lo necesita.
- **Puntualidad:** Realizar una intervención en el momento más beneficioso.
- **Efectividad:** Realizar una intervención de un trabajo interdisciplinario.
- **Seguridad:** Mínimo de riesgos en el momento de la intervención.
- **Eficiencia:** Relación entre resultados y recursos utilizados para los cuidados.
- **Respeto y cuidado:** Nivel de sensibilidad hacia necesidades, expectativas individuales de las personas.

C). Humanización de la intervención de enfermería: 39

El trato individual y personalizado, la cortesía y claridad en la comunicación, el respeto a los valores y a la dignidad de la persona, opiniones y creencias, son características de la interacción humana que debe ejercer todo agente de salud. Otros factores externos que influyen en la relación interpersonal son los relacionados con su aspecto, reflejados en la pulcritud y sobriedad de su vestido, la limpieza y el orden.

La seguridad, confiabilidad y bienestar que experimentan la persona y su familia se logran a través de :

- Tono de voz amable y serena.

38 y 39. Ibidem. P.p. 499, 500.

- Escucha activa.
- Compañía.
- Información y orientación oportuna.
- Expresión corporal que muestre interés, respeto y seguridad.

D). Costos en enfermería: Los costos en salud constituyen un pilar básico de la competitividad; su conocimiento, análisis y gestión evita los desperdicios financiero y dimensióna el grado de satisfacción de la persona a través de la optimización de los recursos y disponibilidad de los mismos.

Enfermería puede participar en actividades como:

- Revisión presupuestaria general, por programa y unidad de atención.
- Relacionar el presupuesto con las tarifas y métodos de facturación.
- Identificar las desviaciones entre gastos presupuestados reales por departamento.
- Manejo de inventarios.
- Criterios de adquisición, compra y almacenamiento en manejo de insumos.
- Participar en los programas educativos para funcionarios, sobre la eficacia y racionalización de tratamientos y ayudas diagnósticas, frente a costos.
- Estandarizar la utilización de insumos por procedimiento.
- Identificar los desperdicios de insumos y sus causas.
- Manejar existencias básicas calculadas en cantidad y tiempo de rotación de productos, por medio de control y salida de los mismos.
- Monitorear que el uso de insumos y suministros este de acuerdo con los estándares establecidos.

E). Promoción de la salud: Es una estrategia del nuevo modelo de atención, pretende actuar desde la persona sana, hasta el logro de una comunidad más saludable y responsable

- Escucha activa.
- Compañía.
- Información y orientación oportuna.
- Expresión corporal que muestre interés, respeto y seguridad.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

D). Costos en enfermería: Los costos en salud constituyen un pilar básico de la competitividad; su conocimiento, análisis y gestión evita los desperdicios financiero y dimensona el grado de satisfacción de la persona a través de la optimización de los recursos y disponibilidad de los mismos.

Enfermería puede participar en actividades como:

- Revisión presupuestaria general, por programa y unidad de atención.
- Relacionar el presupuesto con las tarifas y métodos de facturación.
- Identificar las desviaciones entre gastos presupuestados reales por departamento.
- Manejo de inventarios.
- Criterios de adquisición, compra y almacenamiento en manejo de insumos.
- Participar en los programas educativos para funcionarios, sobre la eficacia y racionalización de tratamientos y ayudas diagnósticas, frente a costos.
- Estandarizar la utilización de insumos por procedimiento.
- Identificar los desperdicios de insumos y sus causas.
- Manejar existencias básicas calculadas en cantidad y tiempo de rotación de productos, por medio de control y salida de los mismos.
- Monitorar que el uso de insumos y suministros este de acuerdo con los estándares establecidos.

E). Promoción de la salud: Es una estrategia del nuevo modelo de atención, pretende actuar desde la persona sana, hasta el logro de una comunidad más saludable y responsable

de su salud, disminuyendo los costos de la atención y mejorando la eficacia del sistema. El profesional de enfermería ejerce el liderazgo y participa en la implementación de esta estrategia, formula, planea, ejecuta y evalúa proyectos educativos de mejoramiento de los servicios de salud y de infraestructura. 40

2.5. MONITOREO ESTRATEGICO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA. 41

El monitoreo debe cumplir los siguientes requisitos:

- Diseñar y plantear los instrumentos de medición.
- Definir la periodicidad para realizar los controles.
- Aplicar los indicadores, con base en hechos y datos.
- Fomentar el compromiso y la disciplina del directivo y del operativo.
- Realizar la homologación de conceptos.

El monitoreo de la calidad y de la gestión exige conformar, aprobar y apoyar los grupos de calidad con el fin de implementar, ejecutar, analizar y realizar los correctivos para el mejoramiento de los servicios.

Grupos de calidad:

- Grupo de calidad y ética de enfermería en las IPS hospitalarias y departamento de mercadeo y calidad EPS.
- Grupo de asesoría- Comité asesor y coordinador de enfermería. CACEE.
- Grupos de expertos de mejoramiento o primarios en todas las IPS.

2.5.1. SISTEMAS DE GARANTÍA DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD. 42

1. Sistema de garantía de la calidad y la atención de enfermería.

40, 41 y 42. Ibidem. P.p. 503, 504, 505.

Tiene como Objetivos:

- Determinar el nivel de calidad del proceso de atención en las IPS.
- Determinar las necesidades de capacitación y actualización de todo el personal.
- Proveer a los niveles decisorios de elementos de juicio.
- Disminuir al mínimo los riesgos del cuidado.
- Evaluar el grado de satisfacción de la persona que hace uso de los servicios.

Componentes del sistema de garantía de la calidad de enfermería son:

- Planes de mejoramiento.
- Sistema de información.
- Auditoría de sus servicios.
- Satisfacción del cliente.

2. Verificación de los requisitos esenciales.

Estándares como herramientas en el proceso de verificación y cumplimiento.

- Estructura orgánica de enfermería y procesos de planeación, Dirección, organización y control.
- Manual técnico-administrativo de funciones.
- Auditoría de la calidad del proceso de atención de enfermería.

3. Elaboración de planes de mejoramiento.

Esta elaboración requiere un gran liderazgo, apoyo y compromiso de las enfermeras.

- Conformar el grupo de calidad y ética de enfermera en todas las IPS con representación de cada una de las áreas de atención.
- Identificar los procesos que requieren estandarización.
- Identificar los procesos de alto costo y poca rentabilidad.

- Determinar la insatisfacción de los clientes internos y externos.
- Identificar la falta de oportunidad del servicio.
- Falta de oportunidad en la información para la persona y su familia.

Estándar: Conjunto de pasos definidos para el desarrollo de los procesos.

Etapas de la estandarización. 43

- Identificar los principales procesos operativos de los servicios.
- Hacer levantamiento de los procesos.
- Capacitar a todo el personal.
- Evaluar y monitorear los procesos estandarizados.

El formato estandarizado debe contener:

- Flujograma: Diseño.
- Responsable.
- Dependencia.
- Observaciones.
- Puntos de control.
- Requerimientos.
- Estándar de calidad.

4. Auditoría de la calidad de los servicios de enfermería. 44

Los trabajos de Donabedian plantean que la calidad de los servicios pueden evaluarse en tres aspectos:

- La evaluación de la estructura: Se mide a través de la estructura física.
- La evaluación de proceso: Se basa en la valoración de las actividades del cuidado.
- La evaluación del impacto: Evalúa los efectos y cambios en la comunidad.

43 y 44. *Ibidem.* P.p. 509, 510.

Enfermería evalúa la calidad, mediante:

- Observación directa de los procedimientos, cuidados y tratamientos.
- Auditoria de sus registros clínicos.
- Entrevista directa o en grupo a profesionales.

La metodología para su realización puede ser: Interna, Externa, Mixta.

El grupo de evaluadores de la calidad puede ser:

- De expertos: Profesionales con experiencia del tema que se evalúa.
- De pares: Profesionales del mismo nivel, profesión y conocimiento.

Procesos de auditoria de la calidad en enfermería que se realizan actualmente en las IPS del Seguro Social.

a) Evaluación de los procedimientos de enfermería:

Es la comparación de lo observado entre el procedimiento y su protocolo, guía o estándar.

Para que el proceso sea de calidad se debe:

- Capacitar al personal sobre procedimientos que van a evaluar.
- Estandarizar al personal que se desplaza para evaluar los procedimientos.
- Informarle al personal el procedimiento ha ejecutar.
- Una vez recolectada la información, realizar el análisis de los resultados y retroalimentar al personal.
- Construir tableros de control para visualizar las tendencias.

El procedimiento o estándar se califica de acuerdo con su cumplimiento en:

- Excelente: El 100 % del procedimiento establecido.
- Aceptable: Entre 90 y 99 %.
- No aceptable: Menes del 90 % del procedimiento establecido.

b). Monitoreo del proceso de enfermería: Se realiza mediante la evaluación retrospectiva de los registros de enfermería en la historia clínica de la persona, permite identificar los factores de riesgo, prioridades y determinar los indicadores del proceso de atención que definen la calidad del servicio.

5. Sistema de información. objetivo final de este sistema es monitorear los resultados, conocer los logros alcanzados en un periodo definido, identificar tendencias y tener herramientas para demostrar su gestión.

El sistema de medición de procesos incluye los siguientes pasos: 45

- Establecer los requerimientos de efectividad y eficacia para cada proceso. Ejem: Cero accidentes de personas atendidas, cero errores en la aplicación de tratamientos.
- Establecer un sistema de medición y retroalimentación para cada actividad del proceso. Ejem: Diseñar formularios ágiles, consolidar y presentar los datos, etc.
- Realizar reuniones con el grupo de calidad para analizar resultados.
- La discusión de grupo puede arrojar posibles causas.
- Del análisis de las causas, el grupo de calidad formula procesos de mejora cuidado.
- Cuando los procesos se plasman en diagramas se garantiza la fijación de objetivos.

Indicadores de gestión y calidad. 46

Están diseñados por el nivel directivo y operativo de cada área o servicio y deben estar integrados y desarrollados en forma de cascada.

La gestión busca desarrollar una serie de actividades que transformen una situación en otra, para satisfacer necesidades, deseos y demandas de los consumidores y optimizar los recursos financieros de tiempo, tecnológicos y humanos de la empresa.

Los índices de gestión operativos: son los resultados que se producen en los servicios y

45 y 46. Ibidem.

los de mayor utilización son: Eficiencia. Eficacia; Productividad; Impacto; Satisfacción del cliente interno y externo; Quejas de la atención de enfermería; Demandas; Desperdicio; Calidad deficiente; Rotación del personal de enfermería; Ausentismo; Accidentalidad; Cursos de capacitación planeados; Reuniones de personal planeadas; Numero de visitas al cliente interno.

6. Satisfacción del cliente.

Su meta final es a través de una atención apropiada y oportuna, sin duplicidad, sobre utilización de los servicios, complicaciones, omisiones, con un mínimo de riesgos que no deje secuelas o iatrogénicas. La insatisfacción de la persona por la baja calidad del proceso de intervención de enfermería se manifiesta por medio de: Quejas, reclamos, disgustos y deserción de los servicios, generando situaciones extremas que desmejoran la imagen de la organización.

Para el monitoreo se aplican metodologías diferentes que permiten elaborar estrategias de mejoramiento como: Entrevista diaria con las usuarias de su área; Ronda de enfermería con el personal; Entrevista directa con la persona insatisfecha; Entrevista con la familia de la misma; Encuesta de satisfacción al egreso; Llamada telefónica a la persona que recibió el servicio ambulatorio. 47

2.5.2. ESTRATEGIAS PARA LOGRAR LA CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA. 48

Plan para la implementación de la gestión.

- Estrategia 1: (Organización).
 - Estrategia 2: (Educación).
 - Estrategia 3: (Comunicación).
- 47 y 48. Ibidem. P.p. 522, 526, 30

- Estrategia 4: (Desarrollo del equipo).
- Estrategia 5: (Reconocimientos).
- Estrategia 6: (Monitoreo).
- Estrategia 7: (Retroalimentación).

Estrategias para implementar la guía de intervención requiere: 49

- Voluntad y compromiso de la alta gerencia y de los departamentos de los recursos humanos en todos los niveles.
- Implementación y acción.
- Conformar los grupos de calidad para el mejoramiento y capacitarlos.
- Ofrecer espacios para la capacitación del nivel operativo y la retroalimentación.
- Diseñar un sistema de información que permita la evaluación periódica del proceso.
- Diseñar y aplicar un sistema de evaluación para el análisis periódico de la información.
- Continuidad. La permanencia en la ejecución de la guía debe responder a la gerencia participativa que ofrece oportunidades de integración entre los diferentes niveles, en la búsqueda sistemática del mejoramiento continuo.

2.5.3. INDICADORES DE CALIDAD TOTAL EN ENFERMERÍA. 50

Para conocer cómo se desempeñan los aspectos clave del servicio de enfermería, tres instituciones han establecido indicadores para medir de la calidad en este aspecto sensible de la atención a usuarios.

Hospital General Adolfo López Mateos.

- 49 Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Sistema Universidad Abierta; Antología: Gerencia de los servicios de Enfermería, Impresión 2001.
- 50 QUALITY LINK: ART...:XIX JORNADAS INTERNACIONALES DE ENFERMERÍA. <http://www.qualitylink.com.mx/planificacion/enfermeria2.html>. 15/03/03.

Valores: - Trato humanizado, cálido y con un profundo respeto del paciente.

- Ser ético y responsable.
- Compromiso.
- Trabajar como un equipo conjunto.

Programa de Trabajo.

1. Encuestas: Dirigidas a Clientes y al Personal.

- Muestra.
- Aplicación.
- Frecuencia de aplicación.
- Criterios de evaluación.
- Calificación.
- Resultados: Indicadores base para diagnóstico y / o retroalimentación del proceso de calidad.

2. Círculos de Calidad.

- Integración: 3 a 12 participantes con un líder y 1 facilitador.
- Funcionamiento: 2-3 horas / semana en horas de trabajo.
- Planteamiento de alternativas.
- Evaluación e implantación.

3. Evaluación personalizada de la Enfermería.

- Período de 3 meses.
- Desempeño profesional.
- Productividad.

4. Estrategias.

- Regionalizar y atención por niveles.

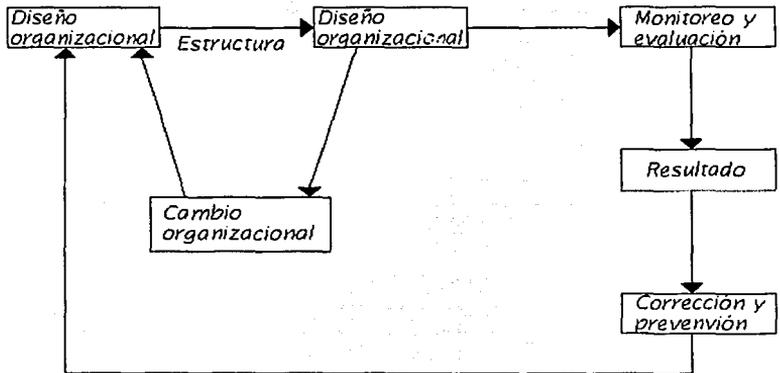
- Modernización: - Capacitación, - Planeación, - Mejora.
- Calidad: - Evaluación de la calidad de la enfermería por el cliente.
 - Evaluación de la atención personalizada, - valores.

5. Planeación Estratégica a corto plazo.

Evaluaciones: Participan clientes, prestadores de servicios, servicios de apoyo.

Hospital Ángeles Del Pedregal. 51

1. Modelo de Calidad en Enfermería.



1. Estructura:

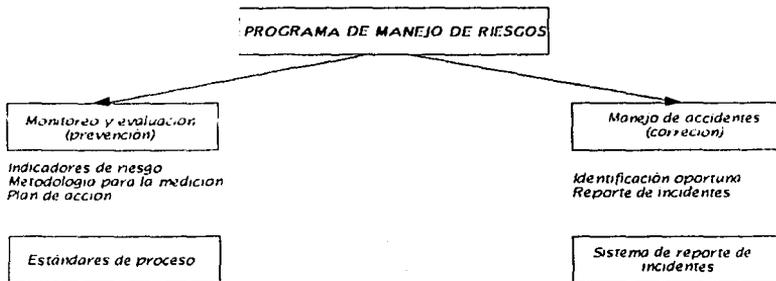
- Estándares (guías de conducta); Estándares de Proceso y de Resultado.

2. Metodología de Evaluación.

- Identificación de aspectos relevantes del servicio.
 - Diseño y monitoreo de indicadores de riesgo.
 - Auditoría de calidad.
51. *Ibidem.*

- Observación directa de procesos.
- Confrontación de estándares VS resultados.
- Retroalimentación y Aplicación de medidas correctivas.

3. Enfoque Preventivo. 52



4. Indicadores enfocados a usuarios.

- Retraso en la prestación del servicio.
- Errores en la identificación de usuarios.
- Errores en la administración de medicamentos y soluciones intravenosas de riesgo.
- Errores en la administración de hemoderivados.
- Caída de los usuarios.

5. Indicadores Enfocados al Personal.

52. Ibidem.

- Lesiones con punzo cortantes.
- Lesiones por uso inadecuado de mecánica corporal.
- Contaminación.

6. Indicadores de Tipo Legal.

- Redacción de notas clínicas de enfermería.
- Atención de casos médico-legales.
- Confirmación de la información.
- Introgénias en general.

7. Indicadores Financieros.

- Pérdida de pertenencias de usuarios.
- Errores en cargos a usuarios.
- Desperdicio de materiales.
- Atención compensatoria de errores.
- Deterioro de equipos.
- Pérdida de equipos.

Instituto Mexicano del Seguro Social. 53

¿ Porque medir resultados?.

- Los indicadores de calidad son una forma objetiva de administrar.

¿ Que medir?.

- Capital contingente (imagen hacia el exterior): Capacidad competitiva y de crecimiento en un futuro.
- Capital intelectual, Social y Monetario.

1. Elementos Clave en la Medición de Indicadores de Calidad.

53. Ibidem.

- Identificación de Procesos.
 - Indicadores de desempeño por proceso (96 indicadores de desempeño).
 - Revisión mensual de resultados.
 - Benchmarking, entre unidades, entre delegaciones y a nivel nacional.
2. **Indicadores.**
 3. **Mejora de Procesos Basada en Teorías Validadas Operativamente.**
 - Con una base conceptual metodológica sólida.
 - Participación del personal operativo.
 - Medición y análisis de desempeño.
 - Tableros de control.
 4. **Indicadores de la Atención de Enfermería.**
 - Tiempo de respuesta.
 - Índice de quejas.
 - Índice de infecciones nosocomiales.
 - Índice de accidentes intrahospitalarios.
 5. **Competencia del Prestador de Servicios.**
 - Nivel de desempeño laboral.
 6. **Calidez de la Atención de Enfermería. 54**
 - Identificación del prestador de servicio.
 - Información para el autocuidado.
 - Información para el apego al tratamiento.
 - Información sobre servicios que ofrece la institución.
54. **QUALITY LINK. ART. ...XIX JORNADAS INTERNACIONALES DE ENFERMERÍA.**
<http://www.qualitylink.com.mx/quality/enfermeras2.html>. 15/03/03.

2.6. LA ÉTICA EN EL CONTROL DE LA CALIDAD. 55

2.6.1. REFLEXIONES ETICAS SOBRE EL CONCEPTO CALIDAD.

Termino que resurge en este mundo globalizado con una doble lectura o registro.

El concepto de calidad en salud tiene un enfoque empresario y de industria de salud. Se dice que la mejor manera de juzgar un servicio de salud desde el punto de vista ético-moral es considerar si este sistema hace que aumenten o disminuyan las diferencias entre ricos y pobres, en términos de acceso a los servicios de salud y mejores niveles de calidades de vida. Estos enfoques se instalan en la discusión en el ámbito de la enfermería.

2.6.2. CRITERIOS QUE FUNDAMENTAN EL CONCEPTO DE CALIDAD DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA.

- La calidad intrínseca del cuidado y del control de los costos.
- La calidad a nivel profesional.

Este último supone un conocimiento especializado, aceptación de responsabilidades un alto grado de autonomía, la programación del bienestar del personal, un sistema de control sobre la práctica profesional, un espíritu de servicio y de organización profesional.

La reflexión moral sobre la calidad de la atención de enfermería, entendiendo a la ética como una condición necesaria de la propia calidad rescata el concepto de "cuidado amoroso" como valor esencial de la misión de la enfermería. Hoy en día, la alta complejidad, el mayor salario, la mayor competitividad, hacen que olvidemos este aspecto tan importante.

2.6.3. DESAFIOS ETICOS. 56

- El de calidad humana: Hacer más humana la atención de enfermería, donde la ciencia se construye con amor.

55 y 56. ACAMI Y USTED – La Ética en el control de la Calidad. <http://WWW.acami.org.ar/revista/etica.htm>. 12/09/02.

- El de la reflexión epistemológica sobre los modelos, el estudio y los conocimientos de la enfermería
- El del rescate y recuperación de la subjetividad propia y de los usuarios con la validación de lo subjetivo y lo espiritual.
- El de la ética práctica, para que la enfermera pueda dar calidad rescatando el sentido místico de sus actos

2.6.4. SEGUIR CULTIVANDO. 57

La ética obra y resguardo de la calidad de los cuidados y de la calidad de la atención ante un incremento continuo del desarrollo científico-tecnológico se necesita el resguardo de la reflexión ética para no salirse de los límites aceptables. De allí que la formación ética comprende todas las etapas de la capacitación profesional que permite que el profesional tenga "actitudes" solventes y de calidad que aseguran que esta en el camino de la búsqueda de conocimientos y mejora de los procedimientos.

Por otro lado la necesidad de que los formadores del recurso humano tengan coherencia entre el decir y el hacer, no solo en el enfoque hacia al paciente sino también hacia el alumno.

2.6.5. APLICAR UN MODELO PROFESIONAL. 58

Los formadores del recurso humano deben aplicar un modelo profesional que tenga la capacidad de armonizar los recursos materiales que le permiten usar los prestadores asistenciales..

En cuanto al proceso de enseñanza-aprendizaje, se debe tratar de resolver desde la ética la manera en que la enfermería puede adquirir un equilibrio que le permita hacer servicios

eficaces en función de los costos como manteniendo la calidad de atención y respondiendo a técnicas y procedimientos de control epidemiológico.

Se hace necesario desarrollar programas de evaluación de calidad que respondan a conceptos éticos morales, pues a través de ellos se podrán resolver situaciones que tienen que ver con el razonamiento de los recursos utilizados en el cuidado de la salud no olvidándose de los deberes fundamentales de la enfermería comprendidos en el Código de Ética del Consejo Internacional de Enfermería.

En la institución un espacio de reflexión sobre las actividades que presentan dilemas éticos hacen necesario el surgimiento de comités de bioética como una necesidad de madurar el conflicto, para poder tomar decisiones a través de un grupo multidisciplinario, donde es posible interactuar, reflexionar y acercar un análisis y una metodología para la resolución de problemas éticos y como fundamental la presencia de las enfermeras en las reuniones; este argumento se basa en el que el enfoque de los planteos éticos ofrece la posibilidad de la defensa de los usuarios y la humanización de la praxis.

2.6.6. SENTIDO HUMANISTICO. 59

De la profesión conduce a preocuparse y ocuparse de los aspectos éticos de la atención de enfermería. En tiempos de globalización, racionalización de recursos e individualismo, hay que sostener que el centro de atención debe ser la persona; este sentido humanístico conduce a destacar el aspecto ético en la atención de enfermería, hoy disminuido. Es deber de la enfermería intervenir, no interferir, siendo más participativos y ocupando los espacios de su competencia. A su vez debe capacitarse en aspectos científicos y humanísticos para marcar un perfil acorde con la evolución en el campo de la salud, con un alto referente ético

59. Ibidem.

en todo su quehacer y la motivación deberá partir de enfermería y siempre continuar con la capacitación para enfrentar los cambios que se avecinan. 60

2.7. CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS.

El código para las enfermeras que aprobó el CIE. En 1989, estableció que las responsabilidades fundamentales de la enfermera son: Procurar la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud perdida y aliviar el sufrimiento. La palabra enfermera se utilizará a través del texto en términos genéricos para referirse a hombres y mujeres que ejercen la profesión de enfermería. Afirma que la necesidad de la enfermería es universal. En ella es inherente el respeto por la vida, la dignidad y los derechos del hombre. Se ejerce sin consideraciones de nacionalidad, raza, credo, color, edad, sexo, estilo de vida, creencias políticas, o estatus social. La enfermera prestará sus servicios con los de otros grupos afines: profesionales y técnicos.

2.7.1 CÓDIGO DE ÉTICA EN ENFERMERÍA. 61

Es el conjunto de principios y valores razonables que guían al profesional para su desempeño, mantenga la calidad moral, humana, científica y técnica. Históricamente un código es el resultado de una juiciosa tarea de selección de criterios con los que los profesionales autorregulan su quehacer desde el punto de vista ético; se construye en una guía de conducta profesional que contiene los compromisos sociales que se contraen para garantizar a la sociedad la idoneidad de los servicios que presta. De ese compromiso social nace la Deontología en Enfermería, que es el conjunto de principios, normas éticas que deben inspirar y guiar la toma de decisiones y la conducta profesional.

Ante los retos del progreso científico y tecnológico que afectan los cambios en la práctica

60. ACAMI Y USFED – La Ética en el control de la Calidad. <http://www.acami.org.ar/revista/etica.htm>, 12/09/02

61. Real Red de Enfermería de América Latina: Código de Enfermería del Consejo Internacional de Enfermeras. <http://www.icsa-ef.org/contenidos/etica.html>, 29/10/02.

profesional, el código de ética orienta sobre los principios que permiten hacer el análisis y fundamentar la toma de decisiones éticas personales y de grupo en la atención de la salud. La conducta profesional exige conocer las implicaciones éticas de las intervenciones de enfermería y responder por los actos de buena práctica así como por aquellos de negligencia o de mala práctica.

Para el estudio de los aspectos éticos de situaciones de la práctica profesional se deben tener en cuenta la ética de principios, la ética de virtudes (que son conductas habituales buenas con las que la persona se hace a sí misma más buena y ayuda a los demás), la ética de normas, la ética del cuidado y la valoración del acto, la intención o fin con que se realiza y las circunstancias en que se da, tales como cuándo, cómo, con quién, a quién, quién actúa, los fines secundarios con los que se realiza la acción, la cantidad de lo que se hace y el modo como se hace.

Un principio es la base, el origen, la razón fundamental sobre la cual se procede en cualquier materia. Es también una norma o idea fundamental que rige el pensamiento o la conducta. Es la norma o criterio moral que sirve como punto de referencia, con lo ya mencionado, para determinar si un acto es bueno o malo y fundamentar la toma de decisiones éticas.

En ética, aunque los principios sean válidos, hay aparentes contradicciones a la hora de aplicarlos en una sociedad pluralista a causa de las diferentes jerarquías de valores sin embargo, un primer principio que orienta la buena conducta es el de la razón práctica: **“Haz el bien y evita el mal”**. 62

Los principios generales de la ética son los mismos para la ética de la enfermería, la ética médica y la de otras profesiones de la salud, pero su aplicación varía en las diferentes

62. Ibidem.

situaciones socioculturales y la áreas de competencia propias de cada profesión.

Los principios de ética propuestos por Beauchamp y Childress en 1979, conocidos también como los principios de la Bioética, son: **Beneficencia – no maleficencia, autonomía y justicia.** Otros principios en la ética son el de **integralidad o totalidad, el del voluntario indirecto o del doble efecto; la confiabilidad, solidaridad, tolerancia, privacidad y según Sara Fry, la veracidad y la fidelidad.**

Integralidad: orienta el proceso de cuidado de enfermería a la persona, familia y comunidad con una **visión unitaria** para atender sus dimensiones física, social, mental y espiritual.

Individualidad: Asegura un cuidado de enfermería que tiene en cuenta las características socioculturales, históricas y los valores de la persona, familia y comunidad que atiende. Permite comprender el entorno y las necesidades individuales para brindar un cuidado de enfermería humanizado, con el respeto debido a la diversidad cultural y la dignidad de la persona sin ningún tipo de discriminación.

Dialogicidad: Fundamenta la interrelación enfermera-paciente-familia-comunidad, elemento esencial del proceso de cuidado de enfermería que asegura una comunicación efectiva, respetuosa, basada en relaciones interpersonales simétricas, conducentes al diálogo participativo en el cual la persona, la familia y la comunidad expresan con libertad y confianza sus necesidades y expectativas de cuidado.

Calidad: Orienta el cuidado de enfermería para prestar una ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad fundamentada en los valores y estándares técnico-científicos, sociales, humanos y éticos. La calidad se refleja en la satisfacción del usuario del servicio de enfermería y de salud, así como en la satisfacción del personal de enfermería que presta dicho servicio.

Continuidad: Orienta las dinámicas de organización del trabajo de enfermería para asegurar que se den los cuidados a la persona, familia y comunidad sin interrupción temporal, durante todas las etapas y los procesos de la vida en los estados de salud y de enfermedad. Se complementa con el principio de oportunidad que asegura que los cuidados de enfermería se den cuando las personas, las familias y las comunidades los soliciten o cuando los necesitan para mantener la salud, prevenir las enfermedades o complicaciones. La práctica de la enfermería se fundamenta en general en los principios éticos y morales y en el respeto de los derechos humanos. 63

2.7.2. DERECHOS DEL CLIENTE Y NECESIDADES DEL PRESTADOR DE SERVICIOS. 64

Derechos del cliente	Necesidades del prestador de servicios.
1. Información sobre la planificación familiar.	1. Capacitación en habilidades técnicas y comunitarias.
2. Acceso a todos los sistemas de prestación de servicios y a todos los prestadores de servicios.	2. Información sobre asuntos técnicos, actualizada con regularidad.
3. Opción de adoptar, cambiar o descontinuar métodos.	3. infraestructura, incluso instalaciones físicas apropiadas y organización eficaz.
4. Seguridad en la práctica de planificación familiar.	4. Suministros de métodos anticonceptivos, equipo y materiales educativos.
5. Privacidad durante las conversaciones y los exámenes físicos.	5. Orientación de las directrices del servicio, listas de verificación y supervisión.
6. Confidencialidad de toda información personal.	6. Respaldo de otros profesionales de salud y de otros niveles de atención.
7. Ser tratado con dignidad, cortesía, consideración y atención.	7. Respeto y reconocimiento de sus de sus compañeros de trabajo, gerentes, clientes y comunidad.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

8. Confort mientras recibe los servicios	8. Motivación para prestar servicios de buena calidad
9. Continuidad de la atención por el plazo que desee el cliente	9. Retroalimentación de los gerentes, supervisores y otros prestadores de servicios, así como de los cliente
10. Expresar sus opiniones con respecto a la calidad de los servicios recibidos	10. Autoexpresión de manera que los gerentes consideren su punto de vista al tomar decisiones

2.8. LA CLAVE DEL CUIDADO DE CALIDAD. 65

A medida que la población crece, envejece y más personas requieren cuidado hospitalario, las normas de excelencia no pueden ser mantenidas si se comprometen los niveles de atención de enfermería.

El énfasis en la reducción de costos con frecuencia lleva a los hospitales a sobrecargar a las enfermeras con demasiados pacientes. Es necesario mantener la relación de enfermeras registradas a pacientes en un nivel razonable y seguro. Todos los estudios demuestran que cuantos menos pacientes se asignen a una enfermera, tanto mejor es el cuidado que el paciente recibe. En una planta típica de hospital una enfermera no debe de tener a su cargo más de cinco pacientes. En una unidad de cuidado intensivo, no debe de haber más de dos pacientes por cada enfermera

La seguridad de los pacientes debe continuar siendo una prioridad. Es necesario asegurarnos de que la disponibilidad de enfermeras no sea reducida aún más por condiciones de trabajo deficientes. No podemos permitir que las reducciones de presupuesto perjudiquen la calidad del cuidado de la salud. Pues el objetivo primario de

63. Real Red de Enfermería de América Latina. Colegio de Enfermería del Consejo Internacional de Enfermeras. <http://www.rreda.org/subredes/colcic/chan> 19/10/02
64. Cairns, Population Reports, Serie J, Número 47, fuente: Huezco, 1993 (151). http://www.jhuicp.org/pr/sj47_4/boycv.htm 20/09/02
65. Enfermeras Registradas: La Clave del Cuidado de Calidad, 1990, MASSACHUSETTS NURSES ASSOCIATION 781-830-5725. WWW.MASSNURSES.ORG 19/09/02.

toda enfermera es brindar un cuidado de calidad. En estudios efectuados se comprobó que las enfermeras más que ningún otro profesional del cuidado de la salud determinan la calidad de la atención y sin un número adecuado de enfermeras registradas en cada hospital, enfrentamos una importante crisis médica. 66

2.9. EL CONCEPTO DE LA CALIDAD EN EL DESEMPEÑO HUMANO Y LA CAPACITACIÓN DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS. 67

El ser humano, entre otras cualidades, posee un arraigo determinado hacia los valores culturales profundos que lo vuelven distinto según sea su tradición.

El sentido de pertenencia hacia su familia, su religión, su nacionalismo, su sensibilidad, su status; hacen que cada comunidad y/o sociedad conformen estereotipos que bien detectados o diferenciados, nos darán una clase cultural nacional, base que sirve de punto de partida para comparar otras sociedades y/o culturas con la nuestra.

Esto permite lograr un mapa de diferencias, carencias y adecuaciones por las cuales se deberá transitar para lograr una mayor homogeneización en un mundo cambiante, altamente competitivo, abierto y globalizado. En la época de la globalización, se impone tratar de lograr una mayor integración del personal con los objetivos de las instituciones mexicanas y la mejor opción para dichas integraciones serán propuestas de desarrollo y crecimiento de la formación profesional de todos aquellos que se involucran en impulsar sus inversiones en capital humano.

Una de las estrategias para planificar el desarrollo de los recursos humanos reside en la formación académica del personal en las instituciones adecuando las necesidades

66. Enfermeras Registradas: La Clave del Cuidado de Calidad; 1990, MASSACHUSETTS NURSES ASSOCIATION 781-830-5725. WWW.MASSNURSES.ORG. 19/09/02.

67. Ezquierdo García Belinda, Schuster Fonseca Juan, El Concepto de Calidad en el Desempeño Humano. <http://www.uv.mx/jesca/revista2001-1/CalidadHum.htm>. 12/09/02.

específicas del personal. Por esta razón, los especialistas en recursos humanos deberían tomar en cuenta todas las técnicas disponibles, para tratar de mantener una planta de personal lo más estable posible, considerándola como el principal recurso productivo de las instituciones.

Esto implica un estudio profundo de la situación del mercado laboral, a fin de realizar cambios lo más gradualmente posible y evitando toda drasticidad.

Es un hecho que la formación de los recursos humanos inicia desde antes de la incorporación al sector productivo. Pero también es cierto, que estas instituciones prestadoras de servicios tendrán que desarrollar formalmente líneas de vinculación, para incidir en programas específicos que permitan acrecentar los valores individuales y de educación del personal que se encuentra en el ejercicio de sus labores.

Besterfield en su obra refiere algunos aspectos sobre la responsabilidad de la calidad por áreas, menciona:

“ Si bien es cierto que la calidad es estudiada con la institución, también es cierto que el recurso humano es quién la lleva a cabo y no deberá ser considerada como la responsabilidad de una sola persona o de una sola área, sino más bien como una tarea que todos deben compartir. De ella participan tanto los empleados como las autoridades de la institución, por ello la responsabilidad se distribuye entre las diferentes áreas facultadas para tomar decisiones ”. 68

Guy Laudoyer en su libro la certificación ISO 9000 menciona:

“ El desarrollo de la calidad es un viaje propuesto a la empresa hacia el destino de la ‘ excelencia ’, que jamás se alcanza porque siempre se redefine a medida que se avanza, pero que debe mientras tanto, permanecer como faro que guía ”. 69

68. Dale H. Besterfield, Control de Calidad; Prentice Hall Hispanoamericana; 1995.

69. Laudoyer Guy; Certificación ISO 9000, edit. Continental, 1998.

De acuerdo a lo anterior en una institución descentralizada y con una administración participativa, el desarrollo puede estimularse hacia arriba. Los directores de las unidades conducen las experiencias y poco a poco las generalizan hasta lograr una cultura de colaboración, crecimiento y desarrollo organizacional. Es importante señalar que en el tenor de la calidad debemos considerar los planes de mejora continua.

Considerando la importancia de la calidad en el desempeño humano para la formación del personal. En nuestro país, las instituciones deberían hacer esfuerzos por llevar a cabo programas de capacitación para personal de nuevo ingreso; así como de actualización para los que ya están laborando en la institución, considerando algunas características relativas al individuo como: La historia humana, valores, dirección, tipos de liderazgo, motivación, derechos y obligaciones, la salud orgánica y mental y los objetivos.

El análisis del desempeño humano se fundamenta principalmente en dos tendencias. La primera tiene sustento en las teorías de la humanización de la administración, preocupadas no sólo por el comportamiento individual del hombre sino también por el comportamiento organizacional.

Estas teorías vislumbran las perspectivas de satisfacción y de autorrealización del hombre que las actividades que desarrolla le permitirán alcanzar.

En la segunda, se consideran las exigencias de la certificación de las instituciones basadas en normas internacionales adaptadas a México.

Las instituciones tendrán que responder a dichas exigencias, basadas en el concepto de calidad en el desempeño humano, que significa "llevar a cabo actividades con excelencia".

Para llevarlas a cabo con excelencia, se requiere de la revisión de la asociación entre factores como productividad, y la salud física y mental.

Todo lo anterior, lo podemos resumir de la siguiente manera: Un hombre que goza de

motivación, así como de un equilibrio en su salud mental y psicológica, logrará un desempeño humano con calidad. 70

III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. JUSTIFICACIÓN

El ofrecer atención de calidad, siempre ha sido una de las metas de los programas de salud en México; Actualmente el Programa "Cruzada Nacional de la Calidad" . tiene dentro de sus lineamientos estrategias para evaluar la calidad de los servicios de salud. 71

Es por ello que en el hospital general se realizaron encuestas a los usuarios hospitalizados, obteniendo como resultado el " 50 % de quejas por maltrato del personal de enfermería ". situación preocupante para la institución y para el mismo personal. Cabe señalar que la enfermera juega un rol de suma importancia en la atención a la salud. Su Ética,

Conocimientos y Creatividad son elementos esenciales en el desempeño de su Profesión. 72

Aunque la salud la brinda un equipo de profesionales de varias disciplinas es dependiente valorar la calidad de esta a través del trabajo de un solo tipo de profesional para lo cual se debe tomar en cuenta que su valor esta afectada por el contexto institucional, la ubicación en la división del trabajo, los turnos, los horarios y los cargos desempeñados.

Para lograr los objetivos y cumplir con la misión institucional es prioritario proporcionar una atención con calidad, y de acuerdo a los resultados obtenidos se ve la necesidad de

70. Izquierdo García Belinda, Schuster Fonseca Juan, El Concepto de Calidad en el Desempeño Humano. http://www.uy.mv.nesca/revista2001-1_calidad.html 12/09/02.

71. Romero Téllez Miguel. Ecos de Calidad. Revista Trimestral año 2002 No. 1.

72. Real Red de Enfermería de América Latina. Código de Ética en Enfermería. 1999. <http://WWW.r-e-a-l.org/subredes-codetica-capo3.html>. 12/09/02

realizar una encuesta al personal de enfermería, con la finalidad de identificar los factores que influyen en la calidad de su atención, tomando en cuenta su punto de vista para la posible resolución de los problemas. Ya que la elaboración de protocolos tiene como ventajas unificar criterios, agilizar procesos en la toma y ejecución de decisiones, reducir costos, disminuir la posibilidad de que hayan vacíos o se omitan acciones importantes con el usuario, da la posibilidad de estudiar con antelación los riesgos de cada intervención y finalmente si se hace un buen protocolo se contribuye en el mejoramiento de la calidad de la atención. 73

3.2. OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

- Identificar los factores que influyen en la Calidad de atención de Enfermería en los diferentes Servicios del Hospital General de Pachuca, Hidalgo: S. S.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Identificar la Suficiencia de Recursos Humanos y Materiales a través de la Perspectiva de la Enfermera.
- Identificar la Capacitación y Motivación que recibe la enfermera para el desempeño de su trabajo.

73 Acofaen- Actualidad en Enfermería, 1999 <http://www.acofaen.org.co/cursos.html>. 12/09/02

3.3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En el Hospital General de Pachuca, Hgo: S. S., se ha observado que no se alcanza un grado óptimo de Calidad en la Atención al Usuario por parte del Personal de Enfermería, entre otras razones por un trato poco amable, las carencias de material, equipo e instalaciones; así como recursos humanos.

Por lo anterior:

¿ Cuales son los factores que influyen en la Calidad de la Atención de Enfermería en el Hospital General de Pachuca, Hgo. ?

3.4. HIPÓTESIS.

- Los factores que influyen en la Calidad de Atención por parte del Personal de Enfermería en los diferentes Servicios del Hospital son: La falta de Recursos Humanos, Materiales, la falta de Capacitación y Motivación en base a estímulos Institucionales al Trabajo.

3.5. DEFINICIÓN DE VARIABLES.

a) **Variable Estudio:**

- Factores que influyen en la Calidad de Atención por parte del Personal de Enfermería en el Hospital General de Pachuca, Hgo. S. S.

b) Indicadores de la variable estudio:

- Disponibilidad de Recursos Humanos.
- Disponibilidad de Recursos Materiales.
- Capacitación.
- Estímulos Institucionales al trabajo.

c) Definición Nominal.

- Disponibilidad de Recursos Humanos:
Cantidad de personal para la ejecución óptima de las tareas en congruencia con indicadores de enfermera-paciente.
- Disponibilidad de Recursos Materiales:
Son insumos indispensables para la realización de actividades.
- Capacitación:
Es la preparación para hacer apta a la persona mediante conocimientos para la realización de actividades.
- Estímulos Institucionales:
Incentivos escritos y económicos al desempeño y productividad.

d) Definición operativa.

- Disponibilidad de Recursos Humanos:
¿ Considera usted que el personal de la unidad ?
a) Es el suficiente para cubrir la demanda existente. ()
b) Es suficiente para cubrir la rutina. ()
c) Es suficiente solo para lo prioritario. ()

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Variable: Cualitativa.

Escala: Nominal.

Categoría: Es suficiente para: Cubrir la demanda existente, cubrir la rutina, o solo para lo prioritario.

¿ En su servicio se ha omitido algún procedimiento por la falta de recursos humanos ?

Si () No ()

Variable: Cualitativa.

Escala: Nominal.

Categoría: Si, No.

¿ Como considera usted la comunicación entre directivos y personal operativo ?

Buena () Regular () Mala ()

Variable: Cualitativa.

Escala: Ordinal.

Categoría: Buena, Regular, Mala.

¿ Conoce usted las normas y Procedimientos Institucionales ?

Si () No ()

Variable: Cualitativa.

Escala: Nominal.

Categoría: Si, No.

¿ Considera usted que la atención que brinda al usuario es de Calidad ?

Si () No ()

Variable: Cualitativa.

Escala: Nominal.

Categoría: Si, No.

• Disponibilidad de Recursos Materiales.

¿ Considera usted que el material con el que trabaja es suficiente para: ?

a) Cubrir la demanda existente. (-)

b) Cubrir la rutina. ()

c) Solo para lo prioritario. ()

Variable: Cualitativa.

Escala: Nominal.

Categoría: Cubrir la demanda existente, cubrir la rutina, solo para lo prioritario

¿ Cuenta con el equipo necesario para el desarrollo de sus actividades ?

Siempre () casi siempre () en ocasiones ()

Variable: Cualitativa.

Escala: Ordinal.

Categoría: Siempre, casi siempre, en ocasiones.

¿ Considera usted que la calidad del equipo y material es ?

Excelente () Buena () Regular () Mala ()

Variable: Cualitativa.

Escala: Ordinal.

Categoría: Excelente, buena, regular, mala.

¿ En su servicio se ha omitido algún procedimiento por la falta de equipo

y material ?

Si ()

No ()

Variable: Cualitativa.

Escala: Nominal.

Categoría: Si, No.

• **Capacitación.**

¿ Considera usted que la capacitación influye en la calidad ?.

Si () No ()

Variable: Cualitativa.

Escala: Nominal.

Categoría: Si, No.

¿ No de veces que asistió usted a un evento científico en el último año ?.

1 vez () 2 veces () 3 veces () ó más ()

Variable: Cualitativa.

Escala: Ordinal.

Categoría: 1, 2, 3, ó más. Veces.

¿ Cuenta usted con motivación o apoyo de parte de los directivos para capacitarse ?.

Si () No ()

Variable: Cualitativa.

Escala: Nominal.

Categoría: Si, No.

¿ Actualmente en su área asignada recibió capacitación o introducción al puesto ?.

Si () No ()

Variable: Cualitativa.

Escala: Nominal.

Categoría: Si, No.

¿ Considera usted que los programas de capacitación existentes son los necesarios y adecuados ?.

Si () No ()

Variable: Cualitativa.

Escala: Nominal.

Categoría: Si, No.

• Estímulos Institucionales.

¿ Conoce usted los tipos de estímulos institucionales ?.

Si () No ()

Variable: Cualitativa.

Escala: Nominal.

Categoría: Si, No.

¿ Cuantas veces a recibido estímulos al año ?.

1 vez () 2 veces () 3 veces () ó más ()

Variable: Cualitativa.

Escala: Ordinal.

Categoría: 1, 2, 3, ó más veces.

¿ Que tipo de estímulos ha recibido ?.

mensual () trimestral () anual () otros ()

Variable: Cualitativa.

Escala: Ordinal.

Categoría: Mensual, trimestral, anual, otros.

¿ Considera usted que influye el otorgamiento de estímulos en la calidad ?.

Si () No ()

Variable: Cualitativa.

Escala: Nominal.

Categoría: Si. No.

3.6. TIPO DE ESTUDIO.

Descriptivo, Transversal, Prospectivo, No Experimental.

3.7. UNIVERSO ESTUDIO.

Hospital General de Pachuca, Hgo. S. S.

3.8. UNIDADES DE OBSERVACIÓN.

Enfermeras del Hospital General de Pachuca, Hidalgo. S. S.

3.9. CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN, ELIMINACIÓN.

Inclusión:

- Personal de Base.
- Licenciadas en Enfermería.
- Enfermeras Generales.
- Auxiliares de Enfermería.

Exclusión.

- Personal de Contrato.
- Personal Eventual.
- Estudiantes de Enfermería.
- Personal de Enfermería con base de menos de 3 meses.

Eliminación.

- Personal que se niega a participar.
- Personal que por exceso de trabajo no puede participar.
- Personal de incapacidad de más de tres días.
- Personal becado.
- Personal de permiso de más de 3 días.
- Personal comisionado.

3.10. UNIVERSO / MUESTRA.

No Estadística de 95 Enfermeras de los diferentes turnos y servicios.

3.11. INSTRUMENTOS.

Para la realización de la investigación se diseñó una encuesta que consta de 25 reactivos, los cuales contienen datos generales y específicos. refiriéndose a: (ver anexo).

3.12. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.

Para la recolección de información se elaboró una encuesta de registro, la cual al efectuar la prueba piloto no presenta problemas. observándose interés y buen entendimiento de

parte de las compañeras enfermeras al contestar las preguntas verazmente, demostrando así que dicho instrumento de aplicación tiene validez y confiabilidad ya que no se hizo ninguna modificación a las variables y por lo tanto se procedió a su aplicación en los diferentes servicios y turnos, con previo permiso de los departamentos de Enseñanza y Enfermería del Hospital General de Pachuca, Hidalgo.

3.13. PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO.

Se diseñaron cuadros, gráficas se aplicó estadística descriptiva.

IV RESULTADOS

4.1. DATOS GENERALES.

Después de haber aplicado 95 encuestas al personal de enfermería del Hospital General de Pachuca, Hidalgo; Se encontró en relación a la edad que el 1.05 % de las personas encuestadas está dentro de los 20 años; el 12.63 % están dentro de los 21 a 30 años; el 43.16 % dentro de los 31 a 40 años y más de cuarenta años otro 43.16 %, esto quiere decir que la mayoría del personal de enfermería encuestado está dentro de las edades de los 31 años a 40 y más. (ver cuadro No. 1).

De acuerdo al sexo se encuestó el 3.2 % hombres y el 96.8 % fueron mujeres. Estos porcentajes nos muestran que todavía hay ciertos tabúes de parte del sexo masculino, o todavía no hay conciencia de que la profesión de Enfermería también puede ser ejercida por el sexo masculino. (ver cuadro No. 2).

De acuerdo al estado civil resultó que el 20 % son madres solteras; el 3.2 % son divorciadas, la mayoría fueron casados con un 60 %; en unión libre solo el 5.2 %; viudos el 7.4 % y solteras el 4.2 %. (ver cuadro No. 3).

De acuerdo a la religión la mayoría lo ocupa el catolicismo con un 89.40 %; el 3.20 % fueron de religión evangélica; y otro 3.20 % lo ocupó el cristianismo; solo el 1.05 % la religión mormona; la judía el 1.05 %; encontrándose el 2.10 % de otras religiones. (ver cuadro No. 4).

En relación a la escolaridad se encontró que el 28.4 % fueron enfermeras Auxiliares; el 51.6 % lo ocupa el nivel técnico; el 14.7 % con cursos posttécnicos; el 3.2 % con la Licenciatura en Enfermería y el 2.1 % con Maestría en Enfermería. Se observa que todavía no hay conciencia por parte del gremio de enfermería para la profesionalización y la certificación, pues el nivel técnico ocupa el mayor porcentaje. (ver cuadro No. 5).

En relación a los años laborados en la institución, se encontró solo el 2.1 % con antigüedad de 1 a 5 años; el 21 % tienen una antigüedad entre 6 a 10 años; el 22.1 % de 11 a 15 años laborados; un 5.3 % con antigüedad de 16 a 20 años; la mayoría en años laborados lo ocupa un 45.3 % que están dentro de los 21 a 25 años de antigüedad y un 4.2 % de 26 años a más años laborados. (ver cuadro No. 6).

De acuerdo al número de hijos por edad de las personas encuestadas , se encontró un 3.70 % menores de 1 año; un 11.11 % de hijos entre la edad de 2 a 5 años; un 33.33 % de hijos entre las edades de 6 a 12 años; el 24.44 % de hijos entre las edades de 13 a 18 años; el 21.50 % entre las edades de 19 a 24 y solamente el 5.92 % de hijos mayores de 25 años. (ver cuadro No. 7).

Cuadro No. 1: Edad Sujetos Estudio.

EDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
< 20 Años	1	1.05
21 a 30 Años	12	12.63
31 a 40 Años	41	43.16
> 40 Años	41	43.16
Total	95	100 %

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital General de Pachuca; Hgo. 2002.

Cuadro No. 2: Sexo Sujetos Estudio.

SEXO	NÚMERO	PORCENTAJE
Masculino	3	3.2
Femenino.	92	96.8
Total	95	100 %

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital General de Pachuca: Hgo. 2002.

Cuadro No. 3: Estado Civil Sujetos Estudio.

ESTADO CIVIL	NÚMERO	PORCENTAJE
Madre soltera	19	20.0
Divorciado (a)	3	3.2
Casado (a)	57	60.0
Unión libre	5	5.2
Viudo (a)	7	7.4
Soltero (a)	4	4.2
Total	95	100 %

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital General de Pachuca; Hgo. 2002.

Cuadro No. 4: Religión Sujetos Estudio.

RELIGIÓN	NÚMERO	PORCENTAJE
Católica	85	89.40
Evangélica	3	3.20
Cristiana	3	3.20
Mormón	1	1.05
Judía	1	1.05
Otras	2	2.10
Total	95	100 %

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital General de Pachuca; Hgo. 2002.

Cuadro No. 5: Escolaridad Sujetos Estudio.

ESCOLARIDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
Aux. de Enfermería	27	28.4
Enf. Nivel Técnico	49	51.6
Enf. Especialista	14	14.7
Lic. en Enfermería.	3	3.2
Maestría	2	2.1
Total	95	100 %

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital General de Pachuca; Hgo. 2002.

**Cuadro No. 6: Antigüedad en la Institución
Sujetos Estudio.**

AÑOS LABORADOS	NÚMERO	PORCENTAJE
1 a 5	2	2.1
6 a 10	20	21.0
11 a 15	21	22.1
16 a 20	5	5.3
21 a 25	43	45.3
26 a más	4	4.2
Total	95	100 %

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital General de Pachuca; Hgo. 2002.

Cuadro No. 7: Número de Hijos por edad Sujetos Estudio.

EDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
< 1 Año	5	3.70
2 a 5 Años	15	11.11
6 a 12 Años	45	33.33
13 a 18 Años	33	24.44
19 a 24 Años	29	21.50
> 25 Años	8	5.92
Total	135	100 %

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital General de Pachuca; Hgo. 2002.

4.2. CALIDAD DE LA ATENCIÓN PERCEPCIÓN DE LA ENFERMERA.

De acuerdo a la suficiencia de recursos humanos, se encontraron opiniones de las personas encuestadas el 37.9 % para cubrir la rutina y el 62.1 % solo para lo prioritario. (ver cuadro No. 8 y grafica No. 1).

En relación a la omisión de procedimientos por la falta de recursos humanos, la mayoría de los encuestados opinaron que no había omisión de procedimientos, pues sacan el trabajo, este porcentaje fue de 61.05 %; los encuestados que contestaron que si había omisión de procedimientos por la falta del recurso humano fue un 38.95 %. (ver cuadro No. 9).

De acuerdo a la comunicación de los directivos con el personal operativo, se encontró que La comunicación es regular, pues el resultado arrojó un 52.63 % siendo el mayor porcentaje: con un 34.74 % Mala y un 12.63 % buena. Algunos encuestados opinan que la comunicación es buena porque no han tenido problemas con ellos, son accesibles a sus demandas y además tienen razón son los directivos; la mayoría opinó que es regular, porque a veces los directivos se presentan en las áreas solo para dar ordenes, que dicen una cosa y hacen otra, y no siempre dan soluciones a los problemas, no dan a conocer los cambios, normas, procedimientos, etc. Y mala porque no dan ni el saludo y mucho menos se toman la atención de escuchar las opiniones del personal operativo, no existen reuniones de trabajo, se dejan llevar por rumores de pasillo y las fallas son recriminadas con dureza. Además muy escasamente se presentan en los turnos fuera de su horario de trabajo. (ver cuadro No. 10 y grafica No. 2).

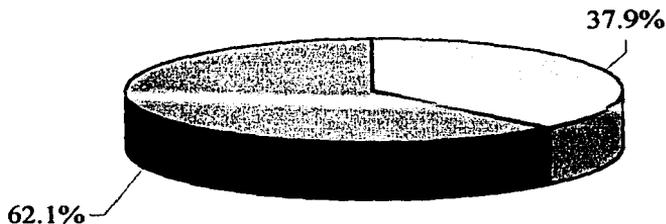
**Cuadro No. 8: Suficiencia de Recursos Humanos
Sujetos Estudio.**

RECURSOS HUMANOS	NÚMERO	PORCENTAJE
Para cubrir la Rutina.	36	37.9
Solo para lo Prioritario.	59	62.1
Total	95	100 %

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital General de Pachuca; Hgo. 2002.

Grafica No. 1

Suficiencia de Recursos Humanos



Para cubrir la Rutina. Solo para lo Prioritario.

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital General de Pachuca; Hgo. 2002

Cuadro No. 9: Omisión de Procedimientos Sujeto Estudio.

OMISIÓN POR FALTA DE RECURSOS HUMANOS	NÚMERO	PORCENTAJE
Si	37	38.95
No	58	61.05
Total	95	100 %

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital General de Pachuca: Hgo. 2002.

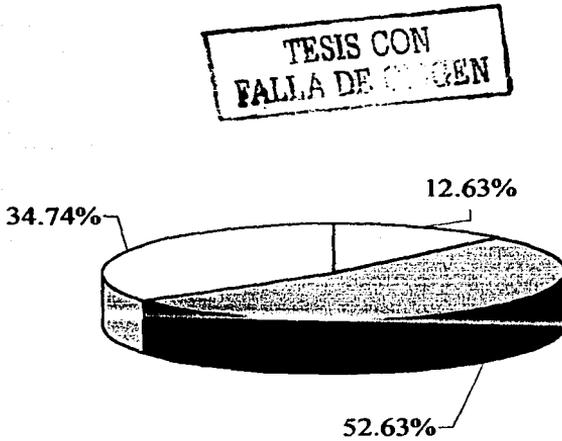
**Cuadro No. 10: Comunicación Institucional
Sujetos Estudio.**

ENTRE DIRECTIVOS Y PERSONAL OPERATIVO	NÚMERO	PORCENTAJE
Buena	12	12.63
Regular	50	52.63
Mala	33	34.74
Total	95	100 %

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital General de Pachuca; Hgo. 2002.

Grafica No. 2

Comunicación Institucional



Buena Regular Mala

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital General de Pachuca; Hgo. 2002

De acuerdo al conocimientos de normas y procedimientos institucionales por parte de las Enfermeras, se encontró que el 57.9 % si las conocen, por interés propio y escasamente por Información de algunos jefes inmediatos; el 42.1 % no las conocen, porque no han tenido Interés propio y además los directivos o jefes inmediatos no se las dan a conocer y además los manuales si es que existen no se encuentran disponibles en los servicios. (ver cuadro No. 11 y grafica No. 3).

En relación a la atención de calidad que brinda la enfermera al usuario, se encontró un 66.3 % de opiniones que si dan atención con calidad, pues dan calidad humana, no material; y las opiniones de que no dan una atención con calidad es el 33.7 %, pues aseguran que no puede ser calidad total si existe la falta de recursos humanos y materiales aunque el personal ponga mucho de su parte. (ver cuadro No 12 y grafica No. 4).

De acuerdo a la suficiencia de recursos materiales, las opiniones de los encuestados son un 77.9 % solo para lo prioritario; y un 22.1% para cubrir la rutina; siendo su punto de vista insuficiente totalmente. (ver cuadro No. 13 y grafica No. 5).

En lo que se refiere a la existencia del equipo para el desarrollo de las actividades de enfermería, se encontró que la mayoría lo ocupa la variable en ocasiones con un porcentaje de 63.1 %; un 33.7 % en casi siempre y un 3.2 % siempre. (ver cuadro No. 14).

En relación a la calidad del equipo y material, se encontraron opiniones de un 9,5 % es buena: el 77.9 % que fue la mayoría opinó que es regular; y un 12.6 % que es mala. (ver cuadro No. 15 y grafica No. 6).

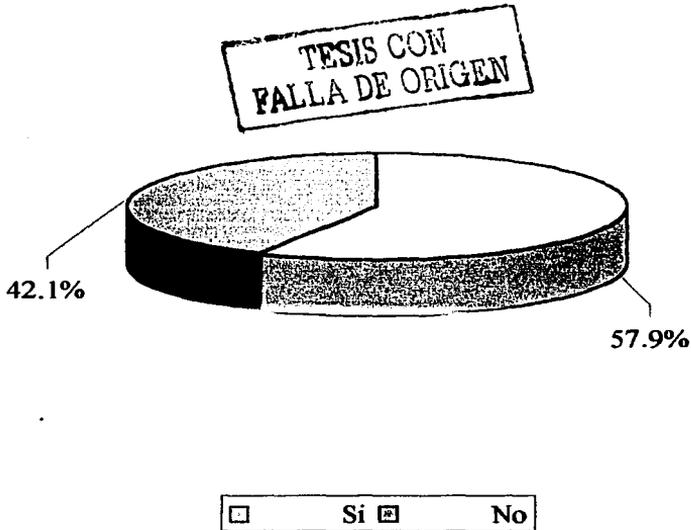
**Cuadro No. 11: Conocimiento Institucional
Sujeto Estudio.**

DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS	NÚMERO	PORCENTAJE
Si	55	57.9
No	40	42.1
Total	95	100 %

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital General de Pachuca; Hgo. 2002.

Grafica No. 3

Conocimiento de Normas y Procedimientos



Fuente: Encuesta realizada en el Hospital General de Pachuca; Hgo. 2002

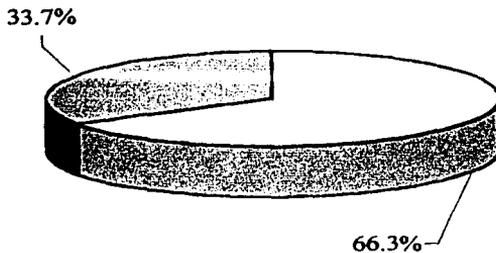
**Cuadro No 12: Atención de Calidad al Usuario
Sujeto Estudio.**

ATENCIÓN DE CALIDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
Si	63	66.3
No	32	33.7
Total	95	100 %

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital General de Pachuca: Hgo. 2002.

Grafica No. 4

Atención de Calidad al Usuario



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Si No

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital General de Pachuca; Hgo. 2002

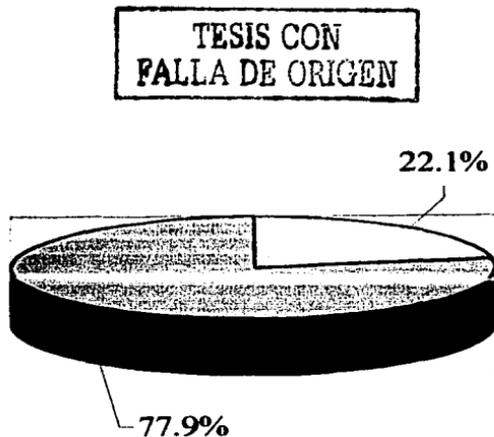
**Cuadro No. 13: Suficiencia de Recursos
Materiales Sujeto Estudio.**

RECURSOS MATERIALES	NÚMERO	PORCENTAJE
Para cubrir la rutina.	21	22.1
Solo para lo prioritario.	74	77.9
Total	95	100 %

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital General de Pachuca; Hgo. 2002.

Grafica No. 5

Suficiencia de Recursos Materiales



Para cubrir la rutina. Solo para lo prioritario.

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital General de Pachuca; Hgo. 2002

Cuadro No 14: Existencia de Equipo Sujeto Estudio.

EXISTENCIA	NÚMERO	PORCENTAJE
Siempre	3	3.2
Casi Siempre	32	33.7
En ocasiones	60	63.1
Total	95	100 %

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital General de Pachuca; Hgo. 2002.

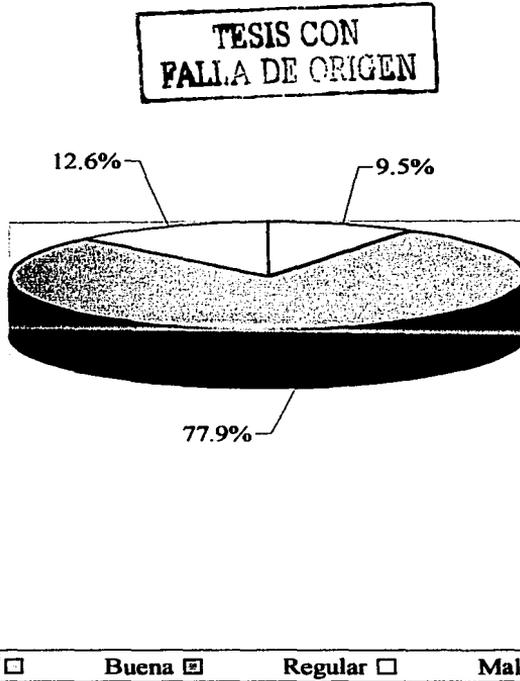
Cuadro No 15: Calidad del Equipo Sujeto Estudio.

CALIDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
Buena	9	9.5
Regular	74	77.9
Mala	12	12.6
Total	95	100 %

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital General de Pachuca; Hgo. 2002.

Grafica No. 6

Calidad del Equipo y Material



Fuente: Encuesta realizada en el Hospital General de Pachuca; Hgo. 2002

En lo que se refiere a la omisión de procedimientos por la falta de equipo y material, se encontró que de los encuestados el 64.2 % opinó que si se omiten ciertos procedimientos, y un 35.8 % opinó que no se omiten los procedimientos porque improvisan o se apoyan de los familiares del usuario. (ver cuadro No. 16 y grafica No. 7).

En relación con la influencia de la capacitación en la calidad un 95.8 % opinó que si influye, pues entre más capacitación tengas, más calidad de atención se proporcionará. Y que la atención de enfermería debe ir con los avances científicos: un 4.2 % opinó que no influye porque hay personas que tienen el nivel académico pero no el práctico y la calidad humana esta deteriorada. (ver cuadro No. 17 y grafica No. 8).

De acuerdo a la asistencia a eventos científicos en el último año, se encontró que el 46.32 % de los encuestados no ha asistido a eventos científicos en el último año; el 18.95 % solo ha asistido una vez; el 17.89 % dos veces; y el 16.84 % de los encuestados ha asistido 3 veces o más en el último año. Estos resultados nos dan a conocer que es muy poca la asistencia a eventos científicos. (ver cuadro No. 18 y grafica No. 9).

En cuanto a la motivación o apoyo de parte de los directivos para la capacitación, un 87.37 % de los encuestados opinaron que no cuentan con motivación o apoyo, pues cuando llegan a acudir a un evento científico lo hacen fuera de su horario de trabajo porque no proporcionan becas, además no hay quién trabaje en su lugar y si llegarán a acudir dentro de su horario, se queda descubierta el área, hay acumulo y retraso en las actividades y para evitar esto terminan por no acudir: un 12.63 % opinó que si cuentan con motivación y apoyo. (ver cuadro No. 19 y grafica No. 10).

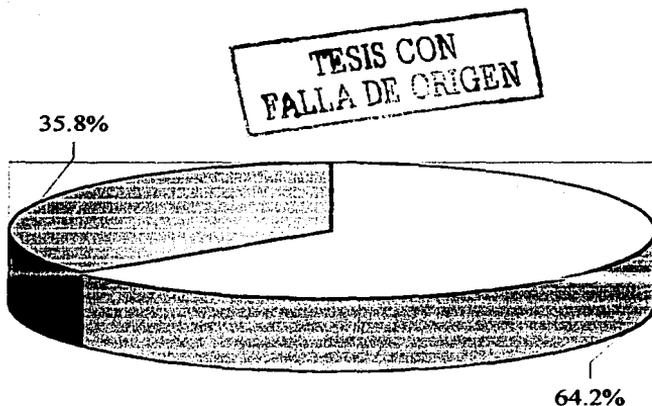
Cuadro No 16. Omisión de Procedimiento Sujeto Estudio.

OMISIÓN POR FALTA DE EQUIPO Y MATERIAL	NÚMERO	PORCENTAJE
Si	61	64.2
No	34	35.8
Total	95	100 %

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital General de Pachuca; Hgo. 2002.

Grafica No. 7

Omisión de Procedimientos



Si No

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital General de Pachuca; Hgo. 2002

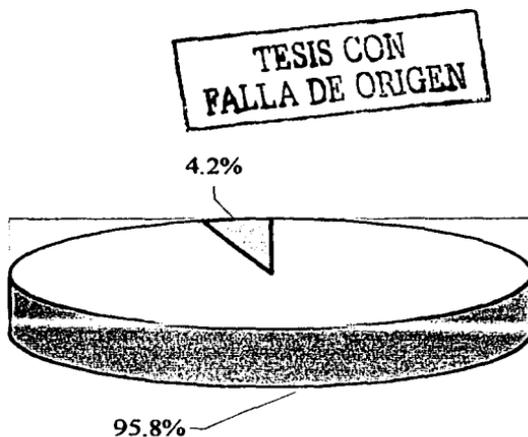
Cuadro No 17: Influencia de la Capacitación en la calidad Sujeto Estudio.

INFLUENCIA EN LA CALIDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
Si	91	95.8
No	4	4.2
Total	95	100 %

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital General de Pachuca; Hgo. 2002.

Grafica No. 8

Influencia de la Capacitación en la Calidad



Si No

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital General de Pachuca; Hgo. 2002

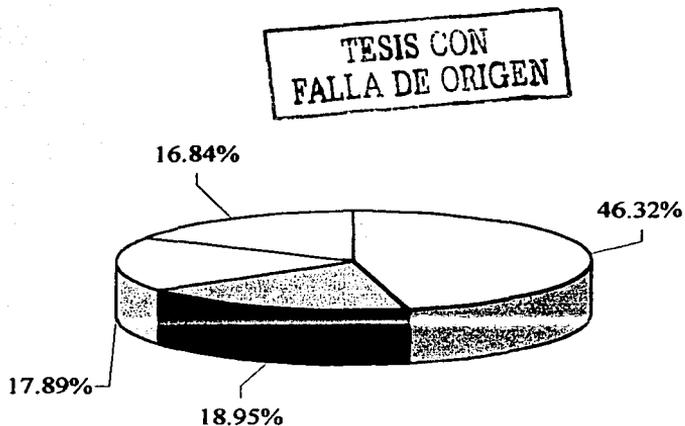
**Cuadro No. 18: Asistencia a Eventos Científicos
Sujeto Estudio.**

ASISTENCIA	NÚMERO	PORCENTAJE
0 veces	44	46.32
1 vez	18	18.95
2 veces	17	17.89
3 veces o más	16	16.84
Total	95	100 %

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital General de Pachuca; Hgo. 2002.

Grafica No. 9

Asistencia a Eventos Científicos



0 veces 1 vez 2 veces 3 veces o más

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital General de Pachuca; Hgo. 2002

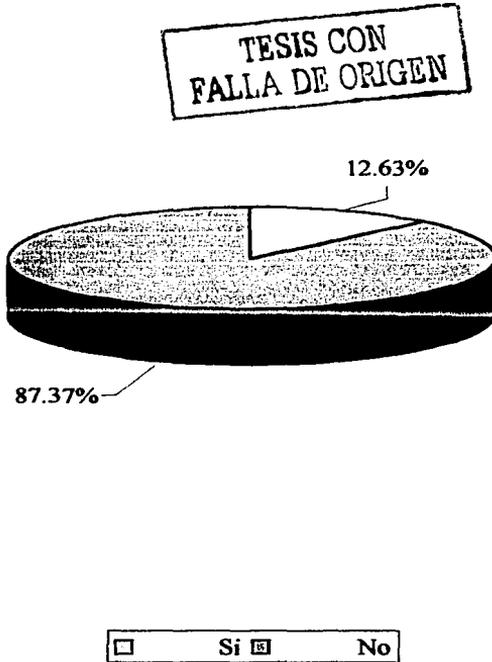
Cuadro No. 19: Motivación, Apoyo para Capacitación Sujeto Estudio.

EXISTENCIA	NÚMERO	PORCENTAJE
Si	12	12.63
No	83	87.37
Total	95	100 %

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital General de Pachuca; Hgo. 2002.

Grafica No. 10

Motivación o Apoyo para la Capacitación



Fuente: Encuesta realizada en el Hospital General de Pachuca; Hgo. 2002

En relación a la existencia de capacitación o introducción al puesto en las áreas asignadas, se encontró un 91.6 % de los encuestados que opinaron que nunca ha existido esa introducción al puesto o capacitación para que te sea asignada una área, que si llega a existir esa capacitación la hacen fuera de tiempo y horario y que aunque conozcas las diferentes áreas por los años que llevas trabajando, siempre hay cambios y nuevos conocimientos que aprender; un 8.4 % opinó que si existe esa capacitación o introducción al puesto. (ver cuadro No. 20 y grafica No. 11).

En cuanto a los programas de capacitación existentes son los necesarios y adecuados se encontró que el 76.84 % de los encuestados algunos opinaron que no existen, otros que no los conocen, otros que no reúnen los requisitos para las necesidades de cada servicio, otros opinaron que los dan fuera de tiempo y de horario, que no satisfacen sus necesidades, que no los dan a conocer o no hay suficiente difusión, no son suficientes, otros que no pueden asistir a los cursos por sus necesidades personales: el 23.16 % opinó que si existen y son los necesarios y adecuados, porque satisfacen sus necesidades y van en acorde al avance científico. (ver cuadro No. 21 y grafica No. 12).

En relación a el conocimiento de los estímulos institucionales se encontró que el 70.5 % si los conocen, algunas por haber sido acreedoras, otras los conocen aunque no en su totalidad por la falta de difusión y a veces por no prestarle el interés debido; el 29.5 % no los conocen por falta de interés propio, algunas por no haber sido acreedoras, por la falta de difusión, además opinan que los directivos no saben reconocer su trabajo y estos estímulos son proporcionados preferentemente a personas seleccionadas por ellos. (ver cuadro No. 22).

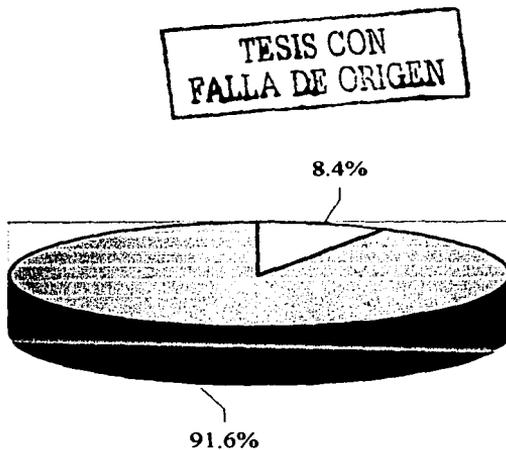
Cuadro No. 20: Introducción al Puesto Sujeto Estudio.

EXISTENCIA	NÚMERO	PORCENTAJE
Si	8	8.4
No	87	91.6
Total	95	100 %

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital General de Pachuca; Hgo. 2002.

Grafica No. 11

Capacitación o Introducción al Puesto



Si No

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital General de Pachuca; Hgo. 2002

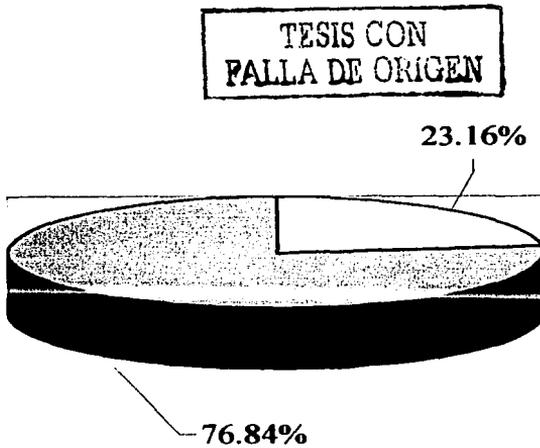
**Cuadro No. 21: Programas de Capacitación
Sujetos Estudio.**

NECESARIOS Y ADECUADOS	NÚMERO	PORCENTAJE
Si	22	23.16
No	73	76.84
Total	95	100 %

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital General de Pachuca; Hgo. 2002.

Grafica No. 12

Programas de Capacitación



Si No

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital General de Pachuca; Hgo. 2002

Cuadro No. 22: Estímulos Institucionales Sujetos Estudio.

CONOCIMIENTO	NÚMERO	PORCENTAJE
Si	67	70.5
No	28	29.5
Total	95	100 %

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital General de Pachuca; Hgo. 2002.

En cuanto a los estímulos recibidos se encontró que el 54.8 % de las personas encuestadas no ha recibido ningún estímulo al trabajo; el 36.8 % solo ha recibido una vez estímulos; el 8.4 % ha recibido estímulos dos veces en el último año. Observando que es alto el porcentaje de las personas que no reciben estímulos al trabajo. (ver cuadro No. 23 y grafica No. 13).

En cuanto al tipo de estímulos recibidos se encontró que el 100 % son 52 estímulos recibidos, por lo tanto el 63.46 % son estímulos mensuales; el 21.15 % estímulos trimestrales; el 11.54 % estímulos anuales; y el 3.85 % han sido otro tipo de estímulos recibidos. (ver cuadro No. 24).

En cuanto a la influencia del otorgamiento de los estímulos en la calidad, se encontró que el 65.3 % de las personas encuestadas opinan que si influye el otorgamiento de estímulos en la calidad de atención, porque así saben que los directivos están reconociendo su trabajo, que están al pendiente y saben con que clase de trabajadores cuentan. presentándose mayor satisfacción propia y gusto por el trabajo notándose en la asistencia, puntualidad y permanencia en el servicio: el 34.7 % opinó que no influye el otorgamiento de estímulos en la calidad de atención, pues es su obligación y no necesitan un estímulo para hacer bien su trabajo, porque todos modos tienen que hacerlo. (ver cuadro No. 25 y grafica No. 14).

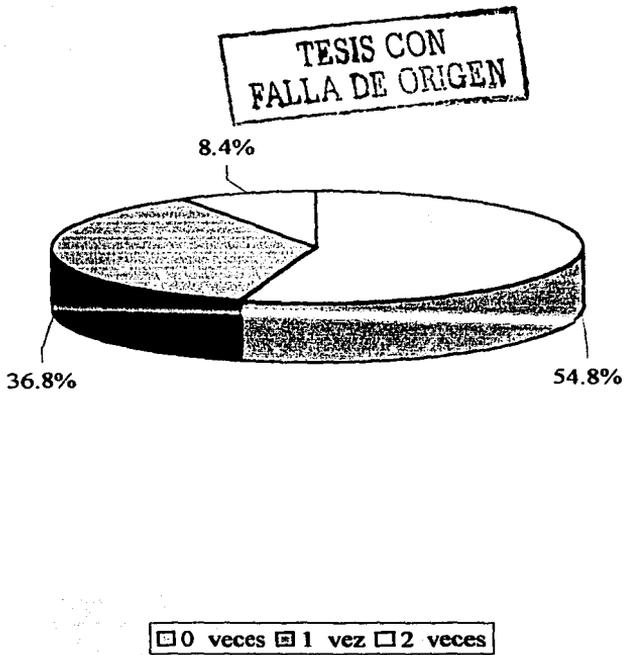
Cuadro No. 23: Estímulos Recibidos Sujetos Estudio.

NÚMERO DE VECES	NÚMERO	PORCENTAJE
0 veces	52	54.8
1 vez	35	36.8
2 veces	8	8.4
Total	95	100 %

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital General de Pachuca; Hgo. 2002.

Grafica No. 13

Estimulos Recibidos



Fuente: Encuesta realizada en el Hospital General de Pachuca; Hgo. 2002

**Cuadro No. 24: Tipos de Estímulos Institucionales
Proporcionados Sujetos Estudio.**

TIPO	NÚMERO	PORCENTAJE
Mensual	33	63.46
Trimestral	11	21.15
Anual	6	11.54
otros	2	3.85
Total	52	100 %

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital General de Pachuca; Hgo. 2002.

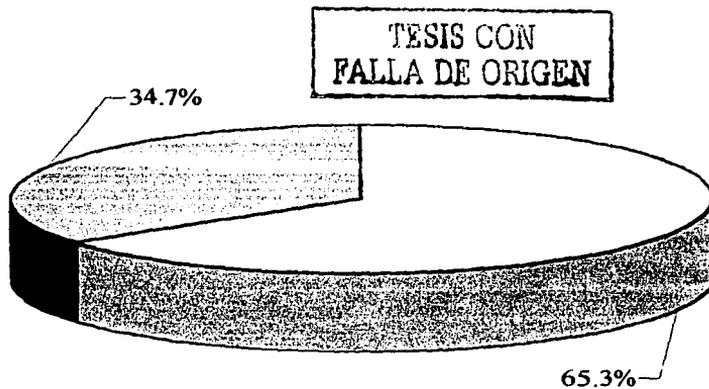
Cuadro No. 25: Influencia del Otorgamiento de Estímulos Sujetos Estudio.

INFLUENCIA EN LA CALIDAD	NÚMERO	PORCENTAJE
Si	62	65.3
No	33	34.7
Total	95	100 %

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital General de Pachuca; I lgo. 2002.

Grafica No. 14

Influencia de los Estimulos en la Calidad



Si No

Fuente: Encuesta realizada en el Hospital General de Pachuca; Hgo. 2002

4.3. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS.

Los resultados obtenidos a través de la aplicación de 95 encuestas al personal de enfermería arrojan que más de la mitad de las enfermeras opinó que el recurso humano existente es solo para sacar el trabajo prioritario, más de la cuarta parte opinó que se cubría solo la rutina y en la misma proporción niegan haber omitido procedimientos por la falta de personal, pues se las ingenian para sacar el trabajo.

Basándose en la literatura esta menciona que el recurso humano es un factor clave para preservar el cuidado de calidad y que la falta de este representa un peligro. 74

Clara Arndt opina que hay indicadores de cálculo de personal para el cuidado de enfermería integral, clasificando a las personas en 3 categorías basadas en el grado de autosuficiencia de estos. 75

Por lo tanto se deduce con base en la percepción del personal de enfermería que hay insuficiencia de enfermeras para proporcionar atención de calidad. Dada la situación actual de nuestro país este problema se presenta en todo el sector salud.

En cuanto a la comunicación existente entre los directivos con el personal operativo, más de la mitad de las enfermeras la consideró regular y mala en más de la cuarta parte.

Según los principios de Stephen Covey dicen que todas aquellas personas que tienen el compromiso de un cargo directivo y que deseen lograr un liderazgo de excelencia deberán de desarrollar y ejercer una serie de cualidades y conocimientos tecnológicos, administrativos y humanísticos, así como auto control, iniciativa, sentido común,

74. Enfermeras registradas: La Clave del Cuidado de Calidad, 1990. MASSACHUSETTS NURSES ASSOCIATION. 781-830-5725. WWW.MASSNURSES.ORG. 19/09/02.

75. Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Sistema Universidad Abierta; Antología: Gerencia de los Servicios de Enfermería, Impresión 2001.

optimismo, sinceridad, justicia, lealtad, espíritu de logro, sencillez y humildad. 76

Por lo antes descrito se concluye que la comunicación que es un factor que influye en la calidad se encuentra afectada en el contexto institucional siendo deficiente.

En lo que se refiere al conocimiento de normas y procedimientos; la mayoría de las enfermeras refieren conocerlos por iniciativa propia, pues los directivos no se las han dado a conocer: más de la cuarta parte reconocen su desinterés por conocerlas y según las enfermeras los manuales no se encuentran disponibles en los servicios. Cabe mencionar que los manuales de procedimientos son documentos en los cuales se señalan paso por paso las actividades necesarias para realizar acciones de tipo operativo y la aplicación de estos tiene como propósito simplificar el trabajo y aprovechar al máximo los recursos disponibles; Las normas son señalamientos de observancia general que se establecen para orientar la conducta en sentido positivo: y estos deberán fijarse por escrito, tener secuencia y coherencia, evitar duplicidad y ser proporcionados por el personal administrativos. 77

Se encontró que más de la mitad de las enfermeras encuestadas dicen proporciona atención de Calidad Humana, no material, y una cuarta parte dicen no proporcionar atención de calidad. Se observa que la mayoría de las enfermeras consideran que para prestar una atención de calidad total requiere de la suficiencia de recursos humanos y materiales porque la humanización de la intervención de Enfermería existe, pues el trato individual y personalizado, la cortesía y claridad en la comunicación, el respeto a los valores y la dignidad de la persona, opiniones y creencias, son características de la interacción humana

76. Stephen Covey, Liderazgo centrado en principios, Piados, México, 1994.

77. Balderas Pedrero Ma. De la Luz: Administración de los Servicios de Enfermería, 3ª. Edición. Edit. McGraw-Hill Interamericana.

que debe ejercer todo agente de salud. 78

De acuerdo a la suficiencia de recursos materiales el resultado arroja un 0.77 en una proporción que existe solo para lo prioritario y un 0.22 solo para la rutina, siendo esta parte importante para la garantía de la calidad.

Más de la mitad de las enfermeras consideran que el equipo con el que cuentan para realizar procedimientos es en ocasiones, una cuarta parte considera que casi siempre cuentan con el equipo y una mínima parte considera contar con el equipo siempre. Se observa que la mayoría de las enfermeras encuestadas opinan que la calidad del equipo y material es regular, pero la vida de éste se reduce en casi un 50% por la falta de mantenimiento.

Se encontró que tres cuartas partes de las enfermeras encuestadas opinó haber omitido procedimientos por la falta de equipo y material, y la otra cuarta parte asegura no haber omitido procedimientos, pues de manera oportuna tratan de resolver las carencias con apoyo de los familiares del usuario o han improvisado. Por lo tanto se deduce que las enfermeras no están efectuando los procedimientos en su totalidad, ni con las especificaciones técnico-científicas y en consecuencia la calidad de atención es deficiente. Siendo que lo antes mencionado son factores claves del éxito de los servicios de enfermería.

Las enfermeras casi en su totalidad reconocen que si influye la capacitación en la atención de calidad pues entre más capacitación más atención de calidad se proporcionará, pero aun así la mitad de ellas no ha asistido a eventos científicos en el último año, y la otra mitad solo ha asistido una o dos veces en el último año. Lo anterior nos dice que no hay

78. Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Sistema Universidad Abierta; Antología: Gerencia de los Servicios de Enfermería. Impresión 2001

congruencia con lo que dicen y hacen. Se observa el espíritu de superación de las enfermeras deteriorado por diversas causas, no logrando dar una atención de calidad.

La mayoría de las enfermeras no cuentan con motivación o apoyo de parte de los directivos o jefes inmediatos para asistir a eventos científicos, son una minoría las que si cuentan con ese apoyo. El personal de enfermería se encuentra desmotivado causándoles desinterés en su superación personal y en el reconocimiento de su misma labor, pues solo trabajan por obligación. Cabe señalar que la motivación debe partir del mismo personal de enfermería y siempre continuar con la capacitación para enfrentar los cambios que se avecinan. 79

Casi la totalidad de las enfermeras no ha recibido capacitación o introducción al puesto en sus áreas asignadas. Por lo tanto no se han identificado las necesidades de actualización del recurso para incorporar nuevos conocimientos científicos de gestión y cuidado. Lina Pinzón plantea que la gestión y gerencia de los servicios y del cuidado de enfermería están basados en los principios corporativos sobre aspectos éticos relacionados con las personas que reciben el cuidado y servicios, así como los aspectos éticos que orientan las relaciones entre profesionales con el personal técnico y auxiliar; y estos principios al aplicarse como guía para el pensamiento y la acción, fundamentan los cuidados y sirven para el análisis de dilemas en la toma de decisiones.

En cuanto a los programas de capacitación existentes más de las tres cuartas partes del personal encuestado indicaron no conocer la existencia de estos, mencionan que los cursos monográficos no son los adecuados ni los necesarios porque no reúnen los requisitos para las necesidades personales y del servicio; una cuarta parte refiere que si existen programas de capacitación cubriendo las necesidades del servicio. Cabe señalar que una de las

79. ACAMI Y USTED - La Ética en el control de la Calidad. <http://WWW.acami.org.ar/revista/etica.htm>

estrategias para planificar el desarrollo de los recursos humanos reside en la formación académica del personal en las instituciones adecuando las necesidades específicas del personal. Aunque es un hecho que la formación de estos, inicia desde antes de la incorporación al sector productivo. Pero también es cierto, que las instituciones prestadoras de servicios tendrán que desarrollar formalmente líneas de vinculación, para incidir en programas específicos que permitan acrecentar los valores individuales y de educación del personal que se encuentra en el ejercicio de sus labores.

Besterfield menciona: " Si bien es cierto que la calidad es estudiada con la institución, también es cierto que el recurso humano es quién la lleva a cabo y no deberá ser considerada como la responsabilidad de una sola persona o de una sola área, sino mas bien como una tarea que todos deben compartir. De ella participan tanto los empleados como las autoridades de la institución, por ello la responsabilidad se distribuye entre las diferentes áreas facultadas para tomar decisiones ". 80

Tres cuartas partes de las enfermeras encuestadas refieren conocer los estímulos Institucionales, aunque no en su totalidad por la falta de difusión de estos. Algunas se encuentran apáticas para hacerse acreedoras a los mismos, porque opinan que son proporcionados a personas seleccionadas por los directivos y por amistad; la otra cuarta parte de las enfermeras no los conoce y no tiene interés por conocerlos, pues opinan que los directivos no reconocen el trabajo de enfermería y los estímulos son proporcionados preferentemente. Llegando a la conclusión que más de la mitad de las enfermeras no recibe estímulos al trabajo y que menos de la mitad de las enfermeras recibió algún tipo de estímulo en el último año, siendo estos 52 estímulos recibidos, el cual mas de la mitad son mensuales que por la cantidad del personal de enfermería solo se alcanza a recibir uno al

80. Dale H. Besterfield, Control de Calidad: Prentice may Hispanoamericana; 1995.

año; mas de la cuarta parte son los de puntualidad que los acumulan trimestralmente y menos de la otra cuarta parte son los anuales. Se observa que las enfermeras no cuentan con motivación para continuar con esmero la actividades, reflejándose en el desempeño de sus actividades con el deterioro de la responsabilidad en asistencia, puntualidad y permanencia; lo cual esto nos habla también de un deterioro en la atención de calidad. Aquí podríamos señalar que: “ Un hombre que goza de motivación, así como de un equilibrio en su salud mental y psicológica, logrará un desempeño humano con calidad. 81

En cuanto a la influencia del otorgamiento de los estímulos en la calidad, mas de la mitad de las enfermeras encuestadas consideran que si influye el otorgamiento de estímulos en la calidad, pues el reconocimiento al trabajo genera satisfacción personal y gusto por él; más de la cuarta parte de las enfermeras consideran que no influye el otorgamiento de estímulos en la calidad, porque es su obligación trabajar. Sabemos que los estímulos al trabajo incrementan la productividad, la eficacia y la eficiencia en los servicios, además de que forman parte de los derechos de los trabajadores establecidos en las condiciones generales de trabajo, así como en el reglamento interno de la institución.

4.4. PROPUESTAS.

Con base a los resultados obtenidos en el presente estudio se propone:

- Elaborar un plan de acción fundamentado en los hallazgos del presente estudio. Esta tarea la deben efectuar, conjuntamente, el personal administrativo y el equipo interdisciplinario de salud que labora en la institución.

81. Izquierdo García Belinda, Schuster Fonseca Juan, El Concepto de Calidad en el Desempeño Humano. <http://www.uv.mx/iesca/revista2001-1/calidad.htm>. 12/09/02.

- Realizar a corto plazo programas de capacitación para todos los profesionales de acuerdo a las necesidades de cada área o servicio. Dichos eventos deben planearse en coordinación con las unidades encargadas de la educación continua de las instituciones de salud y de la facultad de enfermería y difundirlos e impartirlos en horarios accesibles para el personal.
- Actualizar y difundir las normas y procedimientos para que el personal de enfermería realmente las conozca, se sensibilice y las aplique.
- Estimular a los profesionales de la salud para que se involucren con una responsabilidad individual y colectiva en el programa de calidad de los servicios.
- Medir la calidad de la atención de enfermería utilizando los siguientes Indicadores: Encuestas: Dirigidas a clientes y al personal; Establecer círculos de calidad; Evaluación personalizada de la enfermería; Estrategias para lograr la calidad en los servicios; Planeación estratégica a corto plazo; Evaluaciones en donde participen cliente, prestadores de servicio y servicios de apoyo.
- Establecer un modelo de Calidad en Enfermería: En donde su metodología de Evaluación incluya: La identificación de aspectos relevantes del servicio; Diseño y monitoreo de indicadores de riesgo; Auditoria de calidad; Observación directa de procesos; Confrontación de estándares VS resultados; Retroalimentación y Aplicación de medidas correctivas.
- Asignar al personal administrativo las actividades relacionadas con dotación

y mantenimiento de equipos y materiales para liberar a los profesionales de enfermería de asuntos que no les competen y crear así las condiciones adecuadas para la prestación de cuidados de salud de alta calidad.

- Dotar los servicios con los recursos humanos y materiales necesarios para cumplir con los requisitos de condiciones de eficiencia que garanticen una atención de calidad.
- Promover y difundir la existencia de los diferentes tipos de estímulos Institucionales, garantizando el conocimiento de estos en el total de las enfermeras y asegurando su recepción adecuada.
- Concienciar a los profesionales de la necesidad de replantear las relaciones Interpersonales entre el mismo personal de salud y con los usuarios.
- Aplicar el modelo metodológico de esta investigación en otras áreas de la práctica clínica con el fin de conocer objetivamente las condiciones de trabajo y del ejercicio profesional. esto puede ayudar a la transformación y mejora continua de la prestación de servicios de salud en nuestro medio, en busca de la calidad total.

4.5. CONCLUSIONES.

Con base a los resultados obtenidos se concluye que se cumplieron los objetivos propuestos y se comprobó la hipótesis del estudio: Pues se identificó que la falta de recursos humanos y materiales, la falta de capacitación y motivación al personal en el desempeño de su

trabajo son factores que influyen en la calidad de atención de enfermería en los diferentes servicios del hospital general de Pachuca, Hidalgo; siendo este el objetivo general. De acuerdo a los objetivos específicos: Se identificó la suficiencia de recursos humanos y materiales a través de la perspectiva de la enfermera como: El recurso humano insuficiente, deficiente el recurso material : viéndose la calidad de atención del personal de enfermería limitada por la falta de éstos .

Se identificó la capacitación y motivación que recibe la enfermera para el desempeño de su trabajo. Al llegar al ítem de la capacitación se observa incongruencia por parte de las enfermeras porque saben que si influye la capacitación en la calidad, pero la asistencia a los eventos científicos es escasa, no cuentan con motivación o apoyo de parte de los directivos para acudir a estos, además no reciben capacitación o introducción al puesto en sus áreas asignadas actualmente, no habiendo la disponibilidad de manuales de normas y procedimientos en los servicios; y los programas de capacitación según las enfermeras no conocen su existencia, mientras que otras aseguran que son insuficientes y no cubren sus necesidades personales ni del servicio.

Se concluye que la capacitación es deficiente, pero además se puede decir que el personal de enfermería se encuentra apático para su superación personal.

De acuerdo a la motivación en base a los estímulos institucionales, la mayoría de las enfermeras los conocen y aseguran que el otorgamiento de estos es un factor que influye en la calidad, sin embargo son pocas personas las que los reciben. Esto les ha ocasionado a algunas enfermeras apatía por hacerse acreedoras, considerándolos solamente para personas seleccionadas preferentemente.

Se llega a la conclusión que no hay reconocimiento real de la labor de enfermería porque los estímulos al trabajo recibidos son escasos, causando desmotivación en el personal de enfermería.

Con base en lo señalado se comprobó la hipótesis del estudio pues los factores que influyen en la calidad de atención por parte del personal de enfermería en los diferentes servicios del hospital son: La falta de Recursos humanos, Materiales y la falta de Capacitación y Motivación en base a estímulos Institucionales al trabajo.

Cabe señalar que valdría la pena efectuar un estudio administrativo para valorar o constatar realmente la falta de recursos humanos y materiales; y que los directivos consideraran esta situación tomando en cuenta la opinión de la enfermera. También el efectuar una verdadera evaluación de la calidad de atención del prestador de los servicios vendría a corroborar si dicho resultado es real.

BIBLIOGRAFÍA.

ACAMI Y USTED – La Ética en el control de la Calidad.
<http://WWW.acami.org.ar/revista/etica.htm>. 17/09/02.

Acle Tomassini, A., Planeación estratégica y control total de calidad, Grijalbo, México 1990.

Acofaen, Ministerio de Salud de Colombia. Objetivos y contenidos básicos para el programa de capacitación de la enfermera general: enfermería materno infantil, funciones y actividades. Bogotá. 1976.

Aguirre Gas héctor, Calidad de la Atención Médica. Bases para su evaluación y Mejoramiento Continuo; Noriega, México 2002.

Albrecht, Karl, La excelencia en el servicio, Norma, México, 1992.

ANSI-ASQC, Q90 Through Q94 Quality Assurance standard, Milwaukee, Wisconsin, USA 1987.

Aristóteles, Ética Nicomaquea, Porrúa, México, 1984

Bradford, David y Alan Cohen, Excelencia en la Administración, Limusa, México, 1988.

Cajas, Population Reports, Serie J, Número 47, fuente: Huezco, 1993 (151),
http://www.jhucep.org/pis_sj47j47boxes.stm. 20/09/02

Council for continuous Improvement, Manual de las nuevas herramientas para la mejora continua, panorama, mwexico, 1996.

Covey Stephen, Liderazgo centrado en principios, Piados, México, 1994.

Crosby, Philip, Calidad sin lágrimas, CECSA, México, 1987

Dale H. Besterfield, Control de Calidad: Prentice Hall Hispanoamericana; 1995.

Deming, Edwards, , calidad, productividad y competitividad. La salida de la crisis, Díaz Santos, Madrid 1989.

Donabedian , Avedis. La calidad de la atención médica: Definición y métodos de evaluación. México: Prensa Médica Mexicana, 1984.

Enfermeras Registradas, La Clave del Cuidado de Calidad MASSACHUSETTS NURSES ASSOCIATION . 781-830-5725 . WWW.MASSNURSES.ORG. 19/09/02.

Escobar Saldarriaga, Castrillón Agudelo Ma. Consuelo y Pulido de Latinde Socorro. Calidad de Atención de Enfermería. <http://tone.udca.edu.co/revista/sep92/Calidad.html>. 17/09/02.

Esteban A. El control de la calidad asistencial, una responsabilidad compartida. Rev Clin Esp 1988.

Fernández Caballero E. Calidad de la atención. Notas de clase del curso sobre técnicas de dirección a personal dirigente de enfermería, ISCM-H, Cuba, 1990.

Ginebra, Juan y Rafael Arana, Dirección por servicio, McGraw-Hill, México, 1992.

Gitlow, S., Howards y Shelly J, Gitlow, Cómo mejorar la Calidad y Productividad con el método Deming, Norma, Colombia, 1993.

Harrington, Costos de No Calidad, Diaz Santos, México, 1990.

Horowitz, Jacques, La calidad en el servicio a la conquista del cliente, McGraw-Hill, México, 1993.

Ishikawa, Kaouro, ¿ Qué es el control total de calidad ?, Norma, Colombia 1986.

Izquierdo García Belinda, Schuster Fonseca Juan, El Concepto de Calidad en el Desempeño Humano. <http://www.uv.mx/iesca/revista2001-1/calidad.htm> 12/09/02

Juran, Joseph, El Liderazgo para la Calidad, Diaz Santos, Madrid, 1990.

Kume, Hitoshi, Herramientas estadísticas básicas para el mejoramiento de calidad, Norma, México, 1992

Laudoyer Guy; Certificación ISO 9000, edit. Continental, 1998.

Llano Cifuentes, Carlos, "La excelencia fuera de contexto", en Istmo, México, 1989.

Martínez Junco H. Sistema de auditoría médica hospitalaria. Rev Cubana Adm Salud 1988.

Morris y Brandon, Reingeniería, MacGraw-Hill, México, 1994.

Munich Galindo Lourdes. Más Allá de la Excelencia y de la Calidad. Edit. Trillas. México 1998.

Ouchi, William, Teoría Z, Interamericana, México 1980.

Páez Armenteros Jovita, Marcel Hechavarría Nilda, Sociedad Cubana de Enfermería, Conceptos Fundamentales de Calidad. [Http://cmfajardo.sld.cu/jornada/cpnfe.../Concep.ht](http://cmfajardo.sld.cu/jornada/cpnfe.../Concep.ht) 16/10/02.

Peters, Thomas y Robert Waterman, En busca de la Excelencia, Lasser press, México, 1986.

Platón, Diálogos, Porrúa, México, 1984.

QUALITY LINK: ART...XIX JORNADAS INTERNACIONALES DE ENFERMERÍA.
<http://www.qualitylink.com.mx/q1articuloenfermeras2.html>. 15/03/03.

Real Red de Enfermería de América Latina. Código de Ética en Enfermería. <http://WWW.r-e-a-l.org/subredes-codetica-capo3.html>. 12/09/02.

Real Red de Enfermería de América Latina; Código de Enfermería del Consejo Internacional de Enfermeras. <http://www.r-e-a-l.org/subredes-codetica.html>. 29/10/02.

Romero Téllez Miguel B. Ecos de Calidad. Rev. Trimestral año 2002 No. 1.

Ruelas Barajas Enrique y Zurita Garza Beatriz, Garantía de Calidad de la atención a la Salud, Editores huéspedes. Rev. Salud Publica de México. mayo-junio, 1993, vol. 35. No. 3.

Séller, Max, " El resentimiento en la moral ", en Revista de occidente, Madrid, 1927.

Taylor Edward, Las Culturas Primitivas, Fondo de Cultura Económica, México, 1980.

Trincado Agudo Ma. Teresa, Fernández C. Emilio. Calidad en Enfermería, Rev. Cubana de Enfermería, enero-abril, 1995.

Universidad Nacional autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Sistema Universidad Abierta; Antología: Gerencia de los Servicios de Enfermería, Impresión 2001.

Walton, Mary, Cómo administrar con el Método Deming, Norma, México, 1992.

PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO. ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA.

Encuesta de factores que influyen en la Calidad de Atención de enfermería en los diferentes Servicios del Hospital General de Pachuca, Hgo. S. S.

Objetivo general:

- Identificar los factores que influyen en la Calidad de Atención de Enfermería en los diferentes Servicios del Hospital General de Pachuca. Hgo: S. S.

Instrucciones:

Llenar con pluma de tinta negra, con letra clara, marcando con una X la opción correcta.

Datos generales.

1. Edad: _____

2. Sexo: M () F ()

3. Estado Civil:

Madre soltera () Casado (a) () Viudo (a) () Soltero (a) ()

Divorciado (a) () Unión Libre () Otros ().

4. Religión:

Católica () Evangélica () Cristiana () Judía ()

Testigos de Jehová () Mormón () Otros ()

5. Escolaridad:

Primaria () Secundaria () Aux. de Enfermería ()

Nivel Técnico. () Lic. En Enfermería. () Otros. ()

Enf. Especialista () Postgrado () Maestría ()

6. Antigüedad en años laborados en la Institución:

1 a 5 () 6 a 10 () 11 a 15 () 16 a 20

() 21 a 25 () 26 a más ()

7. Número de hijos por edad:

> 1 año () 2 a 5 () 6 a 12 () 13 a 18 ()

19 a 24 () < 25 años ()

Datos Específicos:

A). De acuerdo a la Disponibilidad de Recursos Humanos:

1. ¿ Considera usted que el personal de la unidad ?.

a) Es el suficiente para cubrir la demanda existente. ()

b) Es suficiente para cubrir la rutina. ()

c) Es suficiente solo para lo prioritario. ()

2. ¿ En su servicio se ha omitido algún procedimiento por la falta de recursos humanos ?.

Si () No ()

3. ¿ Como considera usted la comunicación entre directivos y personal operativo ?.

Buena () Regular () Mala ()

¿ Porque ? _____

4. ¿ Conoce usted las Normas y Procedimientos Institucionales ?.

Si () No ()

¿ Porque ? _____

5. ¿ Considera usted que la atención que brinda al usuario es de Calidad ?.

Si () No ()

¿ Porque ? _____

B). De acuerdo a los Recursos Materiales considera usted que ?.

1. ¿ El material con el que trabaja es suficiente para : ?.

a) Cubrir la demanda existente ()

b) Cubrir la rutina ()

c) Solo para lo prioritario ()

2. ¿ Cuenta con el equipo necesario para el desarrollo de sus actividades ?.

Siempre () casi siempre () en ocasiones ()

3. ¿ Considera usted que la calidad del equipo y material es ?.

Excelente () Buena () Regular () Mala ()

4. ¿ En su servicio se ha omitido algún procedimiento por la falta de equipo y material ?.

Si () No ()

¿ Porque ? _____

C). Capacitación:

1. ¿ Considera usted que la Capacitación influye en la Calidad ?.

Si () No ()

¿ Porque ? _____

2. ¿ No. de veces que asistió usted a un Evento Científico en el último año ?.

0 veces () 1 vez () 2 veces () 3 veces ()

3. ¿ Cuenta usted con Motivación o Apoyo de parte de los directivos para Capacitarse ?.

Si () No ()

4. ¿ Actualmente en su área asignada recibió Capacitación o Introducción al Puesto ?.

Si () No ()

5. ¿ Considera usted que los Programas de Capacitación existentes son los necesarios y adecuados ?.

Si () No ()

¿ Porque ? _____

D). Estímulos Institucionales:

1. ¿ Conoce usted los tipos de Estímulos Institucionales ?.

Sí () No ()

¿ Porque ? _____

2. ¿ Cuantas veces a recibido Estímulos al año ?.

0 veces () 1 vez () 2 veces () más de 2 veces ()

3. ¿ Que tipo de estímulos ha recibido ?.

Mensual () Trimestral () Anual () Otros ()

4. ¿ Considera usted que influye el Otorgamiento de Estímulos en la Calidad ?.

Si () No ()

¿ Porque ? _____

Observaciones: _____

INSTRUCTIVO DE LA ENCUESTA

1. Descripción General.

La presente encuesta esta integrada por datos generales que constan de 7 preguntas cerradas, y por datos específicos que constan de 18 preguntas cerradas, en el cual dentro de éstas se encuentran 8 preguntas abiertas complementarias.

2. Descripción Especifica.

La pregunta No. 1; Referente a la Edad se registrará con número arábigo.

La pregunta No. 2; Referente al Sexo: masculino y femenino, se marcará con una X dentro del paréntesis de acuerdo al rubro que corresponda.

La pregunta No. 3; Referente al Estado Civil: madre soltera, casado, viudo, soltero, divorciado, unión libre y otros se marcará con una X dentro del paréntesis de las opciones anteriores de acuerdo a la respuesta obtenida.

La pregunta No. 4; Referente a la Religión: católica, evangélica, cristiana, testigos de Jehová, mormón, judía, y otros se marcará con una X dentro del paréntesis de las opciones antes mencionadas, según la respuesta obtenida.

La pregunta No. 5; Referente a la Escolaridad: primaria, secundaria, aux. de Enfermería, Nivel técnico, Lic. En enfermería, Enf. Especialista, Postgrado. Maestría otras, se marcará con una X dentro del paréntesis de las opciones antes mencionadas, según la respuesta obtenida.

La pregunta No. 6; Referente a la Antigüedad en Años Laborados en la Institución, se marcará con una X dentro del paréntesis de las diferentes opciones, según la respuesta obtenida.

La pregunta No. 7; Referente a número de hijos por edad, se marcará con una X dentro del paréntesis de las diferentes opciones señaladas, de acuerdo a la respuesta.

La pregunta No. 8; ¿ Considera usted que el personal de la unidad es suficiente para ? Cubrir la demanda existente, cubrir la rutina, solo para lo prioritario, se marcará con una X dentro del paréntesis de las opciones antes mencionadas, de acuerdo a la respuesta obtenida.

La pregunta No. 9; Referente a la omisión de procedimientos por falta de Recursos Humanos se marcará con Una X dentro del paréntesis de las opciones Si, No, de acuerdo a la respuesta obtenida.

La pregunta No. 10; ¿ Como considera usted la comunicación entre directivos y personal Operativo ? Se marcará con una X dentro del paréntesis en las opciones: buena, regular, mala, según la respuesta obtenida. Esta pregunta se complementará con un Porqué abierto. El cual la respuesta se registrará con letra legible y clara.

La pregunta No. 11; ¿ Conoce usted las Normas y Procedimientos Institucionales ? Se marcará con una X dentro del paréntesis en las opciones Si, No, según la respuesta obtenida . Esta pregunta también se complementará con un porqué abierto . El cual la respuesta se registrará con letra clara y legible.

La pregunta No. 12; ¿ Considera usted que la atención que brinda al usuario es de Calidad ? Se marcará con una X dentro del paréntesis en las opciones Si, No. Esta pregunta también se complementará con un Porque abierto. El cual la respuesta se registrará con letra clara y legible.

La pregunta No. 13; ¿ Considera usted que el material con el que trabaja es suficiente para ? Cubrir la demanda existente, cubrir la rutina, solo para lo prioritario; se

marcará con una X dentro del paréntesis de las opciones antes mencionadas, de acuerdo a la respuesta obtenida.

La pregunta No. 14; ¿ Cuenta con el equipo necesario para el desarrollo de sus actividades ? se marcara con una X dentro del paréntesis de las opciones: Siempre, casi siempre, en ocasiones, según sea la respuesta obtenida.

La pregunta No. 15; ¿ Considera usted que la Calidad del Equipo y Material es ? Excelente, buena, regular, mala: Se marcará con una X dentro del paréntesis de las opciones antes menciona, según sea la respuesta obtenida.

La pregunta No 16; Referente a la omisión de procedimientos por falta de equipo y material, se marcara con una X dentro del paréntesis en las opciones: Si, No, según la respuesta obtenida. Esta pregunta se complementará con un cuál abierto. Dicha respuesta se registrará con letra legible y clara.

La pregunta No. 17; ¿ Considera usted que la capacitación influye en la Calidad ? Se marcará con una X dentro del paréntesis en las opciones: Si, No. Complementada con un porqué ? El cual esta respuesta se registrará con letra clara y legible.

La pregunta No. 18; Referente a la asistencia a Eventos Científicos en el último año. Se marcará con una X dentro del paréntesis de las opciones: 0 veces, 1 vez, 2 veces, 3 veces. Según sea la respuesta obtenida.

La pregunta No. 19; Referente a la Motivación y Apoyo de parte de los directivos para capacitación, se marcará con una X dentro del paréntesis de las opciones: Si, No, según sea la respuesta obtenida.

La pregunta No. 20; Referente a la Capacitación o Introducción al Puesto en áreas asignadas, se marcara con una X dentro del paréntesis de las opciones. Si, No, según

sea la respuesta obtenida.

La pregunta No. 21; ¿ Considera usted que los Programas de Capacitación existentes son los necesarios y adecuados ?. Se marcará con una X dentro del paréntesis de las opciones: Si. No. Esta pregunta esta complementada con un porqué ?. el cual la respuesta será registrada con letra clara y legible.

La pregunta No. 22; ¿ Conoce usted los Tipos de Estímulos Institucionales ?. Se marcará con una X dentro del paréntesis de las opciones: Si, No. Según sea la respuesta obtenida. Esta pregunta también es complementada con un porqué ?. que la respuesta será registrada con letra clara y legible.

La pregunta No. 23; ¿ Cuantas veces ha recibido Estímulos Institucionales al año ?. Se marcará con una X dentro del paréntesis de las opciones: 0 veces, 1 vez, 2 veces, más de 2 veces, según la respuesta obtenida.

La pregunta No. 24; ¿ Que tipo de Estímulos ha recibido ?. Se marcará con una X dentro del paréntesis de las opciones: Mensual, Trimestral, Anual y Otros, según sea la respuesta obtenida.

La pregunta No. 25; ¿ Considera usted que influye el Otorgamiento de Estímulos en la Calidad ?. Se marcará con una X dentro del paréntesis de las opciones: Si. No. Esta pregunta esta complementada con un porqué abierto. Respuesta que será registrada con letra clara y legible.

Al final de la encuesta lleva de pie las observaciones hechas por el encuestador que serán registradas con letra clara y legible, de tinta color negro.

GUIA DE APLICACIÓN

La presente encuesta será aplicada en forma individual al personal de Enfermería del Hospital General de Pachuca; Hidalgo. Con previa autorización de los Departamentos de Enseñanza y Enfermería.

Los encuestadores nos presentaremos en los diferentes servicios, y en los diferentes turnos con identificación.

Se le informará a la persona encuestada que sus datos obtenidos serán conservados en el anonimato, que la participación es importante, pero voluntaria.

Se le pedirá a la persona encuestada conteste en forma veraz y lo más honesta posible.

Que su no participación será totalmente respetada.

No habrá posibles riesgos ya que solo se trata de una encuesta.

Los resultados serán tabulados y presentados a las autoridades para buscar posibles soluciones.

La aplicación de la encuesta nos llevará un tiempo aproximado de un mínimo de 5 minutos con un máximo de 10 minutos.

La encuesta se aplicará y recabará en el mismo tiempo.