



ESCUELA DE POSGRADO
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**Características de la gestión en los macro procesos
prestacionales y su relación con la calidad del cuidado de
enfermería. Hospital Regional Docente de Trujillo, 2017**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTOR:

Br. Espejo Avila, Lisbeth Yazmin

Br. Alva Rojas, María Ana

ASESORA:

Dra. Lora Loza Miryam Griselda

SECCIÓN:

Ciencias Médicas

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Gestión de los Servicios de Salud

PERÚ – 2018

Jurado de Tesis

Mg. Enma Pepita Verastegui Galvez
PRESIDENTE

Mg. Jorge Luis Díaz Agreda
SECRETARIA

Dra. Miryam Griselda Lora Loza
VOCAL

DEDICATORIA

A Dios:

Por tantas bendiciones, todo lo que he logrado en mi vida es gracias a que él siempre ha estado a mi lado, este logro es gracias a él.

A mi Madre:

Por estar siempre a mi lado alentándome a seguir superándome profesionalmente y porque cada día me apoyan incondicionalmente en la realización de mis objetivos.

Maria Avila Rodriguez

A mi Familia:

Por estar siempre a mi lado apoyándome y motivándome a culminar mis estudios de posgrado.

Espejo Ávila Lisbeth Yazmin

DEDICATORIA

A Dios:

*Por su amor incondicional y
guiarme por el buen camino
superando todas las dificultades:
“sin él no somos nada”*

A mi Madre:

*Por ser quienes con su apoyo
incondicional y su cariño
inmensurado me han impulsado a
cumplir todas mis metas*

A mis Hermanas:

*Por su apoyo y cariño en todos
los aspectos de mi vida.*

A mi Hija:

*Por su amor y comprensión
durante todos estos años
juntos compartiendo ilusiones,
metas y éxitos.*

Eva Margarita

Alva Rojas María Ana

AGRADECIMIENTO

A Dra. Miryam Lora

Por su apoyo incondicional, su valioso tiempo brindado y experiencia profesional compartida en las asesorías personalizadas para el desarrollo del presente trabajo de investigación.

A los docentes de Postgrado

Por sus enseñanzas y conocimientos brindados, que repercutieron en el trabajo de investigación.

A las enfermeras del Hospital Regional Docente de Trujillo

Por su tiempo y predisposición en responder la encuesta, lo que hizo posible el desarrollo del presente trabajo de investigación.

Espejo Ávila Lisbeth Yazmin

Alva Rojas María Ana

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Bachiller Alva Rojas, María Ana, estudiantes del Programa de Maestría en Gestión en los Servicios de Salud, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo - Trujillo, identificada con DNI 18826501 respectivamente con la tesis titulada: “Características de la gestión en los macro procesos prestacionales y su relación con la calidad del cuidado de enfermería. Hospital Regional Docente de Trujillo 2017”

Declaramos bajo juramento que:

1. La tesis es de autoría
2. Se ha tenido en cuenta las normas internacionales de citas y referencias en las fuentes consultadas, por lo que podemos reiterar que la tesis no ha sido copiada.
3. El presente trabajo de investigación no ha sido presentado anteriormente completa ni parcialmente para la obtención de algún grado académico.
4. Los datos presentados en los resultados son fidedignos, no han sido copiados ni adulterados, por tanto los resultados que se presentan en esta tesis constituye un aporte a la realidad investigada.
5. De encontrar uso de información sin el correcto registro de su fuente o autor, nos someteremos a las sanciones que el procedimiento disciplinario disponga.

Trujillo, Febrero 2018.



Br. Alva Rojas María Ana
DNI 18826501

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo, Bachiller Espejo Ávila, Lisbeth Yazmin, estudiantes del Programa de Maestría en Gestión en los Servicios de Salud, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo - Trujillo, identificadas con DNI 43482329 respectivamente con la tesis titulada: "Características de la gestión en los macro procesos prestacionales y su relación con la calidad del cuidado de enfermería. Hospital Regional Docente de Trujillo 2017"

Declaramos bajo juramento que:

1. La tesis es de autoría
2. Se ha tenido en cuenta las normas internacionales de citas y referencias en las fuentes consultadas, por lo que podemos reiterar que la tesis no ha sido copiada.
3. El presente trabajo de investigación no ha sido presentado anteriormente completa ni parcialmente para la obtención de algún grado académico.
4. Los datos presentados en los resultados son fidedignos, no han sido copiados ni adulterados, por tanto los resultados que se presentan en esta tesis constituye un aporte a la realidad investigada.
5. De encontrar uso de información sin el correcto registro de su fuente o autor, nos someteremos a las sanciones que el procedimiento disciplinario disponga.

Trujillo, Febrero 2018.



Br. Espejo Ávila Lisbeth Yazmin
DNI 43482329

PRESENTACIÓN

Señores Miembros del Jurado:

Cumpliendo con el Reglamento de grados y títulos de la Escuela de Posgrado de la Universidad César Vallejo, presentamos ante ustedes el presente trabajo de investigación titulado: “Características de la gestión en los macro procesos prestacionales y su relación con la calidad del cuidado de enfermería del Hospital Regional Docente de Trujillo 2017”, con la finalidad de obtener el grado de Académico de Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud.

La presente investigación se ha ajustado rigurosamente a las reglas impuestas por la metodología de investigación científica: Describe la problemática y el estado del arte del área temática, precisándose sobre las características de la gestión (Modelación, aplicación de técnicas para gestionar procesos y aplicación de técnicas para optimizar procesos) en relación con la calidad de cuidado de enfermería en los macro procesos prestacionales. Se hizo uso de Cuestionario Multidimensional de Gestión en Macro Procesos Prestacionales de Salud (CMGMPPS) y el Cuestionario de Calidad del Cuidado de Enfermería (CCCE) cuya adaptación alcanzaron valores Alfa de Crombach’s basada en elementos estandarizados de 0,946 y 0,909 respectivamente. La tesis continúa con la presentación y discusión de los resultados. Y, finalmente, se termina con las conclusiones más relevantes.

Por todo lo expuesto anteriormente señores miembros del jurado, esperamos recibir sus sugerencias y aportes para continuar mejorando nuestro trabajo de investigación, así como la comprensión ante errores involuntarios que sabremos corregir.

Atte.

ÍNDICE

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD.....	vi
PRESENTACION.....	viii
INDICE.....	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT.....	xii
I. INTRODUCCION.....	12
1.1 Realidad Problemática.....	12
1.2 Trabajos previos.....	15
1.3 Teorías relacionadas al tema.....	20
1.4 Formulación del problema.....	28
1.5 Justificación.....	28
1.6 Hipótesis.....	29
1.7 Objetivos.....	29
II. METODO.....	31
2.1 Tipo de Investigación.....	31
2.2 Diseño de la Investigación.....	31
2.3 Variables, Operacionalización.....	32
2.4 Población, muestra y muestreo.....	33
2.5 Criterios de inclusión.....	35
2.6 Métodos de Análisis de Datos.....	36
2.7 Técnicas e instrumento de recolección de datos.....	39
2.8 Aspectos Éticos.....	40
III. RESULTADOS.....	42
IV. DISCUSION.....	46
V. CONCLUSIONES.....	53
VI. RECOMENDACIONES.....	54
VII. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA.....	55
VIII. ANEXO.....	62

INDICE DE TABLAS

Tabla 1:	Operacionalización de variable.....	33
Tabla 2:	Distribución proporcional de la muestra por tipo de macro procesos Prestacionales.....	35
Tabla 3:	Ficha Técnica de validación y confiabilidad de Cuestionario Multidimensional de Gestión en Macro Procesos Prestacionales.....	37
Tabla 4:	Ficha Técnica de validación y confiabilidad de la Adaptación del Cuestionario de Calidad del Cuidado de Enfermería.....	39
Tabla 5:	Relación entre las características de la gestión en los macro procesos prestacionales con la calidad de cuidado de enfermería en enfermeros/as que laboran en el Hospital regional Docente de Trujillo 2017.....	43
Tabla 6:	Relación entre las características de la gestión en los macro procesos prestacionales con el uso de técnicas de cuidado de enfermería en enfermeros/as que laboran en el Hospital regional Docente de Trujillo 2017.....	44

RESUMEN

Con el objetivo de determinar la relación entre las características de la gestión en los macro procesos prestacionales con la calidad de cuidado de enfermería del Hospital Regional Docente de Trujillo 2017, se realizó una investigación descriptiva-correlacional, no experimental, donde se hizo uso el Cuestionario Multidimensional de Gestión en Macro Procesos Prestacionales de Salud (CMGMPPS) y el Cuestionario de Calidad del Cuidado de Enfermería (CCCE) cuyas adaptaciones alcanzaron valores Alfa de Crombach's basada en elementos estandarizados de 0,946 y 0,909 respectivamente. La población lo constituyeron 84 enfermeros/as, encontrándose que la calidad del cuidado de enfermería es Alta (96,4%) y sus dimensiones como el uso de técnicas de cuidado de enfermería es Alto (96,4%), el trato humano en las relaciones interpersonales es Alto (95,2%) el entorno del cuidado de enfermería es Alto (94,0%). Respecto a las características de la gestión estas son: la modelación de prestación de servicios que es Regular (60,7%), la aplicación de técnicas para gestionar procesos, que es Regular (46,4%) y la aplicación de técnicas para optimizar procesos, que es Mala (45,2%). Se concluye que no existe relación significativa ($p > 0,05$) entre las características de la gestión en los macro procesos prestacionales con la calidad de cuidado de enfermería del Hospital Regional Docente de Trujillo 2017.

Palabras claves: Características de la gestión y calidad de cuidado de enfermería

ABSTRACT

In order to determine the relationship between the characteristics of management with the quality of nursing care in the macro-processes of the Regional Teaching Hospital of Trujillo 2017, a descriptive-correlational, non-experimental research was carried out, where the use of the Multidimensional Survey of Management in Macro Prestational Health Processes (CMGMPPS) and the Quality Survey of Nursing Care (CCCE) whose adaptations reached Crombach's Alpha values based on standardized elements of 0.946 and 0.909 respectively. The population consisted of 84 nurses, finding that the quality of nursing care is high (96.4%) and its dimensions as the use of nursing care techniques is high (96.4%), the humane treatment in Interpersonal relationships are high (95.2%) the environment of nursing care is high (94.0%). Regarding the characteristics of management, these are: the modeling of service provision that is regular (60.7%), the application of techniques to manage processes, which is regular (46.4%) and the application of techniques to optimize processes, which is bad (45.2%). It is concluded that there is no significant relationship ($p > 0.05$) between the characteristics of management in the macro-processes with the quality of nursing care of the Regional Teaching Hospital of Trujillo 2017.

Key words: Characteristics of the management and quality of nursing care

I. INTRODUCCION:

1.1 Realidad Problemática:

A finales del 2011 la Organización Panamericana de Salud (OPS), señalaba que uno de los principales problemas de las instituciones hospitalarias en Latino América y el Caribe era que no presentaba una tendencia homogénea respecto de su papel en los sistemas de salud, que pocos eran los avances de la gestión hospitalaria y que, a pesar que todos sus esfuerzos ya habían sido orientados desde hace más de una década atrás hacia los procesos de acreditación, se visualizaba un futuro inmediato muy discutible por la poca profundidad que se había alcanzado en la gestión de los macros procesos y especialmente los prestacionales o proceso directamente implicados con la prestación de servicios en la atención ambulatoria, extramural, hospitalización, emergencias, atención quirúrgica y docencia. Estos procesos prestacionales estaban prácticamente desintegrados del manejo de los macro procesos gerenciales y de apoyo en las redes integrales de servicio de salud (OPS, 2001; 2010).

La preocupación de este organismo internacional era que en muy pocos países Colombia, México y Bolivia se podía observar con claridad la tendencia a implementar capacidades en las organizaciones hospitalarias, relativas a su integración, a través del establecimiento del modelo de gestión y atención. Pedía a los países latinoamericanos observar casos muy importantes de los hospitales de Chile, Costa Rica y Cuba que evidenciaban mayor avance en la integración del trabajo hospitalario a las redes integradas de servicio de salud (OPS, 2010).

Los macro procesos gerenciales, prestacionales y de apoyo en las instituciones hospitalarias se encontraban fuertemente fragmentados y segmentados, lo que dio paso a replantear las estrategias de la redes integradas de servicios de salud proponiendo modelos de reagrupación de

procesos centrados en la atención primaria de la salud con el objeto de que el usuario perciba que sus cuidados son coherentes con sus necesidades y continuos en el tiempo, que no permita quiebres en la cadena lógica de su requerimiento (OPS, 2010; MINSA, 2011).

Esta recomendación de la OPS a todos sus países afiliados permitió redefinir las políticas de salud concibiéndose estructuras hospitalarias que reagruparon los procesos de gestión (gerenciales), de prestación de servicios (atención) y de apoyo al interno de las instituciones. En otras palabras, los macro procesos hospitalarios se transformaron en agrupaciones de varios procesos en función del tipo de actividad y de su importancia. Sin embargo, las discrepancias en el ámbito de instrumentar medidas reales de coordinación y cooperación intra e inter institucional han puesto obstáculos difíciles de revertir, tomando en cuenta la realidad social, económica y política, que –dicho sea de paso- no contribuyen en lo absoluto a la sustentabilidad de dichos sistemas integrados de salud (OPS, 2011; MINSA, 2014).

Esto quedo claro para la OPS, sin embargo, el personal de salud y especialmente de enfermería, no dieron signos singulares de mejoras entorno a la calidad del cuidado de los pacientes, lo que genero un reto adicional al camino trazado para las estrategias de las redes integrales de servicios de salud basadas en la atención integral de la salud. No solo es ya el problema estructural de la forma como el estado a través de instituciones sostenía una de las estrategias rectoras para redes integrales de salud, sino que, se agregaban problemas derivados del enfoque de la gestión para la prestación de servicios de salud intrahospitalarios (gestión del recurso humano, de la formación profesional del personal asistencial y su forma de trabajar, además, de sus mecanismos de financiación y uso de tecnología).

En otras palabras, se observaron no solo problemas en la organización de los procesos, si no, en el carácter que presentaron las acciones simples interrelacionadas para lograr una actividad práctica para prestación de servicios de salud. De ahí que, resultara relevante el estudio de las características de la gestión en los macro procesos prestacionales (atención ambulatorio, atención extramural, atención de hospitalización, atención de emergencia, atención quirúrgica y docencia e investigación) y su efecto en la calidad del cuidado de enfermería (MINSA, 2011).

En el Perú, la gestión en salud se desarrolla de manera aislada y desarticulada. Por tanto, no han cambiado sustantivamente el desempeño global dentro del Estado. En este caso, Mellado (2007), postula la estrategia de consolidar y priorizar las intervenciones en atención integral priorizando la protección de la salud y limitar el surgimiento de las enfermedades, de los niños como parte de los lineamientos de política peruana. En este marco, el Ministerio de Salud, órgano rector del Sistema de Nacional de Salud por medio de la Dirección General de Salud de las Personas busca implementar la optimización de los procesos que permita satisfacer las necesidades de salud de la población. (MINSA, 2011).

En los Gobiernos Regionales y las GERESAS, al cumplir sus roles y funciones establecidos para lograr los objetivos sanitarios, se presentan problemas en los procesos claves, tales como: débil gestión interna debido al continuo cambio de los funcionarios por no cumplir con las competencias optimas en el desempeño de la gestión institucional, originando barreras en los servicios de salud, además de una carente participación ciudadana y social en la gestión pública y en la cuidado de su salud; propiciando el incremento de las brechas de insatisfacción y desconfianza de la población a recibir atención en los servicios del sector público, si es medido en términos de calidad.

El Hospital Regional Docente de Trujillo, referente de la prestación de servicios de salud en la región norte de nuestro país, no es ajeno a esta problemática latinoamericana y nacional. Es más, en el área de la calidad del cuidado de enfermería se ha podido observar desconocimiento de los procesos que se llevan a cabo, lo que estaría influyendo negativamente en la consecución de metas y objetivo de la institución, promoviendo la ocurrencia de errores o aumentando su probabilidad, la deficiencia de la gestión para el cuidado de enfermería, etc., con lo cual se abren permanentemente puertas al desconcierto e incumplimiento de metas y objetivos de la atención de salud.

Teniendo en cuenta que el Hospital Regional sigue un Plan Estratégico Institucional 2017 – 2021, teniendo como prioridad la misión de “Somos un hospital de categoría III - 1, que brinda atención especializada, para prevenir los riesgos, proteger del daño, recuperar la salud y rehabilitar las capacidades de los pacientes en condiciones de plena accesibilidad y de atención a la persona desde su concepción hasta su muerte natural: y forma especialistas médicos y profesionales de la salud en el campo clínico”.

Es más, la función hospitalaria, implica características diferentes en los macro procesos prestacionales de la atención de salud, sobre todo en cuanto a disposición, funcionamiento, competitividad, satisfacción, organización y evaluación. Todas estas características de acuerdo a la cultura las costumbres y leyes de la sociedad y comunidad, que en el caso del Hospital Regional Docente de Trujillo, deberían servir para proporcionar los elementos de intervención, gestión, rediseño y toma de decisiones apropiadas, orientas a la mejora de atención de los pacientes. Sin embargo, parte importante de los problemas en esta área están asociados a la gestión específica de los procesos prestacionales de la atención intrahospitalaria, atribuidos a la escasa articulación de las acciones o al

poco interés y compromiso de todas las unidades prestadoras de servicios de salud, ya que no existe una descentralización, coordinación y cooperación entre los gestores de la organización y los jefes de áreas y de las unidades prestadoras de servicios de salud (MINSA, 2011).

En este contexto, partes significativa de los servicios de atención de salud están bajo responsabilidad del profesional de enfermería. Se espera que estos profesionales no se vean amenazado por una lógica de eficiencia y de productividad que aleja a los profesionales de enfermera del paciente y sus familias, haciendo que su actuar este centrando en el diligenciamiento de los registros clínicos, en la facturación y en los costos de sus acciones con escasa sistematización del impacto del cuidado de enfermería (Consejería de salud de la junta de Andalucía, 2001).

Ha surgido una situación profesionalmente frágil, una falta de identidad profesional que impide el desarrollo de la autonomía y por ende de la gestión de los procesos que permita evaluar el cuidado no solo desde los proceso administrativos, sino desde el impacto de los cuidados en las condiciones de salud de individuos y colectivos. Por todo ello, requiere ser investigado desde todos los ángulos y puntos de vistas (MINSA, 2014).

1.2 Trabajos previos

No se han reportado resultados de estudios que analicen el efecto de las Características de la gestión en los Macro Procesos Prestacionales sobre la Calidad del Cuidado de Enfermería, sin embargo, ambas variables han sido estudiadas por separado en distintos contextos por lo que tomamos como referentes a estudios como el realizado por Peña, D. (España, 2016) que se propuso dar respuesta a cómo se deben realizar los cuidados que Enfermería durante el complejo manejo del paciente crítico que precisa Ventilación Mecánica No Invasiva. Se analizaron cinco casos que mostraron la necesidad de mejorar el confort de los usuarios y favorecer la limpieza de

la vía aérea, el intercambio gaseoso y mejorar el patrón respiratorio. Se concluye que está demostrada la necesidad de cambio en las actividades en dos de las intervenciones descritas en la clasificación normalizada de Enfermería –NIC-: “Manejo de la Ventilación Mecánica: prevención de la Neumonía” y “Manejo de la Ventilación Mecánica: No Invasiva”. Además, se determina la necesidad de desarrollar e incluir a la NIC: “Administración de medicación: aerosolterapia durante la ventilación mecánica no invasiva: inhalatoria” en los cinco casos (Peña, 2016).

Por su parte Gómez, J. (España, 2015) su objetivo fue demostrar la necesidad de la integración del arte en los Cuidados Enfermeros, para fomentar el crecimiento individual y alcanzar una mejora en los resultados de las principales actividades relacionadas con la salud, complementado los tratamientos de diversas patologías o situaciones. La investigación documental y bibliográfica giró en torno al estudio de la vida y obra de destacados artistas de todos los tiempos, centrándose principalmente en pintores. En la mayoría de los artistas estudiados se encuentran evidencias suficientes de la reciproca causalidad entre enfermedad y arte, así como señales de una mutua retroalimentación entre ambos. Se concluye que los profesionales de enfermería pueden y deben utilizar el estímulo del arte, buscando la eficiencia en el manejo de situaciones de salud a través del control de las respuestas que generan los estímulos en las diferentes formas de arte, entendiendo que el cuidado enfermero requiere de un acercamiento o una aproximación entre el fenómeno artístico y la disciplina enfermera en beneficio de la salud, del bienestar y de la calidad de vida de los pacientes y de las personas en general (Gómez, 2015).

También se tiene el trabajo de Santana J., et al. (Brasil, 2014), cuyo objetivo fue evaluar la calidad de los cuidados de enfermería, la satisfacción del paciente y la correlación entre ambos. El estudio descriptivo correlacional de corte trasversal involucró 275 pacientes internados en un hospital de

enseñanza de la región Centro-Oeste de Brasil. Los datos fueron recolectados mediante la aplicación simultánea de tres instrumentos obteniéndose que de los cuidados de enfermería evaluados, solamente dos fueron considerados seguros - higiene y confort físico; nutrición e hidratación – y los demás clasificados como pobres. Sin embargo, los pacientes se mostraron satisfechos con los cuidados recibidos en los dominios evaluados: técnico-profesional, confianza y educacional. Eso puede ser justificado por la correlación débil a moderada observada entre esas variables. (Santana, et al., 2014)

Así mismo, Ibarrola y Col. (España, 2011), cuyos objetivos fueron: 1) Evaluar la satisfacción de los pacientes y la percepción del personal de enfermería con los cuidados administrados; 2) Comparar la percepción de los pacientes y del personal; 3) Identificar áreas de mejora. El estudio descriptivo comparativo involucró a 133 pacientes (95,52%), 16 enfermeras (73%) y 6 de auxiliares (70%). La puntuación media de la valoración global de la satisfacción de los pacientes ha sido 9,24, de las enfermeras 8,50 y de las auxiliares 8,16. Por dimensiones, el trato ha sido la dimensión mejor valorada, con una media de 3,91 por el paciente, 3,75 por las enfermeras y, 3,61 por las auxiliares. Existe discordancia entre pacientes y enfermeras en la identificación de la enfermera responsable de su atención. La información al alta ha sido el aspecto peor valorado por enfermeras (Ibarrola y Col., 2011).

En el artículo científico de García M. (Colombia, 2010), el objetivo principal fue presentar una agrupación de macroprocesos que tienen como fin alcanzar los objetivos en áreas específicas, como obtener, formar, retribuir, desarrollar y motivar el personal, y potencializar la organización para que se entienda que los procesos no son aislados, pues su desarrollo y coordinación con la estrategia Organización es de gran importancia. La investigación bibliográfica y documental presenta una revisión teórica de los

diferentes autores y un análisis de cómo se han realizado agrupaciones de procesos por ejes temáticos, por factores que se relacionan entre sí, o conforme al proceso administrativo (planear, dirigir, organizar y controlar). La autora presenta lo que ha denominado macroproceso; considera que la agrupación debe tener un fin u objetivo y debe existir una interrelación entre los procesos que permitan el logro de los objetivos de la organización, identificando 5 de ellos: Organización y Planificación del Área de Gestión Humana; Incorporación y Adaptación de las Personas a la Organización; Compensación, Bienestar y Salud de las Personas; Desarrollo del Personal; y Relaciones con el Empleado. Finalmente, se concluye con el aporte a nuevos caminos para la práctica y la teoría de la gestión humana (García, 2010).

Por su parte, Rodríguez C. (Perú, 2015), se propuso determinar Satisfacción de Padres de Pacientes Post Operados relacionado al Cuidado de enfermero (a) en la Unidad de Recuperación Post Anestésica del Instituto Nacional de Salud del Niño, Lima 2013. La investigación descriptiva correlacional de corte transversal involucró a 73 padres de pacientes post operados, a quienes se aplicaron los dos instrumentos: Escala del cuidado de enfermería y el cuestionario sobre satisfacción de los padres de los pacientes. Concluyendo que menos de la mitad de los padres refieren que el cuidado de enfermería que brindan las enfermeras es de cuidado alto, seguido de un poco menos de la mitad de los padres de los pacientes post quirúrgicos refieren que el cuidado de enfermería es de nivel medio. En relación a la Satisfacción de los padres de los pacientes, se observa que en su mayoría los padres de los pacientes post operados consideran estar satisfechos en un nivel alto y en menor porcentaje presentan una satisfacción baja. Existe relación estadísticamente significativa entre las variables cuidado de enfermería y la satisfacción de los padres de los pacientes post operados aplicando la prueba estadística Chi cuadrado con el 95% de confiabilidad y significancia de $p < 0,05$. (Rodríguez, 2014)

En la investigación de Monchon, & Montoya (Perú, 2013), su objetivo fue identificar el Nivel de calidad del cuidado de enfermero desde la percepción del usuario en el servicio de emergencia del Hospital III Essalud de Chiclayo. La investigación descriptiva, involucró a 252 usuarios encontrándose que existe cada vez mayor deshumanización en los profesionales de la salud, situación que marca cambios en el trato humano y enfoque holístico, constituyéndose base para el cuidado de enfermería con calidez. El cuidado de enfermería requiere de lineamientos estructurales y de procesos para garantizar su calidad. (Monchon, P. & Montoya, Y. 2013)

1.3 Teorías Relacionadas al Tema:

1.3.1 Características de la gestión en los macro procesos prestacionales de salud

La Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021, aprobado por Decreto Supremo 006-2013 establece que la “Gestión por procesos, simplificación administrativa y organización institucional” es uno de sus Pilares centrales del modelo de gestión pública y en enero del 2014 se emprendió el proceso de diseño organizacional del Ministerio de Salud, en el marco del Decreto Legislativo 1161, que aprueba la Ley de Organización y Funciones del MINSA bajo un modelo de rectoría (MINSA, 2014).

En este modelo, los macro procesos prestacionales en salud son definidos como la identificación distintiva de los procesos operativos implicados directamente en la reagrupación de seis procesos implicados directamente con la prestación de los servicios de salud: Atención ambulatoria, atención extramural, atención de hospitalización, atención de emergencia, atención quirúrgica y docencia e investigación (MINSA, 2014). Esta reagrupación se caracteriza según (García, 2010) de acuerdo a su grado de acercamiento al

uso de tres técnicas para modelar, gestionar y optimizar los procesos: La modelación de los procesos, además de centrar y priorizar la oportunidad de mejora, rediseño y comparación, visualiza a la institución como cadena de actividades interrelacionadas que existen para cumplir un fin: prestación de servicio de calidad y con rostro humano. La aplicación de la técnicas de modelación cortan horizontalmente las áreas funcionales tradicionales y exigen un diseño que asegure un funcionamiento coordinado y eficiente del conjunto de actividades que las compone (Malagón, 2010). Por ello, se les asocia a la forma como el profesional de enfermería:

- Busca reducir la variación y/o repetición innecesaria de las actividades.
- Si se le facilita la coordinación y apoyan la realización de actividades en los servicios
- Si la organización en la prestación de servicios es un sistema interrelacionado orientado a incrementar la satisfacción al cliente.
- Si trata de eliminar las ineficiencias asociadas al consumo inapropiado de recursos.
- Si busca siempre hacer fluir los documentos
- Si el personal de los servicios está sensibilizado con los procesos de gestión y la dirección está comprometida con la gestión de dichos procesos.

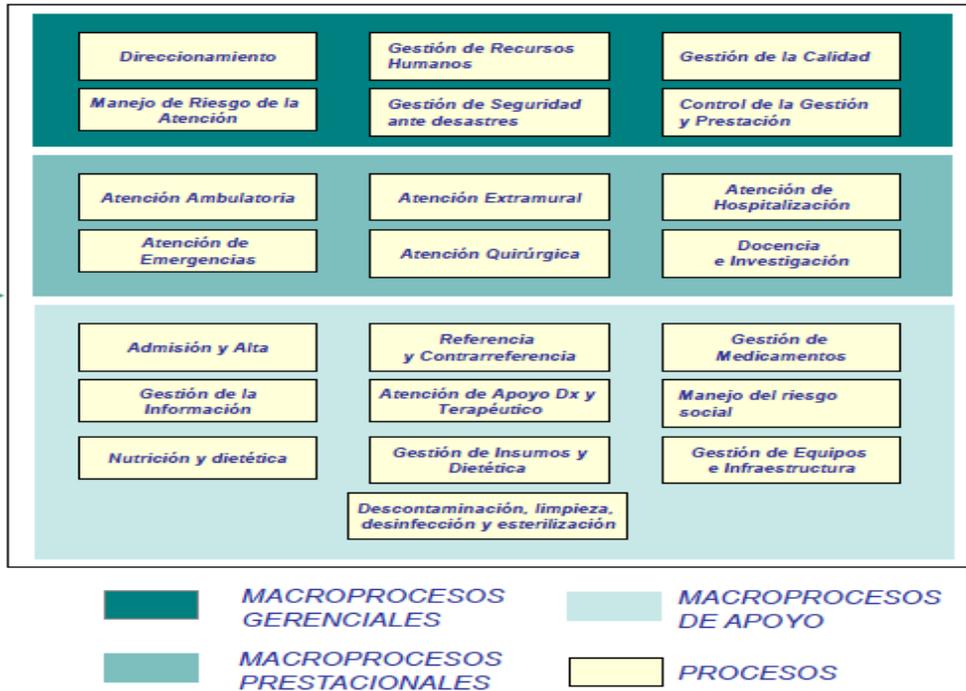
La gestión de los procesos de prestación de servicios de salud tiene por objetivo aumentar la productividad, considerando la eficiencia y la agregación de valor para el usuario o paciente. Desde este punto de vista una institución con los procesos bien gestionados reflejan las siguientes prácticas: considera en primer lugar al usuario, tiene clara su finalidad institucional, busca satisfacer las necesidades del personal de salud. Además, posee participantes sensibilizados con los procesos y la dirección está comprometida con la gestión con los procesos (Bravo, 2011). Por ello, se le asocia a la forma como el profesional de enfermería:

- Se gestionan oportunamente las actividades y recursos
- Se adoptan las herramientas y metodologías que permiten configurar su Sistema de Gestión
- Busca operar de manera eficaz para aumentar la productividad
- Permite contribuir o llevar a la organización hacia la obtención de los resultados deseados
- Si la prioridad de la gestión siempre es el usuario de los servicios
- Si existe claridad respecto de la finalidad institucional
- Si se busca satisfacer las necesidades de los usuarios internos

Por último, la gestión de los procesos de prestación de servicio de salud es la piedra angular de la gestión y orientación del quehacer de la institución en perspectiva hacia la calidad dentro del criterio de la UNE-EN ISO 901 (2008) como del modelo EFQM de excelencia (fundación europea para la calidad del servicio). Su implantación puede ayudar a una mejora significativa en todos los ámbitos de gestión de los macros procesos prestacionales en las instituciones de salud. Algunos autores como (Barros, 2004; Arriola, 2008) señalan que este es el primer paso para satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios “pacientes”. Por ello, se le asocia a la forma como el profesional de enfermería:

- Ejerce control continuo sobre los procesos dentro del sistema de prestación de servicios
- Se pueden conocer los resultados de los controles y evaluaciones de los procesos
- Se pueden conocer cómo los resultados de la prestación de servicios contribuyen al logro de los objetivos generales de la institución
- Se centran y priorizan las oportunidades de mejora de la prestación de los servicios
- Se puede decir que las actividades están bien organizadas como cadenas interrelacionadas para brindar una atención de calidad

- El funcionamiento del servicio es coordinado y eficiente al ejecutar el conjunto de actividades que se realizan.
- Se busca siempre solucionar problemas de diversa complejidad y despejar las incertidumbres



Fuente: MINSA, 2014)

Busca solucionar problemas, y sobre todo viabilizar soluciones en contextos de creciente complejidad. Algunos autores (Lemus, Aragues y Lucioni, 2009) identifican a estas característica de los macro procesos prestacionales como el grado de levantamiento de procesos que facilitan, a su vez, el grado de aprendizaje y enfoque global e integral de las instituciones, por que proporciona los elementos para intervenir, gestionar, rediseñar y tomar decisiones apropiadas (Pérez, 2010).

Parte importante del desarrollo de este enfoque se debe a la experiencia de la acreditación hospitalaria y de la visión sistémica para incorporar las características de la gestión en los macro procesos en el personal y

consecuentemente a nivel institucional. También se persigue que a partir de una serie de operaciones, haciendo uso de instrumentos y componentes para la prestación de servicios en salud, el producto final o resultado de la atención, sea claro y preciso (Barros, 2004), se reduzca la variabilidad innecesaria que aparece habitualmente cuando se produce o se prestan determinados servicios, así como tratar de eliminar las ineficiencias asociadas a la repetitividad de las acciones y al consumo inapropiado de recursos, etc. Es decir, éstas características de los macro procesos prestacionales definen a la organización como un sistema interrelacionado de procesos que contribuyen conjuntamente a incrementar la satisfacción del usuario (Pérez, 2010).

En estos macro procesos prestacionales las instituciones hospitalarias gestionan actividades y recursos que derivan en la necesidad de adoptar herramientas metodológicas que permitan configurar un sistema de gestión, de ahí que se percibe a la organización como un sistema interrelacionado de procesos para operar de manera eficaz. La identificación y gestión sistemática de los procesos se realizan bajo diferentes enfoques generalmente, el enfoque que se usa es el de ejercer un control continuo sobre los procesos dentro del sistema de modelación de los procesos de prestación de servicio de salud, con los cuales se pueden conocer los resultados y como estos resultados contribuyen al logro de los objetivos de la institución (Arriola, 2008).

La recomendación para el manejo de las características de los macro procesos prestacionales es que se deba contar con un mapa de procesos en el que se incluya una cartera de servicios identificando los procesos claves, en función preferentemente de su impacto sobre los resultados de la institución, en términos de calidad satisfacción de usuarios, satisfacción laboral, minimización de costes y máxima efectividad (Lemus, Aragues y Lucioni, 2009).

1.3.2 La calidad del cuidado de enfermería en los macro procesos prestacionales.

La evaluación de la calidad de los cuidados de enfermería surge con Florence Nightingale, alrededor de 1850, con el seguimiento de la mortalidad en los hospitales británicos y la implementación de condiciones higiénicas que en seis meses disminuyó la mortalidad de un 40% a un 2%. En la década de los cincuenta del siglo pasado comenzaron a aparecer en Norteamérica los primeros organismos destinados a evaluar la calidad de los servicios sanitarios, El Peer Review o la Joint Commission on Accreditation of Hospitals, tratan por un lado de evaluar el ejercicio de la medicina, y por otro lado, de establecer normas mínimas de calidad en los centros hospitalarios (Gómez, D. 2015)

La calidad del cuidado de enfermería entendiéndose como el Conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, logrando, un resultado con el mínimo riesgo de efectos, y la máxima satisfacción del paciente (OMS, 2015)

Sin embargo, evaluar hoy la calidad del cuidado de enfermería corresponde a una de las formas de evaluar la calidad asistencial en los hospitales y se fundamenta en la evaluación de los aspectos técnicos, de la dimensión humana de la prestación de servicios (relaciones interpersonales) y de la evaluación del entorno de la atención (satisfacción España 3). Dentro de estas dimensiones se toman en cuenta las autoreferencias y percepciones de los mismos profesionales y de los propios pacientes o usuarios. Tomando en cuenta la perspectivas de los profesionales, esta evaluación (en esta caso de enfermería) trasciende de la auto referencia que estos tengan sobre su accionar en los procesos de atención sanitarios, por eso

es que, se habla que no evalúan la calidad de los servicios en general, sino, la calidad de los cuidados sanitarios que se prestan (OPS, 2007a; 2007b).

El fundamento parte de señalar que todas las acciones del quehacer enfermero deben ir dirigidas a la satisfacción de las necesidades del paciente (nuestra razón de ser), necesidades biológicas, sociales, espirituales, emocionales y psíquicas. “La enfermería tiene conciencia de su responsabilidad ante la calidad del cuidado que presta al paciente, a la institución, a la ética, a las leyes y a las normas de la profesión, y también de la contribución de su desempeño en la evaluación del cuidado y satisfacción de los pacientes. En este sentido, oír lo que los pacientes tienen para relatar sobre el cuidado que le es prestado y sobre su satisfacción puede ser una oportunidad de construcción de un indicador de resultado, que indica a los gestores algunos caminos decisorios de transformaciones e innovaciones. Cambios en el contexto mundial han hecho con que los pacientes y sus familiares exijan un comprometimiento renovado con la mejora de la calidad en organizaciones prestadoras de servicios de salud, estimulados por la preocupación con la seguridad del paciente” (OPS, 2007c)

Cuando un ciudadano presenta un problema relacionado con su salud, se acerca al sistema de salud con pretensión de resolverlo. La enfermedad o sus síntomas o el malestar no conocen de niveles asistenciales ni de servicios o especialidades, ni tampoco de los funcionamientos generales de los establecimientos de salud (administración, información, servicios generales en conjunto). (Ayuso, D & Grande, R. 2006). Es decir, el Cuidar se relaciona con los requerimientos del cuidado que tienen las personas y su entorno, cuando no tienen conocimiento, voluntad o capacidad por sí mismas para mantener su salud en el contexto de la vida productiva y social. Dentro de este nuevo escenario el profesional de enfermería busca a

través de una visión integral del servicio conocer los objetivos del mismo y de los cuidados a prestar (Mompert, M. 2003).

Muchas teoristas han fundamentado el quehacer de enfermería en el cuidado del paciente, por ejemplo: Dorotea Orem que en su teoría del Déficit de Autocuidado; Jean Watson y su teoría Filosofía y Ciencia del Cuidado Transpersonal; Madeleine Leininger y su teoría Cuidados Culturales: Teoría de la diversidad y universalidad y; Swanson y Danuta, (2004) que nos propone la Teoría de los Cuidados (Rodríguez y Valenzuela, 2012).

Kristen Swanson, singularmente concibe a la Enfermería como el fin de promover el bienestar viendo a los seres humanos en sus problemas reales y potenciales para intervenir y servir, con fin de brindar un cuidado excelente con visión de la persona en forma holística. Enfermería no está enfocada tanto en la mejoría de la enfermedad, en sí, sino en alcanzar, mantener o recobrar el óptimo el nivel de vida o bienestar que ellos eligen dado su personalidad, demandas ambientales, coacciones y recursos. Lo que esto realmente reclama es que las prácticas terapéuticas de enfermería son basadas en conocimiento de enfermería, ciencias relacionadas, y en humanidad (Marriner y Raile, 2008; Rodríguez y Valenzuela, 2012)

Swanson sugiere que las enfermeras deben reconocer la influencia interna (parte mental, el bienestar espiritual y incorporar creencias socioculturales) y el ambiente exterior (la actitudes de la sociedad, la expectativa culturales, las doctrinas religiosas, clima político, las leyes, las políticas sociales y economía) que influyen el estado de salud de las personas. Dorotea Orem: distingue 3 roles que puede desarrollar la enfermera: Rol de empleado (se limita a cumplir las normas); rol Profesional (se compromete con su responsabilidad profesional en la búsqueda de una mejora en la calidad técnica, científica y humana de la atención de enfermería); rol

científico (se compromete, a través de la investigación, a refrendar la atención de enfermería, con el contexto teórico que delimita la naturaleza de los cuidados enfermeros (Marriner y Raile, 2008; Rodríguez y Valenzuela, 2012).

En todos ellos la función de continuidad de los cuidados es un factor que coloca a la enfermera de forma privilegiada para determinar estándares de calidad de sus cuidados profesionales. Sin embargo, muchos son los instrumentos que sean utilizados para medir la calidad del cuidado de enfermería, cada uno considerado más importante que otro, y, todos ellos evaluando partes o aspectos distintos de la calidad de los cuidados de enfermería. Su abordaje lo han adecuado de acuerdo al significado de la satisfacción del usuario o a la forma como interpretan sus datos (Rhodes, Miles, Pearson, 2014; Blanco et al, 2010; Lopes y col 2009; Alhusban y Abaulrub, 2009).

Al respecto (Chow et al., 2009, y Sierra, et al, 2009), recomiendan la elaboración de instrumentos adecuados a las realidades y competencias que se evalúan bajo las tres dimensión (evaluación de los aspectos técnicos, de la dimensión humana de la prestación de servicios y de la evaluación del entorno de la atención) y señala, de esta manera se pueden manejar adecuadamente los procesos de evaluación de los cuidados de enfermería, en la medida, por su puesto, que representan a los cuidados sanitarios en general.

En esta investigación, se asume que la evaluación de la calidad de los cuidados de enfermería facilita y orientan el trabajo profesional de la enfermera y nos impulsa a desarrollar la Micro Gestión impulsando la utilización de los recursos de una forma adecuada, para mejorar la atención de los pacientes. Estos significa prevención de complicaciones, el diagnóstico, el tratamiento y recuperación de las mismas organizando

unidades asistenciales mediante el acuerdo responsable de los profesionales en la obtención de objetivos (OMS, 2015).

1.4 Formulación del Problema de Investigación

¿Cuál es la relación entre las características de la gestión en los macro procesos prestacionales con la calidad del cuidado de enfermería del Hospital Regional Docente de Trujillo 2017?

1.5 Justificación

En términos teóricos la investigación abordará un área temática poco explorada y desarrollada dentro de la implementación de la política de Modernización de la Gestión Pública en Salud. Su objeto es comprender sus implicancias dentro de los procesos de transformación de los enfoques de la gestión en salud pública y de las prácticas de gestión en la implementación de los macro procesos prestacionales en salud (Atención ambulatoria, extramural, hospitalización, atención de emergencias, quirúrgicas y de docencia e investigación).

En términos prácticos, la investigación buscará determinar la relación de las características de la gestión en los macro procesos prestacionales con la calidad del cuidado de enfermería de un hospital de mucha importancia en el norte de nuestro país como es el Hospital Regional Docente de Trujillo. Esto permitirá entre otras, conocer la medida en que el personal de enfermería actúa al resolver problemas empíricos y desarrollar su trabajo en los cuidados que realizan en forma rutinaria, valorando las actividades que se desglosan de acuerdo a los tipos de macro procesos prestacionales en que se dan.

Socialmente la investigación contribuirá a describir los cambios en los macro procesos prestacionales en salud por acción de la gestión sobre la calidad de los cuidados de enfermería con lo que se podrá generar criterios

de valor para establecer y/o mejorar las estrategias de prestación de servicios en los macro procesos prestacionales de salud. El objeto es la sensibilización Social sobre el papel de la enfermera en la gestión en los procesos prestacionales de salud y cuidado del usuario.

Además, contar con la gestión de los macro procesos prestacionales enmarcados en los cuidados de enfermería, constituye un aporte investigativo, desde una perspectiva metodológica, para el desarrollo de la docencia universitaria.

1.6 Hipótesis

Ha: Las características de la gestión en los macro procesos prestacionales se relacionan significativamente con la calidad de cuidado de enfermería del Hospital Regional Docente de Trujillo, 2017

Ho: Las características de la gestión en los macro procesos prestacionales no se relacionan significativamente con la calidad de cuidado de enfermería del Hospital Regional Docente de Trujillo, 2017

1.7 Objetivos

1.7.1 Objetivo General

Determinar la relación entre las características de la gestión en los macro procesos prestacionales con la calidad de cuidado de enfermería del Hospital Regional Docente de Trujillo, 2017.

1.7.2 Objetivos Específicos

- Determinar la relación de las características de la gestión en los macro procesos prestacionales con la calidad de cuidado de enfermería del Hospital Regional Docente de Trujillo 2017.

- Determinar la relación entre las características de la gestión en los macro procesos prestacionales con el uso de técnicas de cuidado de enfermería del Hospital Regional Docente de Trujillo 2017.

- Determinar la relación entre las características de la gestión en los macro procesos prestacionales con el trato humano en las relaciones interpersonales de enfermeros/as del Hospital Regional Docente de Trujillo 2017.

- Determinar la relación entre las características de la gestión en los macro procesos prestacionales con las condiciones del entorno del cuidado de enfermería del Hospital Regional Docente de Trujillo 2017.

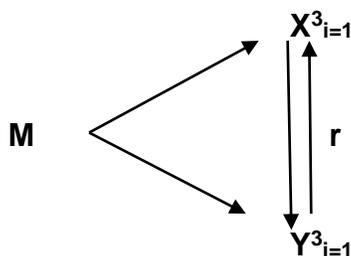
II. METODOLOGÍA

2.1 Tipo de Estudio

Descriptivo correlacional de causa - efecto. (Hernández, Fernández y Baptista, 2012). Este tipo de estudio permite la descripción de las relaciones causales entre las características de la gestión en los macro procesos prestacionales sobre las dimensiones de calidad del cuidado de enfermería. El objeto es observar y describir cómo son y cómo se manifiestan estas relaciones para determinar su grado de correlación dentro del problema en estudio.

2.2 Diseño de la Investigación

Descriptivo correlacional de causa – efecto de diseño transversal. Los datos se recogerán en un solo momento, no generalizando ni aplicándolos a situaciones futuras y a otras áreas. (Hernández, Fernández y Baptista, 2012)



Dónde:

M: Representa la muestra considerada para el estudio

X: Representa la variable: Características de la Gestión en los macro procesos prestacionales

Y: Representa la variable: Calidad del cuidado de enfermería

X³: Representa la variable: Características de la Gestión según sus dimensiones (modelación, uso de técnicas y optimización de procesos) en los macro procesos prestacionales.

Y³: Representa la variable: Calidad del cuidado de enfermería y sus dimensiones (técnica, relaciones humanas-interpersonales y entorno)

2.3 Variables:

2.3.1 Identificación de Variables

Variable I: Características de la Gestión en los Macro procesos Prestacionales.

Variable II: Calidad del cuidado de enfermería

2.4 Operacionalización de Variables

Tabla 1: Operacionalización de variables

Variables	D. conceptual	D. Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala
Características de la gestión en los Macro Procesos Prestacionales	Identificación distintiva de la gestión de los procesos operativos implicados directamente con la prestación del servicio en la atención ambulatoria, extramural, de hospitalización, emergencias, atención quirúrgica y docencia (MINSA, 2014).	Tipo de características identificadas respecto a la modelación de la prestación de los servicios, la aplicación de técnicas para gestionar los procesos y aplicación de técnicas para optimizar los procesos al responder el cuestionario de autorreferencia (CMGMPPS) (MINSA, 2014).	Modelación de la prestación de servicios	<ul style="list-style-type: none"> - Variación - Coordinación - Organización - Ineficiencias - Fluidez - Sensibilidad 	Intervalos Buena (23-30 pts) Regular (15-22 pts) Mala (6-14 pts)
			Aplicación de técnicas para la gestión de procesos	<ul style="list-style-type: none"> - Gestión oportuna - Adopción de herramientas - productividad - Resultados - Prioridad - Finalidad - Satisfacción de usuarios 	Intervalos Buena (27-35 pts) Regular (18-26 pts) Mala (7-17 pts)
			Aplicación de técnicas para optimizar los procesos	<ul style="list-style-type: none"> - Control - Conocimientos - Logros - Oportunidades - Organización - Funcionamiento - Soluciones 	Intervalos Buena (27-35 pts) Regular (18-26 pts) Mala (7-17 pts)
Calidad del cuidado de enfermería	Conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, logrando, un resultado con el mínimo riesgo de efectos, y la máxima satisfacción del paciente (OMS, 2015)	Respuesta a Cuestionario estructurado sobre el cuidado de enfermería y relativo al uso de técnicas, relaciones humanas (interpersonales) y las condiciones del entorno (Lee y Yom, 2007)	Uso de Técnicas	<ul style="list-style-type: none"> - Desempeño y habilidades - Ejecución de procedimientos - Acude a llamado - Predisposición - Cumplimiento - Continuidad 	Intervalos Alta (23-30 pts) Media (15-20 pts) Baja (6-14 pts)
			Trato humano en las relaciones interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> - Comunicación - Claridad y sencillez - Trato - Gestos - Saludo - Respeto 	Intervalos Alta (23-30 pts) Media (15-22 pts) Baja (6-14 pts)
			Condiciones del Entorno	<ul style="list-style-type: none"> - Confort - Descanso de pacientes - Privacidad - Autocuidado - Mobiliario y equipamiento - Facilidades 	Intervalos Alta (23-30 pts) Media (15-22 pts) Baja (6-14 pts)

2.5 Población, muestra y muestreo

2.5.1 Población

La población para el presente trabajo de investigación estará conformada por 213 enfermeras asistenciales que laboran en el HRDT.

2.5.2 Muestra

Lo constituirán 84 enfermeros/as que laboran en las diversas áreas del Hospital Regional Docente de Trujillo.

2.5.3 Muestreo

Para obtener el tamaño de la muestra en la presente investigación se utilizó un muestreo aleatorio simple y estratificado por el tipo de servicio en que labora el profesional de enfermería. El primer procedimiento se sigue aplicando la siguiente fórmula probabilística para población conocida:

$$n = \frac{N * Z * p * q}{E * (N - 1) + z * p * q}$$

Donde:}

n = Tamaño de la muestra.

Z = 1,96 Distribución Normal Estándar (para 95% de margen de confiabilidad)

p = 0,9 probabilidad de los casos de la calidad del cuidado de enfermería sea buena}

q = 1= 0,9 probabilidad de los casos de la calidad del cuidado de enfermería no sea buena.

E = 0,05, error de estimación de la medida de la muestra respecto a la población

N = 213 profesionales de enfermería (población real)

$$n = \frac{(213) * (1.96) * (0.9)*(1-0.9)}{(0.05) + (213 - 1) + (1.96) * (0.9) *(1- 0.9)}$$

$$n = \frac{73.643472}{0.875744}$$

$$n = 84.09246537801001$$

n = 84

El segundo procedimiento:

Tabla 2: Distribución proporcional de la muestra por tipo de macro procesos prestacionales

Macro proceso prestacionales	n
Atención ambulatoria	14
Atención extramural	14
Hospitalización	14
Emergencias	14
Atención quirúrgica	14
Docencia e investigación	14
Total	84

2.5.4 Criterios de selección

2.5.4.1 Criterios de inclusión

- Ser personal nombrado o contratado con más de un año de servicio.
- Participa del estudio de manera voluntaria.

2.5.4.2 Criterios de exclusión

- Tener alguna discapacidad físicamente para responder el cuestionario del estudio al momento del estudio.
- Estar de vacaciones, licencia y/o no encontrarse en su puesto de trabajo en el momento de ejecución del cuestionario del estudio.

2.5.5 Unidad de análisis

- Lo constituirán 84 enfermeros/as que participan en el proyecto de investigación del Hospital Regional Docente de Trujillo que responden a los criterios de inclusión.

2.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

2.6.1 Técnica de recolección de datos

Se aplicó una encuesta, que tuvo la finalidad de recolectar los datos, mediante la encuesta a las enfermeras de los servicios del Hospital Regional Docente de Trujillo.

2.6.2 Instrumento

En la presente investigación se utilizará dos instrumentos:

- El Cuestionario Multidimensional de Gestión en Macro Procesos Prestacionales de Salud (CMGMPPS). El cuestionario fue elaborada por las autoras del presente estudio en base a los planteamientos de la Directiva Administrativa N°182-MINSA/DGSP V.01, para el Monitoreo de la gestión en

Establecimientos de Salud del I, II, y III nivel de atención, aprobada por resolución Ministerial 592-2011/MINSA. El Cuestionario consta de 20 ítems distribuidos en 3 dimensiones: 6 sobre la Modelación de la prestación de los servicios, 7 ítems sobre la aplicación de técnicas para gestionar procesos y 7 ítems sobre la aplicación de técnicas para optimizar procesos.

- El Cuestionario multidimensional sobre la Calidad del Cuidado de Enfermería (CMCCE) de Lee y Yom, 2007 adaptado para el presente estudio por las autoras. El cuestionario consta de 18 ítems distribuidos en tres dimensiones: Uso de técnicas de cuidado de enfermería con 6 ítems; Trato humano-relaciones interpersonales, con 6 ítems y; sobre las condiciones del entorno, con 6 ítems.

2.6.3 Validación y confiabilidad del instrumento.

Tabla 3 Ficha técnica de validación y confiabilidad de Cuestionario Multidimensional de Gestión en Macro Procesos Prestacionales de Salud (CMGMPPS).

Titulo:	“Propiedades psicométricas del Cuestionario Multidimensional de Gestión en Macro Procesos Prestacionales de Salud (CMGMPPS), 2017.
Autor:	Br. Espejo Avila, Lisbeth Yazmin Br. Alva Rojas, María Ana
Asesora	Dra. Miryam Griselda Lora Loza
Fecha	Septiembre-octubre del 2017.
Contexto y población:	Conformada por 84 enfermeras entre 28 a 65 años de edad, todos ellos forman parte del personal laboral del Hospital Belén de Trujillo.
Validación	Validación interna

La prueba se basa en los supuestos de autogestión en Redes Integradas de Atención Primaria de Salud recomendada por OMS/OPS y asumida por del MINSA, desde el año 2000. En base a estos supuestos de autogestión se elaboraron las guías técnicas para evaluar la importancia de los Procesos en función del tipo de actividad que se cumple en la institución. Este planteamiento fue desarrollado en todo el mundo como parte del flujo grama de proceso de Acreditación Hospitalaria y fueron las entidades acreditadoras las que desarrollaron diversas escalas multidimensionales para su aplicación. De esta forma fueron formando parte de las estructuras de los Estados en todos los países asociados a organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud y otros organismos privados. El objeto de estos cuestionarios era ejercer un control continuo sobre los procesos dentro del sistema de salud para aumentar la productividad en las organizaciones, considerando la eficiencia y la agregación de valor para el cliente.

Validez externa

A partir del 2001 estos cuestionarios Multidimensionales de Gestión en Macro Procesos Prestacionales de Salud (CMGMPPS), se transformaron en la piedra angular tanto de la norma ISO 9001 del año 2008 como del Modelo EFQM de Excelencia (European Foundation for Quality Management), desde una perspectiva de gestionar y orientar el quehacer de la organización hacia la calidad. Su implantación en todos los países afiliados a la OMS/OPS es casi obligatoria requiriendo de procesos de adaptación

	<p>permanente para poder satisfacer las necesidades y expectativas de las instituciones de salud. Los resultados se muestran en los reportes nacionales e internacionales sobre la atención de salud y la eficiencia de los servicios prestaciones en salud.</p>
<p>Confianza</p>	<p>La prueba presenta 20 ítems calificados en una escala de Likert de 1 a 4, la estadística básica arroja una media que se muestra dentro de valores como 1,88 a 3,32 que determinaron una fiabilidad con Alfa de cronbach basada en elementos estandarizados de 0,946. Ninguno de los coeficientes Alfa de Cronbach por ítems supera este valor de referencia. A nivel de escala la media es de 54,56 (considerado medio alto) y su Coeficiente de correlación intraclase según medias promedio es de 0,944 que con un 95% de intervalo de confianza los valores podrías variar entre 0,906 y 0,971 con un valor bruto de la varianza (F) de 17,742 arrojando significancia estadística muy alta (Sig. = 0,000)</p> <p>La prueba presenta 3 dimensiones:</p> <p>En cuanto al Modelación de los Procesos: presenta 6 ítems calificados en una escala de Likert de 1 a 4, la estadística básica arroja una media que se muestra dentro de valores como 2,60 y 3,32 que determinaron una fiabilidad con Alfa de cronbach basada en elementos estandarizados de 0,900. Ninguno de los coeficientes Alfa de Cronbach por ítems supera este valor de referencia. A nivel de estadísticas de escala la media es de 18,16 (considerado medio alto) y su Coeficiente de correlación intraclase según medias promedio es de 0,898 que con un 95% de intervalo de confianza sus valores se mueven</p>

entre 0,821 y 0,949 con un valor bruto de varianza (F) de 9,842 arrojando significancia estadística muy alta (Sig. = 0,000)

En cuanto al Uso de Técnicas para gestionar Procesos la prueba presenta 7 ítems calificados en una escala de Likert de 1 a 4, la estadística básica arroja medias que se muestran dentro de valores como 1,88 a 2,76 que determinaron una fiabilidad con Alfa de cronbach basada en elementos estandarizados de 0,897. Ninguno de los coeficientes Alfa de Cronbach por ítems supera este valor de referencia. A nivel de estadísticas de escala, la media es de 17,12 (considerado medio) y su Coeficiente de correlación intraclase según medias promedio es de 0,892 que con un 95% de intervalo de confianza sus valores se mueven entre 0,811 y 0,946 con un valor bruto de varianza (F) de 9,221 con una significancia estadística muy alta (Sig. = 0,000)

En cuanto al Uso de Técnicas para Optimizar Procesos, la prueba presenta 7 ítems calificados en una escala de Likert de 1 a 4, la estadística básica presenta medias que se muestran dentro de valores como 2,60 a 3,00 que determinaron una fiabilidad con Alfa de cronbach basada en elementos estandarizados de 0,930. Ninguno de los coeficientes Alfa de Cronbach por ítems supera este valor de referencia. A nivel de estadísticas de escala la media es de 19,28 (considerado medio) y su Coeficiente de correlación intraclase según medias promedio es de 0,926 que con un 95% de intervalo de confianza sus valores se mueven entre 0,872 y 0,963 con un valor bruto de varianza

	(F) de 13,602 con una significancia estadística muy alta (Sig. = 0,000)
Conclusiones	1. En las propiedades psicométricas de toda la prueba se encontró consistencia interna y validez de constructo a través del análisis general y factorial (por dimensiones), donde se hallaron cargas altas para cada dimensión, confirmándose la estructura de la prueba con tres dimensiones del Gestión en Macro Procesos Prestacionales de Salud propuestas originalmente y que cumplen con los criterios de parsimonia e interpretabilidad en su aplicabilidad en el personal de enfermería de 28 a 65 años de edad de ambos sexos. (Ver Anexo 3)

Tabla 4 Ficha técnica de validación y confiabilidad de la Adaptación del Cuestionario de Calidad del Cuidado de Enfermería (CCCE) de Lee y Yom, 2007.

Titulo:	“Propiedades psicométricas de la Adaptación del Cuestionario de Calidad del Cuidado de Enfermería (CCCE) de Lee y Yom, 2017.”
Autor:	Br. Espejo Avila, Lisbeth Yazmin Br. Alva Rojas, María Ana
Asesora	Dra. Miryam Griselda Lora Loza
Fecha	Septiembre-octubre del 2017.
Contexto y población:	Conformada por 84 enfermeras entre 28 a 65 años de edad, todos ellos forman parte del personal laboral del Hospital Belén de Trujillo.
Validación	Validación interna: Está basada en las coincidencias teóricas encontradas en los principales estudios realizados para identificar las dimensiones que integran el constructo “calidad del

	<p>cuidado de enfermería” desde la perspectiva del usuario (Koss, 1954; Ware y Zinder, 1975; Hulka, Kupper y Daly, 1975; Donavedian, 1996; Delgado, 1997 y Caminal, 2001):</p> <p>1.- Aspectos técnico-instrumentales y científicos (competencia profesional, eficacia, continuidad de cuidados, etc.). 2.-Aspectos comunicativos y expresivos (relación interpersonal, tiempo de dedicación, información, etc.). 3.-Comodidades de la asistencia o entorno (accesibilidad, disponibilidad, entorno, etc). Actualmente, existe unanimidad en la sistematización y aplicación de dichos constructos al campo del cuidado de enfermería realizada por (Sierra, Muñoz et al., 2009) afirmándose que las dimensiones de la calidad del cuidado de enfermería son: como calidad del uso de técnicas de cuidado, calidad del trato en las relaciones interpersonales y calidad del entorno del cuidado de enfermería.</p> <p>Validación externa:</p> <p>Estada por los resultados obtenidos en la aplicación de la prueba en distintos países del mundo entre los más importantes tenemos: los trabajos de (Lee y Yom, 2007; Sierra, Muñoz, et al., 2009 en Valencia-España; Lopes, Cardoso, Alves y D’innocenzo; 2009; Rodriguez y Valenzuela, 2014 en Chile; Santana et al, 2014, en Brasil; Monchon y Montoya, 2013 en Perú. Ento todos ellos las pruebas adaptadas registraron coeficientes de Alfa de Cronbach entre 0,69 a 0,87 tanto a nivel general como en sus dimensiones: calidad del uso de técnicas de cuidado, calidad del trato en las relaciones interpersonales y calidad del entorno del cuidado de enfermería.</p>
Estructura y	La prueba presenta 18 ítems calificados en una escala de

<p>resultado de la validación y confiabilidad.</p>	<p>Likert de 1 a 5, la estadística básica arroja una media que se muestra dentro de valores como 4,12 a 4,72 que determinaron una fiabilidad con Alfa de cronbach basada en elementos estandarizados de 0,909. Ninguno de los coeficientes Alfa de Cronbach por ítems supera este valor de referencia. A nivel de escala la media es de 81, 72 (considerado Alto) y su Coeficiente de correlación intraclase según medias promedio es de 0,908 que con un 95% de intervalo de confianza los valores podrías variar entre 0,845 y 0,953 con un valor bruto de la varianza (F) de 10,824 arrojando significancia estadística muy alta (Sig. = 0,000)</p> <p>La prueba presenta 3 dimensiones:</p> <p>En cuanto al Uso de Técnicas Cuidado de Enfermería: presenta 6 ítems calificados en una escala de Likert de 1 a 5, la estadística básica arroja una media que se muestra dentro de valores como 4,48 y 4,72 que determinaron una fiabilidad con Alfa de cronbach basada en elementos estandarizados de 0,793. Ninguno de los coeficientes Alfa de Cronbach por ítems supera este valor de referencia. A nivel de estadísticas de escala la media es de 27,68 (considerado medio) y su Coeficiente de correlación intraclase según medias promedio es de 0,776 que con un 95% de intervalo de confianza sus valores se mueven entre 0,605 y 0,888 con un valor bruto de varianza (F) de 4,460 arrojando significancia estadística muy alta (Sig. = 0,000)</p> <p>En cuanto al Trato Humano en el Cuidado de Enfermería, la prueba presenta 6 ítems calificados en una escala de</p>
--	---

	<p>Likert de 1 a 5, la estadística básica arroja medias que se muestran dentro de valores como 4,12 a 4,60 que determinaron una fiabilidad con Alfa de cronbach basada en elementos estandarizados de 0,854. Ninguno de los coeficientes Alfa de Cronbach por ítems supera este valor de referencia. A nivel de estadísticas de escala, la media es de 26,44 (considerado medio) y su Coeficiente de correlación intraclase según medias promedio es de 0,842 que con un 95% de intervalo de confianza sus valores se mueven entre 0,723 y 0,922 con un valor bruto de varianza (F) de 6,348 con una significancia estadística muy alta (Sig. = 0,000)</p> <p>En cuanto a las Condiciones del Entorno en el Cuidado de Enfermería, la prueba presenta 6 ítems calificados en una escala de Likert de 1 a 5, la estadística básica presenta medias que se muestran dentro de valores como 4,56 a 4,68 que determinaron una fiabilidad con Alfa de cronbach basada en elementos estandarizados de 0,894. Ninguno de los coeficientes Alfa de Cronbach por ítems supera este valor de referencia. A nivel de estadísticas de escala, la media es de 27,60 (considerado medio alto) y su Coeficiente de correlación intraclase según medias promedio es de 0,837 que con un 95% de intervalo de confianza sus valores se mueven entre 0,713 y 0,919 con un valor bruto de varianza (F) de 6,132 con una significancia estadística muy alta (Sig. = 0,000)</p>
Conclusiones	<p>1. En las propiedades psicométricas de toda la prueba se encontró consistencia interna y validez de constructo a través del análisis general y factorial (por dimensiones), donde se hallaron cargas altas para cada dimensión,</p>

	confirmándose la estructura de la prueba con tres dimensiones del Cuidado de Enfermería propuestas originalmente por Lee y Yom, 2007 y que cumplen con los criterios de parsimonia e interpretabilidad en su aplicabilidad en el personal de enfermería de 28 a 65 años de edad de ambos sexos. (Ver Anexo 3)
--	---

2.7 Métodos de Análisis de Datos

Los datos obtenidos después de aplicar los instrumentos se codificaron con códigos numéricos excluyentes según los objetivos del estudio e ingresados a la computadora, Paquete Estadístico SPSS V22 en Español.

La forma de presentación de los datos se hizo de acuerdo a los objetivos de investigación, en tablas de doble entrada en donde se consignarán las razones cruzadas de las relaciones (a través de frecuencias simples y ponderadas) y los estadísticos de correlación.

Para el análisis estadístico se usó el coeficiente de Spearman ya que la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk descartan el uso del coeficiente de correlación de Pearson's R, las variables y sus dimensiones no presentan un comportamiento normal (no se asemeja a la distribución real), tienen un valor $p < 0,05$ (Ver anexo 7). El coeficiente de correlación de Spearman es no paramétrico, permite tener un coeficiente de asociación entre variables que no se comportan normalmente, es decir, no necesita cumplir supuestos y tal como Pearson's R, los valores van de -1 a 1, siendo 0 el valor que indica No correlación, y los signos indican correlación directa o inversa.

2.8 Aspectos éticos

En ésta investigación se tienen en cuenta los siguientes principios éticos:

Autonomía. Las enfermeras participan bajo los criterios de consentimiento informado, con libertad para retirarse en el momento que lo crea conveniente, si así lo decide durante el desarrollo de la Investigación.

Confidencialidad. Se mantendrá este principio a través del desarrollo de la investigación y los datos se reservaran y utilizara solamente para efectos del desarrollo de la presente investigación.

Veracidad. Se trabajara la información con objetividad; así mismo la información obtenida se transcribirá tal como se obtiene. Luego sustentar académicamente el estudio, se dará a conocer a los participantes los resultados de la investigación.

Beneficencia. El aporte de la presente investigación estará orientado directamente a la mejora del Cuidado de enfermería en usuarios de los servicios que se brindan a través de los Macro procesos de prestacionales en el Hospital Regional Docente de Trujillo. Estableciendo adicionalmente que la investigación se llevó a cabo cuando se obtenga la autorización del HRDT.

Para garantizar la originalidad del presente trabajo se utilizó como herramienta Turnitin, que controla los potenciales contenidos no originales mediante una comparación de los documentos enviados a varias bases de datos, utilizando un algoritmo propietario, mostrando las coincidencias de texto con otros documentos, así como un enlace al documento original.

III. RESULTADOS

Tabla 5

Relación de las características de la gestión en los macro procesos prestacionales con la calidad de cuidado de enfermería en enfermeros/as que laboran en el Hospital regional Docente de Trujillo 2017

CARACTERÍSTICAS DE LA GESTIÓN	CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA						Tota		Spearman Sig.	
	ALTA		MEDIA		BAJA		Nº	%I		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
MODELACION DE PRESTACION DE SERVICIOS	BUENA	21	25,0	0	0,0	0	0,0	21	25,0	
	REGULAR	48	51,1	1	1,2	2	2,4	51	60,7	R. 0,032
	MALA	12	14,3	0	0,0	0	0,0	12	14,3	Sig. 0,772
Total		81	96,4	1	1,2	2	2,4	84	100,0	
APLICACIÓN DE BUENAS TÉCNICAS PARA GESTIONAR PROCESOS	BUENA	13	15,5	0	0,0	0	0,0	13	15,5	
	REGULAR	37	44,0	1	1,2	1	1,2	39	46,4	R. 0,046
	MALA	31	36,9	0	0,0	1	1,2	32	38,1	Sig. 0,677
Total		81	96,4	1	1,2	2	2,4	84	100,0	
APLICACIÓN DE BUENAS TÉCNICAS PARA OPTIMIZAR PROCESOS	BUENA	14	16,7	0	0,0	0	0,0	14	16,7	
	REGULAR	32	38,1	0	0,0	0	0,0	32	38,1	R. 0,180
	MALA	35	41,7	1	1,2	2	2,4	38	45,2	Sig. 0,101
Total		81	96,4	1	1,2	2	2,4	84	100,0	

La Tabla 5 nos muestra que la calidad del cuidado de enfermería es Alta (96,4%), la modelación de prestación de servicios Regular (60,7%), la aplicación de técnicas para gestionar procesos Regular (46,4%) y la aplicación de técnicas para optimizar procesos Mala (45,2%). No existe relación entre la calidad del cuidado de enfermería y las características de la gestión: modelación de prestación de servicios, aplicación de técnicas para gestionar procesos y aplicación de técnicas para optimizar procesos En todos los casos la significancia de la correlación es ($p > 0,05$).

Tabla 6

Relación entre las características de la gestión en los macro procesos prestacionales con el uso de técnicas de cuidado de enfermería en enfermeros/as que laboran en el Hospital regional Docente de Trujillo 2017

CARACTERÍSTICAS DE LA GESTIÓN		USO DE TÉCNICAS DE CUIDADO DE ENFERMERÍA						Tota		Spearman Sig.
		ALTA		MEDIA		BAJA		Nº	%l	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%			
MODELACION DE PRESTACION DE SERVICIOS	BUENA	20	23,8	1	1,2	0	0,0	21	25,0	
	REGULAR	49	58,3	2	2,4	0	0,0	51	60,7	R. -0,072
	MALA	12	14,3	0	0,0	0	0,0	12	14,3	Sig. 0,524
Total		81	96,4	3	3,6	0	0,0	84	100,0	
APLICACIÓN DE BUENAS TÉCNICAS PARA GESTIONAR PROCESOS		12	14,3	1	1,2	0	0,0	13	15,5	
	REGULAR	38	45,2	1	1,2	0	0,0	39	46,4	R. -0,063
	MALA	31	36,9	1	1,2	0	0,0	32	38,1	Sig. 0,572
Total		81	96,4	3	3,6	0	0,0	84	100,0	
APLICACIÓN DE BUENAS TÉCNICAS PARA OPTIMIZAR PROCESOS		14	16,7	0	0,0	0	0,0	14	16,7	
	REGULAR	31	36,9	1	1,2	0	0,0	32	38,1	R. 0,100
	MALA	36	42,9	2	2,4	0	0,0	38	45,2	Sig. 0,365
Total		81	96,4	3	3,6	0	0,0	84	100,0	

La Tabla 6 nos muestra que el uso de técnicas de cuidado de enfermería es Alto (96,4%), la modelación de prestación de servicios Regular (60,7%), la aplicación de técnicas para gestionar procesos Regular (46,4%) y la aplicación de técnicas para optimizar procesos Mala (45,2%). No existe relación entre la calidad del uso de técnicas de cuidado de enfermería con las características de la gestión: modelación de prestación de servicios, aplicación de técnicas para gestionar procesos y aplicación de técnicas para optimizar procesos. En todos los casos la significancia de la correlación es ($p > 0,05$).

Tabla 7

Relación entre las características de la gestión en los macro procesos prestacionales con el trato humano en las relaciones interpersonales en enfermeros/as que laboran en el Hospital regional Docente de Trujillo 2017

CARACTERÍSTICAS DE LA GESTIÓN	TRATO HUMANO EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES						Tota		Spearman Sig.	
	ALTA		MEDIA		BAJA		Nº	%I		
	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
MODELACION DE PRESTACION DE SERVICIOS	BUENA	21	25,0	0	0,0	0	0,0	21	25,0	
	REGULAR	47	56,0	2	2,4	2	2,4	51	60,7	R. -0,037
	MALA	12	14,3	0	0,0	0	0,0	12	14,3	Sig. 0,740
Total		80	95,2	2	2,4	2	2,4	84	100,0	
APLICACION DE BUENAS TECNICAS PARA GESTIONAR PROCESOS	BUENA	13	15,5	0	0,0	0	0,0	13	15,5	
	REGULAR	37	44,0	1	1,2	1	1,2	39	46,4	R. -0,083
	MALA	30	35,7	1	1,2	1	1,2	32	38,1	Sig. 0,452
Total		80	95,2	2	2,4	2	2,4	84	100,0	
APLICACION DE BUENAS TECNICAS PARA OPTIMIZAR PROCESOS	BUENA	14	16,7	0	0,0	0	0,0	14	16,7	
	REGULAR	31	36,9	1	1,2	0	0,0	32	38,1	R. 0,158
	MALA	35	41,7	1	1,2	2	2,4	38	45,2	Sig. 0,151
Total		80	95,2	2	2,4	2	2,4	84	100,0	

La Tabla 7 nos muestra que el trato humano en las relaciones interpersonales es Alto (95,2%), la modelación de prestación de servicios Regular (60,7%), la aplicación de técnicas para gestionar procesos Regular (46,4%) y la aplicación de técnicas para optimizar procesos Mala (45,2%). No existe relación alguna entre la calidad del trato humano en las relaciones interpersonales con las características de la gestión: modelación de prestación de servicios, aplicación de técnicas para gestionar procesos y aplicación de técnicas para optimizar procesos. En todos los casos la significancia de la correlación es ($p > 0,05$).

Tabla 8

Relación entre las características de la gestión en los macro procesos prestacionales con el entorno del cuidado de enfermería en enfermeros/as que laboran en el Hospital regional Docente de Trujillo 2017

CARACTERÍSTICAS DE LA GESTIÓN	CONDICIONES DEL ENTORNO DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA						Tota Nº	Tota %I	Spearman Sig.	
	ALTA		MEDIA		BAJA					
	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
MODELACION DE PRESTACION DE SERVICIOS	BUENA	20	23,8	1	1,2	0	0,0	21	25,0	R. 0,041 Sig. 0,711
	REGULAR	48	57,1	1	1,2	2	2,4	51	60,7	
	MALA	11	13,1	1	1,2	0	0,0	12	14,3	
Total		79	94,0	3	3,6	2	2,4	84	100,0	
<hr/>										
APLICACION DE BUENAS TECNICAS PARA GESTIONAR PROCESOS	BUENA	13	15,5	0	0,0	0	0,0	13	15,5	R. 0,020 Sig. 0,855
	REGULAR	35	41,7	3	3,6	1	1,2	39	46,4	
	MALA	31	36,9	0	0,0	1	1,2	32	38,1	
Total		79	94,0	3	3,6	2	2,4	84	100,0	
<hr/>										
APLICACION DE BUENAS TECNICAS PARA OPTIMIZAR PROCESOS	BUENA	13	15,5	1	1,2	0	0,0	14	16,7	R. 0,158 Sig. 0,151
	REGULAR	31	36,9	1	1,2	0	0,0	32	38,1	
	MALA	35	41,7	1	1,2	2	2,4	38	45,2	
Total		79	94,0	3	3,6	2	2,4	84	100,0	

La Tabla 8 nos muestra que el entorno del cuidado de enfermería es Alto (94,0%), la modelación de prestación de servicios Regular (60,7%), la aplicación de técnicas para gestionar procesos Regular (46,4%) y la aplicación de técnicas para optimizar procesos Mala (45,2%). No existe relación alguna entre la calidad del entorno del cuidado de enfermería con las características de la gestión: modelación de prestación de servicios, aplicación de técnicas para gestionar procesos y aplicación de técnicas para optimizar procesos. En todos los casos la significancia de la correlación es ($p > 0,05$).

IV. DISCUSIÓN

Los resultados del estudio caen en una lógica estructural de constructos como de perspectivas profesionales en el área médica, socio-sanitarias y de gestión. De allí la necesidad de tomar con pinzas cada uno de ellos, aunque en general nos remita, a cada momento, a los fundamentos de la enfermería, la administración y la gestión hospitalaria. Siempre hemos postulado a la idea que toda profesión médica deban estar imbricadas en y con los procesos de gestión y administración de los servicios hospitalarios, aunque nunca dejamos de reconocer las grandes distancias que se recorren para encontrarse en situaciones ideales al respecto. Muchos ponen énfasis en sus funciones profesionales asistenciales y otros en funciones administrativas y de gestión y pocos son los que combinan perfectamente ambas funciones y lo proyectan como estilo de su labor profesional. Este último criterio de verdad es la piedra angular de la presente discusión de los resultados del estudio, veamos paso a paso por qué.

En los resultados expuestos en la **Tabla 5** respecto de la no relación significativa entre la calidad del cuidado de enfermería y las características de la gestión, en tanto modelación de prestación de servicios, aplicación de técnicas para gestionar procesos y aplicación de técnicas para optimizar procesos ($p>0,05$), no se han reportado estudios empíricos con los cuales podamos contrastarlos, sin embargo, los resultados pueden explicarse desde la perspectiva única y distinta que tiene la enfermería para ver todos los fenómenos de interés y que alrededor de sus propias creencias y valores fundamentales dan sentido a su razón de ser; el cuidado en el caso de enfermería (Consejo Internacional de Enfermería, 2010).

La importancia que tienen estos valores y creencias específicas de la profesión, junto con la naturaleza de sus servicios y el área de responsabilidad para el desarrollo del conocimiento particular, constituyen el núcleo con los que se pueden diferenciar de las acciones y perspectivas de trabajo profesional en otras áreas. Sin embargo, en el caso de la gestión hospitalaria, que involucra gran parte del

trabajo de la enfermera en nuestro país, se observa la presencia de nuevos paradigmas profesionales: salud, persona, entorno y enfermería-cuidado, que son conceptos esenciales y se aceptan como un avance aplicable al quehacer de forma permanente, reflexiva y crítica (Nightingale, 2001). Es decir, la profesión de enfermería va más allá de la forma como se proporciona el cuidado al paciente, pero, de acuerdo a los resultados del presente estudio, no está a la altura de las exigencias particulares de la gestión hospitalaria (Consejo Internacional de Enfermería, 2010). De otra forma estuviéramos discutiendo el porqué de la relación entre la calidad del cuidado de enfermería con las características de la gestión, en tanto modelación de prestación de servicios, aplicación de técnicas para gestionar procesos y aplicación de técnicas para optimizar procesos.

Al parecer los propios códigos de ética de la profesión, los principios que la rigen y la naturaleza misma del cuidado de enfermería, no permiten, en nuestra realidad, que se produzcan quehaceres explícitos respecto de los temas de la gestión hospitalaria, pues, se estarían confrontando deberes y obligaciones en el plano de lo que inspira el respeto a la vida de las personas, a la muerte, a la dignidad, a las ideas, valores y creencias individuales y del mismo entorno hospitalario (Salazar, 2011). Y, con esto está luchando la enfermera en el mundo actual, cuyo criterio de competitividad le exige el ejercicio de nuevas funciones en el entorno hospitalario (administrativas y de gestión) y de la generación de valores concurrentes que describan la polifuncionalidad de la profesión en el contexto hospitalario, manteniendo, por supuesto, los atributos originarios del cuidado de enfermería (Salazar, 2011; Del Rey & Mazarrasa, 2006; Consejo Internacional de Enfermería, 2010).

En este dilema contemporáneo se agregó, a la función del cuidado y atención de enfermos y heridos, nuevos constructos de desarrollo profesional para identificar o cualificar las tareas sanitarias y de gestión hospitalaria y sanitaria que le atribuyen. Es más, el Consejo Internacional de Enfermería le atribuyó funciones sobre el entorno de la atención, la investigación, la participación en la política de salud

(intra y extra hospitalaria) y en los procesos de gestión y administración hospitalaria y de los sistemas de salud (Consejo Internacional de Enfermería, 2010). Los avances son significativos en todo el mundo, los cuidados de enfermería se han ido convirtiendo en procesos médicos sociales con el fin de ofrecer su participación activa como colectivo social (Del Rey & Mazarrasa, 2006). Sin embargo, esta tendencia mundial es resistida o no se ejercita a plenitud en el Hospital Regional de Trujillo. La enfermera, por motivos que desconocemos, pero que imaginamos sea por no cargarse más con el trabajo de otros profesionales, diferencia claramente las funciones profesionales de cuidado de enfermería con aquellas que se desarrollan desde distintas áreas del trabajo hospitalario, las mismas que no encajarían en el objeto actual del ejercicio de su profesión (Marrier & Raile, 2010).

Desde este punto de vista se puede inferir la existencia de diferentes sentidos o interpretaciones del papel o rol y de las funciones de enfermería en torno al cuidado del paciente, lo más cómodo es seguir, por conveniencia, la tendencia tradicional del cuidado y desinteresarse por satisfacer, cuidar y pensar en la persona que necesita atención y cuidados especiales y diferenciados en contextos hospitalarios diversos y que mayoritariamente no presentan las condiciones ideales para la atención de calidad (Davis, 2005). Es decir, se estaría respondiendo emocionalmente ante una situación concreta sin considerar que con esa actitud lo que se muestra es la falta de compromiso profesional con el contexto en que se desarrolla la atención, lo que es preocupante porque ambos procesos deben confluir o converger en una visión integral del cuidado de enfermería (Feito, 2005).

En los resultados expuestos en la **Tabla 6** respecto de la no relación significativa entre el uso de las técnicas de cuidado de enfermería con las características de la gestión (modelación de prestación de servicios, aplicación de técnicas para gestionar procesos y aplicación de técnicas para optimizar procesos) se pueden observar la forma como se pueden diferenciar las posturas de la enfermera frente

a los Cambios o exigencias de la administración y gestión hospitalaria moderna (Daza , prieto, torres, 2005). Los modelos de gestión y administración de los procesos de atención, la aplicación de nuevas técnicas para la gestión de los procesos y aplicación de técnicas para optimizar procesos, son cada vez más cambiantes e interactivas que involucran o quieren involucrar como su soporte principal al trabajo de los equipos de salud (García, Arana, Càrdenas, Monroy, 2009). Pero en esa vorágine de cambios e interacciones grupales se pierden los liderazgos y profesionales de enfermería al parecer prefieren el escudo protector de sus paradigmas profesionales tradicionales por que le ofrecen la seguridad de ser quien salvaguarde su labor profesional a nivel técnico operativo; no hay nada en construcción solo apegarse a ello para sentirse bien consigo mismo (Collière, 1999).

Nos asustamos y vemos la necesidad de encontrar el sentido original de los cuidados de enfermería que supuestamente estaría en peligro en una sociedad global (Germán, Hueso, Navarro, Huércanos, 2011). El problema es que con las nuevas y cambiantes características de la gestión moderna, los modelos de prestación de servicios, las formas de aplicación de técnicas, con el uso de las ciencias y tecnologías modernas para gestionar procesos y aplicación de técnicas para optimizar procesos, nos conduce a un cambio constantes en los fundamentos de la enfermería respecto al cuidado y la práctica profesional en general (Collière, 1999).

Feito, 2005, señalaba que esto sería un proceso normal toda vez que el cuidado de enfermería, sus modelaciones y el uso de las técnicas modernas estarían cada vez más dependientes de los cambios en las normas o normatividad estipulada, en pero, las normas y/o la normatividad vigente, no cambian a la par del avance de las ciencias y tecnologías de la información y el conocimiento. Entonces nos vemos en la necesidad de provocar cambios que exigen otra actitud personal y profesional, sensibilidad ante las condiciones del contexto, toma de conciencia de nuestra vulnerabilidad, de permitir que nuestros actos puedan ser juzgados para

darle sentido a nuestro compromiso moral de justicia social (Marrier & Raile, 2010). Al parecer esto es mucha carga, para una o tres generaciones de enfermeras que están soportando este discurrir de los acontecimientos, en las tres últimas décadas, en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

En los resultados expuestos en la **Tabla 7** respecto de la no relación significativa entre el trato humano en las relaciones interpersonales con las características de la gestión (modelación de prestación de servicios, aplicación de técnicas para gestionar procesos y aplicación de técnicas para optimizar procesos) pueden estar describiendo en gran parte lo que está pasando en los principales hospitales de referencia de nuestro país; la modelación de los procesos solo están circunscribiendo la identidad de las enfermeras a lo que representan teóricamente los modelos en tanto manejo de sus concepto de persona salud y cuidado que estructuralmente son considerados como los nuevos paradigmas conceptuales para la generación de los cambios en las atención del cuidado de enfermería. Pero estos constructos teóricos cambian según las escuelas que los contienen: escuela de necesidades, escuela de interacción, escuela de los efectos deseables, escuela de la promoción de salud, escuela del ser humano unitario y escuela de caring.

Al parecer, en nuestra realidad hospitalaria no existe claridad al respecto y los modelos confluyen en los criterios valorativos que distorsionan los fundamentos de las Escuelas Teóricas de los modelos de enfermería, cayendo en híbridos conceptuales que distorsionan los procesos y confunden más a las enfermeras, de allí que se explique en parte los resultados del presente estudio.

Otro aspecto de la nuestra realidad sería que no se entienda que es lo que se pretende con la modelación de los procesos cuando se hacen con características determinadas y, aun así, se permitan desarrollar esfuerzos para dar forma a su ideal moral ya que sienten la necesidad de los cambios epistémicos, actitudinales y de transferencia de experiencias. Es decir, sus actos estarían dirigidos a otros seres humanos o grupos con necesidades reales o potenciales para generar los

cambios, y, esta sería una de las formas de autorrealización personal y profesional.

Respecto a los resultados expuestos en la **Tabla 8** sobre a no relación significativa entre la calidad del entorno del cuidado de enfermería con las características de la gestión (modelación de prestación de servicios, aplicación de técnicas para gestionar procesos y aplicación de técnicas para optimizar procesos) pueden estar describiendo la forma como el desarrollo conceptual del cuidado de enfermería y las características de la gestión de los procesos de atención se distancian tal cual se distancian el desarrollo conceptual referido al saber y el procedimiento de gestión del cuidado o del quehacer. Este quehacer, no son sino, las acciones de enfermería contempladas para el ejercicio profesional que si requieren de métodos, pero, al parecer, no de modelajes por que no encajan en los métodos y estilos de trabajo ya adquiridos y seguidos por años en la institución. No se trata entonces de elegir un modelo o una forma en particular del ejercicio profesional, se trata de hábitos y costumbres de trabajo profesional; esto es sinónimo de la presencia de una metodología reconocida y tácitamente aceptada como paradigma laboral y que para entenderlo necesitamos abrir nuestras perspectivas básicas sobre el cuidado de enfermería en el ámbito hospitalario, sin considerar como suficiente nuestra buena práctica clínica.

La señales la encontraremos en las acciones primarias del cuidado de enfermería, en el bienestar del paciente, y si este estado cambia lo veremos en la forma como cambia la proporcionalidad y calidad del cuidado brindado, así como, en la forma como se expresa el estado de bienestar del paciente. Santamaría, 2008, a esta situación lo definen como los procesos adaptativos de la vida profesional que se constituyen en una institución del ejercicio profesional. También, Rojas, 2009 lo identifica como las guías prácticas del ejercicio profesional que permiten la organización del mismo y sirven para cubrir las necesidades de la atención en el día a día.

Ambos coinciden en que estos procesos al mostrar la flexibilidad, el dinamismo (que responde a los cambios continuos de salud de las personas), la interacción (basada en las relaciones recíprocas entre profesional-paciente, sus familias y demás profesionales de salud), manejo diferencial de técnicas y conceptos de la atención, traen consigo beneficios descritos en numerosos estudios (Alfaro, 2003; Noguera, 2008; Añorve, 2008; Del pino, 2006). El problema es que nos arriesgamos a no evolucionar a la par del avance de las ciencias y tecnologías modernas. Y eso ya no es una opción en nuestra realidad medico social que busca definitivamente un cuidado holístico con énfasis en lo humano en el proceso del cuidado específicamente de enfermería (Salazar, 2011).

V. CONCLUSIONES

1. Las características de la gestión (Modelación, aplicación de técnicas para gestionar procesos y aplicación de técnicas para optimizar procesos) en los macro procesos prestacionales, no se relacionan significativamente ($p > 0,05$) con la calidad de cuidado de enfermería del Hospital Regional Docente de Trujillo 2017.
2. Las características de la gestión (Modelación, aplicación de técnicas para gestionar procesos y aplicación de técnicas para optimizar procesos) en los macro procesos prestacionales, no se relacionan significativamente ($p > 0,05$) con el uso de técnicas de cuidado de enfermería del Hospital Regional Docente de Trujillo 2017.
3. Las características de la gestión (Modelación, aplicación de técnicas para gestionar procesos y aplicación de técnicas para optimizar procesos) en los macro procesos prestacionales, no se relacionan significativamente ($p > 0,05$) con el trato humano en las relaciones interpersonales de enfermeros/as del Hospital Regional Docente de Trujillo 2017.
4. Las características de la gestión (Modelación, aplicación de técnicas para gestionar procesos y aplicación de técnicas para optimizar procesos) en los macro procesos prestacionales, no se relacionan significativamente ($p > 0,05$) con el entorno del cuidado de enfermería del Hospital Regional Docente de Trujillo 2017.

VI. RECOMENDACIONES

1. Optimizar la gestión como elemento fundamental para asumir la transformación de gestión pública en la implementación de los macro procesos prestacionales del Hospital Regional Docente de Trujillo 2017 con calidad, requiere de cambios transformacionales (características de la gestión y administración hospitalaria) que den respuesta a las necesidades para mejorar el estado de salud de la población a la que se sirve.
2. Implementar el desarrollo de la capacidad de las redes integradas de servicios de salud para cumplir las normas de calidad del cuidado de enfermería, generando entornos participativos, de comunicación abierta y de competencias para la implementación de soluciones y proyectos orientados a encarar los desafíos que enfrentan enfermería y mejorar su capacidad de respuesta a las demandas y necesidades de salud de la población, no solo se limitando a aspectos estructurales y tecnológicos sino fundamentalmente a aspectos de la cultura (valores, actitudes) y clima organizacional.

VII. REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

Alfaro R. (2003). Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª ed. Barcelona-España: Masson; 2003.

Alfaro R. (1997). El Pensamiento crítico en enfermería: un enfoque práctico. Barcelona: Masson.

Alfaro R. Mejore su habilidad de pensamiento crítico. Metas de Enferm 1998; 6:11-16.

Alhusban M, Abualrub R. La satisfacción del paciente con la atención de enfermería en Jordania. J Nurs Manag. 2009; 17 (6): 749-58.

Arriola, A. (2008). Consultoría para el levantamiento de procesos del programa de Derechos Humanos del Servicio Médico Legal. Chile: Editorial Santiago.

Ayuso D, Grande R. (2006). La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias. España.p.19 – 539.

Báez, F & Navarro, V & Ramos, L. (2009). El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Rev Aquichan; 9(2)

Barros, O. (2004). Ingeniería e-business, Ingeniería de negocios para la economía digital. Chile: Editorial Lom Ediciones.

Blanco S, Sánchez F, Chinchilla M, Cobrero E, Mediavilla M, Rodríguez A, et al. (2010). Satisfacción de los pacientes de urgencias con los cuidados enfermeros. España: Rev. Enferm Clin. 2010; 20(1):23-31.

- Bravo J. (2011). Gestión de procesos Alineados con la estrategia. México: Editorial Evolución. 4º Edición. 2011.
- Caminal J. La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Calidad Asistencial* 2001; 16: 276-279.
- Colliere MF. (1999). Encontrar el sentido original de los cuidados enfermeros. *Rev Rol Enferm* 1999; 22(1):27-31.
- Consejería de salud de la junta de Andalucía. (2001). Guía de diseño y mejora continúa de procesos asistenciales: calidad por sistema. España: JA.
- Consejo Internacional de Enfermeras (2010). La definición de enfermería. España: CIE/CH.
- Chow A, Maye E, Darzi A, Athanasiou T. (2009) Patient-reported outcome measures: The importance of patient satisfaction in surgery. España: *Rev. Surgery*. 2009; 146 (3):435-43.
- Daza R, Prieto GI, Torres AM. (2005). Análisis crítico del cuidado de enfermería: interacción, participación y efecto. *Index Enferm (Gran)* 2005;14 (48-49):18-22.
- Davos A.El cuidar de la ética del cuidar en el siglo XXI: que sabemos y que debemos cuestionar. *Revista Colegio Enfermería de Barcelona* 2006(Sept):1-25
- Delgado A. Factores asociados a la satisfacción de los usuarios. *Cuadernos de Gestión* 1997; 3 (2): 90-101.

- Donabedian A. Evaluar la calidad de la atención médica. Milbank Memorial Fund Quart 1996; 44: 166-202.
- Del Pino C. (2006). Reflexiones sobre metodología enfermera. Modelo "Área". Chile: Enfermera: 2006; 2(8):11/11
- Del Rey JC, Mazarrasa L. (2006). Cuidados informales y autocuidados. Madrid-España: Dofusion Avances de enfermería; 2006. p. 709-745.
- Feito L. (2010). Los cuidados en la ética del siglo XXI. Enferm Clim; 15(3):167-174
- García C, Martínez ML. (2001). Historia de la enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero. Madrid-España:Elsevier.
- García M. (2010). Los macro procesos: un nuevo enfoque en el estudio de la gestión humana. Colombia: Rev. Pensamiento y Gestión, N° 27 julio-diciembre 2010; 32 (3): 12-34.
- García ML, Arana B, Cardenas L, Monroy A. (2009). Cuidados de la salud: Paradigma del personal de enfermeros en México - la construcción del camino. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009; 13(2):287-296
- Gómez J. (2015) Utilización de integración del arte en los cuidados de enfermería. España: UCM.
- Haro F y Martínez, B. Instrumentalizar la comunicación en la relación enfermera-paciente como aval de calidad. Rev Calidad Asistencial. 2002; 17: 613-8.
- Hulka B, Kupper L, Daly B. Correlatos de satisfacción e insatisfacción con la atención médica: una perspectiva de la comunidad. Med Care 1975; 13: 648-658.

Ibarrola S, Beortegui E, Oroviogicoechea C, Vázquez M. (2011) Evaluación de la satisfacción con los cuidados de enfermería en el área de hospitalización de cardiología. Rev. Enfermería en Cardiología N.º 53 / 2, cuatrimestre 2011.

Koss E. La salud de Regionville. Nueva York: Hafner, 1954.

Lee MA, Yom YH. (2007). Un estudio comparativo de las percepciones de pacientes y enfermeras sobre la calidad de los servicios de enfermería, la satisfacción y la intención de volver a visitar el hospital: una encuesta de cuestionario. Int J Nurs Stud. 2007; 44 (4): 545-55.

Lemus, J. Aragues, V & Lucioni, M. (2009). Administración hospitalaria y de las organizaciones de atención en salud. Argentina: Corpus Editorial. 2009.

Lopes J, Cardoso P, Alves S, D'Innocenzo M. (2009). Satisfacción de los pacientes ambulatorios con los cuidados de enfermería. España: Acta Paul Enferm. 2009; 22 (2): 136-41.

Malagón G, et al. (2010). Administración Hospitalaria. 4ª Edición, Colombia: Editorial Panamericana.

Marriner A, Raile M. (2008). Modelos y teorías en enfermería. Capítulo 35: Kristen M Swanson, 7ª ed. España: Elsevier.

Marriner A, Tellez A. (1983). El Proceso de atención de enfermería: un enfoque científico. México: El Manual Moderno; 1983.

Mellado, C. (2007). Satisfacción de la madre de la atención brindada por la enfermera en el componente CRED del C.M.I. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Ministerio de Salud del Perú. (2011). Monitoreo del Desempeño de la Gestión en establecimientos de Salud del I, II y III nivel de Atención. Perú: MINSA.

Ministerio de Salud del Perú (2014). Visión de Procesos. Perú: MINSA.

Ministerio de Salud del Perú. (2014). Guía técnica de orientación para la operativización de los procesos prestacionales de los convenios cápita del seguro integral de salud y los gobiernos regionales y DISAS 2014- 001. Lima. Perú: MINSA/Seguro Integral de Salud.

Monchon P y Montoya Y. (2013). Nivel de calidad del cuidado de enfermero desde la percepción del usuario, servicio de emergencia. Hospital III Essalud Chiclayo. Perú: USAT.

Mompart, M. (2003). Administración y gestión..(2ed). DAE, S.L. Madrid. España p.120-360.

Murray ME, Atkinson LD. (1996). Proceso de atención en enfermería. 5ª ed. México: MacGraw-Hill interamericana.

Nightingale F. Notas de sobre enfermería: que es y que no es. Barcelona-España: Masson; 2001.

Organización Mundial de la Salud (2015).Guía de evaluación de la Salud Washington-USA: DC. OMS.

Organización Panamericana de la Salud (2010). Metodología de gestión Productiva de los servicios de salud. Washington, D.C.-USA: OPS.

Organización Panamericana de la Salud (2001). La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington-USA: DC. OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (2007c). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: Documento de Posición de la OPS. Washington DC: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (2007a). Salud en las Américas 2007. Vol. I. Washington, DC: OPS.

Organización Panamericana de la Salud. (2007b). Agenda de Salud de Las Américas 2007. Washington, D.C.: OPS.

Peña D. (2016) Cuidados de enfermería en el paciente crítico con ventilación mecánica no invasiva. España: UCM.

Pérez J. (2010). Gestión por procesos. 4º edición. México: Editorial Esic.

Rhodes L, Miles G, Pearson A. (2014). Experiencia y satisfacción subjetiva del paciente durante el período perioperatorio en el entorno de la cirugía diurna: una revisión sistemática. España: Int. J Nurs Pract. 12: 178-192.

Pinto Afanador N. El cuidado como objeto del conocimiento de enfermería. Av Enferm 2002; 20(1):43-51.

Rodríguez C (2014). Satisfacción de padres de pacientes post operados relacionados al cuidado de enfermero(a) en la unidad de recuperación post anestésica del Instituto nacional de Salud del Niño, Lima 2013. Perú: UNJBG-Tacna.

- Rodríguez V y Valenzuela S. (2012). Teoría de los cuidados de Swanson y sus fundamentos, una teoría de mediano rango para la enfermería profesional en Chile. Chile: Rev. Enferm. Global. 2012, 11(28): 316-322.
- Rojas JC. (2009). Factores relacionados con el proceso de atención de enfermería y las taxonomías en 12 unidades de cuidado intensivo. Medellín- Colombia: Universidad de Antioquia.
- Salazar AM (2011). Tendencias internacionales del cuidado de enfermería. Invest Educ Enferm 2011; 29(2):294-304.
- Santamaría JM. (2008). Apuntes sobre el cuidado: porque es y como es. Madrid: Observatorio de Metodología Enfermera, FUDEN.
- Santana J, Bauer A, Minamisava R, Queiroz A, Gomes M. (2014). Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. Brasil: Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2014; 22(3):454-60
- Swanson K, y Danuta M. Curación óptima Ambientes en Enfermería la revista de medicina alternativa y complementaria. Volumen 10, Suplemento 1, 2004, págs. S-43-S-48. Mary Ann Liebert, Inc.
- Ware JE, Zinder M. Dimensiones de las actitudes de los pacientes con respecto a los médicos y los servicios de atención médica. Med Care 1975; 13: 669-682.

VI. ANEXOS

ANEXO 1 UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO ESCUELA DE POS GRADO

CARACTERÍSTICAS DE LA GESTIÓN EN LOS MACRO PROCESOS PRESTACIONALES Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO 2017.

Cuestionario CMGMPPS (MINSA, 2011, adaptado por: Espejo,Alva y Lora, 2017)

Estimada colega:

Para definir las áreas de mejora de nuestro trabajo estamos realizando encuestas de opinión sobre las características de la gestión en los macro procesos prestacionales de salud en nuestra institución. La característica de esta opinión es de auto-referencia, por lo que te solicitamos colabores voluntariamente y en forma anónima al respecto.

Gracias por tu colaboración.

Marca con una X la opción que mejor describe tu opinión:

1: Totalmente en desacuerdo

2: En desacuerdo

3: De acuerdo

4: Totalmente de acuerdo

A	SOBRE LA MODELACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS	1	2	3	4
1	Busca reducir la variación y/o repetición innecesaria de las actividades				
2	Se facilita la coordinación y apoyan la realización de actividades en los servicios				
3	La organización en la prestación de servicios es un sistema interrelacionado orientado a incrementar la satisfacción al cliente				
4	Trata de eliminar las ineficiencias asociadas al consumo inapropiado de recursos				
5	Se busca siempre hacer fluir los documentos				
6	El personal de los servicios está sensibilizado con los procesos de gestión y la dirección está comprometida con la gestión de dichos procesos				
B	SOBRE APLICACIÓN DE TÉCNICAS PARA GESTIONAR PROCESOS				
7	Se gestionan oportunamente las actividades y recursos				
8	Se adoptan las herramientas y metodologías que permiten configurar su Sistema de Gestión				
9	Busca operar de manera eficaz para aumentar la productividad				
10	Permite contribuir o llevar a la organización hacia la obtención de los resultados deseados				
11	La prioridad de la gestión siempre es el usuario de los servicios				
12	Existe claridad respecto de la finalidad institucional				
13	Se busca satisfacer las necesidades de los usuarios internos				
C	SOBRE LA APLICACIÓN DE TÉCNICAS PARA OPTIMIZAR PROCESOS				
14	Se ejerce control continuo sobre los procesos dentro del sistema de prestación de servicios				
15	Se pueden conocer los resultados de los controles y evaluaciones de los procesos				
16	Se pueden conocer cómo los resultados de la prestación de servicios contribuyen al logro de los objetivos generales de la institución				
17	Se centran y priorizan las oportunidades de mejora de la prestación de los servicios				
18	Se puede decir que las actividades están bien organizadas como cadenas interrelacionadas para brindar una atención de calidad				
19	El funcionamiento del servicio es coordinado y eficiente al ejecutar el conjunto de actividades que se realizan				
20	Se busca siempre solucionar problemas de diversa complejidad y despejar las incertidumbres				

ANEXO 2
UNIVERSIDAD CESAR VALLEJO
ESCUELA DE POS GRADO

CARACTERÍSTICAS DE LA GESTIÓN EN LOS MACRO PROCESOS PRESTACIONALES Y SU RELACIÓN
 CON LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO
 2017.

CUESTIONARIO DE CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA (CCCE) (Lee y Yom, 2007)

Estimada colega:

Para definir las áreas de mejora de nuestro trabajo estamos realizando encuestas de opinión sobre las características de la gestión en los macro procesos prestacionales de salud en nuestra institución. La característica de esta opinión es de auto-referencia, por lo que te solicitamos colabores voluntariamente y en forma anónima al respecto.

Gracias por tu colaboración.

Marca con una X la opción que mejor describe tu opinión:

1: Totalmente en desacuerdo

2: En desacuerdo

3: Indiferente

3: De acuerdo

4: Totalmente de acuerdo

A	SOBRE USO DE TÉCNICAS DE CUIDADO DE ENFERMERÍA	1	2	3	4	5
1	Demuestro desempeño y habilidad en la ejecución de procedimientos					
2	Ejecuta procedimientos y administra tratamiento en forma oportuna					
3	Acude al llamado del paciente que lo necesite					
4	Demuestra predisposición en su atención					
5	Cumple con el tratamiento en el momento indicado					
6	Cumple la continuidad de los cuidados turno por turno					
B	SOBRE TRATO HUMANO EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES					
7	Le comunica al paciente sobre procedimientos a realizar					
8	Emplea términos claros y sencillos					
9	Demuestra trato cordial y amable durante la atención					
10	Emplea gestos amables y mirada directa al dirigirse al paciente					
11	Saluda y trata por su nombre al paciente					
12	Respeto las costumbres y creencias del paciente					
C	SOBRE LAS CONDICIONES DEL ENTORNO					
13	Muestra preocupación por el confort y reposo del paciente					
14	Respeto el descanso del paciente					
15	Mantiene la privacidad del paciente					
16	Hace participar al paciente en su autocuidado					
17	Le interesa contar con el mobiliario y equipamiento necesario					
18	Facilita en situaciones necesarias de manera oportuna la falta de medicación y/o otros materiales					

ANEXO 3.1
VALIDACIÓN Y CONFIBILIDAD ESTADISTICA DEL CUESTIONARIO CMC GPP (MINSA, 2014) A NIVEL GENERAL

	Estadísticas de elementos	Media	Desviación estándar	N
A	SOBRE LA MODELACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS			
1	Busca reducir la variación y/o repetición innecesaria de las actividades	3,32	,476	25
2	Se facilita la coordinación y apoyan la realización de actividades en los servicios	3,20	,408	25
3	La organización en la prestación de servicios es un sistema interrelacionado orientado a incrementar la satisfacción al cliente	2,60	,500	25
4	Trata de eliminar las ineficiencias asociadas al consumo inapropiado de recursos	2,60	,500	25
5	Se busca siempre hacer fluir los documentos	3,20	,408	25
6	El personal de los servicios está sensibilizado con los procesos de gestión y la dirección está comprometida con la gestión de dichos procesos	3,24	,436	25
B	SOBRE APLICACIÓN DE TÉCNICAS PARA GESTIONAR PROCESOS			
7	Se gestionan oportunamente las actividades y recursos	2,68	,476	25
8	Se adoptan las herramientas y metodologías que permiten configurar su Sistema de Gestión	2,56	,507	25
9	Busca operar de manera eficaz para aumentar la productividad	1,96	,735	25
10	Permite contribuir o llevar a la organización hacia la obtención de los resultados deseados	1,88	,600	25
11	La prioridad de la gestión siempre es el usuario de los servicios	2,60	,500	25
12	Existe claridad respecto de la finalidad institucional	2,68	,476	25
13	Se busca satisfacer las necesidades de los usuarios internos	2,76	,436	25
C	SOBRE LA APLICACIÓN DE TÉCNICAS PARA OPTIMIZAR PROCESOS			
14	Se ejerce control continuo sobre los procesos dentro del sistema de prestación de servicios	2,64	,490	25
15	Se pueden conocer los resultados de los controles y evaluaciones de los procesos	2,60	,500	25
16	Se pueden conocer cómo los resultados de la prestación de servicios contribuyen al logro de los objetivos generales de la institución	2,68	,476	25
17	Se centran y priorizan las oportunidades de mejora de la prestación de los servicios	2,64	,490	25
18	Se puede decir que las actividades están bien organizadas como cadenas interrelacionadas para brindar una atención de calidad	2,80	,577	25
19	El funcionamiento del servicio es coordinado y eficiente al ejecutar el conjunto de actividades que se realizan	3,00	,645	25
20	Se busca siempre solucionar problemas de diversa complejidad y despejar las incertidumbres	2,92	,572	25

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,944	,946	20

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	2,728	1,880	3,320	1,440	1,766	,137	20
Varianzas de elemento	,267	,167	,540	,373	3,240	,008	20
Covariables entre elementos	,122	,025	,370	,345	14,800	,003	20
Correlaciones entre elementos	,467	,102	1,000	,898	9,798	,027	20

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1	51,24	46,690	,705	,940
2	51,36	48,240	,547	,943
3	51,96	47,290	,577	,942
4	51,96	47,290	,577	,942
5	51,36	47,990	,592	,942
6	51,32	47,393	,654	,941
7	51,88	47,610	,559	,942
8	52,00	45,833	,790	,939
9	52,60	44,917	,614	,943
10	52,68	45,893	,646	,941
11	51,96	46,123	,756	,939
12	51,88	46,777	,692	,940
13	51,80	47,250	,679	,941
14	51,92	46,243	,754	,939
15	51,96	46,373	,717	,940
16	51,88	46,693	,705	,940
17	51,92	46,160	,767	,939
18	51,76	46,940	,535	,943
19	51,56	45,173	,682	,941
20	51,64	45,573	,727	,940

Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
54,56	51,507	7,177	20

Coefficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,456 ^a	,325	,628	17,742	24	456	,000
Medidas promedio	,944 ^c	,906	,971	17,742	24	456	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

- a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.
- b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.
- c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

ANEXO 3.2

**VALIDACIÓN Y CONFIBILIDAD ESTADÍSTICA DEL CUESTIONARIO CMCPPP (MINSa, 2014) POR
DIMENSIONES: SOBRE LA MODELACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE LOS PROCESOS**

	Estadísticas de elementos	Media	Desviación estándar	N
1	Busca reducir la variación y/o repetición innecesaria de las actividades	3,32	,476	25
2	Se facilita la coordinación y apoyan la realización de actividades en los servicios	3,20	,408	25
3	La organización en la prestación de servicios es un sistema interrelacionado orientado a incrementar la satisfacción al cliente	2,60	,500	25
4	Trata de eliminar las ineficiencias asociadas al consumo inapropiado de recursos	2,60	,500	25
5	Se busca siempre hacer fluir los documentos	3,20	,408	25
6	El personal de los servicios está sensibilizado con los procesos de gestión y la dirección está comprometida con la gestión de dichos procesos	3,24	,436	25

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,898	,900	6

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	3,027	2,600	3,320	,720	1,277	,111	6
Varianzas de elemento	,208	,167	,250	,083	1,500	,002	6
Covariables entre elementos	,124	,083	,250	,167	3,000	,002	6
Correlaciones entre elementos	,600	,408	1,000	,592	2,449	,036	6

Estadísticas de total de elemento

Elementos	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1	14,84	3,307	,832	,863

2	14,96	3,790	,640	,893
3	15,56	3,423	,703	,885
4	15,56	3,423	,703	,885
5	14,96	3,707	,700	,885
6	14,92	3,493	,792	,871

Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
18,16	4,973	2,230	6

Coefficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,596 ^a	,434	,758	9,842	24	120	,000
Medidas promedio	,898 ^c	,821	,949	9,842	24	120	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

- El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.
- Coefficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.
- Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

ANEXO 3.3

**VALIDACIÓN Y CONFIBILIDAD ESTADÍSTICA DEL CUESTIONARIO CMCPPP (MINSa, 2014) POR
DIMENSIONES: SOBRE APLICACIÓN DE TÉCNICAS PARA GESTIONAR PROCESOS**

	Estadísticas de elementos	Media	Desviación estándar	N
7	Se gestionan oportunamente las actividades y recursos	2,68	,476	25
8	Se adoptan las herramientas y metodologías que permiten configurar su Sistema de Gestión	2,56	,507	25
9	Busca operar de manera eficaz para aumentar la productividad	1,96	,735	25
10	Permite contribuir o llevar a la organización hacia la obtención de los resultados deseados	1,88	,600	25
11	La prioridad de la gestión siempre es el usuario de los servicios	2,60	,500	25
12	Existe claridad respecto de la finalidad institucional	2,68	,476	25
13	Se busca satisfacer las necesidades de los usuarios internos	2,76	,436	25

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,892	,897	7

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	2,446	1,880	2,760	,880	1,468	,134	7
Varianzas de elemento	,293	,190	,540	,350	2,842	,015	7
Covariables entre elementos	,158	,087	,370	,283	4,269	,004	7
Correlaciones entre elementos	,555	,319	,839	,520	2,629	,019	7

Estadísticas de total de elemento

Elementos	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
7	14,44	6,840	,653	,880
8	14,56	6,340	,822	,861
9	15,16	5,723	,691	,883
10	15,24	6,023	,784	,863
11	14,52	6,593	,720	,872
12	14,44	6,840	,653	,880
13	14,36	7,157	,577	,888

Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
17,12	8,693	2,948	7

Coefficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,540 ^a	,381	,713	9,221	24	144	,000
Medidas promedio	,892 ^c	,811	,946	9,221	24	144	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

- a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.
- b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.
- c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

ANEXO 3.4

**VALIDACIÓN Y CONFIBILIDAD ESTADÍSTICA DEL CUESTIONARIO CMCPP (MINSA, 2014) POR
DIMENSIONES: SOBRE LA APLICACIÓN DE TÉCNICAS PARA OPTIMIZAR PROCESOS**

	Estadísticas de elementos	Media	Desviación estándar	N
14	Se ejerce control continuo sobre los procesos dentro del sistema de prestación de servicios	2,64	,490	25
15	Se pueden conocer los resultados de los controles y evaluaciones de los procesos	2,60	,500	25
16	Se pueden conocer cómo los resultados de la prestación de servicios contribuyen al logro de los objetivos generales de la institución	2,68	,476	25
17	Se centran y priorizan las oportunidades de mejora de la prestación de los servicios	2,64	,490	25
18	Se puede decir que las actividades están bien organizadas como cadenas interrelacionadas para brindar una atención de calidad	2,80	,577	25
19	El funcionamiento del servicio es coordinado y eficiente al ejecutar el conjunto de actividades que se realizan	3,00	,645	25
20	Se busca siempre solucionar problemas de diversa complejidad y despejar las incertidumbres	2,92	,572	25

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,926	,930	7

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	2,754	2,600	3,000	,400	1,154	,024	7
Varianzas de elemento	,290	,227	,417	,190	1,838	,005	7
Covariables entre elementos	,187	,100	,333	,233	3,333	,002	7
Correlaciones entre elementos	,655	,364	,919	,555	2,525	,021	7

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
14	16,64	7,407	,836	,909
15	16,68	7,393	,821	,911
16	16,60	7,583	,788	,914
17	16,64	7,573	,765	,916
18	16,48	7,677	,583	,924
19	16,28	6,710	,822	,911
20	16,36	7,073	,815	,910

Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
19,28	9,877	3,143	7

Coefficiente de correlación intraclass

	Correlación intraclass ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,643 ^a	,493	,789	13,602	24	144	,000
Medidas promedio	,926 ^c	,872	,963	13,602	24	144	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

- a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.
- b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.
- c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

ANEXO 4.1

VALIDACIÓN Y CONFIBILIDAD ESTADÍSTICA DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA (CCCE) DE LEE y YOM, 2007 A NIVEL GENERAL.

	Estadísticas de elementos	Media	Desviación estándar	N
A	SOBRE USO DE TÉCNICAS DE CUIDADO DE ENFERMERÍA			
1	Demuestro desempeño y habilidad en la ejecución de procedimientos	4,60	,577	25
2	Ejecuta procedimientos y administra tratamiento en forma oportuna	4,72	,542	25
3	Acude al llamado del paciente que lo necesite	4,48	,653	25
4	Demuestra predisposición en su atención	4,48	,653	25
5	Cumple con el tratamiento en el momento indicado	4,72	,542	25
6	Cumple la continuidad de los cuidados turno por turno	4,68	,557	25
B	SOBRE TRATO HUMANO EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES			
7	Le comunica al paciente sobre procedimientos a realizar	4,60	,577	25
8	Emplea términos claros y sencillos	4,48	,586	25
9	Demuestra trato cordial y amable durante la atención	4,12	,440	25
10	Emplea gestos amables y mirada directa al dirigirse al paciente	4,12	,440	25
11	Saluda y trata por su nombre al paciente	4,52	,586	25
12	Respeto las costumbres y creencias del paciente	4,60	,577	25
C	SOBRE LAS CONDICIONES DEL ENTORNO			
13	Muestra preocupación por el confort y reposo del paciente	4,68	,557	25
14	Respeto el descanso del paciente	4,56	,583	25
15	Mantiene la privacidad del paciente	4,48	,586	25
16	Hace participar al paciente en su autocuidado	4,56	,583	25
17	Le interesa contar con el mobiliario y equipamiento necesario	4,68	,557	25
18	Facilita en situaciones necesarias de manera oportuna la falta de medicación y/o otros materiales	4,64	,569	25

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,908	,909	18

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	4,540	4,120	4,720	,600	1,146	,030	18
Varianzas de elemento	,322	,193	,427	,233	2,207	,003	18
Covariables entre elementos	,114	-,060	,427	,487	-7,111	,011	18
Correlaciones entre elementos	,358	-,209	1,000	1,209	-4,787	,102	18

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1	77,12	37,110	,441	,906
2	77,00	36,833	,520	,904
3	77,24	36,773	,422	,908
4	77,24	36,773	,422	,908
5	77,00	36,333	,600	,902
6	77,04	36,540	,549	,903
7	77,12	36,110	,591	,902
8	77,24	36,107	,581	,902
9	77,60	37,667	,497	,905
10	77,60	37,667	,497	,905
11	77,20	35,833	,622	,901
12	77,12	35,527	,680	,899
13	77,04	35,290	,747	,898
14	77,16	35,473	,681	,899
15	77,24	35,690	,644	,900
16	77,16	35,307	,707	,898
17	77,04	36,623	,536	,904
18	77,08	36,827	,492	,905

Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
81,72	40,543	6,367	18

Coefficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,353 ^a	,233	,529	10,824	24	408	,000
Medidas promedio	,908 ^c	,845	,953	10,824	24	408	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

- a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.
- b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.
- c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

ANEXO 4.2

VALIDACIÓN Y CONFIBILIDAD ESTADÍSTICA DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA (CCCE) DE LEE y YOM, 2007 SEGÚN DIMENSIONES: USO DE TÉCNICAS DE CUIDADO DE ENFERMERÍA

Estadísticas de elementos		Media	Desviación estándar	N
1	Demuestro desempeño y habilidad en la ejecución de procedimientos	4,60	,577	25
2	Ejecuta procedimientos y administra tratamiento en forma oportuna	4,72	,542	25
3	Acude al llamado del paciente que lo necesite	4,48	,653	25
4	Demuestra predisposición en su atención	4,48	,653	25
5	Cumple con el tratamiento en el momento indicado	4,72	,542	25
6	Cumple la continuidad de los cuidados turno por turno	4,68	,557	25

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,776	,793	6

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	4,613	4,480	4,720	,240	1,054	,013	6
Varianzas de elemento	,347	,293	,427	,133	1,455	,004	6
Covariables entre elementos	,127	-,050	,427	,477	-8,533	,024	6
Correlaciones entre elementos	,390	-,133	1,000	1,133	-7,542	,202	6

Estadísticas de total de elemento

Elementos	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
1	23,08	4,160	,594	,724
2	22,96	4,123	,671	,707
3	23,20	4,667	,483	,786
4	23,20	4,667	,483	,786
5	22,96	4,040	,717	,696
6	23,00	4,000	,711	,696

Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
27,68	5,893	2,428	6

Coefficiente de correlación intraclass

	Correlación intraclass ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,366 ^a	,204	,570	4,460	24	120	,000
Medidas promedio	,776 ^c	,605	,888	4,460	24	120	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.

b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.

c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

ANEXO 4.3

VALIDACIÓN Y CONFIBILIDAD ESTADÍSTICA DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA (CCCE) DE LEE y YOM, 2007 SEGÚN DIMENSIONES: SOBRE TRATO HUMANO EN LAS RELACIONES INTERPERSONALES

	Estadísticas de elementos	Media	Desviación estándar	N
7	Le comunica al paciente sobre procedimientos a realizar	4,60	,577	25
8	Emplea términos claros y sencillos	4,48	,586	25
9	Demuestra trato cordial y amable durante la atención	4,12	,440	25
10	Emplea gestos amables y mirada directa al dirigirse al paciente	4,12	,440	25
11	Saluda y trata por su nombre al paciente	4,52	,586	25
12	Respeto las costumbres y creencias del paciente	4,60	,577	25

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,842	,854	6

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	4,407	4,120	4,600	,480	1,117	,051	6
Varianzas de elemento	,290	,193	,343	,150	1,776	,006	6
Covariables entre elementos	,137	,008	,283	,275	34,000	,011	6
Correlaciones entre elementos	,456	,033	1,000	,967	30,463	,107	6

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
7	21,84	3,973	,666	,807
8	21,96	3,873	,704	,799
9	22,32	4,893	,387	,854
10	22,32	4,893	,387	,854
11	21,92	3,660	,819	,773
12	21,84	3,807	,755	,788

Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
26,44	5,840	2,417	6

Coefficiente de correlación intraclase

	Correlación intraclase ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,471 ^a	,303	,662	6,348	24	120	,000
Medidas promedio	,842 ^c	,723	,922	6,348	24	120	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

- a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.
- b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.
- c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

ANEXO 4.4

VALIDACIÓN Y CONFIBILIDAD ESTADÍSTICA DEL CUESTIONARIO DE CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA (CCCE) DE LEE y YOM, 2007 SEGÚN DIMENSIONES: SOBRE LAS CONDICIONES DEL ENTORNO.

	Estadísticas de elementos	Media	Desviación estándar	N
13	Muestra preocupación por el confort y reposo del paciente	4,68	,557	25
14	Respeta el descanso del paciente	4,56	,583	25
15	Mantiene la privacidad del paciente	4,48	,586	25
16	Hace participar al paciente en su autocuidado	4,56	,583	25
17	Le interesa contar con el mobiliario y equipamiento necesario	4,68	,557	25
18	Facilita en situaciones necesarias de manera oportuna la falta de medicación y/o otros materiales	4,64	,569	25

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en elementos estandarizados	N de elementos
,837	,849	6

Estadísticas de elemento de resumen

	Media	Mínimo	Máximo	Rango	Máximo / Mínimo	Varianza	N de elementos
Medias de elemento	4,600	4,480	4,680	,200	1,045	,006	6
Varianzas de elemento	,328	,310	,343	,033	1,108	,000	6
Covariables entre elementos	,151	,002	,303	,302	182,000	,016	6
Correlaciones entre elementos	,458	,005	,937	,932	186,414	,148	6

Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
13	22,92	4,410	,761	,780
14	23,04	4,373	,733	,785
15	23,12	4,360	,734	,785
16	23,04	4,207	,817	,767
17	22,92	5,243	,371	,845
18	22,96	5,373	,305	,848

Estadísticas de escala

Media	Varianza	Desviación estándar	N de elementos
27,60	6,500	2,550	6

Coefficiente de correlación intraclass

	Correlación intraclass ^b	95% de intervalo de confianza		Prueba F con valor verdadero 0			
		Límite inferior	Límite superior	Valor	df1	df2	Sig
Medidas únicas	,461 ^a	,293	,654	6,132	24	120	,000
Medidas promedio	,837 ^c	,713	,919	6,132	24	120	,000

Modelo de efectos combinados bidireccionales donde los efectos de personas son aleatorios y los efectos de medidas son fijos.

a. El estimador es el mismo, esté presente o no el efecto de interacción.

b. Coeficientes de correlaciones entre clases del tipo C utilizando una definición de coherencia. La varianza de medida intermedia se excluye de la varianza del denominador.

c. Esta estimación se calcula suponiendo que el efecto de interacción está ausente, porque de lo contrario no se puede estimar.

ANEXO 5
BASE DE DATOS DE ESTUDIO PILOTOTO PARA VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE
CUESTIONARIO CMCGPP (MINSA, 2014) POR DIMENSIONES

	Modelación						Técnicas de Gestión						Técnicas de Optimización						
1	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3
2	3	3	2	2	3	3	3	2	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	3	3	4	4	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
5	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
6	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3
7	4	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
8	3	3	2	2	3	3	3	2	1	1	2	3	2	2	2	2	2	2	2
9	3	3	2	2	3	3	3	2	1	1	2	2	3	2	2	2	2	2	2
10	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
11	3	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	3	3	4	3
12	4	4	3	3	4	4	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	4	4
13	4	4	3	3	4	4	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	4	4
14	4	3	3	3	4	4	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	4	3
15	4	4	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
16	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
17	3	3	2	2	3	3	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
18	3	3	3	3	3	3	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
19	3	3	3	3	3	3	2	2	1	1	2	3	3	2	2	3	2	2	3
20	4	4	3	3	3	4	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	4	3	3
21	3	3	2	2	3	3	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	4	3	3
22	3	3	2	2	3	3	2	2	2	2	3	2	2	2	2	3	3	3	3
23	3	3	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3
24	3	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	2	2	3	3
25	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	4	4	4

ANEXO 6

**BASE DE DATOS DE ESTUDIO PILOTOTO PARA VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO SOBRE
CUESTIONARIO SOBRE LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA (CCCE) DE LEE y YOM, 2007**

	TECNICAS DE CUIDADO						TRATO HUMANO-RI						ENTORNO					
1	5	5	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5
2	5	5	4	4	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5
3	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	5	5	5	5	5	4	4
4	4	4	5	5	4	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5
6	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	4	4	5	5
7	4	5	5	5	4	4	5	5	4	4	5	5	5	5	4	4	4	4
8	5	5	4	4	5	5	5	4	4	4	4	5	4	4	4	4	5	5
9	5	5	4	4	5	5	5	4	4	4	4	4	5	5	4	4	5	5
10	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5
11	5	5	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	5	5	5	5	5	5
12	4	4	5	5	4	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	4	4
13	4	4	5	5	4	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	4	4
14	4	5	5	5	4	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	4	4
15	4	4	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5
16	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5
17	5	5	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5
18	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5
19	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	5	5	5	4	5	5	5
20	4	4	5	5	5	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	4
21	5	5	4	4	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	5	5
22	5	5	4	4	5	5	4	4	5	5	5	4	4	4	4	4	5	5
23	5	5	4	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
24	5	5	4	4	5	5	4	4	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

ANEXO 7
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO
PRUEBA DE NORMALIDAD PARA LAS VARIABLES EN ESTUDIO

Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Modelación de la prestación de los servicios	,318	84	,000	,774	84	,000
Aplicación de técnicas para gestionar procesos	,246	84	,000	,791	84	,000
Aplicación de técnicas para optimizar procesos	,286	84	,000	,776	84	,000
Uso de técnicas de cuidado de enfermería	,540	84	,000	,182	84	,000
Trato humano en las relaciones interpersonales	,536	84	,000	,215	84	,000
Condiciones del entorno	,533	84	,000	,248	84	,000
Calidad del cuidado de enfermería	,537	84	,000	,178	84	,000

a. Corrección de significación de Lilliefors

ANEXO 8

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nosotras, Lisbeth Yazmin Espejo Avila y Ana Alva Rojas de la Universidad Cesar Vallejo de Trujillo de la escuela de postgrado de maestría con mención en Gestión de los Servicios de Salud, me encuentro realizando una investigación con el siguiente tema: "Características de la gestión y relación con la calidad del cuidado de enfermería en los macro procesos prestacionales del Hospital Regional Docente de Trujillo 2017". Para lo tanto le solicito muy cordialmente a Usted. Se digne contestar el siguiente formulario. Sus respuestas serán de mucha utilidad, lo que nos permitirá ejecutar la presente investigación. Su participación es libre y voluntaria. Si Ud. está de acuerdo en participar con nuestra investigación se le reitera mi consideración y estima.

Yo, Enfermera/o de los Servicios asistenciales del Hospital Regional Docente de Trujillo y voluntariamente responder el formulario entregado para que la información obtenida pueda ser utilizada en la investigación que se está realizando por la estudiante del postgrado antes mencionado.

<u>Yanet Reyes Guzman</u>	• 43193161 (Entrega) SPS
<u>Nelisantos Reyes</u>	• 18118996 17.
<u>Cintya Monzon Licera</u>	• 42656262 SPS
<u>Clara Ortiz</u>	• 18115098 SOP
<u>Delia Hernandez Sotelo</u>	• 18134201 C.B.
<u>Yolanda Esquivel Saavedra</u>	• 17967757 Ginecología (H)
<u>Elidabeth Iglesias Plasencia</u>	• 26602593 M.O.
<u>Soledad Bustamante Vaca</u>	• 17881571 M.O. (Haza)
<u>Nani Mostanza Rivasplata</u>	• 18139923 M.O.
<u>Maricela Adriana Loayza</u>	• 41546834 Neo (N)
<u>Yolanda Quispe Saavedra</u>	• 17842425 Neo (H)
<u>Lyciana Rios Solano</u>	• 43042617 Neo (H)
<u>Sandra Mendo Vasquez</u>	• 70842921 Neo
<u>Jairajira Vela Parizaman</u>	• 46526820 Neo

ANEXO 9

SOLICITO AUTORIZACION DE PROYECTO DE TESIS

Sr.

DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO

S.D



Nosotras, **Lisbeth Yazmin Espejo Avila** con D.N.I N° 43482329 e **María Ana Alva Rojas** con D.N.I N° 18826501, alumnas de la Escuela de Postgrado de la Universidad Cesar Vallejo con email: yazmin_friend@hotmail.com ; ana.alva60@hotmail.com ; nos presentamos y exponemos:

DIRECTOR DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO

Que por motivos de Sustentación de Tesis para optar el Grado de Maestras en Gestión de los Servicios de Salud, solicito autorice realizar nuestro Proyecto de Tesis "Características de la gestión en los macro procesos prestacionales y su relación con la calidad del cuidado de enfermería. Hospital Regional Docente de Trujillo 2017", consistente en las características de la gestión, un punto importante correlacionarlo con la calidad del cuidado de enfermería inmerso en los macro procesos prestacionales. Además, al ser un profesional de enfermería, parte del Sistema de Salud, cumple una labor de gran responsabilidad y demanda en los establecimientos de salud.

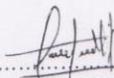
CARACTERÍSTICAS DE LA GESTIÓN EN LOS MACRO PROCESOS

Por ello, buscará determinar la relación de las características de la gestión con la calidad del cuidado de enfermería en los macro procesos prestacionales de un hospital de mucha importancia en el norte de nuestro país como es el Hospital Regional Docente de Trujillo. Esto permitirá entre otras, conocer la medida en que el personal de enfermería actúa al resolver problemas empíricos y desarrollar su trabajo en los cuidados que realizan en forma rutinaria, valorando las actividades que se desglosan de acuerdo a los tipos de macro procesos prestacionales en que se dan.

Por lo expuesto es justicia que espero alcanzar.

Trujillo, 21 de Febrero del 2018


.....
43482329


.....
18826501

Nota: Adjunto los siguientes documentos:



ANEXO 9
MATRIZ DE CONSISTENCIA DE LA EJECUCION DE INVESTIGACION CIENTIFICA
TITULO:

CARACTERÍSTICAS DE LA GESTIÓN EN LOS MACRO PROCESOS PRESTACIONALES Y SU RELACIÓN CON LA CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO 2017.

FORMULACION DEL PROBLEMA	HIPOTESIS	OBJETIVOS	VARIABLE	MARCO TEORICO	DIMENSIONES	METODOS
Problema general:	Hipótesis general:	Objetivo General:	Variable:	Teoría:		Diseño:
¿Cuál es la relación entre las características de la gestión en los macro procesos prestacionales con la calidad del cuidado de enfermería del Hospital Regional Docente de Trujillo 2017?	Las características de la gestión en los macro procesos prestacionales se relacionan significativamente con la calidad de cuidado de enfermería del Hospital Regional Docente de Trujillo, 2017.	Determinar la relación entre las características de la gestión en los macro procesos prestacionales con la calidad de cuidado de enfermería del Hospital Regional Docente de Trujillo 2017.		“Gestión por procesos, simplificación administrativa y organización institucional” MINSA, 2014.	Modelación de procesos prestacionales	Descriptivo correlacional de causa – efecto de diseño
		Objetivo Específicos:	Variable I:			transversal
			Características de la Gestión en los Macro procesos Prestacionales.	Def Conceptual:	Aplicación de técnicas para la gestión de procesos prestacionales	
		-Determinar la relación entre las características de la gestión en los macro procesos prestacionales con la calidad de cuidado de enfermería del Hospital Regional Docente de Trujillo 2017.		Identificación distintiva de la gestión de los procesos operativos implicados directamente con la prestación del servicio en la atención ambulatoria, extramural, de hospitalización, emergencias, atención quirúrgica y docencia (MINSA, 2014).		
					Optimización de los procesos prestacionales	
		-Determinar la relación entre las características de la gestión en los macro procesos prestacionales con el uso de técnicas de cuidado de enfermería del Hospital Regional Docente de Trujillo 2017.				Población:
			93			La población para el presente trabajo de investigación estará conformada por 213 enfermeras asistenciales que laboran en el HRDT.

		-Determinar la relación entre las características de la gestión en los macro procesos prestacionales con el trato humano en las relaciones interpersonales de enfermeros/as del Hospital Regional Docente de Trujillo 2017.				Muestra: Lo constituirán 84 enfermeros/as que laboran en las diversas áreas del Hospital Regional Docente de Trujillo.
						Técnica: Encuesta
						Método de análisis de datos:
						El coeficiente de correlación de Spearman es no paramétrico, permite tener un coeficiente de asociación entre variables que no se comportan normalmente
		-Determinar la relación entre las características de la gestión en los macro procesos prestacionales con el entorno del cuidado de enfermería del Hospital Regional Docente de Trujillo 2017.		Teoría: la calidad de los cuidados sanitarios que se prestan (OPS, 2007a; 2007b).		
			Variable II: Calidad del cuidado de enfermería			
				Def Conceptual:		
				Conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, logrando un resultado con el mínimo riesgo de efectos, y la máxima satisfacción del paciente (OMS, 2015)	Uso de Técnicas	
					Trato humano en las relaciones interpersonales	
					Condiciones del Entorno	

ANEXO 10

CRONOGRAMA

Nº	Actividad	2018																
		Nov				Dic				Ene				Feb				Mar
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1
10	Recolección de datos																	
11	Procesamiento de los datos.																	
12	Análisis de resultados y contrastación de H																	
13	Conclusiones y recomendaciones																	
14	Redacción del informe																	
15	Presentación del informe de tesis																	
17	Sustentación de tesis																	

ANEXO 11

TURNITIN

ESPEJO AVILA LISBETH YAZMIN

INFORME DE ORIGINALIDAD

22%	22%	2%	12%
INDICE DE SIMILITUD	FUENTES DE INTERNET	PUBLICACIONES	TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	4%
2	www.saludpublicachile.cl:8080 Fuente de Internet	3%
3	eprints.ucm.es Fuente de Internet	2%
4	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	2%
5	www.tesis.unjbg.edu.pe:8080 Fuente de Internet	1%
6	dspace.ucuenca.edu.ec Fuente de Internet	1%
7	documents.mx Fuente de Internet	1%
8	desarrolloconocimientoenfermeria.blogspot.com Fuente de Internet	1%
9	bibdigital.epn.edu.ec Fuente de Internet	1%

10	repositorio.unheval.edu.pe Fuente de Internet	1%
11	repositorio.uch.edu.pe Fuente de Internet	1%
12	pt.scribd.com Fuente de Internet	1%
13	repositorio.upeu.edu.pe Fuente de Internet	1%
14	www.scielo.org.co Fuente de Internet	1%
15	www.enfermeriaencardiologia.com Fuente de Internet	1%
16	repositorio.uladech.edu.pe Fuente de Internet	1%
17	rcientificas.uninorte.edu.co Fuente de Internet	1%
18	repositorio.unjbg.edu.pe Fuente de Internet	1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias

< 1%

Excluir bibliografía

Apagado