



FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
ESCUELA DE ENFERMERÍA  
Ciclo LICENCIATURA EN ENFERMERIA



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO

# TESIS FINAL

Tema:  
**MOTIVACION EN ENFERMERIA**

**AUTORAS:** Lástres S, Rocío  
Villca B, Silvia

Mendoza, Febrero de 2013

“ El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Medicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado, ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o de los autores”.

# TRIBUNAL EXAMINADOR

Titular:.....

Vocal:.....

Vocal:.....

Mendoza:...../...../.....

## **AGRADECIMIENTOS**

Queremos expresar nuestra gratitud aquellos que nos han acompañado en este proceso.

Todo nuestro reconocimiento a los docentes de la escuela de enfermería y en especial a la docente a cargo del espacio curricular taller de trabajo final Lic. María Rosa Reyes por su destacado apoyo, que nos permite hoy poder concretar este trabajo.

También, así mismo al personal enfermero, departamento de estadística y medicina laboral del hospital Dr. Humberto Notti y Clínica Santa Rosa que nos proporcionó información útil para esta investigación.

No podemos dejar de mencionar el incondicional acompañamiento y sostén que nos brindaron nuestras familias por el valioso tiempo que no le hemos podido dedicar.

## PROLOGO

La enfermería es considerada dentro de las profesiones sanitarias como una de las que más afronta situaciones estresantes, debido a la especialidad de su atención: el cuidado de las personas.

Son numerosos y variados los quehaceres de su rol profesional pero estrictamente consiste en la asistencia durante el dolor, la complejidad de los procesos en los tratamientos y sobre todo el acompañamiento en la agonía y muerte, que realizan los enfermeros en las distintas unidades de los servicios de atención. Reconocer y dar a conocer la realidad que experimentan es nuestro desafío

## INDICE GENERAL

CARATULA .....	I
ADVERTENCIA.....	II
APROBACION .....	III
AGRADECIMIENTO.....	IV
PROLOGO .....	V
INDICE GENERAL .....	VI
INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS .....	VII
INTRODUCCION .....	1
TEMA Y PROBLEMA .....	2
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	3
JUSTIFICACION .....	5
OBJETIVOS .....	7
MARCO TEORICO.....	8
DISEÑO METODOLOGICO .....	42
Diseño de Investigación .....	42
Nivel o tipo de investigación .....	42
Población y Muestra.....	43
VARIABLES Y OPERACIONALIZACION.....	44
PRESENTACION Y ANALISIS DE DATOS .....	48
CONCLUSION .....	73
RECOMENDACIÓN .....	74
BIBLIOGRAFIA .....	76
ANEXOS .....	77
Encuesta .....	78
Tabla Matriz.....	82

## INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

Tabla y grafico N°1- Edad .....	Pag.49
Tabla y grafico N°2- Sexo .....	Pag.50
Tabla y grafico N°3- Estado civil.....	Pag.51
Tabla y grafico N°4- Grado de formación .....	Pag.52
Tabla y grafico N°5- Antigüedad laboral.....	Pag.53
Tabla y grafico N°6- Número de hijos.....	Pag.54
Tabla y grafico N°7- Atención optima .....	Pag.55
Tabla y grafico N°8- Satisfacción por el cuidado otorgado.....	Pag.56
Tabla y grafico N°9- Los recursos materiales suficientes para brindar cuidados.....	Pag.57
Tabla y grafico N°10- Sobre si con recursos humanos se pueden brindar cuidados óptimos .....	Pag.58
Tabla y grafico N°11- Sobre si con recursos materiales se pueden brindar cuidados óptimos .....	Pag.59
Tabla y grafico N°12- El grado de atención de manera equitativa.....	Pag.60
Tabla y grafico N°13- El reconocimiento de la sociedad .....	Pag.61
Tabla y grafico N°14- Relación con su jefe .....	Pag.62
Tabla y grafico N°15- Relación con sus compañeros.....	Pag.63
Tabla y grafico N°16- Relación con otros profesionales de la salud.....	Pag.64
Tabla y grafico N°17- Horas que trabajan semanalmente.....	Pag.65
Tabla y grafico N°18- Frecuencia de recargos .....	Pag.66
Tabla y grafico N°19- Situación de revista .....	Pag.67
Tabla y grafico N°20- Predisposición en realizar cursos de capacitación ...	Pag.68
Tabla y grafico N°21- Posibilidades de capacitación.....	Pag.69
Tabla bivariada N°22- Relación sexo-edad.....	Pag.70
Tabla bivariada N°23- Relación Situación de revista- Recargos.....	Pag.71
Tabla bivariada N° 24 - Relación Horas de trabajo semanal - Atención equitativa.....	Pag.72

## **INTRODUCCION**

El presente trabajo intenta develar el significado de la motivación para el profesional de enfermería que se desempeña en los servicios de clínica médica y pediátrica del hospital Dr. Humberto Notti y Clínica Santa María ubicado en el departamento de Guaymallen y Ciudad, Mendoza.

La investigación se realizará durante los meses de junio y julio del corriente año, en una población de sesenta y cuatro enfermeros universitarios y licenciados en enfermería que trabajan en dichas áreas.

La finalidad de este trabajo de investigación a realizar precisamente en estos servicios, es la de dar a conocer un problema q interviene en cuanto a la optimización del desempeño laboral e insatisfacción personal.

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### ***TEMA: MOTIVACIÓN EN ENFERMERÍA***

#### ***DESCRIPCION DEL PROBLEMA***

##### ***En una institución privada***

Se ha observado que en aquellos enfermeros que tienen menos incentivos (francos por estudio, permisos para cursado), existen cambios que son evidentes, con respecto al trato hacia los pacientes, sólo se limitan a cumplir con las obligaciones principales ( medicación y controles), dejando de lado el cuidado integral del mismo.

Tal vez en un principio el profesional de enfermería se detenía para realizar educación al paciente y familiares, a resolver dudas, explicar procedimientos, a tranquilizarlo, a escucharlo, etc.

Este problema se viene observando desde hace 4 años aproximadamente, desde que cambió la política de contratación de nuevo personal de enfermería y desde que se dio prioridad sólo a las necesidades institucionales y no a las del personal.

Estos sucesos afectan no sólo al personal de enfermería sino que también afecta directamente al usuario, ya que es él mismo quien recibe la atención de mayor o menor calidad dependiendo de la situación y del establecimiento.

La solución no sólo se obtiene realizando una investigación del problema, puesto que la misma es el comienzo o el primer paso para resolverlo. Lo ideal sería “actuar” o “hacer” algo para solucionarlo.

Ésta investigación forma parte del campo de estudio de la enfermería, somos uno de los directamente afectados, porque cuanto más motivación tenemos, mejor es la actitud que ponemos en nuestro trabajo y mejor es la atención que brindamos a los pacientes. La correspondiente investigación también podría abarcar otros ámbitos; (por ejemplo encuesta de satisfacción del cliente).

Hemos corroborado que en ésta misma institución no es la primera vez que ocurre éste tipo de inconveniente con el personal de enfermería; por eso la mayoría de los profesionales de enfermería no llegan a los 2 años de trabajo.

Surge la desmotivación poniendo en evidencia un cambio actitudinal del enfermero limitándose sólo a lo técnico y práctico; dejando de lado la atención integral del paciente. Así mismo un enfermero mejor capacitado brindará mejores cuidados, atención, calidad y técnica contribuyendo de ésta manera a la pronta recuperación del paciente.

Éste tema abarca diversos aspectos los cuales pueden ser investigados; desde el campo de la Enfermería Investigativa (UNC), a nivel institucional (Clínica Santa María), y gubernamental (estado).

La investigación en Enfermería nos brinda soluciones a éste y numerosos problemas más; porque con los trabajos de investigación que se realizan, constituyen el primer eslabón para la resolución de los mismos. Por ésta razón consideramos que su aporte a la carrera es importante.

### ***En una institución pública***

En los hospitales públicos no ocurre lo mismo; el panorama es totalmente distinto; ya que el personal de enfermería es alentado en forma permanente a capacitarse, dictando cursos, dando charlas, realizando foros de debate, todos los meses en el mismo establecimiento; e incentivando a los auxiliares a lograr su profesionalización, a los profesionales a alcanzar su licenciatura; brindando apoyo económico a quienes cursan sus estudios en instituciones privadas, otorgándoles una beca completa; también hay apoyo económico para quienes realizan cursos especiales de perfeccionamiento. Para todo el personal que desee estudiar; hay permisos por examen, francos para cursado, cambios de guardia autorizados, y diagramas flexibles.

Todos estos beneficios que las instituciones públicas brindan a sus empleados (en especial a los enfermeros), se ven reflejado en el trabajo que realizan los mismos.

Éste trabajo de tipo comparativo se realizará porque cada vez hay más instituciones privadas que sólo piensan en sus beneficios económicos; descuidando la mala atención que brindan sus enfermeros; por la falta de incentivos; y el grado de satisfacción o insatisfacción que tienen sus clientes al egresar del nosocomio. Por eso hay cada vez más personas que concurren a los establecimientos públicos.

Lo principal que se observó en este trabajo es la notable diferencia que hay en el trabajo que realizan enfermeros que tienen incentivos y los que no los tienen; también la satisfacción del cliente.

Esta investigación será realizada en el Hospital Humberto Notti y la Clínica Santa María, en el mes de junio y julio de corriente año.

### ***FORMULACION DEL PROBLEMA***

¿En que grado, la motivación de los enfermeros; que prestan cuidados tanto en lugares públicos como privados (Hospital Humberto Notti y Clínica Santa María); afecta el nivel de atención de enfermería hacia los pacientes, en Mendoza, 2011?

## JUSTIFICACIÓN

La motivación forma parte de la vida, está presente en nuestras vivencias y hace que muchas de las actividades cotidianas se orienten hacia la búsqueda de objetivos concretos, relacionados con la interacción que tiene con el ambiente. Los profesionales de enfermería se enfrentan durante esa interacción con el medio ambiente que los rodea dentro de las instituciones de salud, a fenómenos que de una u otra manera afectan todo su ser, desde los más profundo de sus corazones, no es fácil para este grupo de personas enfrentar día a día el dolor ajeno, afrontar la muerte. Si bien existen momentos de regocijo como el nacimiento de un bebe, en la gran mayoría de su tiempo les toca consolar a una madre, una esposa o a un hijo.

Estas emociones de tristezas y alegrías que afronta el profesional de enfermería en su día a día, afectan en menor o mayor grado su motivación, si consideramos a las emociones como un elemento preponderante en la motivación de los seres humanos. En sí, la motivación tiene un papel importante en el campo laboral, pues para la mayoría de los profesionales de enfermería encuentran en sus áreas de trabajo, no un simple medio para sobrevivir, sino un elemento esencial de superación personal, el cual se debe en gran parte a la eficiencia y eficacia de los factores motivacionales.

La aparición de la desmotivación en el personal de enfermería, manifestaría un desgaste psicofísico, por tanto disminución en la calidad de atención profesional, lo cual demostraría la insatisfacción de dicho personal.

El aporte de los resultados de la investigación, beneficiara en primera instancia a los pacientes de los servicios en estudio, al aportar datos concretos, de las consecuencias que ocasiona la carencia de motivación hacia los enfermeros, y así poder tomar medidas que mejoren esa realidad, los pacientes internados en dicho servicio, serán los beneficiarios indirectos, ya que serán en quienes se reflejara directamente el mejoramiento de la calidad de los servicios de enfermería que reciben.

En segunda instancia, los enfermeros también se beneficiaran, al mejorar las condiciones de trabajo.

En tercera instancia, se beneficiara la institución, aportando datos de base para mejorar la calidad de atención de los servicios prestados.

## **OBJETIVOS**

### ***Objetivo General***

Determinar en que grado la motivación de los enfermeros, afecta el nivel de atención de pacientes con la finalidad de implementar medidas correctivas en caso de ser necesario.

### ***Objetivos Específicos***

- ∞ Medir el grado de motivación laboral de los enfermeros en estudio.
- ∞ Identificar el nivel de atención de enfermería que se brinda.
- ∞ Establecer la relación entre grado de motivación y atención brindada.
- ∞ Caracterizar al personal de enfermería

## MARCO TEORICO

### TEORÍAS DE LA MOTIVACIÓN

Conviene destacar que, según Reeve (1.997) los estudios sobre la motivación se iniciaron en la antigua Grecia con Sócrates, Platón y Aristóteles. Platón propuso que la motivación fluía del alma estableciendo una jerarquía para ella, la cual denominó el alma tripartita (apetitiva, competitiva y calculadora), el primer nivel era el más primitivo porque este hacía que emanaran los deseos corporales del hombre como el hambre y el sexo; en el segundo nivel ubicaba el elemento competitivo el cual se encargaba de aportar los roles sociales como sentimiento de honor y vergüenza y por último el nivel más alto donde ubicó el elemento calculador, que era el responsable en la toma de decisiones del alma, con la razón y la elección. Platón creía que los diferentes aspectos del alma motivaban los diversos comportamientos en el hombre.

Por su parte, Aristóteles retoma el alma tripartita de Platón cambiando la terminología de estos tres niveles a nutritiva, sensitiva y racional. Definía el aspecto nutritivo como el irracional, impulsivo y animal que contribuían a las urgencias corporales como el hambre, el aspecto sensitivo estaba relacionado con el placer y el dolor y el componente racional era exclusividad de los seres humanos, relacionándolo con lo ideal, lo intelectual y algo muy importante caracterizaba la voluntad, esta última era el nivel más elevado del alma pues se ponía en práctica la utilización de la intención, la elección, todo lo divino e inmortal.

Unos cuantos años después, toda esa concepción que tenían los griegos sobre el alma tripartita cambia y se reduce a un dualismo: las pasiones del cuerpo y la razón de la mente, dando surgimiento al alma bipartita que mantiene la misma naturaleza jerárquica a partir de aquí se realiza una distinción entre lo que era impulsivo, irracional, animado y biológico contra lo que era inanimado, inteligente, racional y espiritual.

Posteriormente René Descartes agregó un dualismo mente-cuerpo, a la distinción entre aspectos pasivos y activos de la motivación.

Para este filósofo el cuerpo era un agente mecánico y motivacionalmente pasivo, mientras que la voluntad era un agente inmaterial y motivacionalmente activo. Así, el cuerpo necesitaba de satisfacer necesidades nutritivas y respondía al ambiente en forma mecánica, mientras que la mente era una entidad espiritual, inmaterial y pensante que poseía voluntad intencional.

Es así, como Descartes abre el camino para el estudio de la motivación durante los años siguientes. Según sus planteamientos para comprender los motivos pasivos era necesario el estudio fisiológico del cuerpo y para conocer sobre los motivos activos entonces había que analizarse la intelectualidad de la voluntad y para ello los estudios debían ser filosóficos.

A partir, de este discernimiento surgen tres (3) grandes teorías (Voluntad, Instinto y Pulsión). La primera gran teoría: La voluntad, consistía en la comprensión de la misma, según Descartes si se llegaba a comprender la voluntad se podría ser capaz de comprender la motivación. La voluntad consistía en una facultad (fuerza) de la mente para controlar los apetitos y pasiones corporales en busca de la virtud y la salvación mediante el poder de la elección y de la lucha según el creador de esta gran teoría, creía que la voluntad motivaba todas las acciones del hombre. Esta teoría no llevo a descubrir la naturaleza de la voluntad ni las leyes mediante las cuales operaba, había que explicar no solo la motivación sino también el factor motivador, por lo que se planteó más preguntas por lo que su explicación sobre la motivación fue muy poca.

Es aquí como la motivación pasa de lo filosófico a lo fisiológico surgiendo la segunda gran teoría: instinto, orientando el estudio de la motivación hacia lo biológico- mecanicista. Surge un dualismo hombre-animal y los estudios se basaron en como los animales empleaban sus recursos para adaptarse a las demandas sobresalientes de un ambiente. Darwin introduce el concepto del instinto como fuerza motivacional, que surge a partir de la herencia genética, es decir, estaba en los genes y su tendencia innata permitía que las personas actuaran de una forma específica.

Lo interesante de esta teoría fue la habilidad para explicar la conducta no aprendida que mostraba energía y propósito, es decir, los impulsos biológicos dirigidos hacia las metas. La teoría del instinto pierde interés y le da paso al estudio de la motivación desde el punto de vista de la tercera gran teoría: Pulsión.

Según esta teoría el comportamiento está motivado a tal grado que satisfacía las necesidades del organismo y restauraba la homeostasis biológica, esta teoría predecía la motivación antes de que ocurriera a partir de condiciones antecedentes del ambiente por ejemplo horas de privación sus máximos representantes fueron Freud y Hull, pero esta teoría tenía demasiado limitada su visión. Por lo que se origino el surgimiento de 24 mini teorías, los investigadores se dispersaron en diferentes áreas de la psicología (social, desarrollo y clínica). El estudio de la motivación se caracteriza por contar con un grupo fructífero de mini teorías enriquecedoras desde el punto de vista teórico y práctico las cuales al recuperar el estudio de la motivación, la han convertido en un campo muy aceptado y de primera clases<sup>1</sup>.

## **MOTIVACIÓN EN LAS TEORÍAS DE ENFERMERÍA**

De acuerdo a Marriner (2.002) la filosofía se conoce de manera documentada desde hace tres mil (3.000) años, por su parte la ciencia es relativamente reciente y resulta del propósito humano de explicar ciertos fenómenos. El científico comienza con formularse ciertas preguntas sobre estos fenómenos, la perspectiva filosófica elegida para responder a esas preguntas influirán en el camino que elegirán los científicos para desarrollar sus actividades profesionales, la interpretación de los resultados y las demás funciones que guardan relación con la ciencia y en conocimiento.

Partiendo de este orden de ideas, surgen dos (2) corrientes filosóficas; el Racionalismo y el Empirismo.

<sup>1</sup> Burns, Nancy; Grove, Susan (2.004) Investigación en Enfermería. 3ª Edición, España. Elsevier. Pág. 387.

El racionalismo resalta la importancia del razonamiento a priori como método para avanzar en el conocimiento. Los que se guían por esta corriente filosófica se centran en desarrollar una explicación sistemática (teoría) de un determinado fenómeno.

Entonces los fenómenos son analizados a través de la estructura lógica de la teoría y el razonamiento lógico. Los postulados lógicos obtenidos por razonamiento deductivo se someten a una refutación experimental con el fin de corroborar la validez de la teoría, es decir, los fenómenos son sometidos a una constante prueba para observar si los resultados se corresponden con los postulados teóricos, de no corresponderse se someten a pruebas adicionales o se introducirán modificaciones en la teoría con las siguientes comprobaciones posteriores.

La segunda corriente filosófica conocida como empirismo se basaba en que el conocimiento científico solo puede obtenerse a partir de las experiencias sensoriales, las postulaciones sobre este método de investigación se les atribuyen a Francis Bacon (1.620) citado por Marriner (2.002) El creía que la verdad científica se descubriría mediante la generalización de los hechos que se observan en el mundo natural, esta visión recibió el nombre de método inductivo, es decir, que la formulación teórica debe ir precedida por la recopilación de los hechos.

Posterior a estas dos (2) principales corrientes filosófica surge una nueva filosofía de la ciencia; el Positivismo, término empleado por primera vez por Comte. Esta nueva corriente se revela como el enfoque predominante en la ciencia contemporánea. Los positivistas lógico modernos veían en la investigación empírica y en el análisis lógico las dos (2) posibles aproximaciones para llegar al conocimiento.

La investigación desde el punto de vista positivista genera una gran cantidad de datos, es por ello que para solucionar el problema que acarrea analizar tanta información, se fueron creando ordenadores encargados del análisis del

mismo, lo que ha contribuido a la aceptación general del método positivista en la ciencia contemporánea. Es en esta perspectiva donde se han ubicado los estudios previos sobre la motivación hasta la presente fecha.

Para 1.950 comienza a percibirse en las publicaciones especializadas en investigación de la época una actitud crítica hacia el positivismo y surge una nueva visión de la ciencia. La nueva filosofía se centraba en la ciencia como un proceso de investigación continua según la epistemología emergente, el interés estribaba en el conocimiento del descubrimiento científico y en los procesos relacionados con los cambios en las teorías producidos a lo largo del tiempo. Foucault (1.966) publicó un análisis donde su tesis principal era que el conocimiento científico se disponía conforme a diferentes patrones propios de un momento dado y una cultura determinada, es decir, desde mi punto de vista que el significado que los individuos les dieran a las cosas dependía de lo que ocurriera en determinado momento y estaba influenciado por la cultura del individuo.

Por su parte, Schutz (1967) sostenía que los científicos que intentaban comprender el mundo social, no pueden adquirir un conocimiento cognoscitivo del mundo exterior de forma independiente a sus experiencias vitales. La nueva epistemología cuestionaba la visión empirista de la percepción al admitir que la teoría desempeña un papel importante en la determinación del objetivo de observación del científico y el modo como este interpretaba el mismo, es decir, un mismo objeto o una misma situación puede ser percibida de manera distinta por diferentes personas.

Por medio de este análisis numerosos científicos centran su atención en esta nueva manera de ver las cosas, y surgen nuevos métodos para el análisis y comprensión de los datos, Brown (1.977) habla de una perspectiva interaccionista donde se estudió el reconocimiento de patrones en proceso de información por ser humano.

En el campo interaccionista se propusieron dos (2) mini teorías; la basada en

datos llamada ascendente y la fundamentada en la teoría conocida como descendente, la primera se utiliza para seleccionar la entrada y procesar la información que llega del entorno, la segunda afirma que los datos de entrada se perciben como no clasificados y se analizan como material en bruto, con niveles de complejidad crecientes hasta que se obtiene la estructuración total de los datos.

Es decir, que el ser humano avanza gracias a la interacción entre los procesos basados en datos y los basados en conceptos, a partir de la fuente de información mixta constituidas por categorías cognitivas bien organizadas y por los estímulos del entorno sensorial, en otras palabras, el hombre selecciona e interpreta la información ambiental en la construcción de su propio conocimiento, en vez de copiarla en forma pasiva y tal como se ofrece a sus sentidos.

El estudio filosófico del cuidado de enfermería se centra en tres (3) grandes corrientes; el positivismo, el post-positivismo e interpretativo. El paradigma post-positivista se centra en patrones que puedan describir, explicar y predecir los fenómenos y rechaza la visión positivista tradicional, por su parte, el paradigma interpretativo tiende a promover la comprensión de los hechos a través de los significados de la interacción social por parte de los participantes, como particular acento en la situación , en el contexto y en la construcción cognitiva creada por los individuos para los sucesos cotidianos.

Es así, como la enfermería como disciplina se centra en los cuidados de los seres humanos en forma integral y en relación con su ambiente, como profesión hace esfuerzos para mejorar la calidad de vida de los pacientes a través de la resolución de problemas que intervienen en esa calidad de vida, es de allí, la complejidad del quehacer ético en la enfermería. El cuidado es para el hombre y proviene del mismo hombre, conocido como ser humano, esta complejidad se potencializa gracias a la trascendencia que representa el

brindar cuidado, lo cual se logra no solo con ideas y conocimiento científico, sino generando reflexión como hombre crítico, consciente, con principios y valores éticos, comprometido con su quehacer y con la vida.

De esta manera, el cuidado se basa en una construcción de conocimiento y quien lo realiza es un agente activo que posee su propia historia, por lo tanto, el componente fenomenológico del cuidado, otorga a estos agentes activos, un significado del cuidado diferente para cada uno, y este está basado en sus experiencias previas, es decir, de acuerdo a sus experiencias vividas en relación con el mismo. A partir de estas ideas consideramos relevante hacer una interpretación de cómo puede ser la motivación a partir de las diferentes definiciones dadas por teóricos de enfermería:

Es así como, Nightingale Florence (1.859), citada por Marriner-Tomey (1.994), entendía la enfermería como la responsabilidad de velar por la salud de alguien, esa responsabilidad era el motor que la impulsaba, consideramos que en ella prevalecía la motivación intrínseca, tan grande era su motivación que logro establecer cambios significativos para su época, ella estableció el sistema de actividades profesionales de enfermería que conocemos actualmente.

También creía que las enfermeras debían utilizar el sentido común para lograr las condiciones que favorecieran la recuperación de la salud de los pacientes, por lo tanto, debía prevalecer la perseverancia, la observación y la habilidad. En este orden de ideas, la perseverancia, la observación y la habilidad estarían ubicado dentro del contexto de las tres (3) grandes teorías, en la teoría de la voluntad, ya que el ser perseverante te permite controlar los apetitos y pasiones corporales en busca de la virtud y la salvación mediante el poder de la elección y la lucha como lo plantea esta teoría, es decir, te permite tener bien claras tus metas y los obstáculos que se te puedan presentar y no te desvían de ella ¿Cuál es el objetivo en este caso? Velar por la salud de alguien.

A su vez, Wiedenbach Ernestine (1.964) citada por Marriner-Tomey (1.994), define enfermería como un ser humano funcional que piensa y siente, el

pensamiento y los sentimientos están íntimamente relacionados. Para ella la motivación guarda coherencia con el pensamiento y los sentimientos y esta se desarrolla a partir de su sistema de creencias y de sus códigos de conducta., es decir, la creencia y el código de conducta de la enfermera procede de su cultura y de su subcultura, por lo tanto, es de carácter personal y único para cada enfermera expresando su forma de concebir enfermería, a su vez, este sistema de creencias motiva a la enfermera a actuar y guía sus pensamientos. Consideramos que para esta teorizante la motivación de la enfermera es intrínseca, dependiendo del significado que esta le da a su sistema de creencias así sería su motivación, la cual estaría influenciada por sus pensamientos y sentimientos, el pensamiento guía sus decisiones de manera voluntaria, consciente y libre.

Por su parte Henderson Virginia (1.955) citada por Marriner-Tomey (1.994), definió enfermería en términos funcionales y ella planteo que la única función de enfermería era ayudar al individuo sano o enfermo en las actividades que contribuyan a recuperar su salud y al moribundo a una muerte tranquila. También subrayo que la enfermera puede actuar independientemente, la motivación de la enfermera según Henderson se ubica en el contexto de la motivación intrínseca y en la teoría de la voluntad al igual que la de Florence Nightingale..

Para Abdellah Faye Glenn (1.960) citada por Marriner-Tomey (1.994), la enfermería es un servicio a los individuos, familia y sociedad, plantea que enfermería es un arte y una ciencia, que permite moldear las actitudes, la capacidad intelectual y las habilidades técnicas de cada enfermera, ¿que se logra con esto? Según esta autora la transformación en deseo y en la capacidad de ayudar a las personas sanas o enfermas hacer frente a sus necesidades sanitarias.

Desde nuestro punto de vista, esta autora concibe la motivación de la enfermera como extrínseca, es decir, la enfermera necesita el reconocimiento del paciente, familia y sociedad para modificar su actitud, entonces el

reconocimiento transforma a la capacidad intelectual y a las habilidades técnicas en deseo y capacidad de ayudar a los demás.

Por su parte, Hall Lydia (1.965) citada por Marriner-Tomey (1.994), definía la enfermería como “la asistencia llevada a cabo exclusivamente por profesionales formados en las ciencias conductuales que asumen responsabilidad, coordinan y distribuyen toda la asistencia de sus pacientes”.

Partiendo de esta definición podríamos decir que la motivación de la enfermera está ligada al liderazgo, entiendo la responsabilidad como la capacidad de hacer las cosas bien, consideramos que esta autora definió la enfermería según la motivación intrínseca y es porque la responsabilidad es un valor y este se adquiere según las experiencias vividas, es decir, este valor es reforzado durante la infancia, la adolescencia y la adultez por nuestros padres, abuelos, tíos u otros miembros de nuestra familia. Si eres responsable actúas de manera de hacer las cosas bien, si partimos de que los individuos motivados intrínsecamente se sienten capaces y autodeterminados entonces tienen la capacidad de ser líderes, dentro de las tres (3) grandes teorías de la motivación, pienso que esta definición se ubicaría en la teoría de la voluntad, porque la responsabilidad es de carácter voluntario, ser responsable te permite ser libre y consciente de tus actos, y tener juicio crítico, posees una visión holística de las cosas y orienta tus decisiones sobre principios éticos.

Sin embargo, Watson Jean (1.979) citada por Marriner-Tomey (1.994), elabora una definición de enfermería que trasciende y pasa al plano espiritual cuando define enfermería como “el interés por comprender la salud, enfermedad, y la experiencia humana, la salud es la unidad y armonía entre la mente, el cuerpo y el alma”. Esta transcendencia se logra a través del autoconocimiento, la autorreverencia, la autocuración y la autoasistencia, deja claro la necesidad de que el personal de enfermería posea una autoestima alta.

Lo que enfermería busca es facilitar a los individuos un “grado superior de armonía, entre la mente el cuerpo y el alma”.

La motivación viene dada por un cuerpo y espíritu coherente. Esta autora plantea que la relación enfermera paciente debe ser utilizada de tal manera que el mismo paciente propicie su desarrollo personal. Creemos que esta definición de enfermería se podría ubicar en la teoría de la expectativa y es porque cuando el individuo establece las relaciones entre las expectativas y las recompensas esta le da la capacidad percibida de influir en su propio nivel de productividad, en este caso estaríamos hablando del nivel de desarrollo personal.

Su teoría es de tipo fenomenológica-existencialista. Nuestra vida está constituida por diversas situaciones algunas positivas otras negativas y algunas pasan casi inadvertidas, pero esta gama de situaciones nos permite construir nuestros propios significados de las cosas y al lograr la coherencia entre mente, cuerpo y alma, logramos ser más humanos, nos permite comprender las individualidades, las interrelaciones de los individuos, familia y comunidad y nos hace ser más solidario.

Es así como, Benner Patricia (1984) citada por Marriner- Tomey (1994), crea su concepción filosófica de enfermería al igual que Watson desde la perspectiva fenomenológica donde define la enfermería como una relación de asistencia, la asistencia según esta teórica crea la posibilidad de dar y recibir ayuda, plantea que la ciencia de enfermería está guiada por el arte moral, la ética y la responsabilidad, entendiéndose la responsabilidad como la capacidad de hacer las cosas bien y la moral como los actos conscientes y voluntarios de los seres humanos que afecta de una u otra forma a los demás.

Según esta teórica, la ética y la moral se adquieren a lo largo de nuestra vida, según nuestras experiencias vividas, nuestra cultura y creencias. Las experiencias vividas sobre la salud, enfermedad, dolor, y relaciones con los demás nos permiten desde nuestro parecer, desarrollar sensibilidad ante el dolor, el sufrimiento y las necesidades físicas y espirituales de las personas a nuestro alrededor.

La motivación vendría dada por las relaciones con los demás y su expectativa estaría centrada en el desarrollo de la sensibilidad y de los principios éticos, lo que le permitiría dar y recibir ayuda, crecer, madurar y fortalecer la solidaridad con los demás.

Por su parte, Orem Dorothea (1.983) citada por Marriner-Tomey (1.994), agrega a su definición de enfermería el término complejidad, al definir enfermería como la persona con atributos o propiedad con la capacidad de conocer y ayudar a los demás, a conocer su demanda de autocuidado como una necesidad humana. Para esta teórica el hombre es un ser simbólico, es decir, que tiene un valor afectivo, moral o de reconocimiento, necesita de la interrelaciones con los demás y su entorno. Los símbolos representan el valor atribuido por el individuo a la recompensa que quiere alcanzar, en el caso de enfermería según Orem es conocer y ayudar a los demás para que estos puedan satisfacer sus necesidades.

Consideramos que cada individuo define el cuidado de forma distinta de acuerdo a sus experiencias vividas. La enfermería adquiere complejidad porque los cuidados son brindados por el hombre y son proporcionados por el mismo hombre.

Siguiendo el mismo orden de ideas, Levine Myra Estrin (1.967) citada por Marriner-Tomey (1.994), construye una definición de enfermería sobre las experiencias previas y el conocimiento sobre la historia de la enfermedad, definiendo enfermería como una interacción humana, utiliza los conceptos de holístico, holismo, integridad, conservación y adaptación.

Esta autora define una serie de términos entre ellos tenemos: Holístico como “la totalidad, subraya la relación mutua, sólida, orgánica, progresiva, entre las funciones diversificadas y las partes dentro de una totalidad cuyo límite están abiertos y son fluidos”.

Es decir, que el todo está abierto a otros sistemas o interrelaciones, no es cerrado, por lo tanto, se pueden establecer cambios. Considera, Holismo como “los seres humanos son más que y diferentes de la suma de sus partes”.

Para esta teorista la integridad significa “tener el control de nuestra propia vida”. Es decir, tener el control de nuestras acciones, decisiones sin ningún tipo de coacción, por lo que nos hace responsable de nuestras acciones. La conservación describe la forma en que los sistemas complejos funcionan incluso cuando están amenazados gravemente y la adaptación es el proceso de cambio, en donde las personas conservan su integridad dentro de las realidades de su entorno.

Esta interacción humana permite que la enfermera participe activamente en el entorno del paciente, donde su intervención se basa en la conservación de la integridad estructural, personal y social de cada paciente. Los modelos adaptativos por su parte podrían estar ocultos en el código genéticos de cada individuo, desde nuestro criterio podría decirse que la adaptación es un instinto que se encuentra en los genes según esta teoría y tiene una tendencia innata para actuar de forma específica, es decir, los individuos utilizan opciones redundantes para mantener o lograr la salud, esta especificidad de actuar viene dada por las experiencias vividas, lo que le da un significado a las acciones esenciales para la vida, pero también consideramos que la cultura ejerce una fuerza importante en las actuaciones de los individuos a pesar de que esta teorista no hace referencia a la misma.

Por su parte, Rogers Martha (1.970) citada por Marriner-Tomey (1.994), transforma el significado de enfermería de “hacer” al de “ciencia y arte” y lo convierte en un sustantivo que significa “cuerpo de conocimiento abstracto”, pasa enfermería entonces a ser una ciencia humanística dedicada, demanda la capacidad sensitiva para clarificar y comprender las representaciones, los sentimientos y las actitudes de los enfermos. Su finalidad es promover la salud, prevenir las enfermedades y asistir o rehabilitar al enfermo o discapacitado, pretende fortalecer la coherencia y la integridad de los seres humanos.

Por lo que enfermería se constituye en una ciencia única que trata la totalidad de la persona, cada individuo es único, sus necesidades son diferentes en cada persona y dependiendo del significado que este le dé a su necesidad aumenta sus expectativas para el logro de su satisfacción.

Por último Rizzo Parse Rosmarie (1.981) citada por Marriner-Tomey (1.994), considera que los logros educacionales, empleo, relaciones estrechas, experiencias definatorias, redes profesionales y las redes académicas son acontecimientos que marcan nuestro paso por la vida y que están constituidas por situaciones de diversas riqueza y magnitud que nos suceden a lo largo de nuestra existencias, por lo que considera la enfermería como una ciencia natural emergente. Plantea que el desarrollo de enfermería a existido paralelamente con la medicina, por lo que enfermería es para ella una ciencia humana, centrada en el hombre como unidad vital y en la participación cualitativa del mismo en sus experiencias de salud.<sup>2</sup>

Así mismo, considera que la responsabilidad de enfermería para con la sociedad es la de guiar las decisiones entre las gama de posibilidades en el proceso cambiante de la salud, es decir, en base al significado que la familia le dé a la salud. Esta autora rechaza el paradigma de la totalidad y lo sustituye por el de simultaneidad. La simultaneidad considera al ser humano mayor y diferente que la suma de sus partes, mantiene un cambio mutuo y simultáneo con el entorno, el hombre está en el mundo para relacionarse, no es un ser aislado, sino que vive entre relaciones, donde la comunicación a demás de ser verbal, se acompaña de una comunicación gestual. Este mundo de interrelaciones nos permite generar la percepción de nosotros mismos, de los demás y de nuestras situaciones, como el hombre vive diferentes esferas de tiempo (pasado, presente y futuro) adquiere un grado de complejidad y de diversidad.

<sup>2</sup> MARRINER-TOMEY, Ann (1.993). Manual para Administración de Enfermería. 4ª Edición. México. McGraw-Hill. Pág. 336.

Esta constante interrelación te permite desarrollar tus emociones y dependiendo de las situaciones estas pueden estar manifestadas por la alegría, tristeza, rencor, ira, entre otras, creemos que dentro del sector salud existe algo que desencadena estas emociones porque a lo largo de nuestra experiencia hemos podido observarlas con muchas frecuencias y las que más prevalecen son la ira, las agresiones, los rencores. Como plantea la autora existe un intercambio de energía entre el entorno y el hombre que le permite crear sus propios constructos, es el hombre el que elige el significado que le va a otorgar a cada situación, estaría entonces la motivación de enfermería ubicadas en las necesidades aprendidas de McClelland (1.961), si tomamos en cuenta que esta teoría plantea que las necesidades se aprenden y se adquieren durante la vida de las personas, esa elección es muy intrínseca en él, no es aportada por los demás cada quien le da un significado distinto a las situaciones vividas aunque éstas guarden cierta relación.<sup>3</sup>

<sup>3</sup> SUÁREZ, R. Juan C. (2001) Teorías de la Motivación. [www.monografias.com/trabajo7/temo/temo.shtml](http://www.monografias.com/trabajo7/temo/temo.shtml) (Consultado Junio 2.004).

## ***Rol del enfermero***

La profesión de enfermería es tan antigua como la existencia del hombre, puesto que el cuidado nació del deseo de proteger y ayudar al débil, al enfermo y al desamparado. Así pues cualquier expresión de ésta naturaleza siempre estará vinculada a ésta profesión... cuidar es un arte que precede a todos los demás y sin el cual no sería posible la existencia; se inicia con las primeras cuidadoras en los albores de la historia del hombre. El cuidado, por tanto, nació ante la necesidad de dar continuidad a la vida. Cuidar una persona enferma, es una lucha contra las enfermedades y contra la muerte y, aunque la labor inicial de la enfermera ha sido cuidar de la persona enferma, también consiste en enseñar la forma de cuidar, tanto en la enfermedad como en la salud... Es a partir del Cristianismo cuando la enfermería, comienza a tener cierta continuidad, con una actividad diferenciada en el marco de la civilización occidental. La llegada de ésta religión marca un hito en la historia del cuidado de los enfermos, pues aparece un nuevo modo de entender la vida y, por tanto, la salud y la enfermedad.

Ya en nuestros días, y en la primera mitad del siglo XX, se aprecian en España cambios sustanciales en la profesión de enfermería, desde entonces se multiplican las asociaciones de distinto tipo, hasta desembocar en el Consejo Superior de Enfermería que se crea por Real Decreto 1856/ 1978(reúne a todos los profesionales de enfermería, que deben colegiarse obligatoriamente para ejercer la profesión en todos los campos). En la década de 1970 los estudios de enfermería se hacen Universitarios, lo que da lugar a un reconocimiento social y a una consolidación profesional que ha ido en aumento hasta nuestros días".<sup>4</sup>

"La sociedad cambia a un ritmo extraordinario, y sus instituciones se siguen reorganizando, como es evidente sobre todo en los sistemas de cuidado para la salud y la familia. Al modificarse la sociedad, los pacientes cambian sus orientaciones, valores y comportamiento.

<sup>4</sup> *María José Aguilar Cordero, "Tratado de enfermería Infantil. Cuidados Pediátricos". Editorial Elsevier, año 2003.*

En consecuencia los profesionales de la salud deben cambiar en concordancia. La prestación de cuidados para la salud forma parte de un complejo médico e industrial con costos exorbitantes, que se intenta abatir. Con frecuencia, quienes cuidan de la salud intentan proporcionar cuidados de calidad a pesar de las restricciones económicas graves y la escasez de personal. Es preciso que sus actitudes cambien al igual que su labor para que se sintonicen con sus nuevos papeles”.<sup>5</sup>

<sup>5</sup> Sharon Reeder, Leonide Martín, Deborah Koniak, “Enfermería materno infantil”. Editorial Mc Graw-Hill-Interamericana, 17va edición, año 1998.

## **LA EVOLUCIÓN EN EL ÁMBITO DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

En el terreno sanitario, la trayectoria ha tenido diferentes etapas, aunque relacionadas con la evolución de la empresa. Los antecedentes más cualificados en la utilización de técnicas de control de las actividades y de los resultados se inician con algunos de los trabajos de Florence Nightingale acerca de las medidas eficaces en la atención sanitaria, por medio de sus estudios sobre estadísticas hospitalarias (utilización, días de estancia) y tasas de morbimortalidad, comenzadas en el año 1854. Tales estudios constituyeron durante años la base de muchos de los sistemas de medida implantados posteriormente.

En 1917, la Asociación Americana de Médicos y Cirujanos establece y publica una serie de tasas sanitarias, que incluyen la medida de las condiciones de supervivencia de los pacientes y la mejora de determinadas condiciones y síntomas como criterios de valoración de la actividad médica y de las instituciones sanitarias. Ello da lugar a la adopción generalizada de tales medidas y a la promulgación de legislación relativa a las condiciones de funcionamiento de los hospitales de EEUU, en una primera etapa de lo que hoy en día se conoce como acreditación.

Estructurar formalmente el funcionamiento y organización del quehacer de enfermería en la institución, con el fin de optimizar el trabajo del equipo de Enfermería y contribuir con ello al mejoramiento de la calidad de atención acorde a los desafíos planteados por la reforma de salud es lo que orienta al grupo de enfermeras a una revisión y propuestas de trabajo.

La administración de servicios de enfermería constituye un conjunto de competencias valóricas, técnicas e instrumentales, encaminados a dirigir, gestionar y desarrollar la práctica de la enfermería, dentro de la estructura de salud de la organización.

Asimismo, es habitual reconocer los cuidados de enfermería como una variable fundamental en el funcionamiento de los servicios de salud; se estima que

aproximadamente un 70% de la respuesta de salud corresponde a actividades de enfermería. Por tanto, la mejor o peor calidad de dichos cuidados tiene un impacto decisivo en la atención que proporciona el sistema de salud en su conjunto.

Es indudable que con los cambios en la organización de la salud y recientemente con los procesos de reforma en el sector Salud, las instituciones prestadoras de salud se han vuelto más complejas. Las restricciones financieras, el déficit de enfermeras, de insumos para la atención en salud, los altos costos, las condiciones de la práctica, las ofertas de mercado y de puestos de trabajo en una inmersa gama de actividades para el profesional enfermera, la normatividad excesiva, la legislación, las exigencias de los usuarios con mayor educación e información, así como los cambios demográficos y epidemiológicos en salud, caracterizan hoy el entorno en el que se otorgan los cuidados. Todos estos aspectos constituyen un gran desafío para la práctica y la gestión del cuidado de Enfermería.

La Gestión de Cuidados sustenta como premisa un trabajo realizado por el equipo de Enfermería integrado por Enfermeras, Técnicos Paramédicos, y Auxiliares de Servicio. El trabajo debe ser participativo y con responsabilidades compartidas, esta será la garantía de una gestión efectiva, segura, humanizada y eficiente de dichos cuidados. Para ello, la Enfermera requiere contar con independencia en el ámbito de su ejercicio profesional, expresada en un respaldo de orden reglamentario-administrativo tal, que le permita asumir con propiedad las decisiones, funciones y acciones de enfermería y conducir su práctica en sintonía con las necesidades de salud de los pacientes y basada en las disposiciones del artículo 113 del Código Sanitario.

La gestión de los cuidados está entonces orientada hacia la *persona*, al paciente, su familia, el personal de enfermería, los equipos interdisciplinarios. La gestión se identifica como un proceso humano y social que se apoya en la influencia interpersonal, del liderazgo, de la motivación y la participación, la comunicación y la colaboración. Utilizando el pensamiento enfermero, la enfermera gestora favorece una cultura organizacional centrada en el cuidado -

de la persona. La enfermera responsable de la gestión debe considerar los valores, actitudes y conocimientos de la disciplina que le brindan una visión distinta y específica de la gestión de los cuidados. Así deberá ejercer un liderazgo comprensivo que motive a los usuarios internos (personal de enfermería) hacia la mejoría continua del cuidado

## **CALIDAD DE ATENCION EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA**

### **DEFINICIONES:**

“Una definición precisa y consensuada del término "calidad asistencial" no ha sido posible hasta el momento, a pesar del interés y necesidad de poder medir nuestra actividad en términos como el "buen hacer" o la "adecuación" de la asistencia sanitaria. La tendencia, así como la manera más fácil de conseguirlo ha sido más bien la de descomponerla en diversas partes más fáciles de concretar y de medir.”

“La calidad podría definirse, siguiendo las ideas funcionales aplicables a la industria, como la capacidad de que un producto consiga el objetivo deseado al coste más bajo posible.”

“Calidad de atención es el tipo de atención que se espera, que va a maximizar el bienestar del paciente. La calidad en los servicios de enfermería es esencial, ya que es la enfermera quien brinda la atención directa y está en contacto por más tiempo con el paciente; brindando atención de calidad, se logrará la satisfacción del cliente.”

## **CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA**

Siguiendo el proceso de desarrollo de las organizaciones sanitarias consideradas como empresas, la idea de la calidad en la asistencia sanitaria ha sido una constante en los servicios de salud en los últimos años y su búsqueda un imperativo en el momento actual.

Históricamente, el concepto de calidad asistencial ha estado presente en los propios servicios, a través de las medidas de morbilidad y mortalidad, el tipo de educación de los profesionales, médicos y enfermeras principalmente e, incluso, con el cálculo de costes sanitarios.

Sin embargo, en la actualidad este interés se encuentra en situación creciente, demostrado no sólo por la actividad de los servicios de salud, sino también y de forma muy importante, por los consumidores de esos servicios, los usuarios en general y la Administración que, en muchos países, es el financiador principal, además de ser la responsable última de la atención frente a los ciudadanos.

En el origen de este creciente interés se pueden analizar diversas cuestiones:

- El incremento imparable de los costes sanitarios que produce una mayor necesidad de asegurar que la importante suma de recursos financieros dedicada actualmente a la atención sanitaria tenga unos efectos adecuados, conocidos, medidos y con altos niveles de eficacia y eficiencia.
- El desarrollo del conocimiento y de la tecnología altamente sofisticada ha hecho posible la extensión de los servicios y su mayor efectividad, así como la mejor aplicación de la ciencia y la técnica a la medida de las acciones. No hay que olvidar, además, que el potencial científico-técnico puesto en manos de los expertos en salud no está exento de riesgos y su empleo inadecuado o sin control puede ocasionar serios problemas de salud individuales y colectivos, por lo que las medidas de evaluación sobre ellos son absolutamente necesarias.
- La utilización de fondos públicos. La Administración financia mayoritariamente la atención sanitaria, lo que ha provocado una implicación cada vez mayor de los ciudadanos en el control de la efectividad y calidad de los servicios que, en último término, son financiados por ellos mismos. Una sociedad más desarrollada, con más conocimientos y con medios de participación democrática, ha producido una demanda de calidad de la asistencia tanto en cantidad de servicios requeridos como de adecuación a sus necesidades.

En casos extremos, esta demanda de calidad se ve reflejada en medidas de rechazo a prácticas sanitarias inadecuadas, tanto institucionales como de profesionales, médicos y enfermeras.

- Aspectos legales: desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), que en su declaración constitutiva afirma que cada persona tiene derecho al más alto nivel de salud que sea alcanzable, hasta las legislaciones nacionales de los países desarrollados, existe un amplio marco legal que refrenda formalmente el interés por la calidad asistencial presente en la sociedad actual. Como antes se señalaba, en España las más altas legislaciones, la Ley General de Sanidad de 1986 y la Ley de Cohesión de 2003, abordan este tema a lo largo de toda su redacción. La propia OMS señaló la calidad de la atención como un objetivo de su macro- programa “Salud para todos en el s. XXI”, el cual ha orientado las acciones sanitarias a nivel mundial en los últimos veinte años, y lo mantiene en el programa de acción para los primeros años de este siglo, con un objetivo concreto.

- Aspectos éticos: destacados igualmente, puesto que se obliga a los profesionales sanitarios a establecer y mantener normas de calidad en niveles elevados. En efecto, los propios profesionales deben ser los primeros interesados en mantener la calidad, personal y colectiva, en el campo de su competencia. Así, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) incluye en su código ético la obligación de establecer y garantizar altos estándares en la práctica y los conocimientos de las enfermeras.

La Organización Mundial de la Salud ha intentado una definición lo mas amplia posible de la calidad de la asistencia sanitaria; al establecer que es “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos mas adecuados para conseguir una atención sanitaria optima; teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.

Como toda definición que se pretende general, ésta plantea algunos problemas de interpretación, tales como el significado de lo “óptimo” y los condicionantes de la satisfacción del paciente. Además, no menciona cuestiones importantes, como puede ser el tema del coste como elemento de la calidad. Sin embargo, si se acepta en líneas generales esta definición, se puede asumir que la calidad asistencial depende fundamentalmente de los elementos o componentes presentes en ella.

La intención de hallar una definición amplia y excluyente de otras posibles es, probablemente, un intento de difícil cumplimiento. En este sentido, Abadis Donabedian sugiere que una sola definición no es posible, por lo que propone tres visiones distintas del concepto de calidad sanitaria:

- Absoluta: considera la posibilidad del beneficio o del riesgo para la salud, evaluada por el técnico, sin hacer otras consideraciones (costes, eficacia, etc.).
- Focalizada: se enfoca a las expectativas y necesidades del usuario o cliente, así como a los beneficios esperados por éste y los riesgos, daños y otras consecuencias indeseadas.
- Social: incluye el coste de la atención, las relaciones entre beneficios y riesgos y la distribución de los servicios de salud, evaluados por la población en general.

## COMPONENTES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Como ya se ha señalado, la calidad en la asistencia sanitaria tiene una difícil definición en términos absolutos, algo que ayudaría a asegurarla y a mantenerla en el nivel deseado. Por ello, más frecuentemente se acude a la definición de sus atributos o componentes que, en último término, definen su significado. Los puntos de vista acerca de estos componentes pueden variar según sean los expertos en salud, los usuarios o la propia administración quienes los valoren.

Los expertos en salud tienden a situar la definición de la calidad asistencial en la consecución de un elevado nivel científico-técnico, es decir, en el empleo de conocimientos y tecnología que, en principio, aseguran la prestación de un servicio óptimo por parte de los profesionales, basado en la aplicación de los conocimientos más actualizados y en la tecnología más avanzada. Según este enfoque, la calidad estaría relacionada fundamentalmente con los conocimientos de los médicos, enfermeras y otros y en la posibilidad que tienen de emplear medios adecuados a su trabajo.

Por su parte, los usuarios, pacientes o clientes de los servicios de salud identifican la calidad más bien con un componente de cantidad de servicios disponibles, de tiempos empleados, de celeridad en la atención y otras cuestiones referidas a la comodidad de utilización de los servicios sanitarios, aspectos todos ellos que tienen que ver especialmente con el concepto de eficacia del sistema, orientado a la cantidad de servicios que están al alcance de las personas.

Si se demanda la opinión del usuario sobre los profesionales que le atienden, es frecuente que se valore no tanto la capacidad técnica de médicos, enfermeras y otros que, por lo general, se supone, sino su empleo riguroso y eficaz con cada uno de los pacientes o clientes, es decir, que se produzca una atención asidua, continuada y con relaciones personales fluidas.

Finalmente, los administradores y gestores de los servicios de salud identifican en buena manera la calidad asistencial con los atributos orientados a la eficiencia, relacionando estrechamente los beneficios obtenidos de la atención con el coste que ha generado. Este aspecto, de relevancia innegable en las empresas sanitarias modernas, da a entender que, si es evidente que la calidad cuesta dinero, es posible optimizar los recursos monetarios y obtener una mejor calidad a un coste menor.

Por otra parte, ha de considerarse entre estos componentes prioritarios el de la adecuación, entendido como el nivel de equiparación de los servicios ofertados

con las necesidades presentes de la población y los individuos a los que se atiende, o el grado en el que el servicio se identifica con las necesidades, deseos y expectativas de los usuarios. Como se ha visto en las definiciones de la OMS, esta adecuación tiene que ver con el estado del conocimiento del que disponen tanto los profesionales como los usuarios. En este contexto, la cantidad de servicios, el número de profesionales, los medios y la terapéutica tienen importancia para la valoración de la calidad, siempre que se estudien en relación con las situaciones de salud, abordadas desde una valoración ajustada a las necesidades y al impacto producido y que se traduce en cambios evidentes en la situación de salud y el coste evaluado.

Estos cuatro elementos principales de la calidad de la atención sanitaria (nivel científico-técnico, eficacia, eficiencia, adecuación) pueden ayudar a una más amplia elaboración de sus componentes, ya que, en la realidad, funcionan de forma interrelacionada y coordinada, y dan además origen a una serie de atributos o componentes adicionales que se pueden enunciar como sigue:

- Accesibilidad: posibilidad real de disponer del servicio o del profesional que se precise, así como la facilidad de esta disposición. Este componente se establece en aspectos legales, tales como la existencia de condiciones para poder obtener la atención (la condición de asegurado, la pertenencia a algún grupo de riesgo, etc.) y se mide por cuestiones organizativas, como pueden ser los medios de comunicación (teléfono, internet y otros) y de localización física del servicio o del profesional.

- Competencia: el grado y tipo de conocimientos y habilidades presentes en cada uno de los trabajadores del sistema de servicios de salud es otro componente destacado de la calidad. En los profesionales titulados, esta competencia parte de unas normas generales de educación y formación universitarias, avaladas por el

Estado mediante un título que autoriza el ejercicio de la profesión. Estas normas mínimas se reflejan en la práctica profesional y admiten, al igual que

otras características, una diferenciación en grados de mayor o menor competencia, es decir, desde un adecuado dominio de las habilidades técnicas del ámbito de cada profesión hasta un grado de excelencia, el máximo nivel del ejercicio profesional. Desde este principio básico de garantía de la competencia profesional que garantiza una titulación, por medio de una serie de requisitos mínimos exigidos, la apreciación de la competencia difiere según el punto de vista de los usuarios o de los profesionales o gestores. Por lo general, el usuario asume que todos los profesionales disponen de conocimientos y habilidades adecuados que, además, no suele cuestionar, generalmente por falta de capacidad para valorarlos. Por tanto, sólo suele ser sensible a este componente de la calidad asistencial si se observan grados extremos, de excelencia o de incompetencia manifiestas. Por su parte, los profesionales o los gestores tienden a valorar este aspecto bien por el impacto producido por el ejercicio del profesional, bien por la observación de la realización de sus tareas.

- Relaciones personales: la prestación de la atención sanitaria tiene un importante componente de relación y comunicación entre las personas, las que prestan los servicios y las que los demandan y reciben. Este elemento influye igualmente en la calidad y se traduce en la personalización del cuidado, cortesía y corrección en la comunicación, respeto a los valores, opiniones y creencias presentes en la atención. Las características de las relaciones personales también se vinculan a otros aspectos, como puede ser el de la intimidad en que se producen o a cuestiones que se podrían denominar externas, como puede ser el aspecto de las personas que prestan los cuidados, reflejado en el vestido, la limpieza, el orden y otros condicionantes que influyen en la relación y que en el medio sanitario son altamente valorados por los usuarios (lenguaje, tipo de trato, etc.).

- Seguridad: una atención de calidad es, en principio, aquella que tiende a minimizar o a evitar los riesgos potenciales o reales. Evitar los riesgos es, por tanto, un componente esencial de seguridad, que se basa en cuestiones organizativas, normas y procedimientos así como en la dotación de

instalaciones que reúnan las condiciones necesarias. Los riesgos pueden ser previstos y evitados y éste es uno de los enfoques principales que debe utilizarse en una empresa sanitaria, donde las consecuencias de los riesgos pueden revestir una gravedad extrema. Parte importante de este componente de seguridad reside en la confidencialidad de la información referida a los usuarios, que garantiza la ausencia de riesgos para la integridad individual del paciente o cliente, derivados de una incorrecta utilización, ya sea de los datos personales (filiación, domicilio, financiación de la atención) o de su condición patológica (diagnóstico, resultados de pruebas, etc.).

- Comodidad: la atención sanitaria se aprecia o valora también por las condiciones de confort presentes o que la acompañan. Este aspecto suele ser de especial relevancia en la opinión del usuario y se refleja en la presencia de algunas características de las instalaciones, espacios, mobiliarios, comunicaciones, disponibilidad de ciertos accesorios (televisión, teléfono), etc.

También es destacado este aspecto para los profesionales, que demandan unos espacios adecuados a la tarea que realizan.

- Satisfacción: se puede observar y valorar este componente desde dos vertientes: la satisfacción del profesional que presta los servicios y la del usuario que los recibe. La satisfacción del profesional es un componente de la calidad, que se relaciona principalmente con las condiciones organizativas, tecnológicas y de relación interpersonal en que tiene la oportunidad de desarrollar su trabajo. Este aspecto de la satisfacción profesional ha sido considerado generalmente como un condicionante para la calidad, en relación con la motivación, suponiendo que si se dispone de personal satisfecho con su trabajo, éste será de buena calidad.

En este sentido, las actuales investigaciones sobre este aspecto tienden a demostrar que la satisfacción no es sólo una condición para la calidad o incluso un resultado de la misma, sino un elemento más de ella.

La satisfacción del cliente o usuario es un tema que reviste mucha mayor complejidad, ya que incide en la calidad de diversas maneras. Por un lado, es un elemento que va a permitir establecer los límites y criterios de cada actividad que se estudie. Por otro, es un resultado en sí mismo, es decir, la satisfacción define y sirve, al igual que los otros elementos que se han reseñado, para valorar la calidad de la atención y, al mismo tiempo, se la considera como el resultado de una atención sanitaria de elevada calidad. Presenta, además, particularidades en su apreciación, como podría ser la dificultad que el usuario tiene en formarse una opinión acerca del servicio recibido, sobre todo cuando se refiere a aspectos particulares y específicos de ese servicio. Por lo general, el cliente tiende a manifestarse satisfecho, o no, de una forma global, y es más reticente o se encuentra menos capacitado para valorar particularidades o acciones concretas dentro del total de la atención que se le ha prestado. Incluso se puede hacer referencia a la situación que en ocasiones se plantea cuando un usuario, por desconocimiento o desinformación, demanda una atención que no es la adecuada, bien por su estado de salud, bien porque no existen los recursos precisos. Se genera entonces una insatisfacción que, de alguna manera, no está justificada y, por tanto, incide sesgadamente en la valoración de la calidad.

Finalmente, el propio Donabedian, en lo que denomina los siete pilares de la calidad de salud, enuncia los componentes ideales de un sistema de calidad:

- Eficacia: la capacidad del cuidado en su forma más perfecta para contribuir a la mejora de las condiciones de salud.
- Efectividad: la consecución de hecho de las mejorías posibles en las condiciones de salud.
- Eficiencia: la capacidad de obtener la mayor mejoría posible al menor costo posible en las condiciones de salud

Optimización: la relación más favorable entre coste y beneficios.

- Aceptabilidad: conformidad del paciente en lo concerniente a aspectos tales como la accesibilidad, la relación médico-paciente, las comodidades, los efectos y el coste del cuidado prestado.
- Legitimidad: conformidad con las normas sociales en todos los aspectos mencionados en el punto anterior.
- Equidad: igualdad en la distribución del cuidado y sus efectos en la salud.

## **CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN**

El lugar que ocupan las enfermeras en los servicios de salud hace de este grupo profesional un importante elemento en la definición y consecución de niveles adecuados en la calidad asistencial. Los cuidados enfermeros son parte sustancial del contexto total de la atención sanitaria y, por este motivo, influyen decisivamente en la calidad global por la que se valora una institución. Hoy nadie se atrevería a negar la influencia que un buen servicio de enfermería tiene en una empresa sanitaria y en que ésta obtenga unos buenos resultados. Sin embargo, a veces es difícil ponderar el impacto que estos cuidados de enfermería tienen en el total del servicio prestado por el centro o el equipo sanitario.

Las actividades de las enfermeras ocupan un amplio rango, en todos los niveles de la organización: la atención directa en la prestación de cuidados a los usuarios, la gestión de personal, gestión de recursos, formación de personal básica, posbásica y continuada, relaciones externas de la institución: familiares, otros centros, etc.

En este abanico de posibilidades, la actuación de las enfermeras tiene un peso importante en los resultados que se obtienen y, por tanto, es una realidad a tener en cuenta para delimitar la calidad del total de la organización.

Además de este primer enfoque de la calidad de los cuidados relacionado con la de los servicios y la consideración de los profesionales de la enfermería

como parte de un todo asistencial, es necesario identificar los aspectos concretos que posibilitan y permiten la consideración y valoración de la calidad en su relación estrecha con las enfermeras y los cuidados enfermeros:

- La importancia de las acciones enfermeras y sus con secuencias en el estado de salud de los usuarios: impacto que producen en el bienestar y la salud hace patente la necesidad de controlar estas acciones y valorarlas en sí mismas, garantizando su calidad, determinante tanto para el paciente o cliente como para la institución. La definición que cada institución haga de los cuidados enfermeros es un paso previo a este control y valoración.
- El volumen de trabajo y las acciones de las enfermeras supone un elevado porcentaje del total de la actividad de cualquier institución sanitaria. Ello hace preciso que las consideraciones de coste, eficacia, eficiencia, adecuación y otros se apliquen muy especialmente a la labor y actividades que llevan a cabo estos profesionales. Frecuentemente se analiza el coste de los servicios de enfermería como un peso adicional en el presupuesto de la empresa; sin embargo, estos cuidados deberían ser considerados más bien como una plusvalía, ya que de su adecuación, efectividad y resultados depende en buena manera los cambios positivos en el estado del paciente o cliente.
- En las modernas instituciones de salud las enfermeras se mueven en un contexto de autonomía y responsabilidad profesional propia, en cooperación e interdependencia con otros profesionales. La capacidad de planificar, ejecutar y evaluar sus acciones profesionales sólo es posible si se acompaña de una seguridad y calidad en la acción, que garantice a los usuarios de los servicios enfermeros, ya sean los pacientes o los otros profesionales, que estos servicios con identidad propia se prestan en los niveles de calidad idóneos e incluso tendiendo a la excelencia

## **SATISFACCION LABORAL DE LOS RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERIA.**

Durante la década de los 30, se iniciaron los estudios sistemáticos sobre la satisfacción laboral y los factores que podrían afectarla. Hoppock publicó la primera investigación donde hacía un análisis profundo de la satisfacción laboral. A través de sus resultados llegó a la conclusión de que "existen múltiples factores que podrían ejercer influencia sobre la satisfacción laboral, dentro de los cuales hizo mención a la fatiga, monotonía, condiciones de trabajo y supervisión".

Posteriormente, Herzberg sugirió que "la real satisfacción del hombre con su trabajo provenía del hecho de enriquecer el puesto de trabajo, para que de esta manera pueda desarrollar una mayor responsabilidad y experimentar a su vez un crecimiento mental y psicológico".

Esta afirmación del autor, piensan otros, propició que se difundiera con cierta rapidez a finales de las décadas de los sesenta y setenta del pasado siglo, un método de mejoras en el trabajo que tenía como finalidad el enriquecimiento del trabajo en sí y de esta manera lograr mejorar la moral y el desempeño de los trabajadores en su puesto laboral, pero de lo cual no se registran resultados objetivos.

Paravic y Larraguibel citan a autores como Locke, quien plantea que "la satisfacción laboral es producto de la discrepancia entre lo que el trabajador quiere de su trabajo y lo que realmente obtiene, mediada por la importancia que para él tenga, lo que se traduce en que a menor discrepancia entre lo que quiere y lo que tiene, mayor será la satisfacción".

La satisfacción laboral, continua diciendo este autor citado por las autoras antes mencionadas, "es el resultado de la apreciación que cada individuo hace de su trabajo que le permite alcanzar o admitir el conocimiento de la importancia de los valores en el trabajo, siendo estos valores congruentes o de ayuda para satisfacer sus necesidades básicas, pudiendo ser éstas

necesidades físicas o necesidades psicológicas".

Otros estudios han abordado los efectos que en la salud tienen los estados de insatisfacción en los trabajadores, tales como: cefaleas, problemas de salud mental, cardiopatías y accidentes vasculares cerebrales, entre otros.

Estos problemas, afirman otros, provocarán ausentismo, sobrecarga laboral en unos, cambios de puesto laboral de otros, desmotivación, enojo, incremento de los costos para la empresa, todo lo cual va en detrimento de la organización laboral.

Como contrapartida, aseveran Paravic y Larraguiel, "los estudios demuestran que la satisfacción laboral constituye un buen predictor de longevidad, de adhesión a la empresa, mejora la vida no sólo dentro del lugar de trabajo, sino que también influye en el entorno familiar y social. Estos aspectos son especialmente relevantes en los profesionales del área de la salud y en especial, de los profesionales de enfermería, pues ellas deben cuidar la salud física y mental de quienes están a su cargo, y entregar una atención de buena calidad. Para ello deben estar bien y satisfechas en su trabajo".

Las enfermeras trabajan en instituciones cuya finalidad es prestar servicios de salud que contribuya con la satisfacción de la necesidad de salud de las personas; muchos de estos profesionales trabajan en ambientes muy complejos brindando cuidados críticos enfrentando conflictos emocionales y no pocos laborales diariamente; existe la percepción de que las enfermeras(os) que trabajan en servicios altamente estresantes en donde a cada minuto se decide entre la vida y la muerte, están más satisfechas laboralmente que las demás enfermeras. Sin embargo, no existen evidencias que avalen esta percepción.

Otros profesionales trabajan en servicios abiertos donde los enfermos requieren cuidados de enfermería, los cuales pueden ser negociados, y lograr la participación activa de estos, de manera que logren un bajo nivel de dependencia de los recursos humanos de enfermería.

No son pocos los practicantes de esta profesión que trabajan en instituciones especializadas, que requieren de la superación profesional constante para enfrentar múltiples problemas profesionales que derivan tanto de la atención directa del paciente, como de la administración y coordinación del trabajo con los miembros del equipo de salud. .

En ese sentido, los actuantes de la enfermería están en correspondencia con la definición que la OMS ofrece acerca de la Enfermería como "actividad innata y fundamental del ser humano y, en su forma organizada, constituye una disciplina o ciencia sanitaria. Esto significa que la disciplina abarca las funciones de CUIDAR tanto en la salud como en la enfermedad y se extiende desde la concepción hasta la muerte".

Perezagua y otros, aseveran que "la satisfacción de los individuos en su trabajo es una de las variables más importantes relacionadas con el comportamiento organizacional y la calidad de vida. Actualmente se considera que la satisfacción de los profesionales de la salud en el trabajo es uno de los indicadores que condicionan la calidad asistencial".

Se puede encontrar en la literatura la coincidencia de criterios de las posibles fuentes de insatisfacción en el trabajo de los profesionales de enfermería, como son: el cansancio, las escasas posibilidades de capacitación o superación profesional debido a una inadecuada política de educación continuada de las instituciones, los sistemas de turnos rotativos, la escasez creciente de recursos humanos, la realización de funciones que no se corresponden con el nivel alcanzado, entre otras, que traen como consecuencia agobio, fatiga, inadecuadas relaciones interpersonales y desmoralización entre estas profesionales y por consiguiente, el hecho de que se brinden cuidados de salud sin la calidad requerida que merece el sujeto sano o enfermo, que es, en definitiva, su objeto de atención principal.

Las enfermeras sufren los conflictos que se generan dentro de los equipos de trabajo, las dificultades con sus jefes directos, con sus pares y con el personal

a su cargo, ya que éstas entorpecen la comunicación, alteran la armonía y el desarrollo del trabajo, y lo tornan dificultoso y poco gratificante.

También es frecuente encontrar criterios sobre el poco reconocimiento social y profesional de la Enfermería y se considera como una expresión de ello, los escasos, reducidos o a veces inexistentes espacios asignados en sus lugares de trabajo, lo que ellas perciben como falta de reconocimiento hacia su grupo profesional por parte de la institución en que se desempeñan.

Por otro lado, se pueden encontrar opiniones relacionadas con la rotación de turnos de trabajo, donde no hay persona que niegue, que le dificultan la vida matrimonial y familiar, ya que éstos no coinciden con las rutinas normales de trabajo y estudios del resto de las personas, por lo que la enfermera o el enfermero requiere de muchos esfuerzos para hacer coincidir sus actividades con las del resto de su familia.

También se hace referencia a "sus históricas bajas remuneraciones y los escasos ascensos son dificultades que, junto a otras, estas profesionales deben enfrentar, con el consiguiente malestar que les implica".

En ese sentido, en opinión de Parra y Paravic, "los factores de promoción y remuneraciones son las variables predictoras que producen más insatisfacción entre las/os enfermeras/os participantes en el estudio. Las/os enfermeras/os en cuanto a las oportunidades de promoción y ascenso opinan que son muy limitadas y cuando llega a haber alguna pareciera que no siempre lo logra la persona más competente. Además encuentra el proceso poco transparente".

En la actualidad, puede percibirse un incremento en el interés de algunas instituciones laborales y sus directivos por la calidad de vida laboral de los trabajadores de la salud. Algunos coinciden en que la calidad de vida laboral de estos trabajadores incide de manera positiva o negativa en la actividad laboral que ejecuta y la calidad de vida personal, familiar y de pareja. De ahí, la necesidad de que otros interesados en el tema reconozcan la necesidad de estudiar a los recursos humanos en su medio o entorno de trabajo ya que,

como diría Paravic y Larraguivel "cualquier variación en el conjunto integrado por el hombre, la organización y el medio ambiente, afectará forzosamente a los demás". Sin embargo, el lugar de trabajo de las enfermeras y enfermeros, y el contexto donde lo desarrollan hoy, no parece ser una fuente que genere satisfacción laboral.

La insatisfacción laboral, como factor de riesgo para el personal de enfermería, afirma Briceño, "es un trastorno que estaría presente en el lugar del trabajo, y la solución consistiría en suprimirlo y no tratar de que los trabajadores se adapten a esas condiciones desfavorables".

Autores como Locke, citan las autoras, afirma que "es importante que el individuo perciba a sus pares como confiables, ya que la falta de lealtad y fidelidad de parte de los pares es uno de los aspectos que produce mayor insatisfacción en el trabajo". Esto se corrobora, continúan diciendo, con estudios realizados más recientemente en los que se encontró que la interacción satisfactoria con los pares generaba satisfacción laboral.

La relación entre satisfacción laboral, calidad de la atención y satisfacción de la población, y se concluyó que "la satisfacción laboral tiene relación con aspectos de desarrollo, capacitación y actualización para el desempeño; así como condiciones laborales. La satisfacción del usuario está ligada con el trato del personal. Se concluye que a mayor satisfacción laboral existe mayor calidad de atención por parte del personal de enfermería y por lo tanto, satisfacción del paciente".<sup>6</sup>

<sup>6</sup> [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2009000400021&script=sci\\_arttext](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2009000400021&script=sci_arttext)

## DISEÑO METODOLOGICO

### **I-Diseño de Investigación:**

En esta investigación se utilizara el enfoque de investigación “Cuantitativo “, ya que servirá para observar y evaluar los fenómenos a estudiar, permitiendo así establecer las suposiciones o ideas como consecuencia del análisis de los datos obtenidos.

El aporte del enfoque cuantitativo se utilizara como base para transformar las preguntas de la investigación en variables e hipótesis, que luego de la recolección de datos, permitirá analizar las mediciones estadísticas obtenidas para establecer una serie de conclusiones, de tal manera que sus resultados ofrezcan recomendaciones para la resolución del problema.

### **II- Nivel o tipo de investigación:**

*a) De acuerdo a la finalidad:*

Aplicada; ya que tiene como propósito la solución del problema.

*b) De acuerdo al alcance:*

Transversal, donde los datos se obtendrán en un momento específico.

*c) De acuerdo a su amplitud:*

Microsociología; en este se estudian variables y sus relaciones limitándose a grupos pequeños y medianos.

*c) De acuerdo a su profundidad:*

Comparativa; donde se comparan variables de dos instituciones (privada y publica).

*d) De acuerdo a las fuentes:*

Primaria; se realizara directamente al personal de enfermería en estudio.

e) *De acuerdo al lugar donde se desarrolla:*

De campo; este fenómeno se desarrollara en un ambiente natural (hospital).

f) *De acuerdo a su naturaleza:*

Documentales; se llevara a acabo mediante la entrevista.

### **III- Población y Muestra**

#### ***Población:***

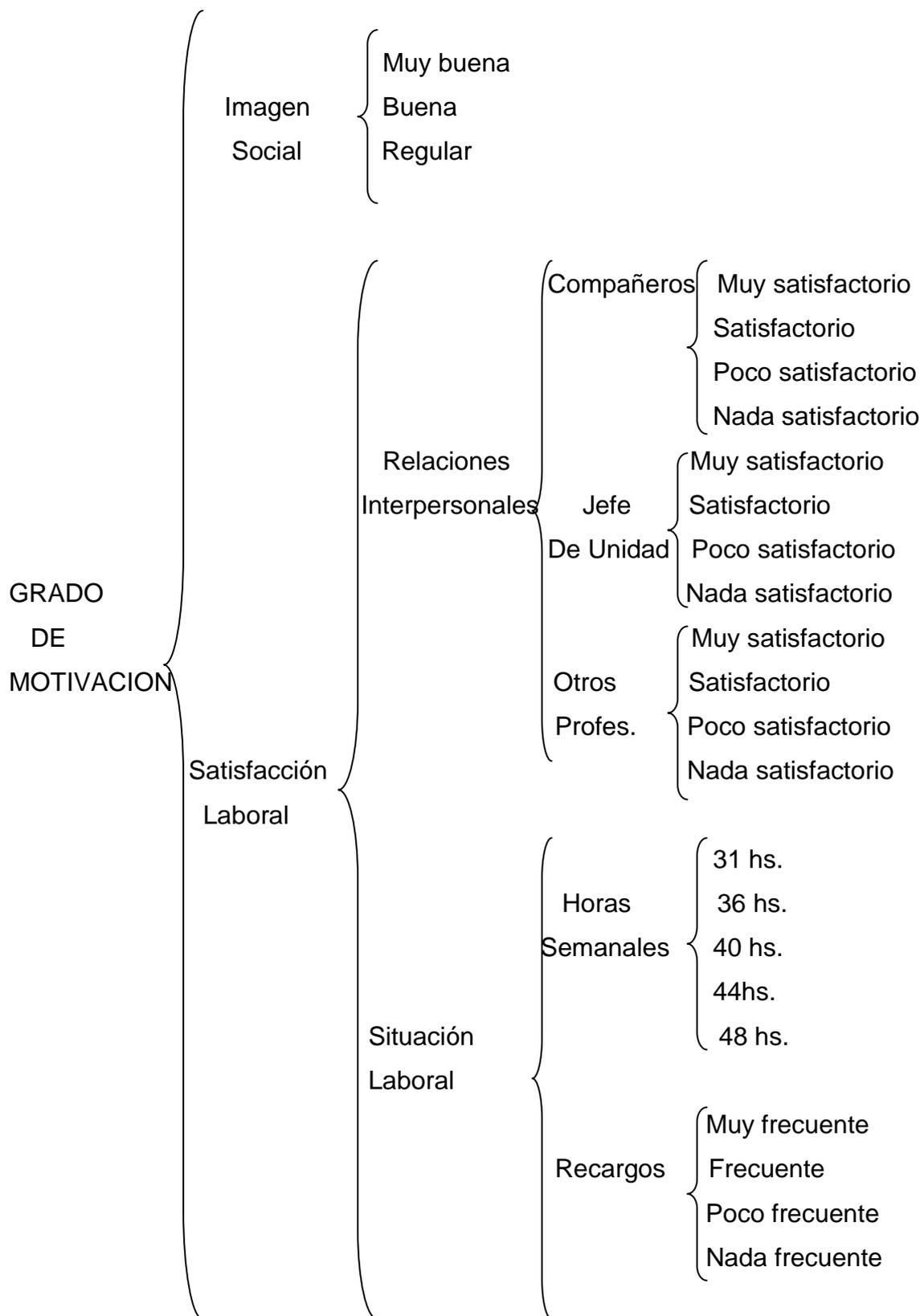
La investigación se llevara a cabo al personal de enfermería del Hospital Dr. Humberto Notti a 33 enfermeros y la clínica Santa María a 31 enfermeros en un total de 64 enfermeros.

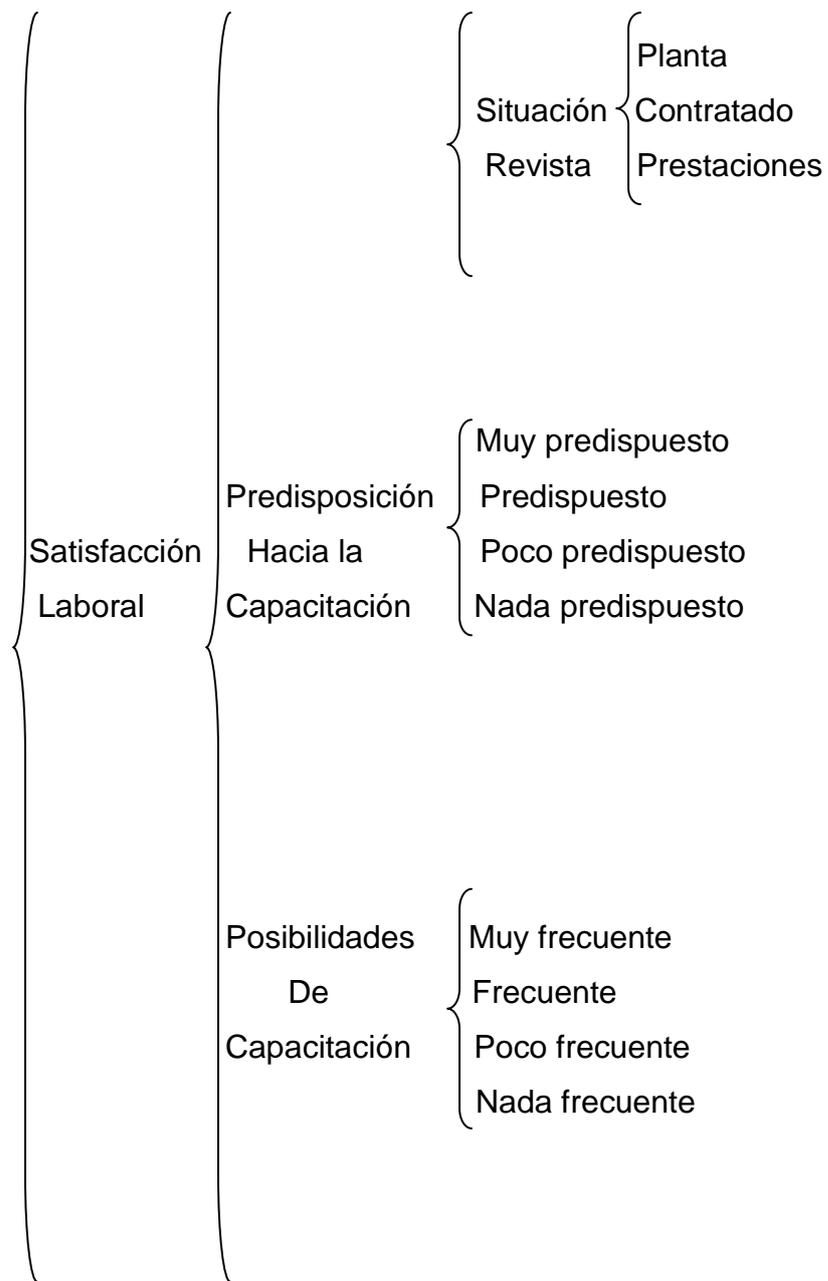
#### ***Muestra:***

La muestra de estudio seleccionado será la totalidad del plantel de enfermería del SIP III del Hospital Dr. Humberto Notti y el servicio de Clínica Medica de la Clínica Santa María por ser escaso.

## VARIABLES Y OPERACIONALIZACION

### VARIABLES





NIVEL  
DE  
ATENCIÓN  
OTORGADO

Grado de igualdad  
De atención

Siempre  
Casi siempre  
A veces  
Nunca

Efectividad y Eficiencia  
En los procedimientos

Siempre  
Casi siempre  
A veces  
Nunca

Optimización  
De la atención

Siempre  
Casi siempre  
A veces  
Nunca

Satisfacción del  
Cuidado otorgado

Muy satisfactorio  
Satisfactorio  
Poco satisfactorio  
Nada satisfactorio

CARACTERIZACION  
DE  
ENFERMEROS

Edad	{ 21 a 25 26 a 30 31 a 35 36 a 40 + 40
Sexo	{ Femenino Masculino
Formación	{ Auxiliar Enfermero Licenciado
Años De Antigüedad	{ - 5 años 6 a 10 años 11 a 15 años 16 a 20 años 21 a + años
Estado Civil	{ Soltero Casado Otros
Numero De Hijos	{ 1 2 a 3 + 3

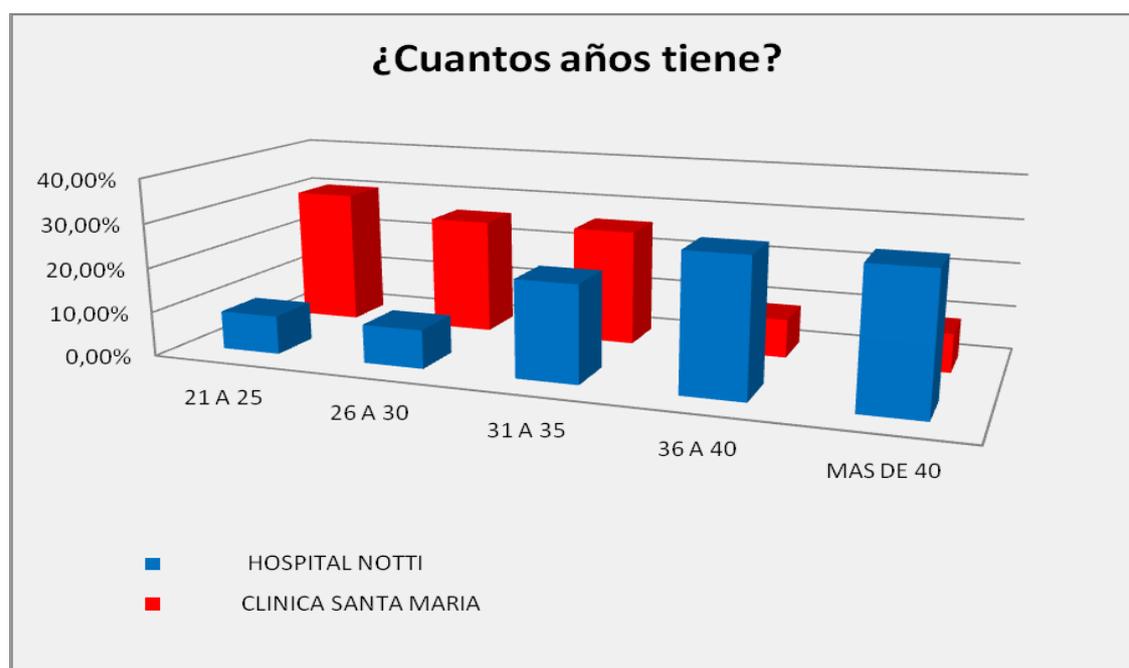
## PRESENTACION Y ANALISIS DE DATOS

**TABLA N°1:** Personal de enfermería de los servicios de Clínica en estudio por edad- Hospital Notti y Clínica Santa María, Mendoza 2011.

¿Cuántos años tiene?					
	HOSPITAL NOTTI		CLINICA SANTA MARIA		TOTAL
	FR.ABS.	FR.REL	FR.ABS.	FR.REL	
21 A 25	2	8,69%	7	30,43%	<b>9</b>
26 A 30	2	8,69%	6	26,08%	<b>8</b>
31 A 35	5	21,73%	6	26,08%	<b>11</b>
36 A 40	7	30,43%	2	8,69%	<b>9</b>
MAS DE 40	7	30,43%	2	8,69%	<b>9</b>
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>	<b>46</b>

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta por los propio autores, Mendoza 2011

**GRAFICO N°1**



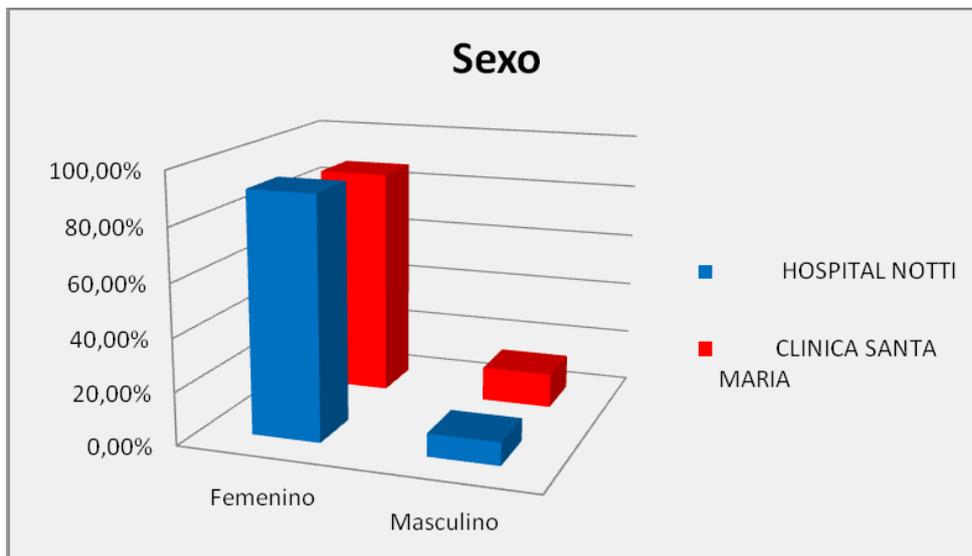
Comentario: Se evidencia en el siguiente gráfico que el recurso humano entrevistado coincide tanto en Hosp. Notti como en la Clínica S. María que la mayoría son adulto jóvenes.

**TABLA N°2-** Personal de enfermería de los servicios de clínica en estudio, por sexo- Hospital Dr. H. Notti y Clínica s. María, Mendoza 2011.

SEXO					
	HOSPITAL NOTTI		CLINICA SANTA MARIA		TOTAL
	FR.ABS.	FR.REL.	FR.ABS.	FR.REL.	
Femenino	21	91,30%	20	86,95%	42
Masculino	2	8,69%	3	13,04%	4
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>	<b>46</b>

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta por los propios autores, Mendoza 2011.

**GRAFICO N°2**



Comentario: Se observa en el siguiente grafico el predominio del sexo femenino entre los enfermeros encuestados tanto en el personal del Hosp. Notti y la Clínica S. María.

**TABLA N°3-** Personal de enfermería de los servicios de clínica en estudio, por estado civil- Hospital Dr. H. Notti y Clínica S. María, Mendoza 2011.

¿Cuál es su estado civil?					
	HOSPITAL NOTTI		CLINICA SANTA MARIA		TOTAL
	FR.ABS.	FR.REL.	FR.ABS.	FR.REL.	
Soltero	9	39,13%	19	82,60%	<b>28</b>
Casado	13	56,52%	4	17,39%	<b>17</b>
Otros	1	4,34%	0	0	<b>1</b>
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>	<b>46</b>

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta por los propios autores, Mendoza 2011.

**GRAFICO N° 3**



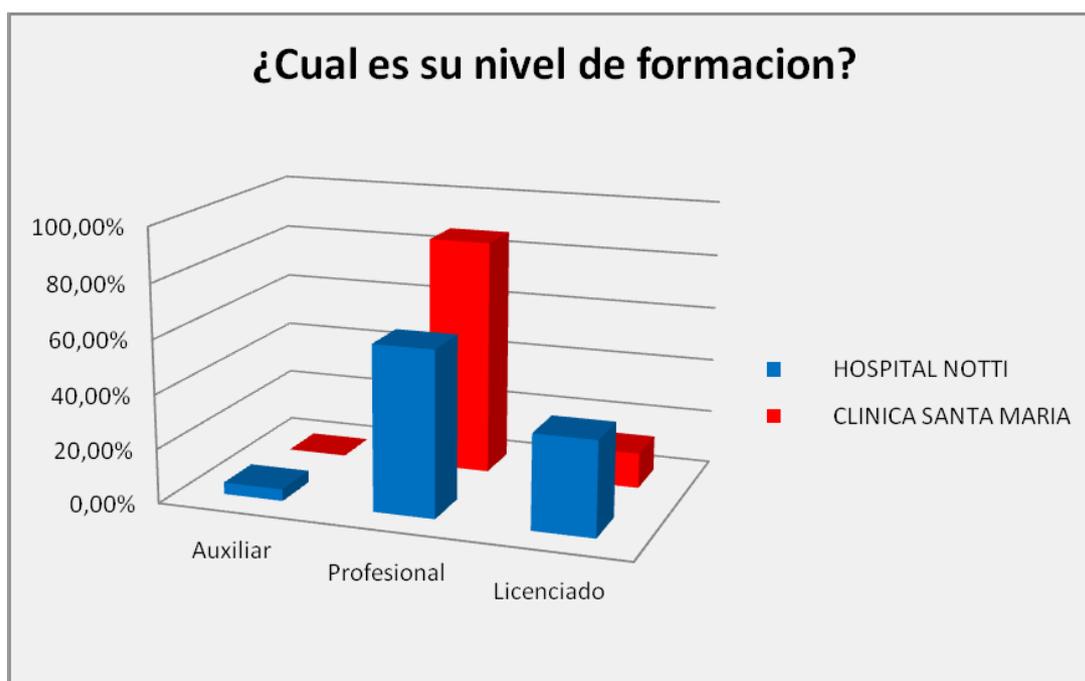
Comentario: Aquí difiere; existe un amplio margen del grupo humano entrevistado donde se manifiesta su condición matrimonial en el Hosp. Notti, lo que indica que tiene familia a cargo, lo que a menudo condiciona su actividad laboral. El grafico también muestra la gran cantidad de personas solteras en la Clínica S. María, con mayor disponibilidad horaria, pero con menos experiencia laboral.

**TABLA N° 4-** Personal de enfermería de los servicios de clínica en estudio, por grado de formación- Hospital Dr. H. Notti y Clínica S. María, Mendoza 2011.

¿Cuál es su nivel de formación?					
	HOSPITAL NOTTI		CLINICA SANTA MARIA		TOTAL
	FR.ABS.	FR.REL.	FR.ABS.	FR.REL.	
Auxiliar	1	4,34%	0	0	<b>1</b>
Profesional	14	60,86%	20	86,95%	<b>34</b>
Licenciado	8	34,78%	3	13,04%	<b>11</b>
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>	<b>46</b>

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta por los propios autores, Mendoza 2011.

**GRAFICO N° 4**



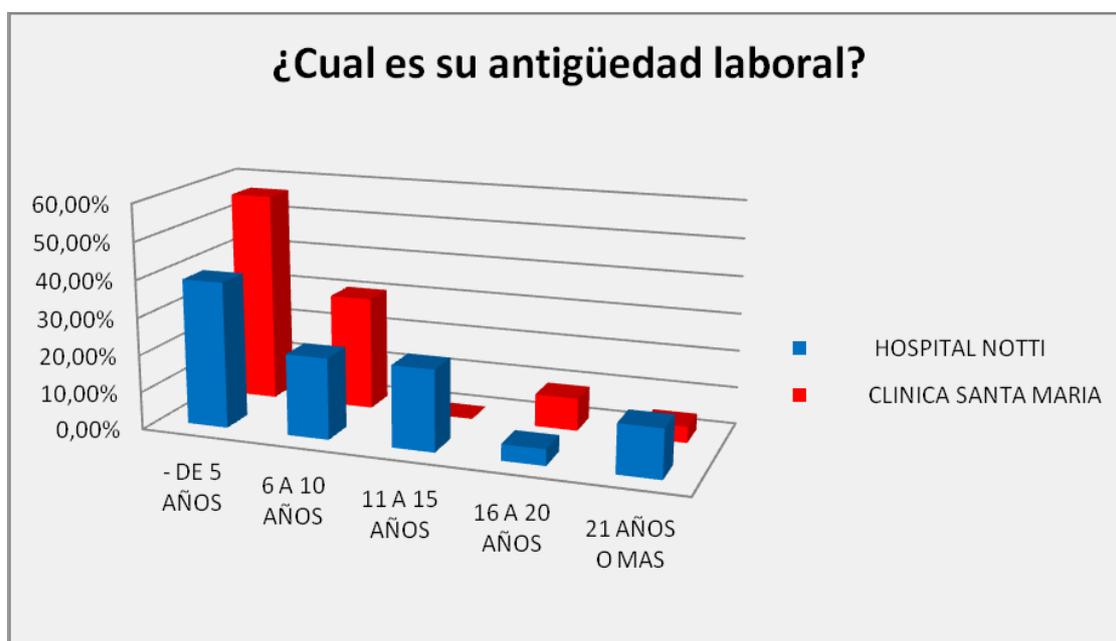
Comentario: Se logra observar que el nivel de formación del personal en estudio es mayoritariamente de formación profesional lo que se puede entender como mayor cantidad de horas y francos concedidos por su régimen laboral. Los auxiliares de enfermería que conforman la franja del personal más reducida cumplen funciones de colaboración.

**TABLA N°5-** Personal de enfermería de los servicios de clínica en estudio, por su antigüedad laboral- Hospital Dr. H. Notti y Clínica S. María, Mendoza 2011.

¿Cuál es su antigüedad laboral?					
	HOSPITAL NOTTI		CLINICA SANTA MARIA		TOTAL
	FR.ABS	FR.REL.	FR.ABS.	FR.REL.	
- DE 5 AÑOS	9	39,13%	13	56,52%	<b>22</b>
6 A 10 AÑOS	5	21,73%	7	30,43%	<b>12</b>
11 A 15 AÑOS	5	21,73%	0	0	<b>5</b>
16 A 20 AÑOS	1	4,34%	2	8,69%	<b>3</b>
21 AÑOS O MAS	3	13,04%	1	4,34%	<b>4</b>
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>	<b>46</b>

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta por los propios autores, Mendoza 2011.

**GRAFICO N°5**



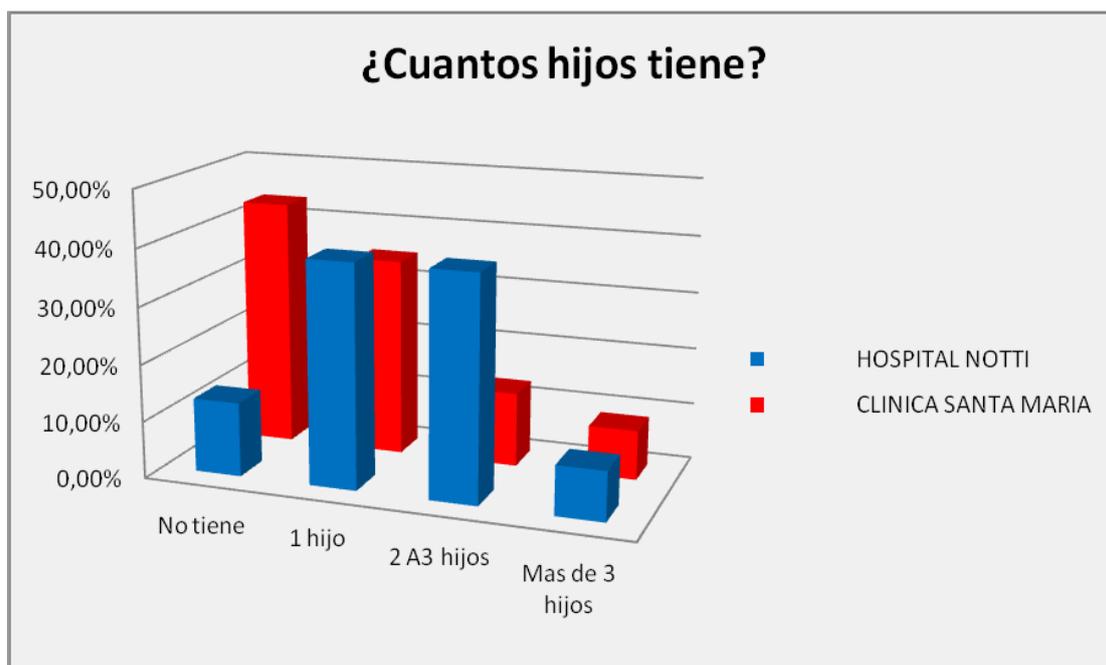
Comentario: El gráfico nos muestra un amplio margen de personal con escasa antigüedad laboral.

**TABLA N°6-** Personal de enfermería de los servicios de clínica en estudio, por número de hijos- Hospital Dr. H. Notti y Clínica S. María, Mendoza 2011.

¿Cuántos hijos tiene?					
	HOSPITAL NOTTI		CLINICA SANTA MARIA		TOTAL
	FR.ABS.	FR.REL.	FR.ABS.	FR.REL.	
No tiene	3	13,04%	10	43,47%	<b>13</b>
1 hijo	9	39,13%	8	34,78%	<b>17</b>
2 A3 hijos	9	39,13%	3	13,04%	<b>12</b>
Mas de 3 hijos	2	8,69%	2	8,69%	<b>4</b>
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>	<b>46</b>

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta por los propios autores, Mendoza 2011.

**GRAFICO N°6**



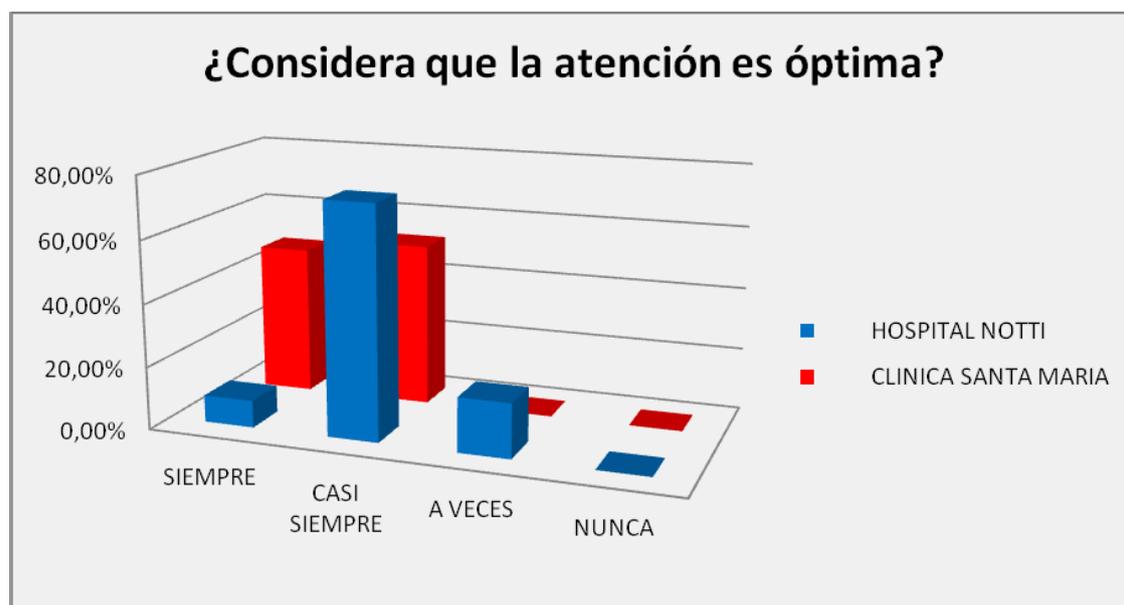
Comentario: La mayoría del personal encuestado de la Clínica S. María refiere no tener hijos a diferencia del Hosp. Notti que la mayoría indica tener hijo a cargo, lo que permite deducir permisos especiales (Lic. por enfermedad, hora de lactancia, permisos escolares)

**TABLA N° 7-** Personal de enfermería de los servicios de clínica en estudio, sobre atención optima- Hospital Dr. H. Notti y Clínica S. María, Mendoza 2011.

¿Considera que la atención es óptima?					
	HOSPITAL NOTTI		CLINICA SANTA MARIA		TOTAL
	FR.ABS.	FR.REL.	FR.ABS.	FR.REL.	
SIEMPRE	2	8,69%	11	47,82%	13
CASI SIEMPRE	17	73,91%	12	52,17%	29
A VECES	4	17,39%	0	0	4
NUNCA	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>	<b>46</b>

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta por los propios autores, Mendoza 2011.

**GRAFICO N°7**



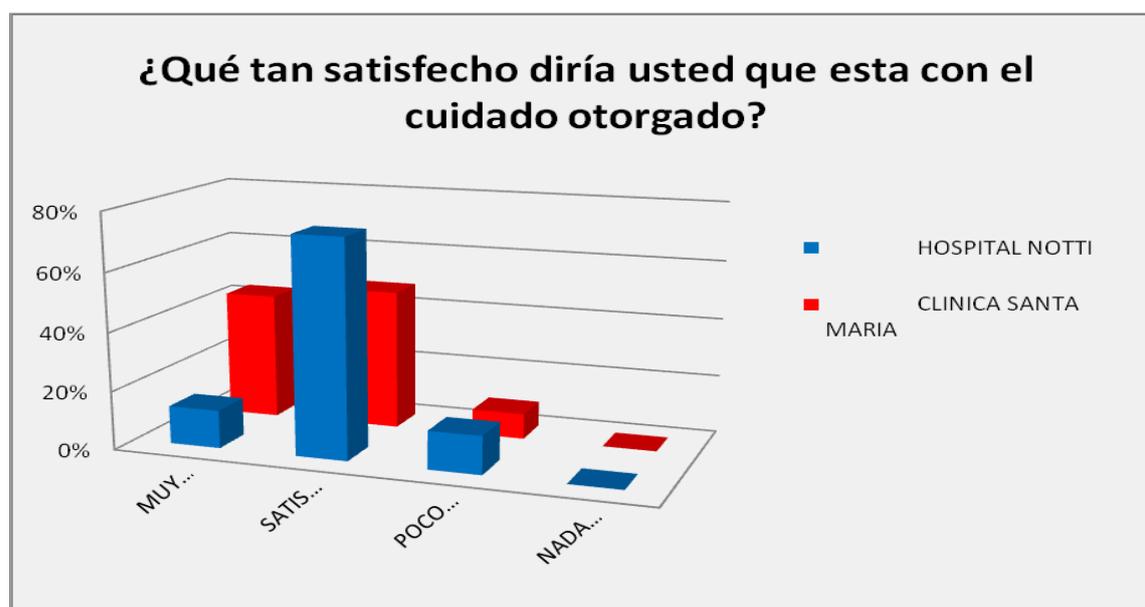
Comentario: Se evidencia en el siguiente grafico que el recurso humano encuestado considera que la atención no es totalmente óptima.

**TABLA N° 8-** Personal de enfermería de los servicios de clínica en estudio, sobre satisfacción por el cuidado otorgado- Hospital Dr. H. Notti y Clínica S. María, Mendoza 2011.

¿Qué tan satisfecho diría usted que esta con el cuidado otorgado?					
	HOSPITAL NOTTI		CLINICA SANTA MARIA		TOTAL
	FR.ABS.	FR.REL.	FR.ABS.	FR.REL.	
MUY SATISFECHO	3	13%	10	43,47%	13
SATISFECHO	17	73,91%	11	47,82%	28
POCO SATISFECHO	3	13,04%	2	8,69%	5
NADA SATISFECHO	0	0%	0	0%	0
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>	<b>23</b>	<b>100%</b>	<b>46</b>

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta por los propios autores, Mendoza 2011

**GRAFICO N°8**



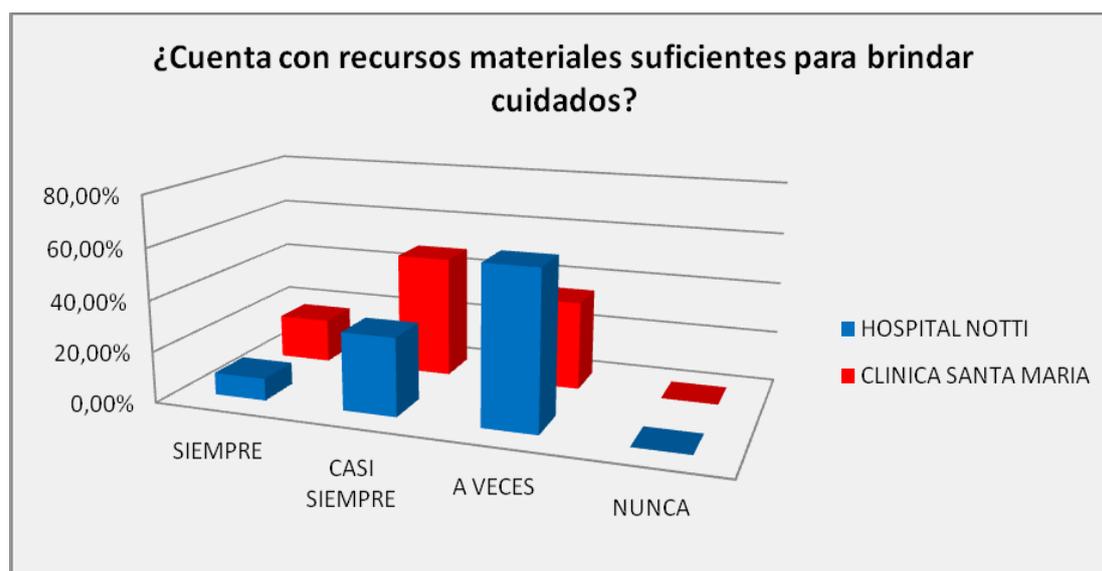
Comentario: Observamos en el siguiente grafico que existe una amplia mayoría tanto en el Hosp. Notti como en la Clínica S. María que están conformes con el cuidado brindado

**TABLA N°9-** Personal de enfermería de los servicios de clínica en estudio, sobre los recursos materiales suficientes para brindar cuidados- Hospital Dr. H. Notti y Clínica S. María, Mendoza 2011.

¿Cuenta con recursos materiales suficientes para brindar cuidados?					
	HOSPITAL NOTTI		CLINICA SANTA MARIA		TOTAL
	FR. ABS.	FR. REL	FR. ABS.	FR. REL	
SIEMPRE	2	8,70%	4	17,40%	<b>6</b>
CASI SIEMPRE	7	30,40%	11	47,82%	<b>18</b>
A VECES	14	60,90%	8	34,78%	<b>22</b>
NUNCA	0	0%	0	0%	<b>0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>	<b>46</b>

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta por los propios autores, Mendoza 2011.

**GRAFICO N° 9**



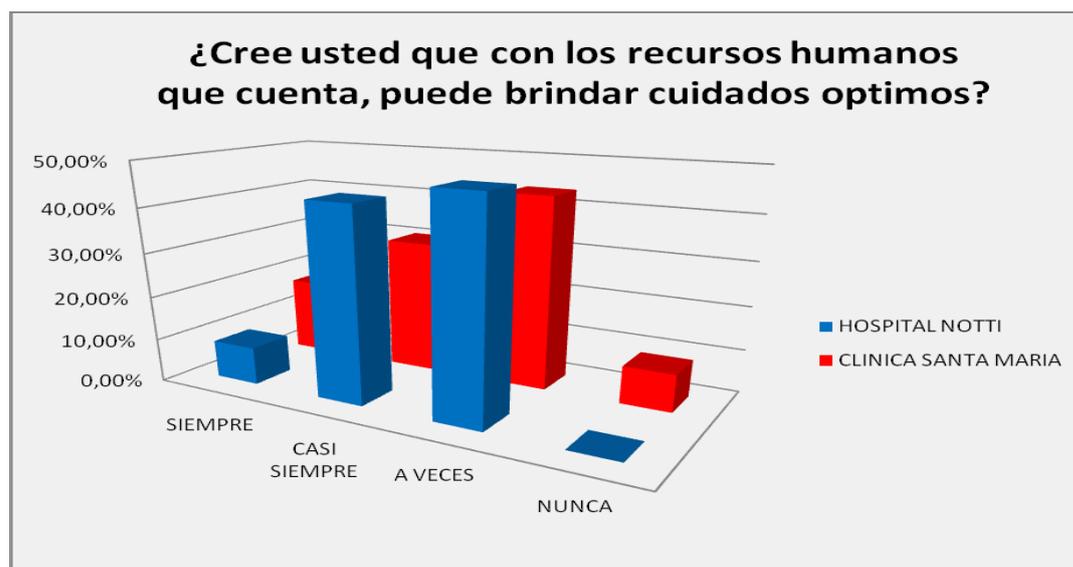
Comentario: Observamos que la mayoría del personal de los 2 grupos en estudio manifiestan tener escasos recursos materiales que pueden impedir brindar cuidados óptimos.

**TABLA N° 10-** Personal de enfermería de los servicios de clínica en estudio, sobre si con recursos materiales se pueden brindar cuidados óptimos - Hospital Dr. H. Notti y Clínica S. María, Mendoza 2011.

¿Cree usted que con los recursos humanos que cuenta, puede brindar cuidados óptimos?					
	HOSPITAL NOTTI		CLINICA SANTA MARIA		TOTAL
	FR. ABS.	FR. REL	FR. ABS.	FR. REL	
SIEMPRE	2	8,70%	4	17,40%	<b>6</b>
CASI SIEMPRE	10	43,48%	7	30,42%	<b>17</b>
A VECES	11	47,82%	10	43,48%	<b>21</b>
NUNCA	0	0%	2	9%	<b>2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>	<b>46</b>

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta por los propios autores, Mendoza 2011.

**GRAFICO N° 10**



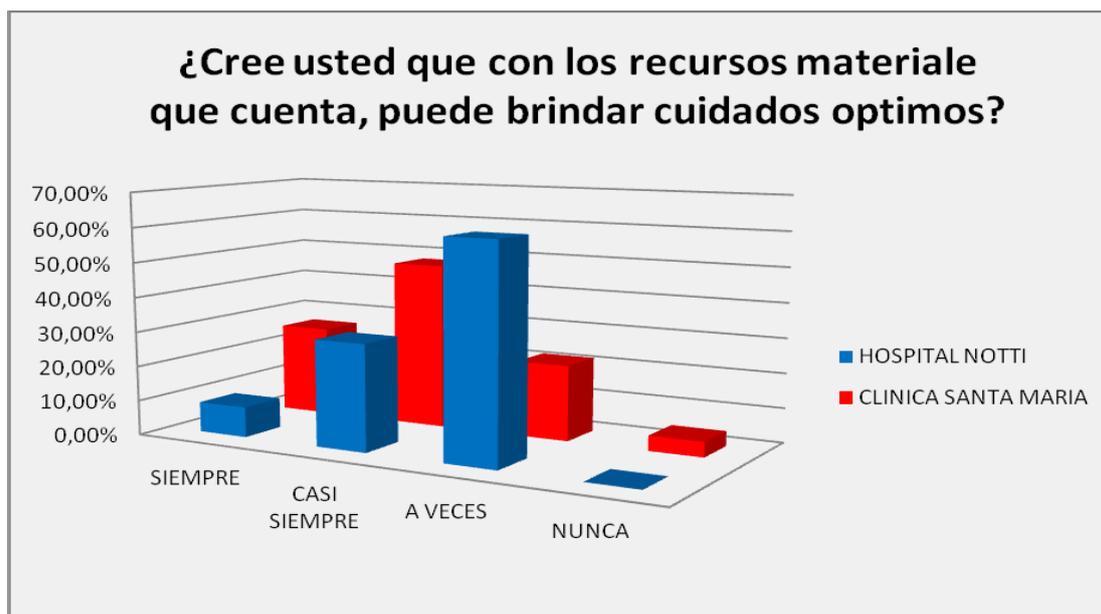
Comentario: En el siguiente gráfico se puede manifestar que el recurso humano encuestado considera en casi su mayoría que el personal de trabajo es deficiente y por lo tanto los cuidados otorgados no son de calidad.

**TABLA N° 11-** Personal de enfermería de los servicios de clínica en estudio, sobre si con recursos materiales se pueden brindar cuidados óptimos - Hospital Dr. H. Notti y Clínica S. María, Mendoza 2011.

¿Cree usted que con los recursos materiales que cuenta, puede brindar cuidados óptimos?					
	HOSPITAL NOTTI		CLINICA SANTA MARIA		TOTAL
	FR. ABS.	FR. REL	FR. ABS.	FR. REL	
SIEMPRE	2	8,70%	6	26,09%	<b>8</b>
CASI SIEMPRE	7	30,40%	11	47,82%	<b>18</b>
A VECES	14	60,90%	5	21,75%	<b>19</b>
NUNCA	0	0%	1	4%	<b>1</b>
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>	<b>46</b>

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta por los propios autores, Mendoza 2011.

**GRAFICO N° 11**



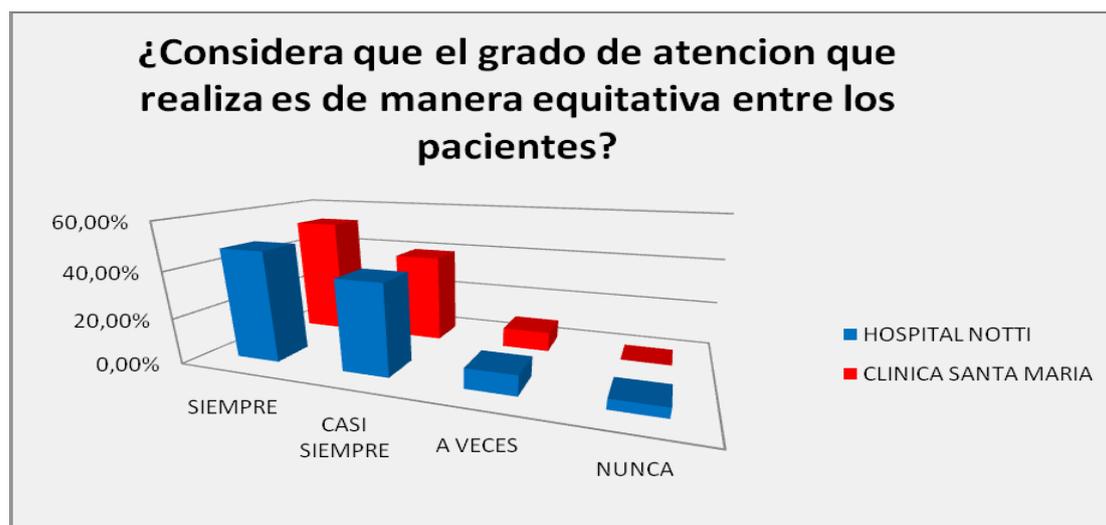
Comentario: En el siguiente gráfico se puede manifestar que el recurso humano encuestado considera también que con los escasos recursos materiales con los que cuenta no se pueden otorgar cuidados de calidad.

**TABLA N° 12-** Personal de enfermería de los servicios de clínica en estudio, sobre el grado de atención de manera equitativa - Hospital Dr. H. Notti y Clínica S. María, Mendoza 2011.

¿Considera que el grado de atención que realiza es de manera equitativa entre los pacientes?					
	HOSPITAL NOTTI		CLINICA SANTA MARIA		TOTAL
	FR. ABS.	FR. REL	FR. ABS.	FR. REL	
SIEMPRE	11	47,83%	12	52,17%	<b>8</b>
CASI SIEMPRE	9	39,13%	9	39,13%	<b>18</b>
A VECES	2	8,70%	2	8,70%	<b>19</b>
NUNCA	1	4%	0	0%	<b>1</b>
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>	<b>46</b>

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta por los propios autores, Mendoza 2011.

**GRAFICO N°12**



Comentario: La gran mayoría del personal encuestado afirman brindar cuidados igualitarios.

**TABLA N° 13-** Personal de enfermería de los servicios de clínica en estudio, sobre el reconocimiento de la sociedad - Hospital Dr. H. Notti y Clínica S. María, Mendoza 2011.

¿Cómo considera usted que es el reconocimiento de la sociedad hacia la profesión?					
	HOSPITAL NOTTI		CLINICA SANTA MARIA		TOTAL
	FR. ABS.	FR. REL.	FR. ABS.	FR. REL.	
MUY BUENO	0	0,00%	2	8,70%	<b>2</b>
BUENO	10	43,48%	11	47,82%	<b>21</b>
REGULAR	13	56,52%	10	43,48%	<b>23</b>
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>	<b>46</b>

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta por los propios autores, Mendoza 2011.

**GRAFICO N° 13**



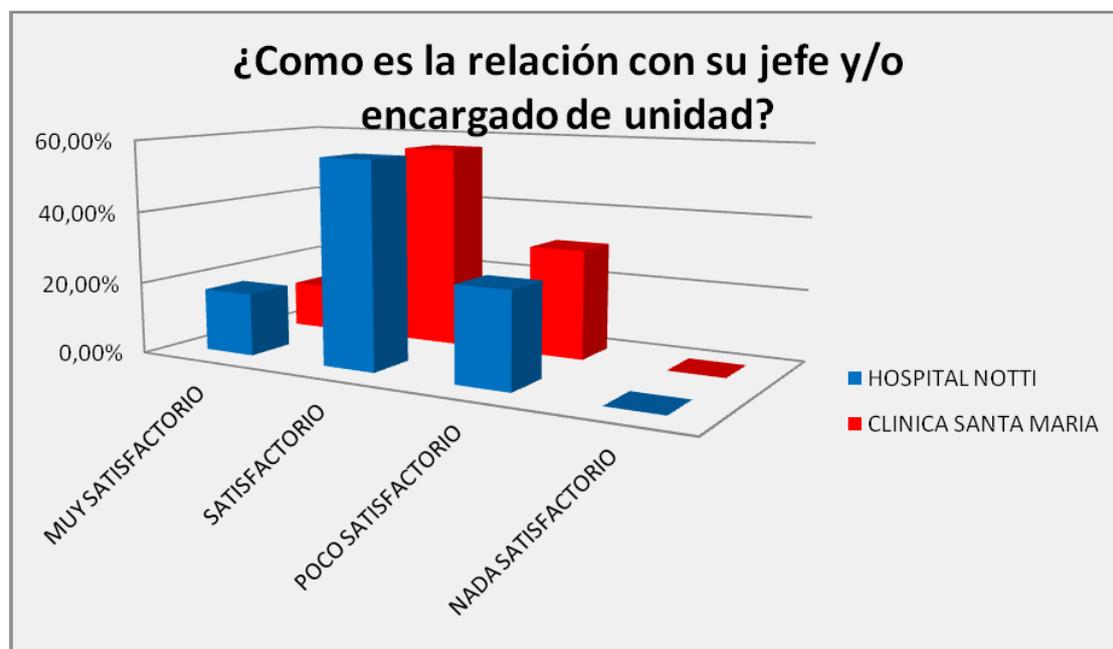
Comentario: La mayoría del personal de enfermería tanto en el Hosp. Notti como en la Clínica S. María consideran que no existe reconocimiento por parte de la sociedad por el labor que desempeñan.

**TABLA N° 14-** Personal de enfermería de los servicios de clínica en estudio, sobre la relación con su jefe - Hospital Dr. H. Notti y Clínica S. María, Mendoza 2011.

¿Cómo es la relación con su jefe y/o encargado de unidad?					
	HOSPITAL NOTTI		CLINICA SANTA MARIA		TOTAL
	FR. ABS.	FR. REL	FR. ABS.	FR. REL	
MUY SATISFACTORIO	4	17,40%	3	13,05%	7
SATISFACTORIO	13	56,52%	13	56,52%	26
POCO SATISFACTORIO	6	26,08%	7	30,43%	13
NADA SATISFACTORIO	0	0%	0	0%	0
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>	<b>46</b>

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta por los propios autores, Mendoza 2011.

**GRAFICO N°14**



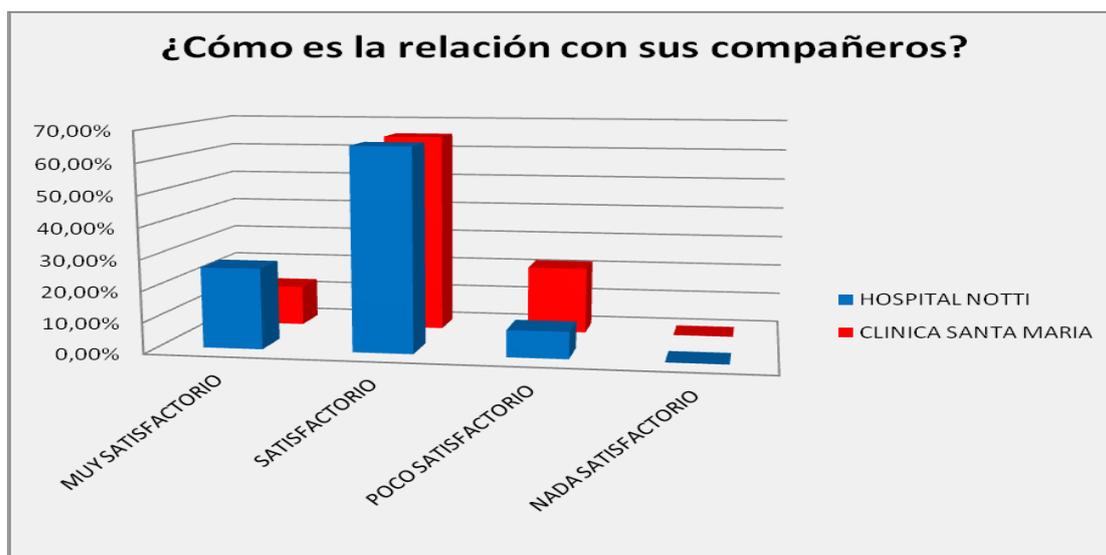
Comentario: Practicamente la mitad del personal encuestado refiere tener una buena relación con su jefe.

**TABLA N°15-** Personal de enfermería de los servicios de clínica en estudio, sobre la relación con sus compañeros - Hospital Dr. H. Notti y Clínica S. María, Mendoza 2011.

¿Cómo es la relación con sus compañeros?					
	HOSPITAL NOTTI		CLINICA SANTA MARIA		TOTAL
	FR. ABS.	FR. REL	FR. ABS.	FR. REL	
MUY SATISFACTORIO	6	26,09%	3	13,05%	7
SATISFACTORIO	15	65,21%	15	65,21%	26
POCO SATISFACTORIO	2	8,70%	5	21,74%	13
NADA SATISFACTORIO	0	0%	0	0%	0
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>	<b>46</b>

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta por los propios autores, Mendoza 2011.

**GRAFICO N° 15**



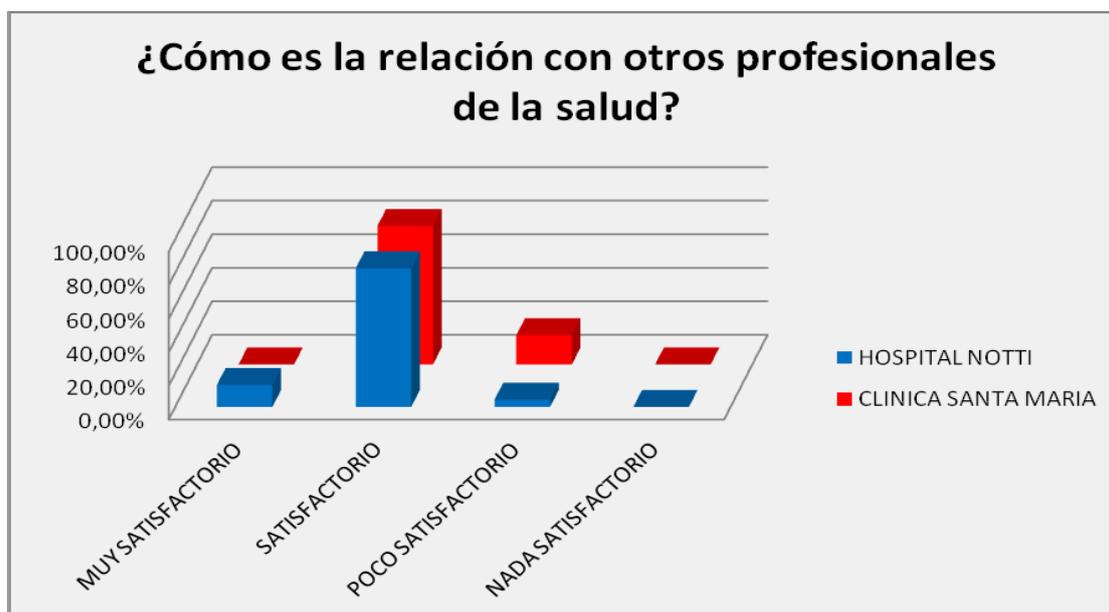
Comentario: En el siguiente gráfico se muestra que la mayoría de los enfermeros refieren tener una buena relación con sus compañeros, lo que se puede entender como un buen ambiente de trabajo. Un pequeño porcentaje se manifiesta con una relación regular, debido a frecuentes recargos o inasistencias por falta de respeto de deberes.

**TABLA N° 16-** Personal de enfermería de los servicios de clínica en estudio, sobre la relación con otros profesionales de la salud - Hospital Dr. H. Notti y Clínica S. María, Mendoza 2011.

¿Cómo es la relación con otros profesionales de la salud?					
	HOSPITAL NOTTI		CLINICA SANTA MARIA		TOTAL
	FR. ABS.	FR. REL	FR. ABS.	FR. REL	
MUY SATISFACTORIO	3	13,05%	0	0%	<b>3</b>
SATISFACTORIO	19	82,60%	19	82,60%	<b>38</b>
POCO SATISFACTORIO	1	4,35%	4	17,40%	<b>5</b>
NADA SATISFACTORIO	0	0%	0	0%	<b>0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>	<b>46</b>

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta por los propios autores, Mendoza 2011.

**GRAFICO N° 16**



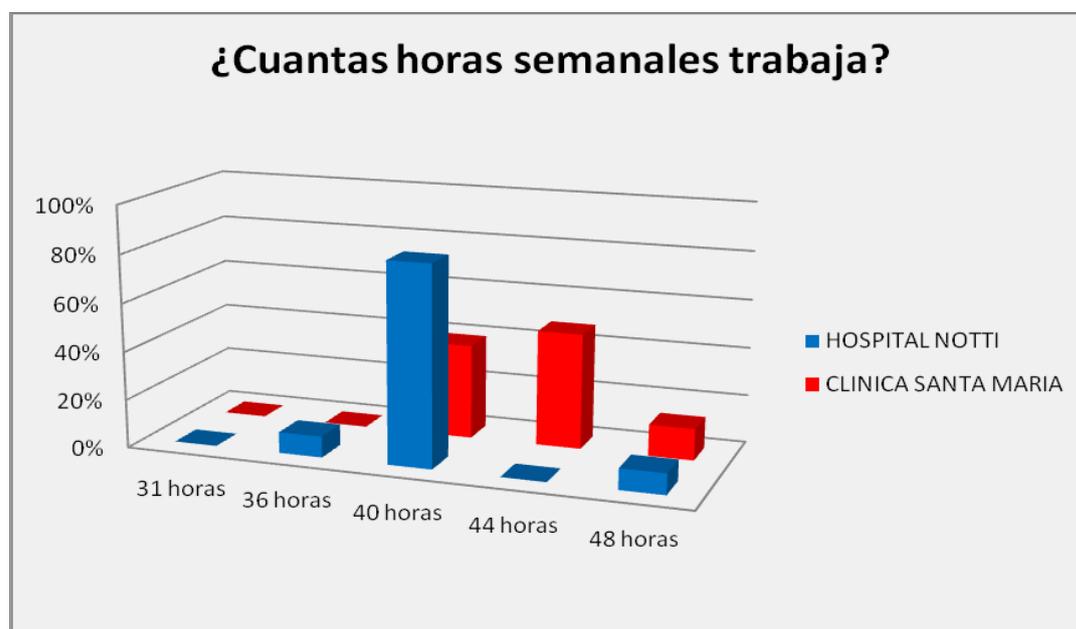
Comentario: Del recurso humano encuestado la mayoría indica mantener una buena relación de trabajo con el resto del equipo de salud.

**TABLA N° 17-** Personal de enfermería de los servicios de clínica en estudio, sobre horas que trabajan semanalmente - Hospital Dr. H. Notti y Clínica S. María, Mendoza 2011.

¿Cuántas horas semanales trabaja?					
	HOSPITAL NOTTI		CLINICA SANTA MARIA		TOTAL
	FR. ABS.	FR. REL	FR. ABS.	FR. REL	
31 horas	0	0%	0	0%	<b>0</b>
36 horas	2	8,70%	0	0%	<b>2</b>
40 horas	19	82,60%	9	39,14%	<b>28</b>
44 horas	0	0%	11	48%	<b>11</b>
48 horas	2	9%	3	13%	<b>5</b>
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>	<b>46</b>

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta por los propios autores, Mendoza 2011.

**GRAFICO N° 17**



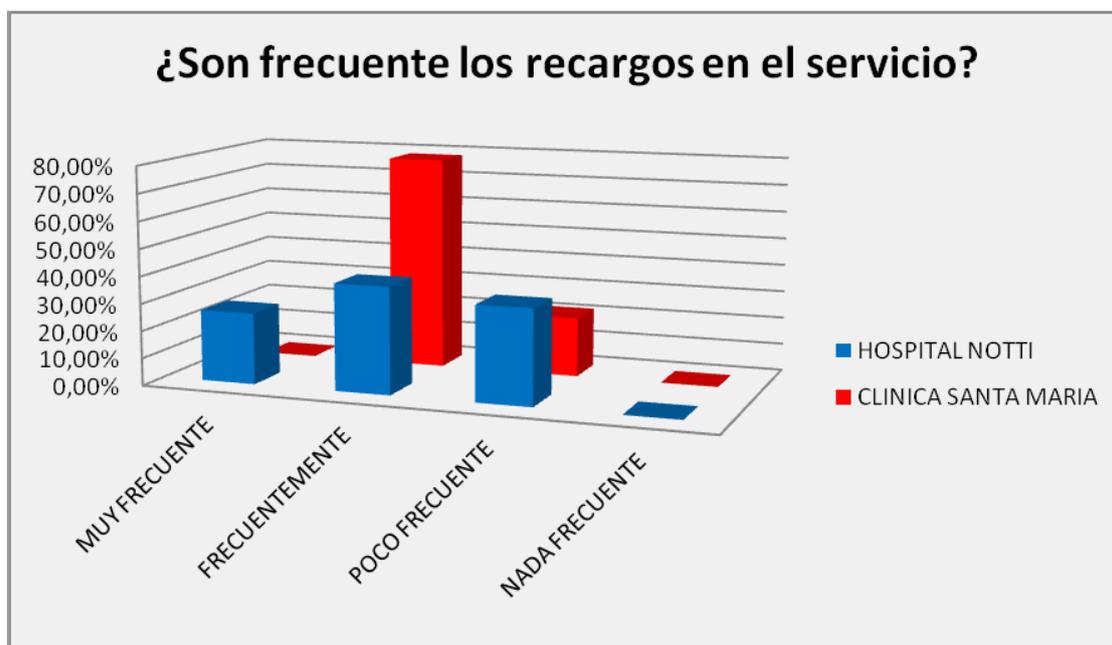
Comentario: La mayoría de las personas encuestadas en el Hosp. Notti trabajan 40hs semanales lo que puede ser índice de falta de motivación. En la Clínica S. María la mayoría refiere trabajar más de de 40hs.

**TABLA N°18-** Personal de enfermería de los servicios de clínica en estudio, sobre frecuencia de recargos- Hospital Dr. H. Notti y Clínica S. María, Mendoza 2011.

¿Son frecuentes los recargos en el servicio?					
	HOSPITAL NOTTI		CLINICA SANTA MARIA		TOTAL
	FR. ABS.	FR. REL	FR. ABS.	FR. REL	
MUY FRECUENTE	6	26,09%	0	0%	<b>6</b>
FRECUENTEMENTE	9	39,13%	18	78,26%	<b>27</b>
POCO FRECUENTE	8	34,78%	5	21,74%	<b>13</b>
NADA FRECUENTE	0	0%	0	0%	<b>0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>	<b>46</b>

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta por los propios autores, Mendoza 2011.

**GRAFICO N° 18**



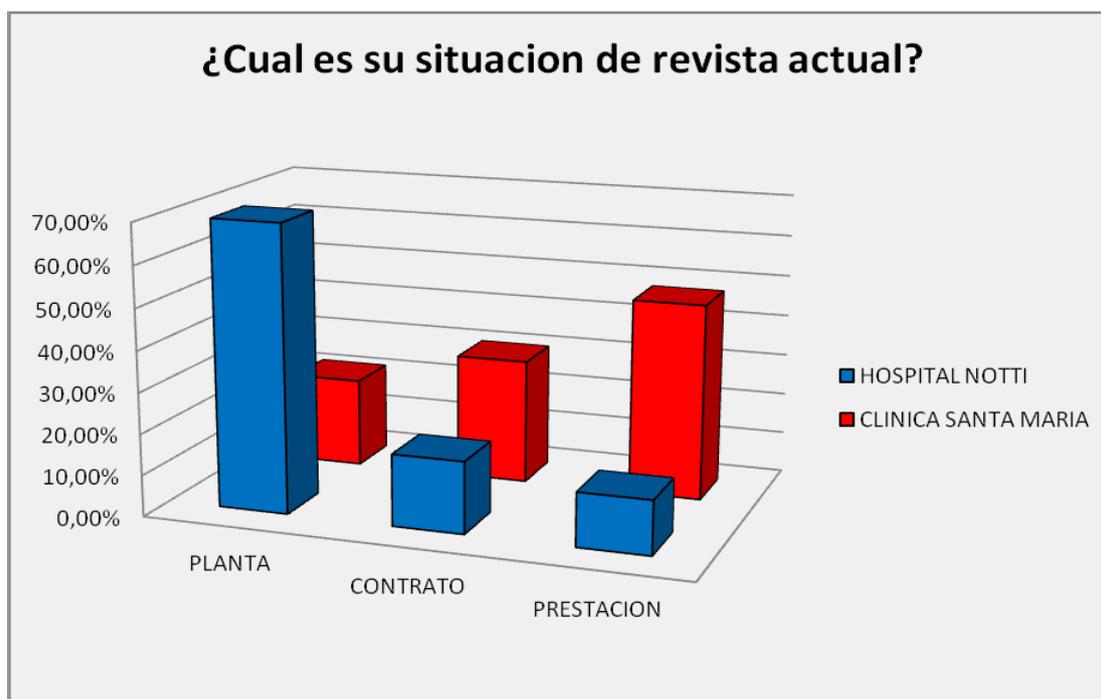
Comentario: En este grafico existe un marcado índice de recargos en la Clínica S. María en un 78%.

**TABLA N° 19-** Personal de enfermería de los servicios de clínica en estudio, sobre situación de revista- Hospital Dr. H. Notti y Clínica S. María, Mendoza 2011.

¿Cuál es su situación de revista actual?					
	HOSPITAL NOTTI		CLINICA SANTA MARIA		TOTAL
	FR. ABS.	FR. REL	FR. ABS.	FR. REL	
PLANTA	16	69,56%	5	21,74%	<b>21</b>
CONTRATO	4	17,40%	7	30,43%	<b>11</b>
PRESTACION	3	13,04%	11	47,83%	<b>14</b>
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>	<b>46</b>

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta por los propios autores, Mendoza 2011.

**GRAFICO N° 19**



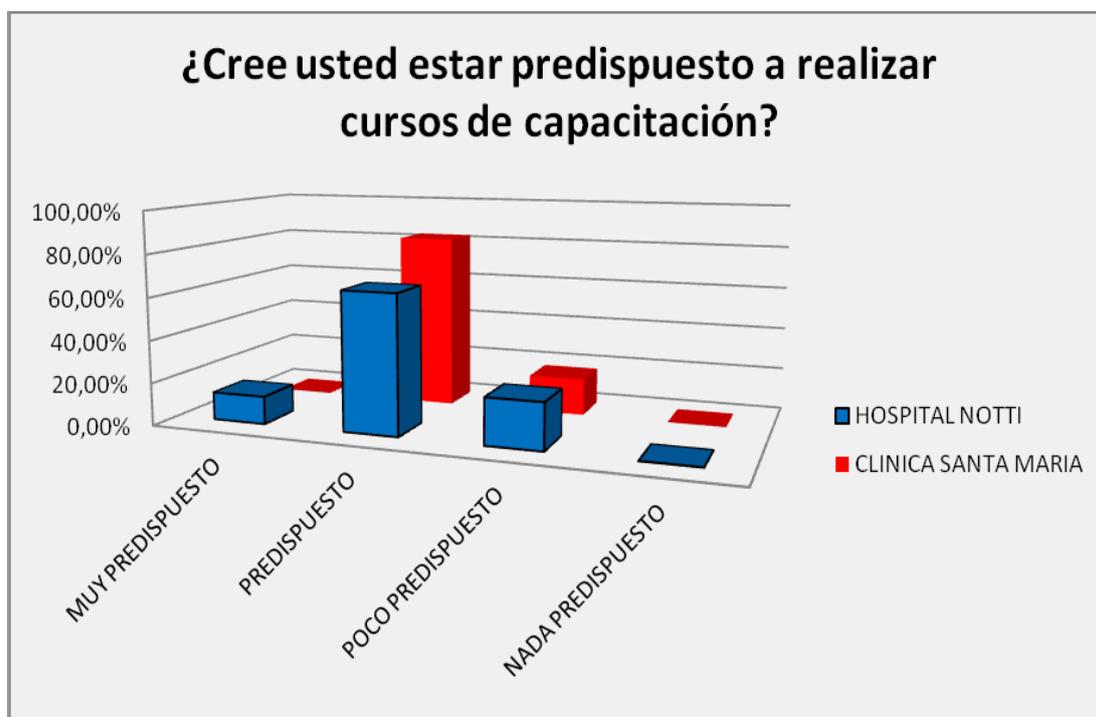
Comentario: Se evidencia en el personal de estudio en la Clínica S. María un alto porcentaje de profesionales con inestabilidad laboral, lo que influye en la calidad de la actividad laboral que presta producto de la falta de motivación.

**TABLA N° 20-** Personal de enfermería de los servicios de clínica en estudio, sobre predisposición en realizar cursos de capacitación- Hospital Dr. H. Notti y Clínica S. María, Mendoza 2011.

¿Cree usted estar predispuesto a realizar cursos de capacitación?					
	HOSPITAL NOTTI		CLINICA SANTA MARIA		TOTAL
	FR. ABS.	FR. REL	FR. ABS.	FR. REL	
MUY PREDISPUESO	3	13,05%	0	0%	<b>3</b>
PREDISPUESO	15	65,21%	19	82,61%	<b>34</b>
POCO PREDISPUESO	5	21,74%	4	17,39%	<b>9</b>
NADA PREDISPUESO	0	0%	0	0%	<b>0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>	<b>46</b>

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta por los propios autores, Mendoza 2011.

**GRAFICO N° 20**



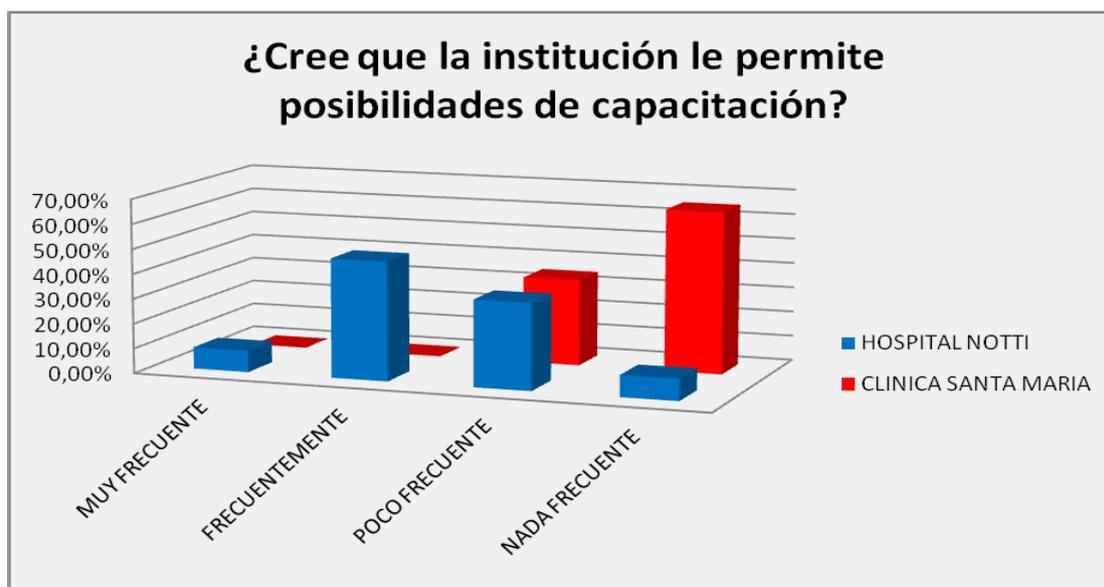
Comentario: En el siguiente gráfico se puede indicar que coinciden los dos grupos de estudio en estar predispuestos para realizar cursos de capacitación.

**TABLA N° 21-** Personal de enfermería de los servicios de clínica en estudio, sobre posibilidades de capacitación- Hospital Dr. H. Notti y Clínica S. María, Mendoza 2011.

¿Cree que la institución le permite posibilidades de capacitación?					
	HOSPITAL NOTTI		CLINICA SANTA MARIA		TOTAL
	FR. ABS.	FR. REL	FR. ABS.	FR. REL	
MUY FRECUENTE	2	8,69%	0	0%	<b>6</b>
FRECUENTEMENTE	11	47,83%	0	0%	<b>27</b>
POCO FRECUENTE	8	34,79%	8	34,79%	<b>13</b>
NADA FRECUENTE	2	8,69%	15	65,21%	<b>0</b>
<b>TOTAL</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>	<b>23</b>	<b>100,00%</b>	<b>46</b>

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta por los propios autores, Mendoza 2011.

**GRAFICO N° 21**



Comentario: El personal entrevistado en la Clínica S. María refiere en casi su mayoría que no se le brindan posibilidades de capacitación a diferencia de lo que manifiesta en su mayoría el personal del Hosp. Notti.

## TABLAS BIVARIADAS

**TABLA N° 22-** Relación Sexo-Edad. Según frecuencia Absoluta

	SEXO				
	HOSPITAL NOTTI		CLINICA SANTA MARIA		
EDAD	Fem. NOTTI	Masc. H. NOTTI	Fem. CL. S. MARIA	Masc. CL. S. MARIA	TOTAL
21 A 25	1	1	8	1	10
26 A 30	3	0	5	1	9
31 A 35	5	0	4	0	9
36 A 40	5	0	2	0	9
MAS DE 40	7	1	1	1	9
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>2</b>	<b>20</b>	<b>3</b>	<b>46</b>

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta por los propios autores, Mendoza 2011.

Según Frecuencia Relativa.

	SEXO				
	HOSPITAL NOTTI		CLINICA SANTA MARIA		
EDAD	Fem. H. NOTTI	Masc. H. NOTTI	Fem. CL. S. MARIA	Masc. CL. S. MARIA	
21 A 25	4.76%	50%	40%	33.33%	
26 A 30	14.28%	0%	25%	33.33%	
31 A 35	23.08%	0%	20%	0%	
36 A 40	23.08%	0%	10%	0%	
MAS DE 40	33.33%	50%	5%	33.33%	
<b>TOTAL</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	

Comentario: El recurso humano predominante es de sexo femenino, encontrándose en su mayoría en una etapa de la vida de adulto joven, con proyecciones de realización personal acorde a su ciclo vital.

**TABLA N° 23-** Relación Situación de revista- Recargos. Según frecuencia absoluta.

	RECARGOS							
	HOSPITAL NOTTI				CLINICA S. MARIA			
SITUACION DE REVISTA	Muy frecuente	Frecuente	Poco frecuente	Nada frecuente	Muy frecuente	Frecuente	Poco frecuente	Nada frecuente
Planta	2	3	2	0	1	3	1	0
Contrato	1	4	0	0	2	4	1	0
Prestación	6	5	0	0	1	8	2	0
<b>Total</b>	<b>9</b>	<b>12</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>4</b>	<b>15</b>	<b>4</b>	<b>0</b>

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta por los propios autores, Mendoza 2011.

Según Frecuencia Relativa.

	RECARGOS							
	HOSPITAL NOTTI				CLINICA S. MARIA			
SITUACION DE REVISTA	Muy frecuente	Frecuente	Poco frecuente	Nada frecuente	Muy frecuente	Frecuente	Poco frecuente	Nada frecuente
Planta	22.22%	25%	100%	0%	25%	20%	25%	0%
Contrato	11.11%	33.33%	0%	0%	50%	26.66%	25%	0%
Prestación	66.66%	41.66%	0%	0%	25%	53.33%	50%	0%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>

Comentario: Se logra observar que coincide el personal con prestaciones al manifestar la frecuencia de recargos. Teniendo en cuenta que el personal contratado y de prestación no goza de los beneficios que si recibe el personal en planta, es por ello que se ve disminuida la motivación en el trabajo.

**TABLA N° 24-** Relación Horas de trabajo semanal- Atención equitativa. Según Frecuencia absoluta.

Atención equitativa								
HOSPITAL NOTTI					CLINICA S. MARIA			
HORAS SEMANALES	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
31 Hs	0	0	0	0	0	0	0	0
36 Hs	2	8	0	0	0	0	0	0
40 Hs	3	5	5	0	2	5	2	0
44 Hs	0	0	0	0	4	6	2	0
48 Hs	0	0	0	0	0	2		0
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>13</b>	<b>5</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>13</b>	<b>4</b>	<b>0</b>

Fuente: Datos obtenidos mediante encuesta por los propios autores, Mendoza 2011.

Según Frecuencia Relativa.

Atención equitativa								
HOSPITAL NOTTI					CLINICA S. MARIA			
Horas Semanales	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca
31 Hs	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
36 Hs	40%	61.53%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
40 Hs	60%	38.46%	100%	0%	33.33%	38.46%	50%	0%
44 Hs	0%	0%	0%	0%	66.66%	46.15%	50%	0%
48 Hs	0%	0%	0%	0%	0%	15.38%	0%	0%
<b>Total</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>0%</b>

Comentario: Se evidencia que el personal que trabaja de 40hs a 44hs manifiesta que no siempre se puede brindar cuidados equitativos. Esto puede ser debido a la gran cantidad de horas a trabajar.

## CONCLUSION

El significado de motivación para el profesional de enfermería nos permitió descubrir que el profesional de enfermería percibe como elementos motivacionales las Relaciones Humanas, el trabajo en si mismo, la retroalimentación, el Reconocimiento y lo Económico como parte esencial pero no primordial. Así como, identifican atributos en la enfermera motivada como la responsabilidad, la generosidad, humanitario, la amabilidad, disciplina y con principio y valor.

También pudimos darnos cuenta, que para los jefes o supervisores de enfermería esta muy arraigada la motivación en el aspecto simbólico de tipo muy básico como es el dinero, y no se ha trabajado en el área hospitalaria otros aspectos motivacionales que tengan que ver con relacionarse. Como seres humanos que somos necesitamos relacionarnos con nuestros semejantes, mantener un ambiente donde predomine la armonía, la confidencialidad, el respeto es necesario para mantener nuestro equilibrio emocional.

## RECOMENDACIÓN

Cuando una persona ejerce como supervisor, jefe, administrador o como gerente de una organización, este debe luchar por lograr las metas trabajando con y mediante sus superiores, subalternos y compañeros de trabajo. Una parte esencial de su responsabilidad es estimular al personal a su cargo para que cumplan con sus deberes y responsabilidades en una forma útil y constructiva, pero, respetando sus derechos.

Si los profesionales de Enfermería pueden apreciar por adelantado los beneficios que obtendrán mediante su trabajo, se mantendrán sus niveles de motivación elevados, enfocaran sus esfuerzos y habilidades hacia un desempeño provechoso organizacionalmente.

El propósito de esta investigación es Develar el significado de la motivación para los profesionales de Enfermería, y a partir de este recomendar una serie de estrategias motivacionales:

### *1- Fortalecer las Relaciones Interpersonales:*

El profesional de enfermería debe percibir en su lugar de trabajo, que se encuentra con su familia, es decir, un ambiente de trabajo con una atmósfera familiar para eso debe existir:

a) Ambiente protector y comprometido; los supervisores y la organización hospitalaria deberían interesarse en la vida de sus empleados, es decir, no con la finalidad de generar rumores sino que el profesional de enfermería se sienta valorado con persona, no simplemente como parte integrante de una masa que realiza tareas, este interés también se aplica a las relaciones entre compañeros de trabajo, esto ocasionaría como consecuencia la sensación de que las opiniones personales son importante para el resto de los integrantes de la organización.

b) Crear un ambiente amigable; una atmósfera amigable es una característica distintiva de un buen clima laboral, las interrelaciones con las demás personas es lo que genera este clima amigable, es decir que se hace obligatorio interactuar con los compañeros de trabajo, con los gerentes y subalternos.

Para generar este clima amistoso las personas de todos los escalafones deben naturalmente conversar, escucharse y respetarse entre si.

#### *2- Implementar el reconocimiento:*

Existen dos tipos de reconocimiento el informal y el formal. El primero se aplica de un forma inmediata muy simple, con un bajo costo se puede reforzar el comportamiento de las enfermeras. Consiste en enviar una tarjeta de agradecimiento, un correo electrónico, un agradamiento en público inesperado. En cuanto el segundo se utilizara felicitar un empleado por sus años en el hospital, premiar un buen servicio.

#### *3-Retroalimentación:*

La comunicación es básica en la vida intelectual y emocional de las personas por lo que debe ser atendida como un elemento para la supervivencia, el desarrollo, la evolución, y la conducta de todos los seres vivos.

Los supervisores o gerente de enfermería deben comunicarle al personal a su cargo las instrucciones acerca de su trabajo, los cambios de objetivos ya establecidos, ya que cuando el trabajador conoce a cerca de los cambios el grupo se cohesiona, la comunicación es abierta y la retroalimentación se hace mas sólida, originando el aporte de sugerencias por parte del personal de enfermería y una relaciones humanas mas satisfactorias.

#### *4-Fomentar un ambiente flexible, participativo, respetuoso:*

Los supervisores o gerentes en enfermería necesitan promover un ambiente de trabajo donde el personal de enfermería perciba que su labor es valorada, donde se fomenta el respeto, la flexibilidad, la participación y la autonomía, esto repercutirá en el cuidado que recibirá el paciente, en un ambiente mas armonioso para trabajar, existirá unión y el trabajo de enfermería será percibido por los pacientes como eficiente, eficaz y de calidad.

## BIBLIOGRAFIA

- ALVAREZ, Juan L; JURGENSON, Gayou (2.003). *Como hacer Investigación Cualitativa. Fundamentos y Metodología*. México, Paidós Educador. Pág 80-88 103-107; 109-113; 163-165.
- BENEGAS, Margarita y Otros (2001). *Perspectivas Metodológicas en Trabajo Social*. Buenos Aires. Espacio. Pág 97-120.
- BISQUERRA, Rafael (1.989). *Métodos de Investigación Educativa*. Barcelona. Ceac. Pág 255-259.
- Burns, Nancy; Grove, Susan (2.004) *Investigación en Enfermería*. 3era Edición, España. Elsevier. Pág 387.
- CALERO, Jorge L (2.000) *Investigación Cualitativa y Cuantitativa. Problemas no Resueltos*. Revista Cubana de Endocrinología, Volumen 11, Número 3. Septiembre- Diciembre. 192-8. Cuba. Disponible en PDF. (Consultado Marzo 2.006).  
(Consultado Agosto 2.004).
- MARRINER-TOMEY, Ann (1.993). *Manual para Administración de Enfermería*. 4ta Edición. México. McGraw-Hill. Pag 336.
- MOLINA, Erika y otros (2.000). *Motivación en el Trabajo*. Universidad de Puerto Rico. Trabajo Especial de Grado.
- PARENT, Juan M. (1.993). *Antología de Fenomenología*. Universidad Autónoma del Estado de México. D. F. Pag 09; 11-23; 56-65.
- RODRÍGUEZ GÓMEZ, Gregorio y Otros (1.996). *Metodología de la Investigación Cualitativa*. Málaga Algeba. Pag 40-43; 135; 154-160; 165-183.
- RODRÍGUEZ, Janeth y Otros (1.996). *Factores Motivadores que Influyen en el Desempeño Laboral del Personal de Enfermería de la Sala de Partos del Hospital Central Universitario "Dr. Antonio María Pineda"* Barquisimeto Trabajo Especial de Grado.
- SUÁREZ, R. Juan C. (2001) *Teorías de la Motivación*.  
[www.monografías.com/trabajo7/temo/temo.shtml](http://www.monografías.com/trabajo7/temo/temo.shtml) (Consultado Junio 2.004).

## ANEXOS

## ENCUESTA

Solicito su colaboración para responder al siguiente cuestionario, en forma anónima, para realizar nuestro trabajo final de grado del ciclo de Licenciatura en Enfermería que cursamos actualmente en la Universidad Nacional de Cuyo.

Marque con una cruz la respuesta correcta.

1- ¿Cuántos años tiene?

21-25      26-30      31-35      36-40      +40

2- Sexo

Masculino

Femenino

3- ¿Cuál es su estado civil?

Soltero      Casado      Otros

4- ¿Cuál es su nivel de formación?

Auxiliar      Enfermero      Licenciado

5- ¿Cuál es su antigüedad laboral?

- 5 años      6 a 10 años      11 a 15 años      16 a 20 años      21 a + años

6-¿Cuántos hijos tiene?

1      2-3      +3      No tiene

7-¿Considera que la atención brindada al paciente es óptima?

Siempre      Casi siempre      A veces      Nunca

8- ¿Qué tan satisfecho diría usted que está con el cuidado otorgado?

Muy satisfecho      Satisfecho      Poco satisfecho      Nada satisfecho

9- ¿Cuenta con recursos materiales suficientes para brindar cuidados efectivos?

Siempre      Casi siempre      A veces      Nunca

10- ¿Cree usted que con los recursos humanos que cuenta, puede brindar cuidados óptimos?

Siempre      Casi siempre      A veces      Nunca

11- ¿Cree usted que con los recursos materiales que cuenta, puede brindar cuidados óptimos?

Siempre      Casi siempre      A veces      Nunca

12-¿Considera que el grado de atención que realiza es de manera equitativa entre los pacientes?

Siempre                      Casi siempre                      A veces                      Nunca

13- ¿Cómo considera usted que es el reconocimiento de la sociedad hacia la profesión?

Muy buena                      Buena                      Regular

14-¿Cómo es la relación con su jefe y/o encargado de unidad?

Muy Satisfactorio      Satisfactorio      Poco Satisfactorio      Nada Satisfactorio

15-¿Cómo es la relación con sus compañeros?

Muy Satisfactorio      Satisfactorio      Poco Satisfactorio      Nada Satisfactorio

16-¿Cómo es la relación con otros profesionales de la salud (médicos, nutricionistas, cirujanos, kinesiólogos, etc.)?

Muy Satisfactorio      Satisfactorio      Poco Satisfactorio      Nada Satisfactorio

17-¿Cuántas horas semanales trabaja?

31hs.                      36hs.                      40hs.                      44hs.                      48hs.

18-¿Es frecuente los Recargos en el servicio?

Muy frecuente      Frecuente      Poco frecuente      Nada frecuente

19-¿Cuál es su situación revista actual?

Planta

Contratado

Prestaciones

20-¿Cree usted estar predispuesto a realizar cursos de capacitación?

Muy predispuesto

Predispuesto

Poco predispuesto

Nada predispuesto

21-¿Cree que la institución permite posibilidades de capacitación?

Muy frecuente

Frecuente

Poco frecuente

Nada frecuente

	¿Cuántos años tiene?										SEXO				¿Cuál es su estado civil?						¿Cuál es su nivel de educación?		
	HOSPITAL NOTTI					CLINICA SANTA MARIA					HOSPITAL NOTTI		CLINICA SANTA MARIA		HOSPITAL NOTTI			CLINICA SANTA MARIA					
	21 A 25	26 A 30	31 A 35	36 A 40	MAS DE 40	21 A 25	26 A 30	31 A 35	36 A 40	MAS DE 40	F	M	F	M	SOLTERO	CASADO	OTROS	SOLTERO	CASADO	OTROS	AUXILIAR	PROFESIONAL	LICENCIADO
1				1						1					1							1	
2		1								1					1							1	
3				1						1					1						1		
4			1							1					1								1
5	1									1					1							1	
6				1						1						1						1	
7			1							1					1							1	
8			1							1					1							1	
9	1														1							1	
10				1												1						1	
11		1								1					1							1	
12					1					1							1						1
13				1						1					1							1	
14				1						1					1								1
15					1					1						1						1	
16				1						1						1							1
17				1						1						1						1	
18			1							1					1								1
19				1						1					1								1
20					1					1						1							1
21					1					1						1						1	
22			1							1					1								1
23				1						1						1						1	
24								1				1							1				
25						1					1		1					1					
26							1						1					1					
27								1					1					1					
28								1					1					1					
29									1		1		1						1				
30						1							1					1					
31									1				1					1					
32								1					1					1					
33							1						1						1				
34						1							1					1					
35							1						1					1					
36						1							1					1					
37								1					1					1					
38								1					1						1				
39								1					1					1					
40						1							1					1					
41						1							1					1					
42							1						1					1					
43							1						1					1					
44								1					1					1					
45						1	1						1					1					
46								1					1					1					
	2	2	5	7	7	7	6	6	2	2	21	2	21	2	9	13	1	19	4	0	1	14	8













