

UNIVERSIDAD DE MONTEMORELOS
FACULTAD DE EDUCACIÓN



**RELACIÓN ENTRE GESTIÓN DEL CUIDADO Y ATENCIÓN
DE CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PROFESIONALES DE
ENFERMERÍA EN LOS MÓDULOS Y SERVICIOS DEL
HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD
DR. JUAN GRAHAM CASASÚS**

TESIS

**PRESENTADA EN CUMPLIMIENTO PARCIAL
DE LOS REQUISITOS PARA EL GRADO DE
MAESTRÍA EN EDUCACIÓN**

**POR
ELSA RUTH ESCALANTE REYES
AGOSTO DE 2010**

RESUMEN DE TESIS DE POSGRADO

RELACIÓN ENTRE GESTIÓN DEL CUIDADO Y ATENCIÓN
DE CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PROFESIONALES DE
ENFERMERÍA EN LOS MÓDULOS Y SERVICIOS DEL
HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD
DR. JUAN GRAHAM CASASÚS

por
Elsa Ruth Escalante Reyes

Asesor principal: Dr. Gener José Avilés Alatristero

RESUMEN DE TESIS DE POSGRADO

Universidad de Morelos

Facultad de Educación

Título: RELACIÓN ENTRE GESTIÓN DEL CUIDADO Y ATENCIÓN DE CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN LOS MÓDULOS DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD DR. JUAN GRAHAM CASASÚS

Nombre de la investigadora: Elsa Ruth Escalante Reyes

Nombre del asesor principal: Dr. Gener José Avilés Alatríste

Fecha de culminación: 5 de agosto de 2010

Problema

¿Existe relación entre la gestión del cuidado y la atención de calidad percibida por los profesionales de enfermería en los módulos de hospitalización del Hospital de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús?

Metodología

Se elaboró instrumento para medir las variables adaptando el instrumento Servqual, (24 ítems). La muestra estuvo conformada por 70 profesionales de

enfermería de los servicios del Hospital de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús.

Resultados

Se comprueba una relación significativa entre la variable gestión del cuidado (GC) y la variable atención de calidad (AC).

Los valores del coeficiente r de Pearson, obtenidos mediante la técnica estadística fueron: GC = .730 y AC = .730. Afirmando que la gestión del cuidado tiene una relación significativa con la atención de calidad.

Se observa que 81.4% son mujeres y 18.6% son hombres; para ellas existió relación significativa entre las variables ($r = .779$), pero no para ellos ($r = .495$). Las variables nivel académico y módulo de servicio no mostraron diferencia significativa. Se evidenciaron dos barreras para la atención de calidad: sobrecarga de trabajo y mala comunicación. Se sugieren tres factores para mejorar la atención de calidad: más personal en las áreas de servicio, disposición de materiales y equipos necesarios y capacitación continua al personal.

Conclusiones

Existe relación significativa entre la gestión del cuidado y la atención de calidad. Se observó diferencia en las percepciones según el género. Las demás variables no mostraron diferencias significativas.

Universidad de Morelos

Facultad de Educación

RELACIÓN ENTRE GESTIÓN DEL CUIDADO Y ATENCIÓN
DE CALIDAD PERCIBIDA POR LOS PROFESIONALES DE
ENFERMERÍA EN LOS MÓDULOS Y SERVICIOS DEL
HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD
DR. JUAN GRAHAM CASASÚS

Tesis
presentada en cumplimiento parcial
de los requisitos para el título de
Maestría en Educación

por

Elsa Ruth Escalante Reyes

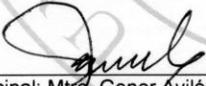
Agosto de 2011

**GESTIÓN DEL CUIDADO Y ATENCIÓN DE CALIDAD PERCIBIDA POR EL
PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL DR. JUAN GRAHAM CASASÚS
EN VILLAHERMOSA, TABASCO.**

**Tesis
presentada en cumplimiento parcial
de los requisitos para el grado de
Maestría en Educación Área Administración Educativa**

**por
Elsa Ruth Escalante Reyes**

APROBADA POR LA COMISIÓN


Asesor principal: Mtro. Gener Avilés A.


Mtra. Anacely Quiroz
Examinador externo


Miembro: Dra. Ana Lucrecia Salazar R.


Dra. Raquel de Korniejczuk
Directora de Estudios Graduados


Miembro: Dr. Jaime Rodríguez G.

5 de agosto de 2010
Fecha de aprobación

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE FIGURAS	v
LISTA DE TABLAS	v
RECONOCIMIENTOS	vi
Capítulo	
I. INTRODUCCIÓN.....	1
Antecedentes.....	1
Declaración del problema	4
Justificación del estudio.....	5
Objetivos	7
Hipótesis de investigación	7
Limitaciones.....	7
Delimitaciones	8
Definición de términos	8
II. MARCO TEÓRICO.....	10
Gestión del cuidado.....	10
Planificación del cuidado	13
Organización del cuidado.....	14
Dirección del cuidado.....	14
Control del cuidado	15
Atención de Calidad	15
Teoría de Avedis Donabedian.....	16
Seguridad del paciente	18
Atención accesible	19
Atención humanizada	20
Atención equitativa.....	21
Atención eficiente y eficacia del personal de enfermería	22
Gestión del cuidado y Atención de calidad	22
III. MATERIAL Y MÉTODOS	24
Tipo de investigación.....	24
Población.....	24
Muestra	24
Criterios de inclusión	24
Criterios de exclusión	25

Hipótesis nula	25
Variables	25
Instrumento.....	25
Recolección de datos	26
Operacionalización de variables	27
Operacionalización de hipótesis	27
Definición de las dimensiones	30
IV. ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	31
Descripción de la población.....	31
Datos demográficos de la muestra	32
Descripción del comportamiento de las variables.....	32
Prueba de hipótesis.....	36
Resultados cualitativos.....	38
V. RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	40
Resumen	40
Conclusiones.....	41
Recomendaciones.....	43
Apéndice	
A. INSTRUMENTO DE MEDICIÓN ADAPTACIÓN SERVQUAL.....	45
B. MATERIAL DE RECOLECCIÓN DE DATOS	50
C. AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL PARA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	63
D. CONSENTIMIENTO INFORMADO	65
LISTA DE REFERENCIAS	67
RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO.....	70

LISTA DE FIGURAS

1. Histogramas de dimensiones de gestión del cuidado	34
2. Lo que no le gusta de su trabajo	38
3. Sugerencias para mejorar la atención al paciente.....	39

LISTA DE TABLAS

1. Operacionalización de las variables	27
2. Operacionalización de hipótesis.....	30
3. Análisis descriptivo de la gestión del cuidado según la perspectiva de los profesionales de enfermería del Hospital de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús.....	33
4. Análisis descriptivo de atención de calidad según la perspectiva de los profesionales de enfermería del Hospital de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús.....	35
5. Comparación de las medias de las dimensiones de la variable Atención de Calidad.....	36
6. Correlación entre las variables principales.....	37

RECONOCIMIENTOS

A Dios por su dirección y maravillosa presencia en cada aspecto de mi vida.
Sin su providencia no habría realizado este proyecto.

A mi mamá por su amor y apoyo incondicional.

A mis hijos, Ivonne, Rubén y Rocío porque son la motivación de mi vida.

A mis asesores: Dr. Gener Avilés, Dr. Jaime Rodríguez y Dra. Ana Lucrecia Salazar por su apoyo, paciencia y gran ejemplo de abnegación y servicio.

A la administración de la Universidad Linda Vista por su apoyo en mi preparación académica.

A la administración del Hospital de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús por permitirme realizar esta investigación.

A cada una de las personas que estuvieron dispuestas a apoyarme para alcanzar esta meta ¡Muchas Gracias!

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

Durante la segunda mitad del siglo XX, el Sistema de Salud de México ha experimentado avances y reformas muy notables que se pueden demostrar en los indicadores de incremento de esperanza de vida y disminución de mortalidad infantil, entre otros. Sin embargo paralelamente existe entre la población la percepción de que la calidad de los servicios de salud dejan mucho que desear, sobre todo en el tiempo que espera el paciente para ser atendido, la información insuficiente, la escasez de medicamentos e insumos, la falta de oportunidad de los servicios y en especial el trato inadecuado que se brinda a los usuarios y a sus familias.

Actualmente se implementa la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, con lo cual el Gobierno Federal se propone crear una cultura de la calidad en las organizaciones de salud, a fin de mejorar significativamente la calidad de vida de la población, proporcionar atención oportuna y eficaz y proteger de gastos excesivos motivados por la atención de la salud (Ortega y Suárez, 2006).

En los países en vías de desarrollo, como México, la calidad es además un reclamo de la sociedad, que surge, como una respuesta consciente del deterioro que ha sufrido el sistema de salud.

Avedis Donabedian (1966), uno de los grandes expertos en esta área, consi-

dera que la calidad es un atributo de la atención que ofrecen las instituciones de salud, que puede obtenerse en diversos grados y que se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención médica.

Donabedian (1966) introduce los conceptos de estructura, proceso y resultado como indicadores para evaluar la calidad de atención. El modelo desarrollado por este pensador ha servido para establecer los principios de calidad en salud. En la asistencia sanitaria la calidad se determina en gran medida por los servicios de cuidado que proporciona el personal de enfermería, dado que éste mantiene el vínculo más estrecho con los pacientes y la comunidad.

Según Márquez (2004), la calidad en la atención de enfermería es un concepto muy complejo que comprende la asistencia acorde con el avance de la ciencia, a fin de implantar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y para asegurar su continuidad.

Ibarra (2006) reflexiona sobre los constantes e imprevisibles cambios, y se cuestiona: ¿Por qué no hemos sido capaces de resolver algunos problemas de la actualidad? ¿Cómo está contribuyendo la profesión de enfermería a la salud de nuestra población? ¿Cuál es nuestro enfoque de salud? Esto significa empezar a cuestionar nuestras formas de práctica, las maneras de cómo se está formando al profesional, la contribución al desarrollo y utilización del conocimiento. El profesional de enfermería tiene muchas fortalezas y oportunidades que pueden ser abordadas dentro del nuevo paradigma que se construye alrededor de la conceptualización de salud, promoción de salud y cuidados primarios. Sin embargo, para dar cuidado, el profesional de enfermería requiere tener conocimientos, actitudes y destrezas y utili-

zar las herramientas propias de la gerencia para prever, organizar, dirigir y controlar el cuidado con calidad y sensibilidad.

Además, según la opinión de los escritores Kramer, Shamalenberg y Maguire (2005), se necesita un liderazgo inteligente y valiente en enfermería para crear el ambiente en el que los profesionales de enfermería pueden proporcionar cuidados de la más alta calidad. La gerencia del cuidado es el punto de equilibrio donde convergen los conceptos, las teorías, los procesos, los principios y los elementos propios del cuidado. Además, implica: a) motivación, b) creatividad, c) responsabilidad, d) ética, e) claridad, f) cambios de actitud frente al ser y al quehacer, g) juicio crítico para tomar decisiones, h) búsqueda de nuevas formas de intervención, i) mejoramiento de la calidad de vida.

En el contexto de modernización actual de México, y en un mundo cada vez más globalizado, el tema de la gestión de calidad y la producción o presentación de los servicios, se constituye en un imperativo para las empresas y organizaciones que tienen por objetivo la satisfacción de sus clientes o usuarios. Es por eso que el Sistema de Salud requiere que todos los responsables de la atención a la población, en ésta área, se involucren en las acciones destinadas a mejorar la calidad del servicio en los diversos ámbitos de responsabilidad.

Según los expertos Ortega y Suárez (2006), la calidad actualmente tiene un valor tan importante como la salud, es por ello que el profesional de enfermería como miembro del equipo de salud debe desarrollar una cultura de calidad e incorporarse a los programas de mejora continua con una actitud proactiva. La búsqueda de calidad en el cuidado de enfermería se ha constituido en un factor clave para participar disci-

plinadamente en la exploración de prácticas de atención a la salud de calidad y libre de riesgos. Los profesionales de enfermería se encuentran en un momento crucial e histórico para el futuro del trabajo en esta profesión, a través de la implementación de la Gestión del Cuidado, a fin de elevar el nivel de calidad de atención.

De acuerdo al Consejo Internacional de Enfermería (CIE, 2003), los antecedentes de la calidad del cuidado enfermero surgieron con Florence Nightingale, quien postuló que las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si se comparan tratamientos con resultados.

Potter y Perry (2002), comentan que hay que implementar las herramientas para medir los sistemas del cuidado y la efectividad de la asistencia en los hospitales. Que la enfermería actual y del futuro necesitan una nueva visión que implemente los avances científicos, promueva una práctica clínica más humanizada con mayor requerimiento de conocimiento, de compromiso moral, social y personal de la enfermería, y que a la vez mantenga los principios filosóficos con que fue establecida: de protección a la integridad del ser humano y del cuidado como algo muy significativo y humanitario; todo esto integrado en un programa de gestión del cuidado.

Declaración del problema

En la última década, en la ciudad de Villahermosa, Tabasco, se ha podido observar el crecimiento y un elevado nivel de desarrollo en el sector salud y específicamente en una institución de salud que ha llegado a consolidarse como un hospital certificado de tercer nivel de atención, el hospital de Alta Especialidad “Dr. Juan Graham Casasús”. Este hospital ha experimentado una notable transformación y mejora continua, en los últimos años. Por lo que será muy importante indagar sobre el si-

guiente problema: ¿Existe relación entre la gestión del cuidado y la atención de calidad percibida por los profesionales de enfermería en los módulos y servicios del hospital de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús en Villahermosa, Tabasco, México?

Además, se podrá dar respuesta a otros cuestionamientos como: ¿Qué entendemos por gestión del cuidado? ¿Cómo se vincula la gestión del cuidado con la atención de calidad a los usuarios? ¿Qué otros factores pueden mejorar la atención de calidad?

Justificación

En México desde hace más de una década se han implementado diversas estrategias institucionales encaminadas a estructurar e implementar programas de calidad. Lo que ha dado como resultado el Plan Nacional de Desarrollo, el cual planteó los siguientes objetivos en el ámbito de la salud: mejorar las condiciones de los mexicanos, abatir las desigualdades, garantizar un trato digno en los servicios públicos y privados, asegurar la justicia en el financiamiento de estos servicios y fortalecer el sistema de salud. En la asistencia sanitaria que ofrece el Sistema de Salud, la calidad se determina en gran medida por los servicios de cuidado que proporciona el personal de enfermería, dado que este, mantiene un vínculo más estrecho con los pacientes y la comunidad que otros profesionales del área.

La Comisión Interinstitucional, hoy Comisión Permanente de Enfermería (1998) define la calidad de los servicios de Enfermería como la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y

responsable, para lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios. Lo cual requiere de una planeación óptima para que el cuidado sea efectivo y seguro. Las intervenciones seguras tienen la capacidad de producir un impacto positivo sobre la mortalidad, morbilidad, incapacidad y complicaciones de los usuarios y determinan la garantía de calidad en el cuidado.

Por lo tanto, esta investigación será trascendente, ya que permitirá realizar un análisis de la relación que existe entre la gestión del cuidado y la atención de calidad que se ofrece en el hospital de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús de la ciudad de Villahermosa, Tabasco, México.

La importancia de este trabajo de investigación radica en la necesidad de contar con datos actuales, sobre el vínculo existente entre la gestión del cuidado y la atención de calidad que brindan los profesionales de enfermería en el hospital de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús.

En estudios anteriores en diferentes países y organizaciones, las investigaciones han demostrado según Zárate (2004), que es necesario para la Enfermería volver la vista hacia el cuidado y la responsabilidad en la calidad de vida de las personas. Por lo tanto se considera que el resultado obtenido de esta investigación podrá ser útil primeramente a la institución, así también a otras instituciones pares y por supuesto a las instituciones educativas formadoras de recursos humanos de enfermería, a fin de implementar estrategias que refuercen la identidad profesional, contribuyan al desarrollo de la disciplina y mejoren la calidad en el trato al paciente. La investigación se considera viable, pues se dispone de los recursos necesarios para llevarla a cabo.

Objetivos

Los objetivos de este estudio fueron los siguientes:

1. Analizar la relación que existe entre la gestión del cuidado y la atención de calidad, brindada a los pacientes internados en los módulos del hospital de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús, en Villahermosa, Tabasco, México.
2. Indagar si existen barreras que obstaculizan la atención de calidad a los pacientes en el hospital de alta especialidad “Dr. Juan Graham Casasús”.
3. Descubrir factores que pueden mejorar la calidad de atención.

Hipótesis de investigación

Esta investigación se planteó la siguiente hipótesis:

Ho. Existe relación entre la gestión del cuidado y la atención de calidad.

Limitaciones

Para realizar este estudio se utilizó la teoría postulada en 1966 por Avedís Donabedian, considerado el más importante teórico en la evaluación de la calidad de atención de salud.

Se realizó la investigación con una muestra de la población de profesionales de enfermería de varias categorías (generales, licenciados y especialistas) en la cual se incluyeron como unidades de observación tanto a los de base, como eventuales que laboraron directamente con los pacientes internos en los módulos del hospital de Alta Especialidad “Dr. Juan Graham Casasús” en Villahermosa, Tabasco, México.

Delimitaciones

La presente investigación se delimitó de la siguiente manera: el estudio incluyó únicamente al personal profesional de enfermería que laboró en el hospital de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús en Villahermosa, Tabasco, México, durante el mes de noviembre de 2009.

Definición de términos

Con el propósito de facilitar al lector una comprensión precisa del presente estudio, se definen a continuación los siguientes términos:

Atención oportuna: Es el tiempo medido en horas y minutos que tarda una enfermera en atender una solicitud de cuidado. Según la Real academia española (2001), es la asistencia médica que recibe un paciente que se hace o sucede en tiempo a propósito y cuando conviene. Este atributo es muy importante en la atención de calidad, ya que un minuto puede ser la diferencia entre la vida y la muerte.

Calidad: Zeithaml, Berry y Parasuraman (1988), definen la calidad como la superioridad o excelencia; por extensión, la calidad percibida se puede entender como el juicio de un consumidor acerca de la excelencia total o superioridad de un producto o servicio.

Cuidado: Procede del latín “cogitatus”, que quiere decir pensamiento. Incluye por tanto, la acción encaminada a hacer por alguien lo que no puede hacer solo con respecto a sus necesidades básicas, la instrucción para mejorar la salud a través de la enseñanza de lo desconocido, la facilitación de la expresión de sentimientos y la intención de mejorar la calidad de vida del enfermo y su familia ante la nueva experiencia que debe afrontar.

Calidad de atención: Donabedian (1988) define la calidad en servicios de salud como la habilidad de alcanzar objetivos deseables haciendo uso de medios legítimos. Esta definición tiene una perspectiva técnica, y en ella los objetivos deseables se refieren a un apropiado estado de salud, y relega a un plano inferior la perspectiva de los pacientes en cuanto al servicio que se les presta.

Un segundo enfoque sostiene que la percepción de un paciente sobre la prestación del servicio determina en forma definitiva su nivel de calidad (Gronroos, 1984; Leunis, 1993, citados en Losada y Rodríguez 2007).

Gestión: De acuerdo con Moliner (2009), proviene del latín “gestío”, éste concepto hace referencia a la acción y al efecto de gestionar, es decir, realizar diligencias conducentes al logro de un negocio o de un deseo cualquiera.

Gestión del cuidado: Kerouac, Pepin, Ducharme, Duquette y Mayor (1996) definen la gestión del cuidado enfermero como un proceso heurístico que se dirige a la movilización de los recursos humanos y materiales con el propósito de mantener y favorecer el cuidado de las personas que al interactuar con su entorno viven experiencias de salud.

Heurístico: Capacidad de un sistema para realizar de forma inmediata innovaciones positivas para sus fines. La capacidad heurística es un rasgo característico de los humanos, desde cuyo punto de vista puede describirse como el arte y la ciencia del descubrimiento y de la invención o de resolver problemas mediante la creatividad y el pensamiento lateral o divergente. La palabra heurística procede del griego “eu-piokeiv” que significa hallar o inventar. (Diccionario Real Academia, 2001).

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Gestión del cuidado

Diversos autores han realizado estudios con respecto al cuidado (Morse, Solberg et al., 1990; Pepin, 1992; Benner, 1989; K rouac, 1996 citados en Hagei, 2008), afirmando que el centro de interés de la enfermería radica en el cuidado de la persona que se encuentra en continua interacción con su entorno ambiental viviendo experiencias de salud.

Morse (1990) refiere que cuidar, son las acciones que cada persona se proporciona a ella misma o a otros. También lo ha conceptualizado de diversas maneras como: un rasgo humano, imperativo moral, afecto, una interacción personal y también como intervención terapéutica. El cuidado comprende aspectos afectivos relativos a la actitud y al compromiso, los cuales no pueden ser separados de los elementos técnicos.

Watson (1988) sugiere que el cuidado es el ideal moral de enfermería, Ibarra (2006) señala que cuidar es la esencia de la enfermería, que implica una relación profunda y consiente entre el cuidador y la persona cuidada. La enfermería se ocupa más allá del acto de cuidar que une el "qué" del cuidado y el "cómo" de la interacción persona-enfermera, implica recurrir a diversos procesos como: a) la reflexión, b) la integración de creencias y valores, c) el análisis crítico, d) la aplicación de conoci-

mientos, e) el juicio clínico, f) la intuición, g) la organización de los recursos y h) la evaluación de la calidad de las intervenciones.

Con respecto a la gestión, su importancia radica en la referencia que existe hacia el proceso de planear, organizar, dirigir, evaluar y controlar, como lo plantea H. Fayol a principios del siglo XX (citado en Koontz y Weihrich, 1998). Con una connotación gerencial según Restrepo (2001), la gestión es planteada como una función institucional, globalizada e integradora de todas las fuerzas que conforman una organización. En ese sentido, la gestión hace énfasis en la dirección y en el ejercicio del liderazgo.

La Facultad de medicina de la Universidad de Chile, sostiene que el nuevo modelo de gestión hospitalaria se fundamenta en el Modelo Integral de Atención en Salud, definido como el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural (Medichi, 2009).

Medichi agrega que la enfermería, dada sus características de universalidad, necesariamente debe responder a lineamientos técnicos claros, para hacer la diferencia entre lo que son los cuidados profesionales de enfermería, y lo que es su aporte competente y calificado al quehacer de otros profesionales de salud.

La gestión del cuidado desde su carácter de integralidad debe organizarse desde los niveles de mayor complejidad hasta el nivel domiciliario, abarcando todos

los niveles de atención (promoción, restauración y rehabilitación) así como la prevención y curación de enfermedades. Tomando en cuenta que los elementos centrales de los cuidados de enfermería son la continuidad y la articulación (Medichi, 2009).

La gestión clínica forma parte de estas reformas y ha sido definida como el más adecuado uso de los recursos humanos, tecnológicos y organizativos para el mejor cuidado de los enfermos. Se sustenta en dos pilares fundamentales que conforman la base de toda respuesta sanitaria institucionalizada, a saber la atención médica y la gestión del cuidado (Medichi, 2009).

Se intenta lograr los mejores resultados posibles en la práctica (efectividad). Esto, acorde con la información científica disponible que haya demostrado su capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de la enfermedad (eficacia), y que considere los menores inconvenientes y costos para el usuario y para la sociedad en su conjunto (eficiencia) (Druker, 2001).

En este contexto, según Medichi (2009), la Unidad de Gestión del Cuidado pasa a ser eje o pilar del área de gestión clínica que depende de la Dirección del establecimiento. Tiene un carácter normativo, de planificación y gestión en todo lo que tiene relación con la continuidad de los cuidados de enfermería en la red asistencial, de acuerdo con las políticas y normas del Instituto de Salud.

Meleis y Price (1988), afirman que la gestión de los cuidados se ejerce no solamente con los recursos que dan las teorías de la administración, sino también con las relaciones y concepciones propias de la disciplina de enfermería; es el cuidado de la persona, el centro del servicio de enfermería. Apartir de lo anterior, se define a la gestión del cuidado enfermero como un proceso heurístico, dirigido a movilizar los

recursos humanos y del entorno para mantener y favorecer el cuidado de quien interactúa con su entorno y vive experiencias de salud (Kérrouac 1996, citado por Zárate, 2004).

La gestión del cuidado según Medichi (2009), implica: a) indagar y definir las políticas del cuidado, b) fijar los objetivos del cuidado, c) elegir y llevar a cabo las acciones para aplicar la política y alcanzar los objetivos, d) proporcionar los medios necesarios para ello, e) formar y sensibilizar al personal, f) coordinar los sectores implicados, g) promover las acciones correctoras, h) verificar la eficacia de las acciones emprendidas, i) evaluar los resultados.

Planificación del cuidado

La gestión del cuidado da cuenta de los actos profesionales de la enfermera o enfermero, constituyendo un aspecto clave y central de la calidad de la atención de los pacientes, toda vez que las actividades de enfermería constituyen un alto porcentaje de toda la actividad sanitaria en cualquier sociedad. La gestión del cuidado implica la continuidad de la atención, desde el ingreso de la persona desde la comunidad, hasta su reinserción a ésta. Por lo que la gestión del cuidado es considerada una de las estrategias indispensables con que deben contar los servicios de salud y los establecimientos de atención cerrada y ambulatoria, incorporándola en los reglamentos y manuales de organización de dichos establecimientos. Esto implica, que en la planificación estratégica debe haber metas específicas en el ámbito de la Gestión del Cuidado (Marriner, 2001).

Por lo que antes menciona Marriner, se requiere un proceso de planeación cuidadosa y bien establecida para brindar atención de calidad, por lo que la misma

autora opina que

los líderes necesitan tener una visión realista y factible. El desarrollo de una visión estratégica implica el análisis del entorno de la organización, de las capacidades y recursos de la que ésta dispone y del desarrollo y articulación de la imagen conceptual de la organización. Exige así mismo clarificar los valores, elaborar un punto de vista claro sobre la misión de la organización e identificar las metas, los objetivos y las estrategias para alcanzarlos. (p. 221)

El proceso de planificación implica además, definición, comunicación, aplicación y mantenimiento de las políticas, que guiarán las acciones realizadas a fin de lograr las metas establecidas.

Organización del cuidado

Dentro del proceso administrativo del cuidado es muy importante el establecimiento de políticas de enfermería que dirijan las acciones y la elaboración y validación de estándares de calidad. Marriner (2001), advierte que aunque la clave de una dirección efectiva radica en la planificación, la estructura organizativa es la que proporciona el marco formal en el que tiene lugar el proceso de la gestión. Es necesaria la determinación de las acciones que deben llevarse a cabo para hacer la asignación, dar a los empleados la autoridad necesaria para llevar a cabo las acciones en forma coordinada y proveer las facilidades físicas de trabajo, presupuesto y personal.

Dirección del cuidado

Gestionar, coordinar y articular el plan anual de capacitación y formación continua del personal profesional y técnico de enfermería es la tarea del líder o director. En opinión de Marriner (2001), los líderes deben ayudar a identificar y proyectar la visión, demostrar una filosofía, moldear los valores, establecer pautas y crear sistemas. Además, necesitan identificar las normas y ayudar a los miembros de la organi-

zación a encontrar el sentido a los acontecimientos y a tratar con el cambio. Es tarea de la dirección establecer los controles, monitorizar los resultados y proporcionar el soporte necesario. Es esencial que los directores enseñen a otros como hacer el trabajo en lugar de hacerlo ellos mismos. También deben facilitar las comunicaciones abiertas y el comportamiento asertivo, y controlar los conflictos, antes de que se agote el tiempo y la energía.

Control del cuidado

Su función es supervisar el cumplimiento del plan anual de capacitación y formación del personal profesional y técnico de enfermería. Esta es la etapa que permite regular las acciones a fin de lograr los objetivos y el cumplimiento de los planes a través de la evaluación de los procesos y los resultados de la gestión del cuidado, y de medir la satisfacción del usuario y del personal de enfermería. (Balderas, 2004).

Atención de calidad

La función principal de los sistemas de salud es prestar servicios de salud con calidad, sean individuales o comunitarios, éstos deben ser seguros, efectivos y satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios internos y externos. La Organización Mundial de la Salud (citada en Vela, 2008) define una Atención de Calidad como

una atención de salud de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa y destina los recursos necesarios (humanos y otros) a estas necesidades de forma oportuna y efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite. (p. 40)

Deming (2001) lo define como el cumplimiento de las expectativas del usuario,

al proporcionarle satisfactores adecuados a sus necesidades y anticiparse a otras, adoptando una nueva filosofía en la que prevalece el respeto, la confianza y el trabajo en equipo.

En México, se han realizado importantes esfuerzos a través de la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud 2001- 2006, que logró sentar las bases para una cultura de calidad. Actualmente en el programa Nacional de Salud 2007-2012, se continúa haciendo énfasis en la necesidad de situar la calidad de los servicios de salud en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud; para lo cual, uno de los objetivos es brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente, buscando lograr la calidad total (Ortega y Suárez, 2006).

Muchos expertos han participado en el proceso de integrar la calidad a los servicios de salud. Con sus aportaciones se han logrado muchos cambios y transformaciones, sin embargo uno de los más reconocidos es Avedis Donabedian (Ortega y Suárez, 2006) quien considera la calidad como un atributo de la atención que ofrecen las instituciones de salud, la cual puede obtenerse en diversos grados y se define como el logro de los mayores beneficios posibles de la atención.

Teoría de Avedis Donabedian

Según Frenk (2000), Avedis Donabedian nació en Beirut, Líbano, el día 7 de junio de 1919 en el seno de una familia Armenia y vivió en un pueblo árabe al norte de Jerusalén. Estudió Medicina en la Universidad Americana de Beirut y en 1953 se trasladó a los Estados Unidos para estudiar Salud Pública en Harvard.

En 1961 se convirtió en Profesor de la Escuela de Salud Pública de la Univer-

sidad de Michigan, en donde desarrolló la parte medular de su trabajo. Falleció el 9 de noviembre del año 2000. Después de graduarse como médico en la Universidad Americana de Beirut, su ansia de aprendizaje lo llevó a la Universidad de Harvard, donde obtuvo una Maestría en Salud Pública en 1955. Luego de un breve periodo de enseñanza en el Colegio Médico de Nueva York, pasó a la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan, donde llegó a ser reconocido como uno de los más renombrados miembros de ésta.

Al momento de su muerte ejercía la cátedra Nathan Sinaí (máximo honor al que un catedrático podía aspirar, en dicha institución) como Profesor Emérito Distinguido de Salud Pública. También fue miembro del Instituto de Medicina de la Academia Nacional de Ciencias de los Estados Unidos de América y Miembro Honorario del Real Colegio de Médicos Generales del Reino Unido y de la Academia Nacional de Medicina de México. Murió a la edad de 81 años y es conocido como fundador del estudio de la calidad de la atención a la salud y especialmente por sus diversos conceptos o pilares sobre la calidad.

Es importante resaltar que con su determinación conceptual y convencido de la validez de sus postulados, Donabedian afirmó que cualquiera que sea el método o estrategia de garantía de calidad que se aplique, sin duda será exitoso (citado en Otero, 2002).

De acuerdo con Aranaz (2002), una de las aportaciones más sustanciosas al estudio de la calidad asistencial se debe a Donabedian, quien identifica una serie de elementos que facilitan su análisis: a) el componente técnico, que expresa la conjunción entre la asistencia prestada, los avances científicos y la capacitación profesio-

nal, implicando destreza al ejecutar todos los procedimientos; b) el componente interpersonal, expresión de la importancia históricamente consensuada de la relación paciente-profesional de la salud y c) el componente correspondiente al entorno como expresión de la importancia que tiene el marco en el cual se desarrolla la asistencia.

Aranaz, agrega que además de lo anterior, Donabedian (1994) formuló la más conocida clasificación de los métodos de análisis de calidad en la asistencia: a) análisis de la calidad de los medios en los que se evalúa la estructura; b) análisis de la calidad de los métodos donde se lleva a cabo la evaluación del proceso y c) análisis de la calidad de los resultados, donde éstos son evaluados.

Seguridad del paciente

Según Zárate (2007), los sistemas de salud en todo el mundo, reconocen que la seguridad del paciente es una cuestión prioritaria y un asunto de interés público, particularmente por el riesgo para la salud y la vida de las personas, por los aspectos éticos y legales a los que el sistema de salud se enfrenta y los consecuentes costos relacionados con estos hechos para todos los involucrados: pacientes, familiares, médicos, enfermeras, técnicos, administradores y la sociedad en conjunto.

En la actualidad, se imparten cursos sobre la seguridad del paciente, donde se hace énfasis en los siguientes diez aspectos que permiten su evaluación: a) identificación del paciente. b) comunicación clara, c) manejo de medicamentos (paciente correcto, medicamento correcto, vía correcta, dosis correcta, hora correcta), d) cirugía y procedimientos (cirugía o procedimiento correcto, sitio quirúrgico correcto, hora correcta), e) evitar lesiones y caídas, f) uso de protocolos y guías, g) evitar infecciones nosocomiales, h) seguridad en el entorno, i) factores humanos, j) hacer partícipe

al paciente en la toma de decisiones. Si se valoran estos diez aspectos, se puede plantear que la seguridad del paciente, no es un modismo, ni un nuevo enfoque en los servicios de salud; sino, una responsabilidad en el acto del cuidado. Las intervenciones seguras que de ellos se derivan, tienen la capacidad de producir un impacto positivo sobre la mortalidad, morbilidad, incapacidad y complicaciones en los usuarios, así como determinar la garantía de la calidad del cuidado. En este sentido, desde Florence Nightingale, hasta la actualidad, la enfermería siempre ha mostrado disposición y compromiso con la seguridad del paciente y mejorar de manera continua los procesos de atención que brinda (Román, 2006).

Zárate (2007), considera que la planeación, monitoreo, evaluación y mejora de las acciones para la seguridad del paciente deben ser actividades que permitan prevenir la aparición de eventos adversos en los pacientes, para ello es necesario incorporar la cultura de la seguridad en todas las áreas de servicios, de tal manera que sea posible documentar los eventos y actuar de manera oportuna para salvaguardar la salud de las personas. Se debe preparar enfermeros que tengan una visión de su profesión como disciplina científica, que se preocupen por el bien fundamental de la humanidad y que respondan a su encargo social de brindar cuidados oportunos, con calidad y libres de riesgo.

Atención accesible

Se considera accesible cuando es otorgada de manera rápida y diligente, lo que incluye recibir un trato amable del personal, informaciones claras, útiles y satisfacción en la atención en general. Según Mesquita, Pavlicich y Benítez (2008), es importante también considerar los obstáculos que se encuentran para acceder a los

hospitales o centros de atención, el traslado o medio de transporte, así como la accesibilidad geográfica y económica.

De acuerdo con Ramírez, Nágera y Nigenda (1998), en general en Latinoamérica, existen dificultades para el acceso a los sistemas de salud, las cuales son mayores en las zonas rurales que en las urbanas, como se demostró en un estudio sobre la importancia de la calidad y la accesibilidad de la atención médica en la mortalidad por la enfermedad diarreica en la infancia en México.

Atención humanizada

Amabilidad en el trato, calidez y cortesía en el personal de enfermería son algunos atributos de la atención. Ortega y Suárez (2006), consideran que la enfermería es una profesión con profundas raíces humanistas genuinamente preocupada por las personas que confían en su cuidado, en especial de quienes experimentan una situación de enfermedad y sufrimiento. Es una actividad formal que aprecia y valora la conciencia colectiva del gremio, sus fundamentos dan sustento a una práctica profundamente humanista que ha evolucionado con el avance científico-técnico. Acorde con su propósito de superación, se acoge a la corriente que tiende a garantizar la calidad en los sistemas de los servicios de salud y que busca satisfacer las necesidades de la sociedad.

Así, la calidad se ha convertido en un elemento esencial de los servicios de salud; sin embargo, en opinión de Palacios (2008), la pérdida de la complejidad de las respuestas humanas ante el sufrimiento y los conflictos morales, la falta de capacidad para identificar problemas ético-morales y la ausencia de métodos de toma de decisiones éticas y no sólo la mera aplicación de un protocolo, hacen que la visión

global de la persona desaparezca y el trato se despersonalice.

Todo esto provoca cambios dentro de los propios valores éticos de la enfermería, por lo cual Mattison (2006), asegura que la deshumanización no surge de la aplicación tecnológica y de la técnica, sino de la pérdida del significado y sentido de su aplicación. Perder la perspectiva del para qué, del por qué, del cómo y de quién la aplica, es el verdadero motivo de la deshumanización o de la presencia de problemas éticos asociados a la aplicación de tecnología en las personas enfermas durante los cuidados.

Atención equitativa

La atención equitativa es uno de los problemas más relevantes de los servicios de salud de cualquier país que implica garantizar el acceso de la población a los procedimientos efectivos. Un sistema sanitario es equitativo en la medida que ofrezca a todos los ciudadanos la misma oportunidad de recibir el procedimiento o servicio acorde con el nivel de necesidad de cada uno; dicha oportunidad debe ser independiente de factores económicos, geográficos, culturales, o étnicos, entre otros. Dar la atención adecuada para cualquier tipo de persona es uno de los principios básicos de la Atención Primaria de la Salud, establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en el año de 1978, el cual reza: “todos los grupos de la sociedad tienen los mismos derechos a la salud, lo que incluye el acceso económico y geográfico a los servicios” (p. 1), de acuerdo con su publicación en Internet (citada por Rapaport, 2000).

Atención eficiente y eficacia del personal de enfermería

Según García, Monroy y Moreno (2004), la oferta de servicios efectivos de impacto poblacional se perfila como una de las más potentes vías de visualización de la población de la competencia enfermera, que se revela en: un tratamiento adecuado, evolución positiva de la enfermedad y satisfacción del usuario. Esta oferta se refleja en la orientación y claridad en la información.

Según Drucker (2001), un líder debe tener un desempeño eficiente y eficaz a la vez, pero, aunque la eficiencia es importante, la eficacia es aún más decisiva. El mismo autor afirma que muchos directivos fracasan por no concentrarse en la eficacia. Un líder se considerará satisfecho de haber cumplido su función y deberá ser reconocido su éxito cuando alcance el justo equilibrio entre eficacia y eficiencia en su gestión, no sólo a nivel personal, sino trasmitiéndola a todos los componentes de su grupo de trabajo. El líder de un equipo de trabajo debe procurar que sus integrantes estén conformados por una adecuada dosificación de eficacia y eficiencia a través de sus actitudes y aptitudes.

Gestión del cuidado y atención de calidad

La gestión del cuidado, como se ha expuesto es el proceso administrativo de planear, organizar, integrar, dirigir y evaluar la atención de enfermería, con tal eficiencia y eficacia que de cómo resultado la atención de calidad. Si deseamos realmente una nueva concepción dirigida hacia la gestión del cuidado requerimos un proceso de integración profesional, investigación basada en evidencias científicas, una nueva estructura del sistema de salud que favorezca la práctica de enfermería hacia el cuidado y que la enfermería se transforme y dé muestras con un quehacer

profesional y humanizado del importante papel que desempeña en el ámbito de la salud. (Zárate, 2004)

Por lo cual Morfi (2010), asegura que el trabajo que realiza el profesional de enfermería, no solo por la calidad de los cuidados y su participación activa en la enseñanza técnica a familiares y cuidadores de personas con enfermedades avanzadas para ofrecer una mejor calidad de vida, comodidad y dignidad en la etapa final de su vida. Tiene también, muy especialmente, la responsabilidad moral del acompañamiento, ayudando al enfermo a morir con dignidad respetándole su autonomía hasta el final de la vida. Y además agrega, que de la enfermería depende la calidad en la gestión de los cuidados. Cuidar es amar.

CAPÍTULO III

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de investigación

Para llevar a cabo esta investigación se utilizó una estadística cuantitativa, además de una metodología descriptiva correlacional y según el período y secuencia se trata de una investigación transversal, ya que las variables estudiadas se verán en una sola oportunidad de tiempo. Por el análisis y alcance de los resultados es una investigación de tipo descriptiva.

Población

Estuvo constituida por los profesionales de enfermería que se encontraban en los módulos de hospitalización laborando directamente con los pacientes del hospital de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús en Villahermosa, Tabasco, México.

Muestra

Estuvo constituida por 70 profesionales de enfermería que se encontraban en los módulos de hospitalización laborando directamente con los pacientes del hospital de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús en Villahermosa, Tabasco, México, en el turno matutino, durante el mes noviembre de 2009.

Crterios de inclusión

Enfermeros especialistas de base de las diversas áreas que laboraron en el

hospital de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús.

Licenciados en enfermería de base y eventuales del hospital de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús que laboraron en los módulos I al IX de hospitalización y áreas de apoyo.

Enfermeras Generales de base y eventuales del hospital de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús que laboraron en los módulos del I al IX de hospitalización y áreas de apoyo.

Criterios de exclusión

Profesionales que manifestaron su deseo de no participar en el estudio.

Profesionales que formaban parte del personal administrativo.

Hipótesis nula

El presente estudio se plantea la siguiente hipótesis nula:

Ho. No existe relación entre la gestión del cuidado y la atención de calidad.

Variables

Las variables de este estudio fueron las siguientes:

Independiente: Gestión del cuidado

Dependiente: Atención de calidad

Instrumento

Para recoger los datos se realizaron los procedimientos administrativos correspondientes para obtener los permisos y aplicar el instrumento. Se verificaron los requisitos mínimos de inclusión, se dieron las instrucciones durante una sesión clíni-

ca, después de lo cual se procedió a entregar las encuestas para ser llenadas.

El instrumento utilizado para recoger los datos, se adaptó del modelo de Avedís Donabedian, quien propone abordar la calidad a partir de tres dimensiones: la estructura, el proceso y los resultados. En cada uno de las cuales se puede encontrar atributos o dimensiones de la calidad. La estructura se refiere a la organización de la institución y a las características de los recursos humanos, físicos y financieros. El proceso corresponde al contenido de la atención y a la forma como es ejecutada dicha atención y finalmente, los resultados son el impacto logrado con la atención en términos de mejoras en la salud y el bienestar de las personas, así como en la satisfacción de los usuarios por los servicios prestados.

El instrumento original Servqual, ha sido empleado y validado en muchas investigaciones en países como España, Chile, Colombia, México, por mencionar algunos, con el propósito de medir la calidad de los servicios. Las variables que plantea el instrumento permiten conocer claramente la percepción de los encuestados con relación a la interacción que se establece en el cuidado entre personal de enfermería y usuario. Para este estudio se hizo una adaptación de acuerdo a las necesidades de la investigación con veintidós reactivos de cinco anclajes de respuestas y dos reactivos de respuesta abierta, para un total de veinticuatro reactivos.

Recolección de datos

Se aplicó el instrumento mencionado y luego de recopilada la información se procedió al análisis de los datos con apoyo del software SPSS para Windows. Esencialmente se emplearon pruebas estadísticas descriptivas y de correlación.

Operacionalización de las variables

La operacionalización de las variables se presenta en la Tabla 1.

Operacionalización de hipótesis

La operacionalización de las hipótesis puede observarse en la Tabla 2.

Tabla 1

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición instrumental	Definición operacional
Gestión de cuidado	Es el proceso de planear, dirigir, evaluar y controlar el cuidado de enfermería brindado a los pacientes.	<p>Esta variable será medida mediante las respuestas, según el grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes categorías: 1. totalmente en desacuerdo 2. En desacuerdo 3. Regular 4. De acuerdo 5. Totalmente de acuerdo. Dependiendo de si se práctica o no la acción deseada.</p> <p>Estructura 2. La cantidad de materiales y equipos que provee el hospital para su área de atención son suficientes para las necesidades de los pacientes 3. El hospital dispone de servicios higiénicos apropiados para la atención de los pacientes 8. El hospital cuenta con una distribución adecuada de recipientes para el manejo de los desechos</p> <p>Proceso 5. Existen un programa de capacitación y formación continua del hospital para el personal de enfermería 9. Las acciones que realiza la dirección de enfermería son adecuadas para mejorar la calidad de atención</p>	<p>Totalmente en desacuerdo= 1 En desacuerdo= 2 Regular= 3 De acuerdo= 4 Totalmente de acuerdo= 5 Correspondientes a cada respuesta, resultando un valor entre 10 y 50 puntos</p> <p>Escala métrica</p> <p>A mayor puntaje, mayor gestión de cuidado.</p>

		<p>13. La dirección de enfermería se preocupa por mejorar la calidad de atención</p> <p>14. Tiene la posibilidad de intervenir, aportar o sugerir en las políticas y estrategias de atención a los pacientes</p> <p>Resultados</p> <p>17. La información que brindo a los pacientes acerca de los procedimientos, diagnósticos o tratamientos de acuerdo a su caso es completa</p> <p>19. Poseo los conocimientos necesarios para contestar satisfactoriamente las preguntas de los pacientes</p> <p>22. Entiendo las necesidades específicas de mis pacientes</p>	
Atención de calidad	Es la atención oportuna, segura, accesible y eficaz que brinda el personal de enfermería.	<p>Esta variable será medida mediante las respuestas, según el grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes categorías:</p> <p>1. totalmente en desacuerdo</p> <p>2. En desacuerdo</p> <p>3. Regular</p> <p>4. De acuerdo</p> <p>5. Totalmente de acuerdo. Dependiendo de si se práctica o no la acción deseada.</p> <p>Estructura</p> <p>1. Los instrumentos, materiales y equipos necesarios para la atención del paciente se encuentran disponibles en su área de atención</p> <p>4. Existe un manual de procedimientos para el manejo individualizado y colectivo de los pacientes de su área de atención</p> <p>7. El personal de enfermería es suficiente en su área.</p> <p>Proceso</p> <p>6. Se realizan evaluaciones periódicas para medir la calidad de atención en su área de atención</p> <p>10. La información que se brinda en su área de atención acerca de las medidas preventivas de salud son las adecuadas</p> <p>11. Esta satisfecho con las ac-</p>	<p>Totalmente en desacuerdo= 1</p> <p>En desacuerdo= 2</p> <p>Regular= 3</p> <p>De acuerdo= 4</p> <p>Totalmente de acuerdo= 5</p> <p>Correspondientes a cada respuesta, resultando un valor entre 12 y 60 puntos</p> <p>A mayor valor, mayor atención de calidad</p> <p>Escala métrica</p>

		<p>ciones dirigidas con respecto a medidas curativas del paciente</p> <p>12. Esta satisfecho con las acciones dirigidas respecto a la rehabilitación del usuario</p> <p>Resultados</p> <p>15. Soy amable y atento con mis pacientes</p> <p>16. Tomo tiempo para escuchar e informar a mis pacientes</p> <p>18. Me siento satisfecho con el trato y los servicios que doy a los pacientes</p> <p>20. Ofrezco atención individualizada a mis pacientes</p> <p>21. Me preocupo por los intereses de mis pacientes</p>	
Gusto por el trabajo	Punto de vista propio de la persona	23. ¿Qué es lo que no le gusta de su trabajo?	Categorías
Sugerencias	Propuestas	24. ¿Qué sugiere para mejorar la atención del paciente?	Categorías
Edad	Tiempo que ha vivido desde que nació	Edad	El número de años que indica la persona. Escala métrica
Género	Sexo de la persona que contesta	Sexo	Masculino= 1 Femenino= 2 Escala métrica "Dummy"
Nivel Académico	Estudios cursados	Nivel académico	Ordinal
Módulo de Servicio	Área del hospital en la que se desempeña	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oncología, 2. Cirugía 3. Cardiología, 4. Nefrología, 5. Infecciones respiratorias 6. Medicina interna 7. Medicina interna 8. Infectología, 9. Hematología 10. UMECC 11. Quirófano 12. Terapia intensiva 13. Quimioterapia 14. Oftalmología 15. Consulta externa 16. Ceye 	Nominal

Tabla 2

Operacionalización de hipótesis

Hipótesis Nula	Variables	Nivel de medición	Prueba Estadística
Ho1. No existe relación entre la gestión del cuidado y la atención de calidad	Gestión del cuidado	Métrica	r de Pearson Con un nivel de Significación =0.05
	Atención de Calidad	Métrica	

Definición de las dimensiones

La estructura: Se refiere a la organización de la institución y a las características de sus recursos humanos, físicos y financieros. Regula el ambiente para asegurar la calidad.

Los procesos: Corresponden al contenido de la atención y a la forma como ésta es ejecutada. Las mediciones de proceso se enfocan a las conductas del profesional de enfermería.

Los resultados: Los resultados son el impacto logrado con la atención, en términos de mejoras en la salud y el bienestar de las personas, así como la satisfacción de los usuarios por los servicios prestados.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

De acuerdo a lo expuesto en los capítulos anteriores el propósito de esta investigación fue determinar si existe relación significativa entre las variables gestión del cuidado y atención de calidad en la relación interpersonal enfermera-paciente. Como se indicó, para llevar a cabo esta investigación se utilizó una estadística cuantitativa y una metodología descriptiva correlacional que según el período y secuencia, se trata de una investigación transversal. Por el análisis y alcance de los resultados se trata de una investigación de tipo descriptiva.

En este capítulo se presenta el fundamento científico al problema de investigación planteado, mediante el análisis estadístico de los datos recolectados. Se presenta en primer lugar un análisis de algunas características demográficas particulares y posteriormente se hace la presentación del comportamiento de las variables principales.

En la siguiente sección del capítulo se realizan las pruebas de hipótesis y finalmente algunos datos encontrados que se consideran importantes para esta investigación. La hipótesis de investigación fue probada a un nivel de significación de 0.5.

Descripción de la población

Para este estudio se eligió la población de profesionales de enfermería que laboraron en el Hospital de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús. La

muestra de esta investigación estuvo constituida por setenta profesionales de enfermería, de las categorías de enfermeros generales, licenciados y especialistas, que se encontraban laborando en los módulos y servicios del hospital de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús en Villahermosa, Tabasco, México, en el turno matutino, durante el mes de noviembre de 2009.

Datos demográficos de la muestra

Los resultados obtenidos sobre las variables demográficas en la muestra definida, son los siguientes: en la variable edad de los profesionales de enfermería se pudo observar que las edades fluctúan entre los 20 a 55 años, se percibe un rango amplio de edad y con una media de 33.4 años (DE = 7.96).

Sobre la variable sexo, se encontró que hay un 81.4% de personal femenino comparado con un 18.6% de personal masculino.

El nivel académico que presentaron los participantes fue: enfermeros generales 51.4%, licenciados en enfermería 24.3%, enfermeros especialistas 20% y un 4.3% no contestaron.

Las áreas de servicio en donde se desempeñaban fueron 14 en total, M1 Oncología (8.6%), M2 Cirugía (7.1%), M3 Cardiología 8.6%), M4 Nefrología (8.6%), M6 Medicina Interna (7.1%), M7 Medicina interna (7.1%), M9 Hematología (7.1%), Umecc (14.3%), Quirófano (5.7%), Unidad de Cuidados Intensivos (4.3%), Quimioterapia (5.7%), Oftalmología (2.9%), Consulta externa (2.9%) y Ceye (2.9%).

Descripción del comportamiento de las variables principales

Los hallazgos obtenidos sobre los comportamientos percibidos por los profe-

sionales de enfermería en las variables principales mostraron, en la variable Gestión del cuidado y en el ítem cantidad de materiales y equipo que provee el hospital de la dimensión estructura, que se obtuvo la media más baja con 3.88 de una escala de 5, (DE = .795), como se observa en la tabla 3. Mientras que el ítem “existe un programa de capacitación y formación continua de la dimensión proceso”, obtuvo el promedio más alto de 4.74 de una escala de 5, (DE = .581).

Tabla 3

Análisis descriptivo de Gestión del cuidado según la perspectiva de los profesionales de enfermería del Hospital de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús

	N	Min	Max	M	DE
La cantidad de materiales y equipos que provee el hospital para su área de atención son suficientes para las necesidades de los pacientes	69	2	5	3.88	.795
El hospital dispone de servicios higiénicos apropiados para la atención de los pacientes	67	3.0	5.0	4.52	.611
El hospital cuenta con una distribución adecuada de recipientes para el manejo de los desechos	70	3.0	5.0	4.70	.547
Existe un programa de capacitación y formación continua del hospital para el personal de enfermería	70	2.0	5.0	4.74	.581
Las acciones que realiza la dirección de enfermería son adecuadas para mejorar la calidad de atención	70	1.0	5.0	4.48	.793
La dirección de enfermería se preocupa por mejorar la calidad de atención	70	1.0	5.0	4.61	.707
Tiene la posibilidad de intervenir, aportar o sugerir en las políticas y estrategias de atención a los pacientes	70	1.0	5.0	4.28	.836
La información que brinda a los pacientes acerca de los procedimientos, diagnósticos o tratamientos de acuerdo a su caso es completa	68	3.0	5.0	4.50	.610
Posee los conocimientos necesarios para contestar satisfactoriamente las preguntas de los pacientes	67	4.0	5.0	4.56	.499
Entiende las necesidades específicas de sus pacientes	69	4.0	5.0	4.71	.457

Nota. Las medias se refieren a la escala según las opciones 1 totalmente en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 regular, 4 de acuerdo, 5 totalmente de acuerdo.

El comportamiento en las dimensiones de la variable gestión del cuidado se puede comparar en los histogramas de la figura 1, la dimensión estructura presenta una media de 4.38, (DE = .46) mientras que la dimensión proceso presenta una media de 4.53, (DE = .53) y la dimensión resultados una media de 4.59, (DE = .36).

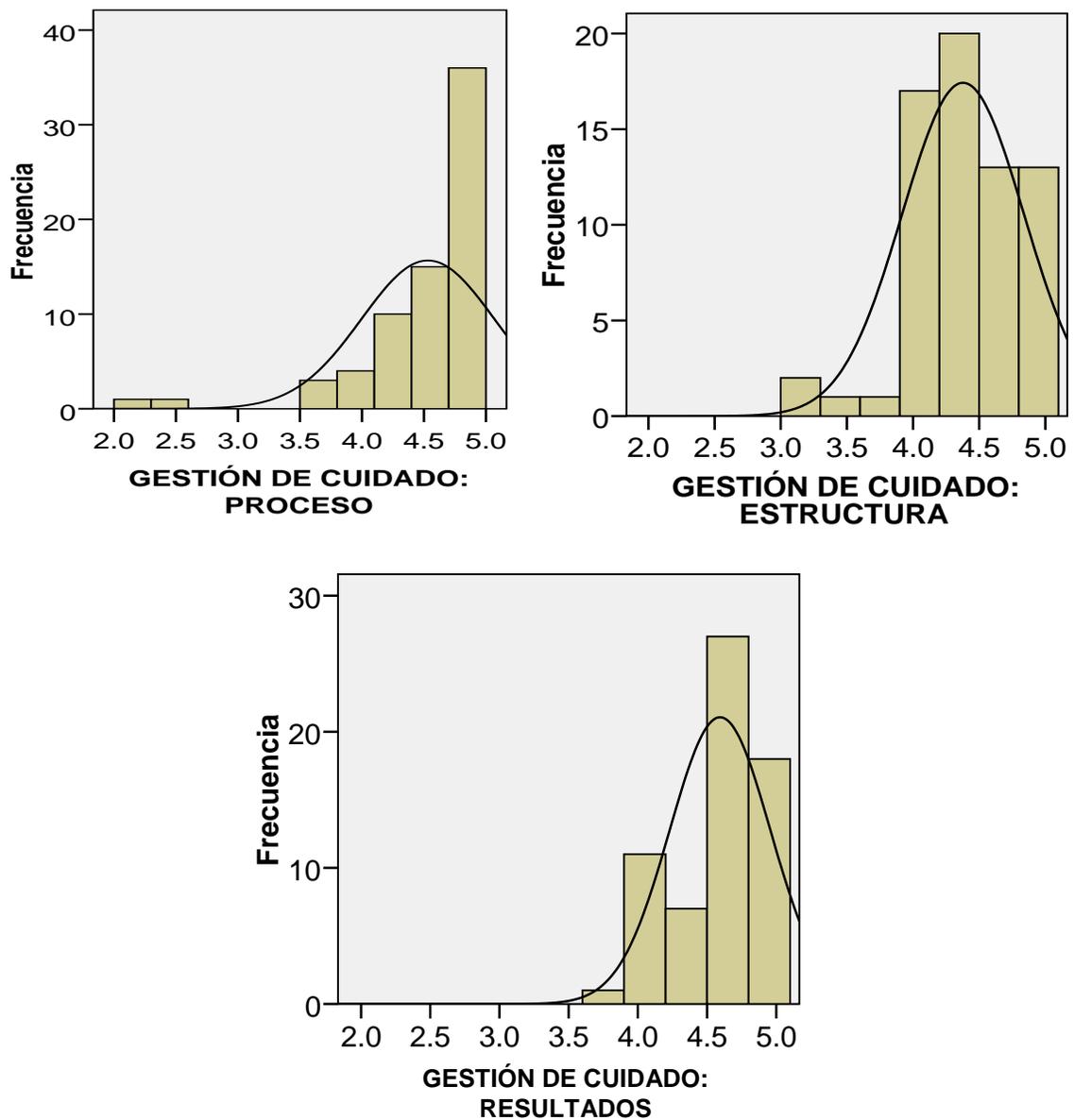


Figura 1. Histogramas de dimensiones de la gestión del cuidado

En cuanto a la variable atención de calidad (ver Tabla 4) en general se observó la media más baja en “el ítem el personal de enfermería es suficiente en su área”, de la dimensión de estructura, con 3.51 en la escala de 5, (DE = 1,16) y la media más alta en el ítem “es amable y atento con sus pacientes” de la dimensión de resultados de 4.87 en la escala métrica de 5 y una (DE = .337).

Tabla 4

Análisis descriptivo de Atención de Calidad según la perspectiva de los profesionales de enfermería del Hospital de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús

	N	Min	Max	Med	DE
Los instrumentos, materiales y equipo necesarios para la atención del paciente se encuentran disponibles en su área de atención	70	2,00	5,00	3,98	,789
Existe un manual de procedimientos para el manejo individualizado y colectivo de los pacientes de su área de atención	70	3,00	5,00	4,64	,565
El personal de enfermería es suficiente en su área	70	1,00	5,00	3,51	1,16
Se realizan evaluaciones periódicas para medir la calidad de atención en su área de atención	70	2,00	5,00	4,68	,649
La información que se brinda en su área de atención acerca de las medidas preventivas de salud son las adecuadas	70	1,00	5,00	4,61	,747
Está satisfecho con las acciones dirigidas respecto a medidas curativas del paciente	69	1,00	5,00	4,31	,831
Esta satisfecho con las acciones dirigidas respecto a la rehabilitación del usuario	69	1,00	5,00	4,10	,957
Es amable y atento con sus pacientes	70	4,00	5,00	4,87	,337
Toma tiempo para escuchar e informar a sus pacientes	70	3,00	5,00	4,72	,479
Se siente satisfecho con el trato y los servicios que da a los pacientes	69	3,00	5,00	4,79	,439
Ofrece atención individualizada a sus pacientes	70	2,00	5,00	4,72	,562
Se preocupa por los intereses de sus pacientes	70	3,00	5,00	4,54	,606

Nota. Las medias se refieren a la escala según las opciones 1 totalmente en desacuerdo, 2 en desacuerdo, 3 regular, 4 de acuerdo, 5 totalmente de acuerdo

En las dimensiones de la variable atención de calidad se observa que la media más baja se presentó en la dimensión estructura con 4.05, (DE = .574), y la media más alta en la dimensión resultados con 4.75 (DE = .280), tal como se aprecia en la tabla 5.

Tabla 5.

Comparación de las medias de las dimensiones de la variable Atención de Calidad

		ACR Atención de calidad	ACESTR Atención de calidad-estructura	ACPROR Atención de calidad-proceso	ACRESR Atención de calidad-resultados
N	Valid	68	70	69	69
	Missing	2	0	1	1
Media		4.4865	4.0476	4.4275	4.7507
D. E.		.30119	.57395	.60952	.27951

Prueba de Hipótesis

La hipótesis nula declara que no existe relación entre la gestión del cuidado y la atención de calidad. Para probar la hipótesis se aplicó la prueba coeficiente r de Pearson entre las variables gestión del cuidado y atención de calidad. Según Castañeda, De la Torre, Moran, Lara (2005), esta es una prueba de correlación para datos brutos, entendiendo que correlacionar es conocer el nivel de asociación entre dos variables que se ponen a prueba. El análisis realizado muestra una relación significativa ($r = .730$. $p = .000$), ver tabla 6.

También se realizaron pruebas por dimensiones de las dos variables principales que como se evidencia, mostraron correlación significativa. En la dimensión de

estructura se observó una correlación de ($r = .630$), en la dimensión de proceso ($r = .687$) y en la dimensión de resultados ($r = .659$).

Tabla 6

Correlación entre las variables principales

		GCR Gestión de cuidado	ACR Atención de calidad
GCR Gestión de cuidado	Pearson Correlation	1	.730(**)
	Sig. (2-tailed)	.000	.000
	N	62	60
ACR Atención de calidad	Pearson Correlation	.730(**)	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000
	N	60	68

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

En conclusión, los resultados demuestran que existe relación significativa entre estas variables; por lo cual se rechaza la hipótesis nula, aceptándose la hipótesis de investigación que indica que: “Existe relación entre la gestión del cuidado y la atención de calidad”.

Género

Llama la atención que en los datos obtenidos de las mujeres que son el 81.4% de la muestra si existe correlación significativa ($r = .779$, $p = 000$), sin embargo en los hombres, que son el 18.6% de la muestra ($r = .495$) no existe correlación entre las variables.

Nivel de enseñanza

También se evidenció con la prueba ANOVA que no hay diferencias significativas por el nivel académico (Enfermeros Generales, Licenciados en Enfermería y

Enfermeros Especialistas).

Resultados cualitativos

En el instrumento se colocaron dos preguntas abiertas, la primera ¿Qué es lo que no le gusta de su trabajo? Y la segunda ¿Qué sugiere para mejorar la atención del paciente?, el 64.2% (45 de las encuestas) contestaron las preguntas abiertas, de dicho porcentaje, 38.5 % (27 encuestados) contestaron la primera pregunta y 42.8% (30 de los encuestados) sólo la segunda pregunta.

En las respuestas de la primera pregunta se observaron tres respuestas con mayor frecuencia, el 51% dijo sobrecarga de trabajo, 25% contestó que la mala comunicación, y 22% indicó que de su trabajo les gusta todo.

En la segunda pregunta se observaron cuatro respuestas con mayor frecuencia, el 40% opinó que hace falta más personal, el 23% dijo que hacen falta materiales y equipos, el 26% consideró que debe continuarse dando capacitación y el 10% opinó que hace falta mejor disposición del personal (Ver figura 2).

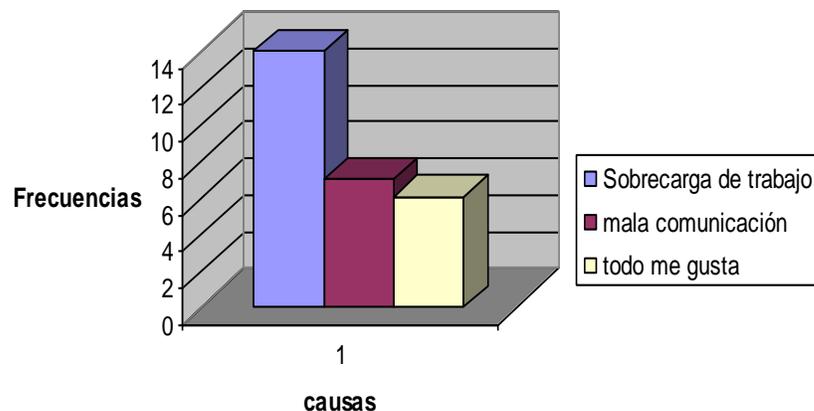


Figura2. Lo que no le gusta de su trabajo.

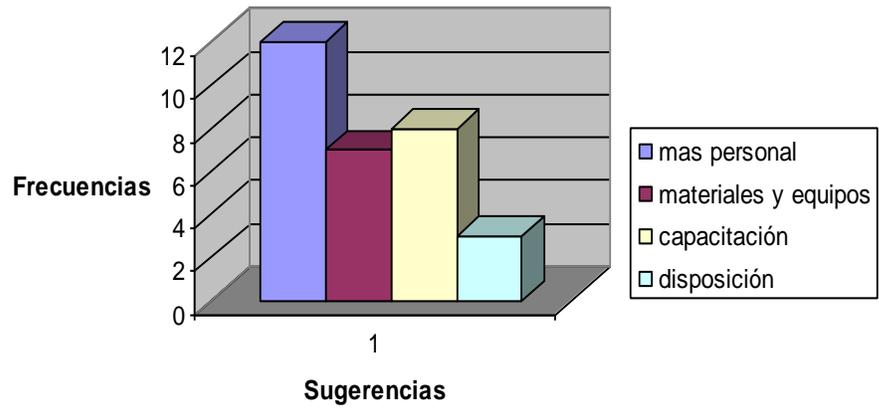


Figura 3. Sugerencias para mejorar la atención al paciente.

CAPÍTULO V

RESUMEN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El propósito de esta investigación fue conocer la relación entre la gestión del cuidado y la atención de calidad percibida por los profesionales de enfermería en los módulos y servicios del hospital de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús en el período 2009 – 2010.

Se examinaron los datos demográficos, los atributos de la muestra que son objeto de este estudio y la correlación entre las variables. El capítulo consta de un resumen del estudio, conclusiones y recomendaciones.

Resumen

En México, desde hace más de una década se han implementado diversas estrategias institucionales encaminadas a estructurar e implementar programas de calidad. En la asistencia sanitaria que ofrece el Sistema de Salud, la calidad se determina en gran medida por los servicios de cuidado que proporciona el personal de enfermería, dado que éste, mantiene un vínculo más estrecho con los pacientes y la comunidad. Potter y Perry (2002), opinan que la enfermería actual y del futuro necesita una nueva visión que implemente los avances científicos, y al mismo tiempo, promueva una práctica clínica más humanizada, mantenga los principios filosóficos con que fue establecida: de protección a la integridad del ser humano y del cuidado

como algo muy significativo y humanitario. Además con mayor requerimiento de conocimiento, de compromiso moral, social y personal de la enfermería, integrados en un programa de gestión del cuidado.

El presente estudio identifica la relación existente entre la gestión del cuidado y la atención de calidad percibida por los profesionales de enfermería en los módulos y servicios del hospital de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús.

La muestra analizada correspondió a setenta profesionales de enfermería de las categorías de enfermeros generales, licenciados y especialistas, que se encontraban laborando en el hospital de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús en Villahermosa, Tabasco, México, en el turno matutino, durante el mes de noviembre de 2009.

Se realizó un estudio correlacional, transversal, utilizando la metodología del instrumento Servqual basado en el modelo de Avedís Donabedian, quien propone abordar la calidad a partir de tres dimensiones: la estructura, el proceso y los resultados. En cada uno de éstos se puede encontrar atributos o dimensiones de la calidad. Este instrumento, fue adaptado a las necesidades de la investigación para describir la relación entre las variables: gestión del cuidado y atención de calidad. Se recogieron los datos de los setenta casos, los cuales proporcionaron la información necesaria para la investigación. Estos datos se analizaron con apoyo del software SPSS para Windows, utilizando pruebas descriptivas, de frecuencias, de correlación (r de Pearson) y ANOVA.

Conclusiones

En base a los resultados de la investigación y en respuesta a la pregunta del

problema: ¿Existe relación entre la gestión del cuidado y la atención de calidad percibida por los profesionales de enfermería en los módulos y servicios del hospital de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús en Villahermosa, Tabasco, México? se puede concluir lo siguiente:

1. La hipótesis de la investigación ha sido corroborada convenientemente ($r = .730$). Al utilizar la prueba estadística, coeficiente r de Pearson, en cada una de las dimensiones: estructura ($r = .630$), proceso ($r = .687$) y resultados ($r = .659$), se demuestra que existe una relación significativa entre la gestión del cuidado y la atención de calidad.

2. Las profesionales de enfermería del sexo femenino tienen una percepción clara de la relación que existe entre la gestión del cuidado y la atención de calidad ($r = .779$) en cambio, para los profesionales del sexo masculino no existe correlación entre las variables ($r = .495$).

3. En los resultados de ANOVA, de acuerdo al nivel académico de los profesionales de enfermería, no se observaron diferencias significativas.

4. En respuesta a la pregunta ¿Qué se entiende por gestión del cuidado? se encuentra en la revisión de literatura que Kerouac (1996), define la gestión del cuidado enfermero como un proceso heurístico, dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud. La gestión del cuidado implica: indagar y definir las políticas del cuidado, fijar los objetivos del cuidado, elegir y llevar a cabo las acciones para aplicar las políticas, alcanzar los objetivos, proporcionar los medios necesarios para ello, formar y sensibilizar al personal, coor-

dinar los sectores implicados, promover las acciones correctoras, verificar la eficacia de las acciones emprendidas y evaluar los resultados.

5. Se comprobó que se vincula la gestión del cuidado con la atención de calidad a los usuarios, ya que los resultados reportaron que existe correlación directa entre estas dos variables.

6. Según la percepción de los profesionales de enfermería, dos factores se evidenciaron como importantes para lograr la mejora de la atención de calidad: a) la falta de materiales y equipos en las áreas de atención y b) el personal insuficiente para atender las demandas de los usuarios.

Resultados cualitativos

En las respuestas obtenidas a las preguntas abiertas, se hace evidente la relación entre la gestión del cuidado y la atención de calidad, ya que el personal profesional de enfermería sugirió que deben realizarse acciones de gestión del cuidado para mejorar la atención, como a) la planeación de los recursos humanos, b) la capacitación del personal, c) la provisión de materiales y equipos y d) la motivación del personal de enfermería.

Recomendaciones

A partir del presente estudio se formulan las siguientes recomendaciones:

1 A las instituciones de salud:

1.1 Implementar programas de gestión de cuidado de enfermería como una estrategia para alcanzar niveles altos de calidad en la atención a los pacientes hospitalizados.

- 1.2 Realizar las gestiones necesarias para suplir los materiales y equipos en los servicios de hospitalización.
- 1.3 Gestionar la necesidad de personal suficiente para cada una de las áreas de atención.
- 1.4 Continuar ofreciendo programas de capacitación al personal de enfermería de las diversas áreas de atención.
2. A las instituciones formadoras de recursos humanos de enfermería.
 - 2.1 Incluir la gestión del cuidado como una herramienta para el estudiante en su currícula.

Para futuras investigaciones

1. Podría ser interesante realizar la misma investigación desde la perspectiva de los pacientes hospitalizados.
2. Sería oportuno realizar una investigación con una muestra más amplia que incluya a los enfermeros no profesionales.
3. Sería interesante realizar esta investigación en una institución similar en el Estado de Chiapas.
4. Convendría indagar si existen otros factores que complementan a la variable atención de calidad tan plenamente como sea posible.
5. Podría realizarse un estudio encaminado a explicar la razón por la que los profesionales de enfermería del sexo masculino no establecen correlación entre las variables gestión del cuidado y atención de calidad, como lo hacen las profesionales del sexo femenino.

APÉNDICE A
INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
ADAPTACIÓN SERVQUAL

CUESTIONARIO PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN

I. DATOS GENERALES

EDAD									
SEXO	M					F			
NIVEL ACADÉMICO	GENERAL			LICENCIATURA			ESPECIALIDAD		
MÓDULO DE SERVICIO	1	2	3	4	5	6	7	8	9

- | | | |
|---------------------|-------------------------------|-----------------|
| 1. Oncología | 4. Medicina Interna | 7. Nefrología |
| 2. Cirugía | 5. Cardiología | 8. Infectología |
| 3. Medicina Interna | 6. Enfermedades Respiratorias | 9. Infectología |

II. DATOS ESPECÍFICOS

Lea con atención y marque con una X sólo una de las alternativas con respecto a la atención recibida de la clínica.

1. Totalmente en desacuerdo	2. Desacuerdo	3. Regular	4. Acuerdo	5. Totalmente de acuerdo
-----------------------------	---------------	------------	------------	--------------------------

1. Los instrumentos, materiales y equipos necesarios para la atención del paciente se encuentran disponibles en su área de atención.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. La cantidad de materiales y equipos que provee el hospital para su área de atención son suficientes para las necesidades de los pacientes.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. El hospital dispone de servicios higiénicos apropiados para la atención de los pacientes.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. Existe un manual de procedimientos para el manejo individualizado y colectivo de los pacientes de su área de atención.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. Existen un programa de capacitación y formación continua del hospital para el personal de enfermería.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. Se realizan evaluaciones periódicas para medir la calidad de atención en su área de atención.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. El personal de enfermería es suficiente en su área.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. El hospital cuenta con una distribución adecuada de recipientes para el manejo de los desechos.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. Las acciones que realiza la dirección de enfermería son adecuadas para mejorar la calidad de atención.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. La información que se brinda en su área de atención acerca de las medidas preventivas de salud son las adecuadas.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11. Esta satisfecho con las acciones dirigidas con respecto a medidas curativas del paciente.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

12. Está satisfecho con las acciones dirigidas respecto a la rehabilitación del usuario.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

13. La dirección de enfermería se preocupa por mejorar la calidad de atención.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

14. Tiene la posibilidad de intervenir, aportar o sugerir en las políticas y estrategias de atención a los pacientes.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

15. Soy amable y atento con mis pacientes.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

16. Tomo tiempo para escuchar e informar a mis pacientes.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

17. La información que brindo a los pacientes acerca de los procedimientos, diagnósticos o tratamientos de acuerdo a su caso es completa.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

18. Me siento satisfecho con el trato y los servicios que doy a los pacientes.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

19. Poseo los conocimientos necesarios para contestar satisfactoriamente las preguntas de los pacientes.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

20. Ofrezco atención individualizada a mis pacientes.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

21. Me preocupo por los intereses de mis pacientes.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

22. Entiendo las necesidades específicas de mis pacientes.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

23. ¿Qué es lo que no le gusta de su trabajo?

24. ¿Qué sugiere para mejorar la atención del paciente?

APÉNDICE B
MATERIAL DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Frecuencias datos demográficos

SEXO sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00 hombre	13	18.6	18.6	18.6
	2.00 mujer	57	81.4	81.4	100.0
	Total	70	100.0	100.0	

NIVEACA Nivel académico

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00 General	36	51.4	53.7	53.7
	2.00 Licenciatura	17	24.3	25.4	79.1
	3.00 Especialidad	14	20.0	20.9	100.0
	Total	67	95.7	100.0	
Missing	.00	3	4.3		
Total		70	100.0		

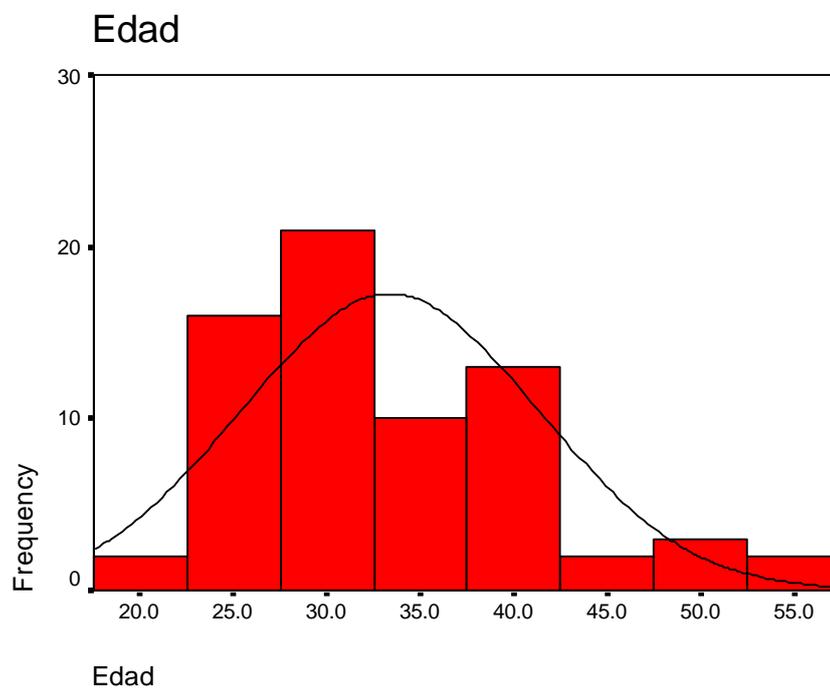
ASERV Area de servicio

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.00 Oncología	6	8.6	9.2	9.2
	2.00 Cirugía	5	7.1	7.7	16.9
	3.00 Cardiología	6	8.6	9.2	26.2
	4.00 Nefrología	6	8.6	9.2	35.4
	6.00 Medicina Interna	5	7.1	7.7	43.1
	7.00 Medicina Interna	5	7.1	7.7	50.8
	9.00 Hematología	5	7.1	7.7	58.5
	10.00 Umecc	10	14.3	15.4	73.8
	11.00 quirófano	4	5.7	6.2	80.0
	12.00 Unidad Cuidados Intensivos	3	4.3	4.6	84.6
	13.00 Quimioterapia	4	5.7	6.2	90.8
	14.00 Oftalmología	2	2.9	3.1	93.8
	15.00 Consulta externa	2	2.9	3.1	96.9
	16.00 Ceye	2	2.9	3.1	100.0
	Total	65	92.9	100.0	
Missing	.00	5	7.1		
Total		70	100.0		

Frecuencias

Statistics

EDAD Edad		
N	Valid	69
	Missing	1
Mean		33.3623
Std. Deviation		7.95571

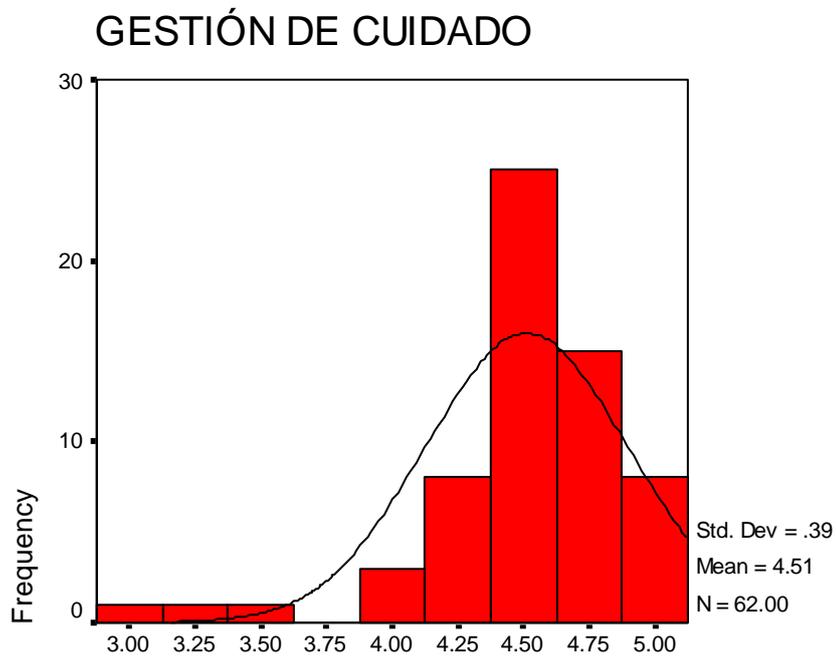


Descripción de Gestión de Cuidado

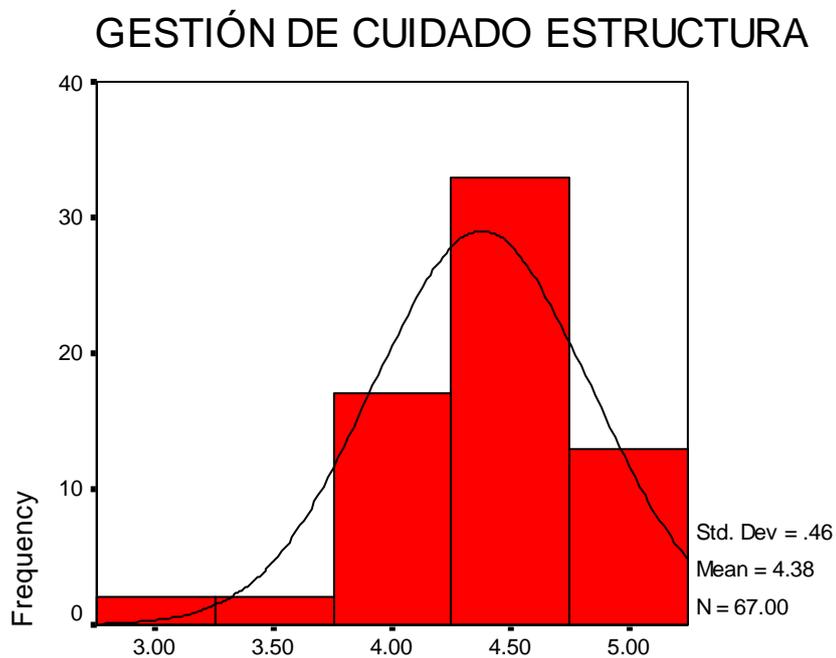
Statistics

		GCR GESTIÓN DE CUIDADO	GCESTR GESTIÓN DE CUIDADO ESTRUCTUR A	GCPROR GESTIÓN DE CUIDADO- PROCESO	GCRESR GESTIÓN DE CUIDADO- RESULTADO S
N	Valid	62	67	70	64
	Missing	8	3	0	6
Mean		4.5113	4.3781	4.5321	4.5938
Std. Deviation		.38628	.46018	.53487	.36354

Histograma

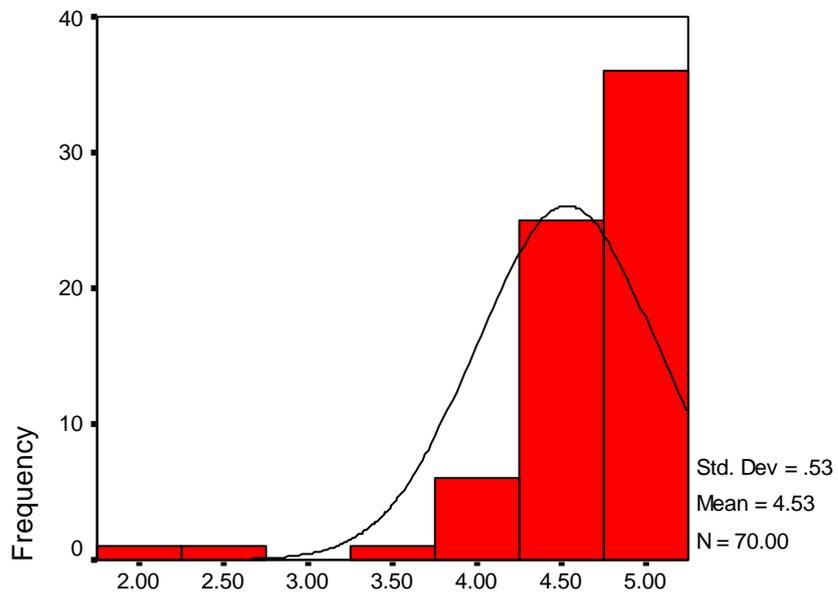


GESTIÓN DE CUIDADO



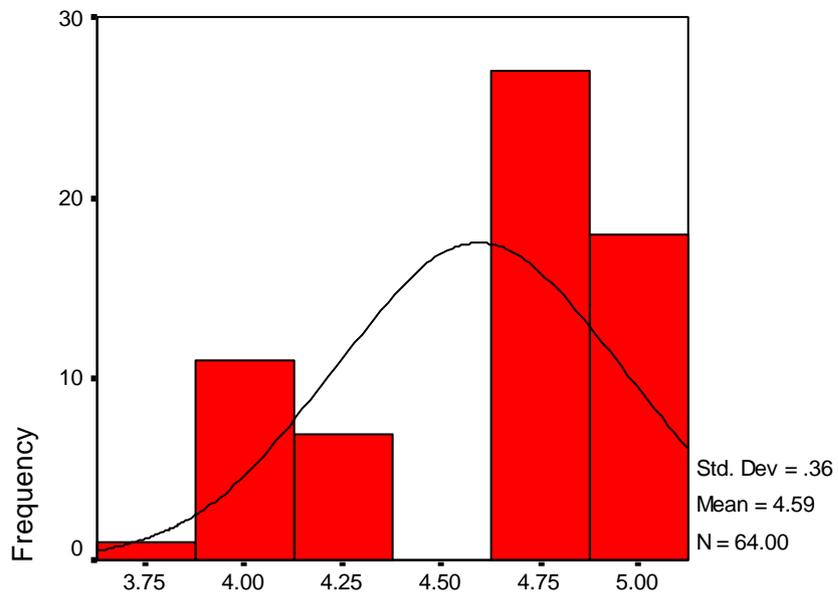
GESTIÓN DE CUIDADO ESTRUCTURA

GESTIÓN DE CUIDADO- PROCESO



GESTIÓN DE CUIDADO- PROCESO

GESTIÓN DE CUIDADO- RESULTADOS



GESTIÓN DE CUIDADO- RESULTADOS

Descriptivos

Descriptive Statistics

	N	Min	Max	M	DE
MATERIAL la cantidad de materiales y equipos que provee el hospital para su área de atención son suficientes para las necesidades de los pacientes	69	2.00	5.00	3.884	.79588
SERVICIO El hospital dispone de servicios higiénicos apropiados para la atención de los pacientes	67	3.00	5.00	4.522	.61196
RECIPIEN El hospital cuenta con una distribución adecuada de recipientes para el manejo de los desechos	70	3.00	5.00	4.700	.54772
CAPACITA Eiste un programa de capacitación y formación continua del hospital para el personal de enfermería	70	2.00	5.00	4.743	.58199
ACCIONES Las acciones que realiza la dirección de enfermería son adecuadas para mejorar la calidad de atención	70	1.00	5.00	4.486	.79387
DIRECCIÓ La dirección de enfermería se preocupa por mejorar la calidad de atención	70	1.00	5.00	4.614	.70798
INTERVEN Tiene la posibilidad de intervenir, aportar o sugerir en las políticas y estrategias de atención a los pacientes	70	1.00	5.00	4.286	.83654
INFPROCE La información que brinda a los pacientes acerca de los procedimientos, diagnósticos o tratamientos de acuerdo a su caso es completa	68	3.00	5.00	4.500	.61085
CONOCIMI Posee los conocimientos necesarios para contestar satisfactoriamente las preguntas de los pacientes	67	4.00	5.00	4.567	.49921
NECESIDA Entiende las necesidades específicas de sus pacientes	69	4.00	5.00	4.710	.45702
Valid N (listwise)	62				

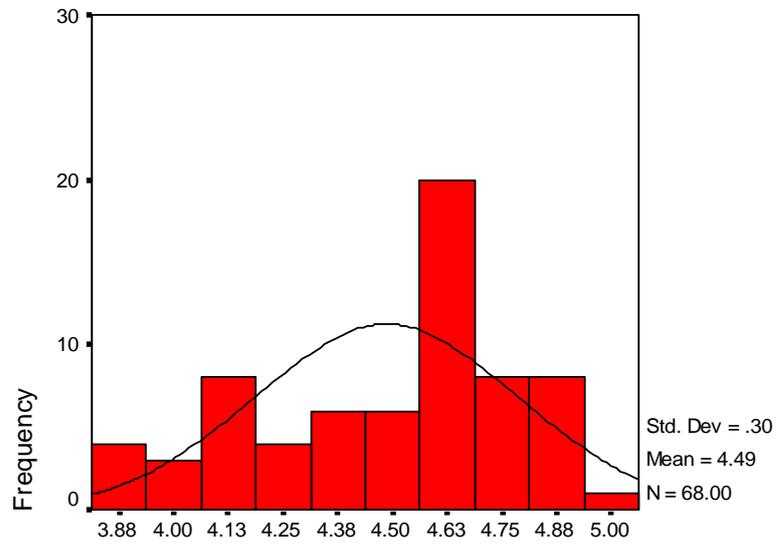
Descripción de Atención de Calidad

Statistics

	ACR ATENCIÓN DE CALIDAD	ACESTR ATENCIÓN DE CALIDAD- ESTRUCTUR A	ACPROR ATENCIÓN DE CALIDAD- PROCESO	ACRESR ATENCIÓN DE CALIDAD- RESULTADO S
N	Valid 68 Missing 2	70 0	69 1	69 1
Mean	4.4865	4.0476	4.4275	4.7507
Std. Deviation	.30119	.57395	.60952	.27951

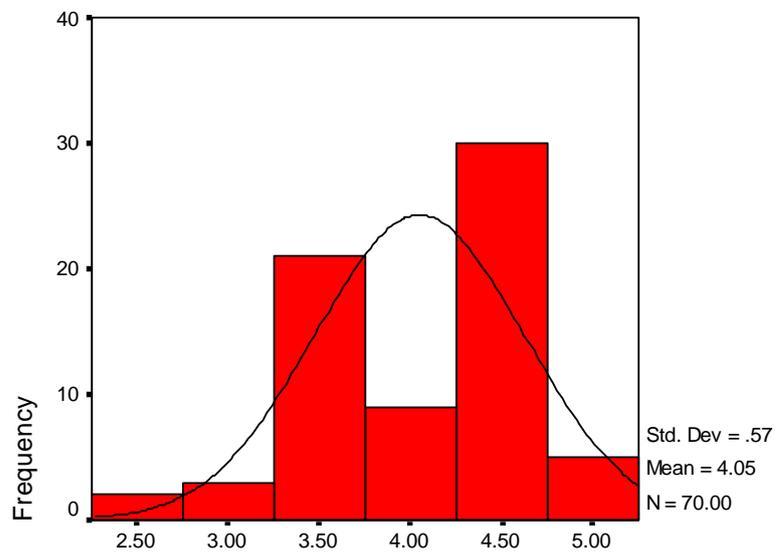
Histograma

ATENCIÓN DE CALIDAD



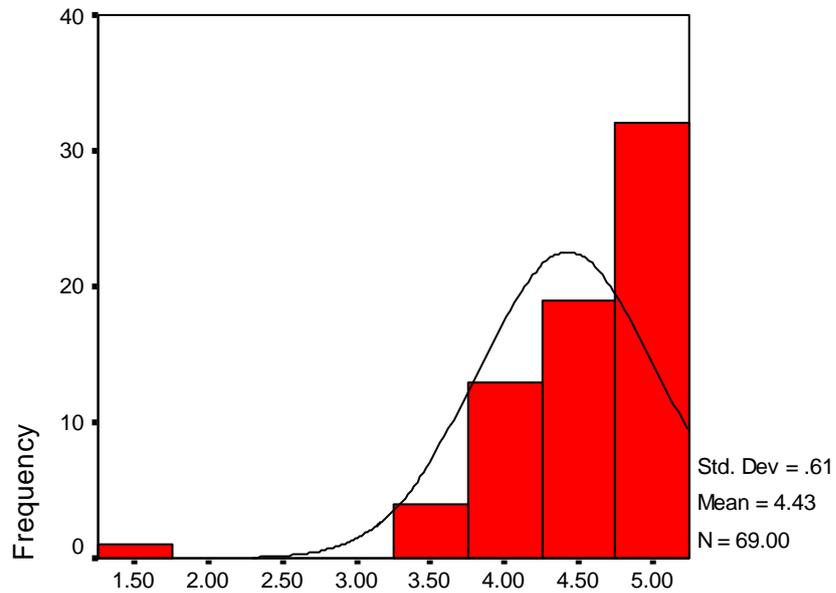
ATENCIÓN DE CALIDAD

ATENCIÓN DE CALIDAD- ESTRUCTURA



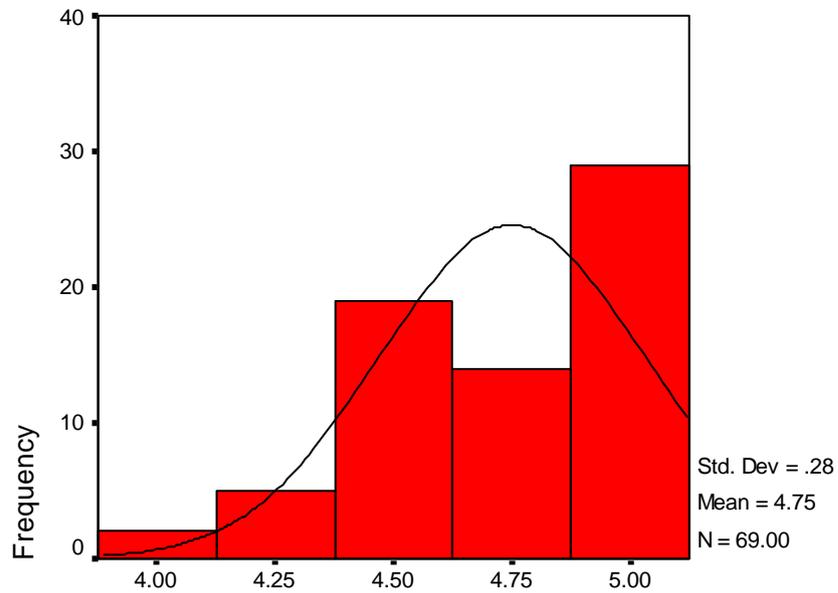
ATENCIÓN DE CALIDAD- ESTRUCTURA

ATENCIÓN DE CALIDAD- PROCESO



ATENCIÓN DE CALIDAD- PROCESO

ATENCIÓN DE CALIDAD- RESULTADOS



ATENCIÓN DE CALIDAD- RESULTADOS

Descriptivos

Descriptive Statistics

	N	Min	Max	Mean	DE
INSDISPO Los instrumentos, materiales y equipo necesarios para la atención del paciente se encuentran disponibles en su área de atención	70	2.00	5.00	3.9857	.78929
MANUAL Existe un manual de procedimientos para el manejo individualizado y colectivo de los pacientes de su área de atención	70	3.00	5.00	4.6429	.56558
PERSONAL El personal de enfermería es suficiente en su área	70	1.00	5.00	3.5143	1.16399
EVALUACI Se realizan evaluaciones periódicas para medir la calidad de atención en su área de atención	70	2.00	5.00	4.6857	.64926
INFORMAC La información que se brinda en su área de atención acerca de las medidas preventivas de salud son las adecuadas	70	1.00	5.00	4.6143	.74781
MEDIDAS Está satisfecho con las acciones dirigidas respecto a medidas curativas del paciente	69	1.00	5.00	4.3188	.83124
REHABILI Esta satisfecho con las acciones dirigidas respecto a la rehabilitación del usuario	69	1.00	5.00	4.1014	.95709
AMABLE Es amable y atento con sus pacientes	70	4.00	5.00	4.8714	.33714
TIEMPO Toma tiempo para escuchar e informar a sus pacientes	70	3.00	5.00	4.7286	.47917
SATISFEC Se siente satisfecho con el trato y los servicios que da a los pacientes	69	3.00	5.00	4.7971	.43991
ATENCIÓN Ofrece atención individualizada a sus pacientes	70	2.00	5.00	4.7286	.56264
INTERECE Se preocupa por los intereses de sus pacientes	70	3.00	5.00	4.5429	.60638
Valid N (listwise)	68				

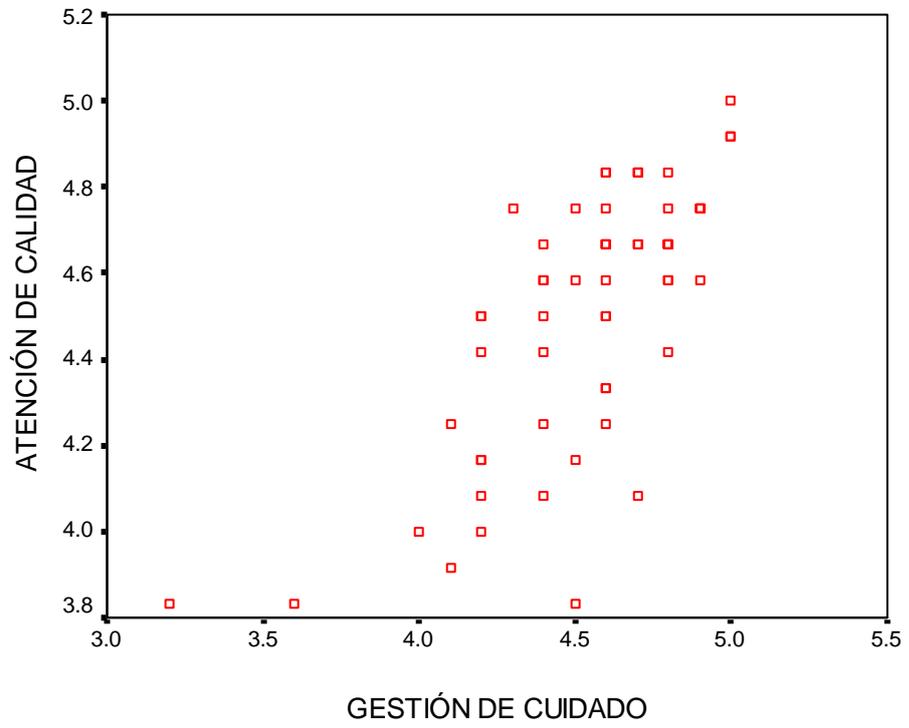
Prueba de Hipótesis

Correlations

		GCR GESTIÓN DE CUIDADO	ACR ATENCIÓN DE CALIDAD
GCR GESTIÓN DE CUIDADO	Pearson Correlation	1	.730**
	Sig. (2-tailed)	.	.000
	N	62	60
ACR ATENCIÓN DE CALIDAD	Pearson Correlation	.730**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.
	N	60	68

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Grafica relación de hipótesis



Correlación de variables principales

Correlations

		ACESTR ATENCIÓN DE CALIDAD- ESTRUCTUR A	ACPROR ATENCIÓN DE CALIDAD- PROCESO	ACRESR ATENCIÓN DE CALIDAD- RESULTADO S
GCESTR GESTIÓN DE CUIDADO ESTRUCTURA	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.630** .000 67	.679** .000 66	.212 .087 66
GCPROR GESTIÓN DE CUIDADO- PROCESO	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.561** .000 70	.687** .000 69	.249* .039 69
GCRESR GESTIÓN DE CUIDADO- RESULTADOS	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.269* .031 64	.354** .004 63	.659** .000 63
ACESTR ATENCIÓN DE CALIDAD- ESTRUCTURA	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 .000 70	.605** .000 69	.148 .226 69
ACPROR ATENCIÓN DE CALIDAD- PROCESO	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.605** .000 69	1 .000 69	.192 .116 68
ACRESR ATENCIÓN DE CALIDAD- RESULTADOS	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.148 .226 69	.192 .116 68	1 .000 69

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Hipótesis según hombres

Correlations

		GCR GESTIÓN DE CUIDADO	ACR ATENCIÓN DE CALIDAD
GCR GESTIÓN DE CUIDADO	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1 .000 11	.495 .146 10
ACR ATENCIÓN DE CALIDAD	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	.495 .146 10	1 .000 12

Hipótesis según mujeres

Correlations

		GCR GESTIÓN DE CUIDADO	ACR ATENCIÓN DE CALIDAD
GCR GESTIÓN DE CUIDADO	Pearson Correlation	1	.779**
	Sig. (2-tailed)	.	.000
	N	51	50
ACR ATENCIÓN DE CALIDAD	Pearson Correlation	.779**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.
	N	50	56

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

No hay diferencia según el sexo

Group Statistics

	SEXO sexo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
GCR GESTIÓN DE CUIDADO	1.00 hombre	11	4.4364	.54456	.16419
	2.00 mujer	51	4.5275	.34818	.04876
ACR ATENCIÓN DE CALIDAD	1.00 hombre	12	4.5208	.31407	.09067
	2.00 mujer	56	4.4792	.30078	.04019

Independent Samples Test

	Levene's Test for equality of Variance	t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
GCR GESTIÓN DE CUIDADO	Equal varianc assumed	1.003	.321	-.706	60	.483	-.0911	.12895
	Equal varianc not assumed			-.532	11.823	.605	-.0911	.17128
ACR ATENCIÓN DE CALIDAD	Equal varianc assumed	.058	.811	.432	66	.667	.0417	.09640
	Equal varianc not assumed			.420	15.628	.680	.0417	.09918

No hay diferencia según el nivel académico

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
GCR GESTIÓN DE CUIDADO	Between Groups	.235	2	.118	.752	.476
	Within Groups	8.754	56	.156		
	Total	8.989	58			
ACR ATENCIÓN DE CALIDAD	Between Groups	.011	2	.005	.056	.946
	Within Groups	5.937	62	.096		
	Total	5.948	64			

APÉNDICE C
AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL PARA
RECOLECCIÓN DE DATOS

16 de noviembre de 2009



**HOSPITAL DE ALTA ESPECIALIDAD
DR. "JUAN GRAHAM CASASUS"
DR. HUMBERTO AZUARA FORCELLEDO
DIRECTOR GENERAL**

**CON ATENCIÓN:
Dr. Lorenzo Pacheco Bautista
Sub Dirección de Enseñanza e Investigación**

DISTINGUIDO DOCTOR:

Me es grato saludarle, deseándole éxito y bendiciones en sus múltiples actividades.

El motivo de la presente es para solicitar la oportunidad de llevar a cabo una investigación con el personal de enfermería del hospital, a fin de apoyar mi tesis de grado de Maestría en Educación, que versa sobre la Relación que existe entre la Gestión del Cuidado y la Calidad de Atención de Enfermería, considero que su institución ha logrado un alto grado de desarrollo, en los últimos años, por lo que sería importante para otras instituciones y especialmente para las instituciones que nos dedicamos a la enseñanza de los recursos humanos de enfermería conocer de sus experiencias.

Agradezco de antemano su atención, y quedo en espera de su amable respuesta.

Atentamente,

**Lic. Elsa Ruth Escalante Reyes
Directora Escuela de Licenciatura en Enfermería**

APÉNDICE D
CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Fecha _____

Al firmar este documento doy mi consentimiento para que Elsa Ruth Escalante me aplique el cuestionario de calidad de atención como parte de la investigación requerida por la Universidad de Morelos, entiendo que:

1. Esta investigación proporcionará datos para conocer la percepción que tenemos los profesionales de enfermería acerca de la calidad de atención al paciente hospitalizado.
2. Los datos obtenidos serán utilizados solamente con fines científicos. El cuestionario incluirá preguntas sobre mi edad, sexo, nivel académico, área de trabajo, así como mi percepción del trabajo que realizo.
3. He sido elegido porque soy profesional de enfermería de base o eventual con más de un año de trabajo, del hospital de alta especialidad Dr. Juan Graham Casasús.
4. El cuestionario es parte de un requisito para obtener el grado de Maestría en Educación en el área administrativa.
5. Los datos solo se darán a conocer en forma general, y se mantendrá la confidencialidad de los mismos en todo momento.
6. Mi participación es estrictamente voluntaria, no recibiré sanciones o pérdida de algún beneficio si decido retirarme, lo cual puedo hacer en cualquier momento.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

FIRMA DEL INVESTIGADOR

LISTA DE REFERENCIAS

- Aranaz, J. M. (2002). *La calidad de los servicios sanitarios. Una propuesta general para los servicios clínicos*. Recuperado de internet el 20 de junio de 2010 de <http://neurologia.rediris.es/congreso-1/conferencias/asistencia-7.html>
www.sabino.itgo.com/servicios/htm
- Balderas Pedrero, M. (2004). *Administración de los servicios de enfermería* (4ª ed.). México: McGraw Hill.
- Castañeda, J., De la Torre, M., Morán, J. y Lara L. (2002). *Metodología de la investigación* (1ª ed.). México: McGraw Hill.
- Chávez, O. y Deming, E. (2001). El padre de la calidad moderna. *Calidad en salud*. Recuperado de <http://www.gerenciasalud.com/art261.htm>
- Donabedian, A. (1988). Veinte años de investigación en torno a la calidad de atención médica, 1964-1984. *Salud Pública de México*, (30)1, 202-215.
- Donabedian, A. (1994). *La calidad de la atención médica*. México: La Prensa Médica Mexicana.
- Drucker, P. (2001). *Lo esencial de Drucker*. Estados Unidos de América: Editorial Harper Collins.
- Florencia, G. (2009). *Diccionario ABC*. Recuperado de <http://www.definicionabc.com/general/gestion.php>
- Frenk, J. (2000). In memoriam. *Salud Pública Mexicana* (42)6, 556-55.
- García, A. Moreno, M., y Monroy, A. (2004). Cuidado de enfermería. *Avances en enfermería*. (22)1, 27-38.
- Hagei, J. (2008). *Percepción de pacientes y familiares sobre el cuidado que brinda el interno de enfermería de la UNMSM en los servicios generales del Hospital Nacional "Daniel Alcides Carrión"*. Perú: Universidad Nacional San Marcos.
- Ibarra, X. (2006). Aspectos cualitativos en la actividad gestora de los cuidados enfermeros. *Revista Cultura de los cuidados*, (20)6, 147-152.
- Kerouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A. y Mayor, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.

- Koontz, H. y Wehrich H. (1998). *Administración, una prospectiva global* (11ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Kramer, M., Shmalenberg, C. y Maguire, P. (2005). Aspectos esenciales del trabajo enfermero en los hospitales magnéticos. *Nursing*, (23)5, 14.
- Losada, M., Rodríguez, A. (2007). Calidad del servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. *Cuadernos de administración*, (20)34, 237-258.
- Marriner, A. (2001). *Guía de gestión y dirección de enfermería* (6ª ed.). España: Editorial Elsevier.
- Márquez, P. (2004). *Calidad de atención en servicios de salud*. Recuperado de <http://usuarios.lycos.es/enfermeriaperu/gesenfer/calidadtenserv/>.html
- Medichi (2009). *Gestión de calidad para la gestión del cuidado*. Recuperado de <http://www.medichi.cl>
- Meleis, A, y Price, M. (1988). Strategies and Conditions for Teaching Theoretical Nursing: An International Perspective. *Journal of Advanced Nursing*, (13)1,592-604.
- Mesquita, M., Pavlicich, V. y Benítez, S. (2008). *Percepción de la calidad de atención y accesibilidad de los consultorios pediátricos públicos en Asunción y Gran Asunción*. Recuperado de <http://scielo.iics.una.py/pdf/ped/v35n1/v35n1a03.pdf>
- Moliner, M. (2009) *Diccionario ABC de Sevilla*. Recuperado de <http://hemeroteca.abcdesevilla.es/nav/Navigate.exe/hemeroteca/Sevilla/abc.sevilla/2009/08/30/052.html>
- Morse, J. (1990). Concepts of caring as a concept. *Advances in Nursing Science*. 13, (1) 1-14.
- Mora, J. (1999). Transformación y gestión curricular. *En: Memorias Seminario Taller Evaluación y Gestión Curricular*. Antioquía: Universidad de Antioquía.
- Morfi, R. (2010). Gestión del cuidado en Enfermería. *Revista Cubana de enfermería*, (26)1-2.
- Otero, J. (2002). *Avedis Donabedian y la calidad de la atención de salud*. Recuperado de <http://www.gerenciasalud.com/art04.html>
- Ortega, C. y Suárez, M. (2006). Manual de Evaluación del servicio de calidad en enfermería. *Estrategias para su aplicación*. México: Panamericana.

- Palacios, D. (2008). Implicaciones éticas del uso de la técnica y la tecnología en la aplicación de cuidados. *Revista Cubana de enfermería*, (24)1, 1-8.
- Potter, P. y Perry, A. (2002). *Fundamentos de Enfermería* (5ª ed.). Barcelona: Océano.
- Ramírez, T., Nájera, P. y Nigenda, G. (1998). Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. *Revista Salud pública mexicana* (40), 3-12.
- Rapaport, J. (2000). *Diccionario de acción humanitaria y cooperación al desarrollo*. Recuperado de <http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/16>
- Real Academia Española. (2001). *Diccionario 22ª ed.* Madrid. Recuperado de <http://www.rae.es>
- Restrepo G. (2001). *El concepto y el alcance de la gestión tecnológica*. Recuperado de http://ingenieria.udea.edu.co/producciones/guillermo_r/concepto.html
- Román, C. (2006). La seguridad del paciente, una responsabilidad en el acto de cuidado. *Revista Cubana de enfermería*, (22)3, 38-44.
- Subsecretaría de Innovación y Calidad. (2006). *Programa de acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Fundamentos*. México: Secretaría de Salud.
- Vela, G. (2008). Una experiencia de enfermería hacia la mejora continua a nivel nacional. *Revista Conamed* (13)2.
- Watson, J. (1988). Nursing: Human Science and Human Care: A Theory of Nursing. *National League for Nursing*, 53-61.
- Zárate, R. (2004). La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index enfermería* (13), 44-45.
- Zárate, R. (2007). La seguridad del paciente un compromiso para la enfermería Universitaria. *Enfermería universitaria* (4)3, 42-46.
- Zeithaml, V., Berry, L., y Parasuraman, A.(1988). SERVQUAL: múltiple _ ítem escala para medir las percepciones de los clientes de calidad de servicio. *Diario de venta al por menor*, (64)1, 12-40.

RESUMEN AUTOBIOGRÁFICO

ELSA RUTH ESCALANTE REYES

Candidato para obtener el grado de Maestría en Educación con acentuación en
Administración Educativa

TESIS: RELACIÓN ENTRE GESTIÓN DE CUIDADO Y ATENCIÓN DE CALI-
DAD
PERCIBIDA POR LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA EN LOS
MÓDULOS DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL DE ALTA
ESPECIALIDAD DR. JUAN GRAHAM CASASÚS

Biografía:

Datos personales: nacida en San Salvador, El Salvador, el día 20 de marzo de 1952, hija de María Luisa Reyes Jovel y Miguel Ángel Escalante, con Nacionalidad Mexicana desde 2002.

Preparación académica: egresada de la Universidad Autónoma de Nuevo León de la carrera de Enfermera General en 1974. De la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Universidad de Morelos en 1998.

Experiencia Profesional: agosto de 1974 a noviembre de 1981 Jefe del departamento de Hemodiálisis del Hospital Santa María Chapalita, en Guadalajara, Jalisco. De 1993 al 2001 Supervisora de enfermería y Jefe de enfermeras en el Hospital del Sureste en Villahermosa, Tabasco. De 2002 a 2004 Jefe de piso en el hospital La Carlota en Morelos Nuevo León. De 2004 a 2007 docente en la escuela de enfermería de la Universidad Linda Vista. Desde 2007 a 2011, Directora de la Escuela de Enfermería de la Universidad Linda Vista.