



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA**



**INDICADORES DE CALIDAD DE ENFERMERÍA: META-EVALUACIÓN EN UN
HOSPITAL PÚBLICO DE SAN LUIS POTOSÍ**

TESIS

Que para obtener el GRADO de:

**MAESTRA EN ADMINISTRACIÓN
DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

PRESENTA:

**Licenciada en Enfermería
MA. ELENA ZAVALA ALONSO**

**DIRECTORA DE TESIS:
M.I.S. BEATRIZ ADRIANA URBINA AGUILAR**

**CO-DIRECTORA DE TESIS:
MAE ELSA ALVARADO GALLEGOS**

NOVIEMBRE 2015



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA



Indicadores de calidad de enfermería: Metaevaluación en
un hospital público de San Luis Potosí

T E S I S

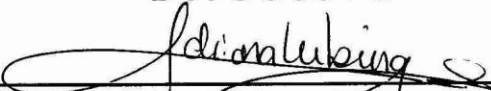
Para obtener el GRADO de:
Maestra en Administración de la Atención de Enfermería

Presentada por:

Licenciada en Enfermería
MA. ELENA ZAVALA ALONSO

Aprobado por el Comité de Tesis:

Directora


M.I.S. Beatriz Adriana Urbina Aguilar

Co-Directora


M.A.A.E. Elsa Alvarado Gallegos

13 de Noviembre de 2015



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA



UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

TEMA DE TESIS:

“Indicadores de calidad de enfermería: Metaevaluación en un Hospital público de San Luis Potosí”

ELABORADO POR:

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA
MA. ELENA ZAVALA ALONSO**

APROBÓ:

PRESIDENTE DE JURADO


Dra. Josefina Gallegos Martínez

SECRETARIO


Dra. María Candelaria Betancourt Esparza

VOCAL


M.I.S. Beatriz Adriana Urbina Aguilar

13 DE NOVIEMBRE DE 2015

Indicadores de calidad de enfermería: Metaevaluación en un hospital público de San Luis Potosí

Zavala-Alonso Ma. Elena¹, Urbina-Aguilar Adriana², Alvarado-Gallegos Elsa³

¹Lic. Enf. Espec. Quirúrgica. HGZ C/MF No. 2 IMSS S.L.P. ²Lic. Enf. Profesor tiempo completo EAAE., MIS., C.Ph.D. Fac Enf. UASLP. ³ Lic. Enf. Subjefe Enf. HGZ C/MF No. 1 IMSS MAAE

Resumen

Introducción. Para garantizar que la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería sea un proceso eficiente, se requiere una evaluación de él. La evaluación es un proceso complejo, que no se ha evaluado como tal. La Metaevaluación determina evaluar la suficiencia de éste proceso, así como la eficiencia del mismo. **Objetivo.** Describir el proceso de evaluación de los indicadores de calidad de enfermería desde la Metaevaluación en un hospital público de San Luis Potosí. **Metodología.** Enfoque cualitativo de corte Etnográfico. Participaron 19 enfermeras de diferente categoría laboral. Técnica de recolección de información: observación participante, entrevista semiestructurada y diario de campo. Se realizó análisis cualitativo temático manual. Durante la investigación se respetaron las consideraciones éticas, así como los criterios de calidad para investigación cualitativa. **Resultados.** Las principales categorías encontradas para describir el proceso de evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería, fueron: -los indicadores de calidad como guía, -formación académica de algunos gestores, -evaluación como proceso enseñanza-aprendizaje, -evaluación de escritorio, -implicación de jerarquías, -análisis de resultados,- subjetivismo de la aplicación. **Conclusiones.** El proceso de evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería estudiado por medio de la Metaevaluación, es discontinuo, lleva una línea que se disgrega por múltiples factores, esto no responde a la conducción de la evaluación que determina la calidad en la atención de enfermería. Se propone una evaluación sistemática con énfasis en el proceso, sin dejar de lado lo establecido por normatividad en el hospital.

Palabras clave: Indicadores de calidad, evaluación en enfermería metaevaluación.

Nursing Quality Indicators: metaevaluation in a public hospital of San Luis Potosi

Zavala-Alonso Ma. Elena¹, Urbina-Aguilar Adriana², Alvarado-Gallegos Elsa³

¹Lic. Enf. Espec. Quirúrgica. HGZ C/MF No. 2 IMSS S.L.P. ²Lic. Enf. Profesor tiempo completo EAAE. MIS. C.Ph.D. Fac Enf. UASLP. ³ Lic. Enf. Subjefe Enf. HGZ C/MF No. 1 IMSS MAAE

Summary

Introduction To guarantee the evaluation on the quality indicators of nursing care is an efficient process. It requires an evaluation of this .The evaluation is a complex process that has not been evaluated as such. The metaevaluation assess the adequacy evaluation of this process as well as the efficiency. **Objective** The process of evaluation of nursing quality indicators will be described from the target evaluation in a public hospital in San Luis Potosi. **Methodology** An ethnographic qualitative approach was undertaken. 19 nurses were includes Technique different category of data collection: participant observation, semi-structured interview and field diary. Thematic qualitative analysis research ethical considerations were respected, as well as quality criteria for qualitative research was conducted. **Results** The main categories found to describe the process of evaluation of the quality indicators of nursing care were, academic training of some managers, evaluation and teaching-learning process, evaluation desktop, involvement hierarchies, and analysis results. **Conclusions** The evaluation process indicators quality of nursing care studied by the meta evaluation, is interrupted, leading line disintegrating multiple factors, this does not respond to the conduct of assessment to determine the quality in nursing care .It proposes a systematic evaluation with emphasis on the process, without neglecting established by the regulations in the hospital.

Keywords: quality indicators; nursing assessment, metaevaluation.

Agradecimientos

A quienes me apoyaron en el transcurso de estos dos años:

 Mi familia. Andrea, Jacobo y Jorge.

 Mi directora y codirectora de tesis. Mtra. Adriana, Elsa

 Mi gratitud para siempre.

Agradezco a mis profesores de la Facultad de Enfermería que contribuyeron en mi formación académica; así como las aportaciones económicas de CONACYT (Consejo Nacional de Ciencia y tecnología)

Un agradecimiento al Instituto Mexicano del Seguro Social y en especial a los directivos y personal operativo de enfermería del HGZ No. 2 por las facilidades otorgadas para la realización de éste estudio.

A mi alma mater, mi recuerdo, siempre.

ÍNDICE

	Página
Resumen	i.
Abstract	ii.
Agradecimientos	iii.
Índice	iv.
INTRODUCCIÓN	
I. JUSTIFICACIÓN	4
II. MARCO TEÓRICO	9
2.1. Calidad de los servicios de enfermería	9
2.1.1. Marco histórico sobre la calidad	9
2.1.2. Calidad de la Atención en Salud	18
2.1.3. Calidad y Enfermería	21
2.1.4. El Cuidado de Enfermería como parte de la Calidad del Servicio	23
2.2. Indicadores de Calidad para la Evaluación de Enfermería	24
2.2.1. Tipos de Indicadores de Calidad	24
2.2.2. Fortalezas y Debilidades de los Indicadores de Calidad	25
2.2.3. Evaluación de Indicadores de Calidad de la Atención de Enfermería	29
2.2.4. Modelo de evaluación CIPP	32
2.3. Metaevaluación	34
2.3.1. La evaluación de calidad	34
2.3.2. El proceso de evaluación	35
2.3.3. Evaluación de la Evaluación	36
III. MARCO DE REFERENCIA	40
IV. OBJETIVOS	44
V. CAMINO METODOLÓGICO	46
5.1. Metodología general	46
5.2. Descripción de las fases del estudio	47
5.2.1. Fase de preparación	47
5.2.2. Fase de planeación	47

5.2.3. Fase de implementación	48
5.2.3.1. Los informantes	48
5.2.3.2. Metodología establecida para el conjunto de actores	49
5.2.4. Fase de redacción y difusión de resultados	49
5.3. Métodos para la recolección de la información	50
5.3.1. Guía de observación	50
5.3.2. Entrevista semiestructurada	50
5.3.3. Diario de campo	51
5.4. Análisis y Gestión de la Información	53
5.5. Criterios de Calidad	55
VI. CONSIDERACIONES ÉTICAS	57
VII. . RESULTADOS	61
7.1. Del objeto de análisis	64
VIII. DISCUSIÓN	77
IX. CONCLUSIONES	90
X. COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES	93
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
ANEXOS	103
Apéndice	120

INTRODUCCIÓN

La evaluación de la calidad de la atención del servicio de enfermería como un proceso sistemático que se realiza en las instituciones de salud, es de suma importancia, al respecto, los lineamientos operativos e instrumentos que se utilizan para medir la calidad de la atención de enfermería se generaron en la Comisión Interinstitucional de Enfermería (CIE) en coordinación con la Dirección General de Calidad y Educación en Salud, órgano responsable de la Cruzada Nacional por la calidad de los servicios de Salud, ellos dan continuidad al desarrollo del proyecto de Evaluación de la Calidad de los servicios de Enfermería, por medio de los Indicadores de Calidad¹.

Uno de los propósitos de la CIE, es incorporar la cultura de la medición de la calidad en las instituciones de salud que guíe la evaluación sistematizada del servicio de enfermería. La CIE menciona que las enfermeras podrán evaluar sus servicios a partir de indicadores básicos, tomar decisiones al detectar oportunidades de mejora o bien establecer procesos de mejora continua de acuerdo a la Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería²

Realizar una evaluación es comparar objetivos con resultados, o el enjuiciamiento sistemático de la valía o el mérito de un objeto, al respecto, la evaluación se centra en el término valor e implica que la evaluación siempre supone un juicio³. La evaluación es compleja, al partir de ello, para dar sentido y explicar el significado del conjunto de actividades humanas que se conocen como evaluación, existe la metaevaluación.

Más allá de una clarificación terminológica, el propósito de la metaevaluación es la explicación de la evaluación como un proceso social complejo importante para dar cuenta de cómo examinar planes, acciones y logros de la evaluación. Así mismo, la reflexión práctica sobre el proceso de evaluación al utilizar la Metaevaluación, trasciende las actividades de gestión de enfermería con respecto a calidad del cuidado, favorece el desarrollo de habilidades y competencias evaluativas, ayuda a realizar una práctica con autonomía y comunicación eficaz, con resultados excepcionales en el paciente⁴.

Llevar a cabo una evaluación del proceso de evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería, es realizar un acercamiento de metaevaluación en el área de la salud, específicamente evaluación en enfermería. En este sentido, el proyecto en México de SICALIDAD, evalúa la calidad de forma continua, en cascada, desde la Cruzada Nacional por la Calidad, en ésta línea, la práctica de la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería culmina con el análisis de resultados. Por lo tanto, llevar a cabo una metaevaluación por medio de la investigación cualitativa implica dar cuenta de los problemas prácticos de la realidad que se presentan en el proceso de evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería, así mismo se consideran dignos de atención los actores involucrados en dicho proceso, interpretar y comprender sus perspectivas.

Por ello, surge el interés de realizar éste estudio a través de la metaevaluación, que permite dar cuenta hasta qué punto la evaluación utilizada ha ampliado sus objetivos, hasta dónde se ha cumplido la misión que le había sido encomendada y cómo los instrumentos utilizados pueden ser los adecuados para obtener la información deseada⁵.

La metaevaluación en el presente estudio, comprendió 6 componentes que se desarrollaron para determinar el proceso de evaluación, dichos componentes se formularon como objetivos específicos que nos llevaran a observar y distinguir como era el proceso real de la evaluación, estos componentes fueron:

- 1- Elementos que se abordan en la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de Enfermería.
- 2- Actores que intervienen en la evaluación.
- 3- Características y roles de los actores.
- 4- Metodología y actividades en la evaluación.
- 5- Perspectivas de los diferentes actores que participan en la evaluación.
- 6- Fortalezas y debilidades en la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería.

En este contenido se localizan once apartados. En el apartado I se justifica el porqué de la pertinencia de realizar esta investigación, en función de la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería. El apartado II corresponde a los objetivos y preguntas de investigación. El apartado III menciona los orígenes de la calidad empresarial como sustento o base de este trabajo, que si bien la calidad en las empresas dista en gran medida de la calidad asistencial, se puede aprender de un modo significativo de ella. Se describen también los indicadores de calidad y el sustento de la evaluación, para finalizar con el concepto y método de la metaevaluación como una manera de aplicación al ámbito hospitalario. El apartado IV corresponde al marco de referencia, da cuenta cómo el investigador visualiza el contexto y características tanto del sitio de investigación como a los actores implicados en ella. El apartado V, incluye la metodología en general, las fases del estudio, la recolección y gestión de datos y difusión de resultados. El apartado VI corresponde al análisis y gestión de la información, las consideraciones Éticas y criterios de calidad en los apartados VII y VIII respectivamente. El apartado IX da cuenta de los resultados de ésta investigación, en voz de los actores entrevistados y observados que definieron el objeto de análisis, los últimos apartados se refieren a las conclusiones, recomendaciones y limitantes de la investigación, así como a las referencias bibliográficas y anexos.

I. JUSTIFICACIÓN

Quizá en ninguna otra área de servicios pueda exigirse con mayor énfasis la calidad como en la salud. Cuando el hombre tiene salud, hay producción en el campo, prosperidad en la industria, desarrollo en los pueblos, crecimiento económico en los países, proyección hacia el futuro, la salud es el factor fundamental de todo, garantizar la salud es comprometer todo el esfuerzo individual y colectivo para recuperarla y preservarla cuando se ha perdido⁶.

A este respecto, La Organización Mundial de la Salud, en su constitución, afirma que toda persona tiene derecho al más alto nivel de salud alcanzable y ha incluido la calidad de atención como un objetivo de macro proyecto de salud para todos, define como requisitos de la calidad de atención: alto nivel de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos, mínimo riesgo para el paciente, alto grado de satisfacción del usuario y el impacto final de la salud en la población⁷.

En la actualidad la calidad de atención en las diferentes Instituciones de salud, está basada en modelos que dan importancia a la cobertura como meta única, por ejemplo, o a profundizar en la descentralización de los servicios de salud, lo cual lleva a reflexionar sobre la necesidad de generar modelos de atención centrados en el ser humano⁸.

Debe tener prioridad la salud, en donde la calidad técnico-científica de los profesionales en salud, es una de las variables para garantizar mejoras en la calidad de atención, principalmente por aumentar el uso eficiente de los recursos, reducir el riesgo de lesiones asociados con los servicios de salud ofrecidos y de paso, aumentar la satisfacción de paciente en sus demandas⁹.

En este sentido, la calidad de la atención de los servicios de enfermería es fundamental para preservar y recuperar la salud, ya que la enfermera es un actor profesional, cuyas competencias están diversificadas y se encuentran en todos los escenarios relacionados con el cuidado¹⁰. Se menciona que la calidad de la atención se construye sobre la base de una interacción de diferentes actores

relevantes que en conjunto encaminan su actividad hacia la calidad y mejora de la atención, y ente los actores relevantes se encuentra el personal de enfermería, por su contribución importante, en cualquier contexto para coordinar e integrar los múltiples aspectos de la calidad en la atención directa de los pacientes, así como también supervisar y evaluar la misma¹⁰.

En México, la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud, es una estrategia que tiene como objetivo elevar la calidad de los servicios de salud y llevarla a niveles aceptables en todo el País¹, ésta se desprendió de una Política sanitaria que reconoce a la Calidad como un reto para que el sistema de salud logre mejores condiciones. Ante la necesidad de establecer una estrategia nacional, como verdadera cruzada, rescatará de manera sistematizada el valor de la calidad, ya se vislumbraba que, los sistemas de información para evaluar, monitorear y mejorar la calidad de servicios de salud son escasos, poco confiables y subutilizados debido a la cultura de medir para informar y no para decidir¹.

Por consiguiente, dichos sistemas de información para evaluar la calidad de atención están formados por medio de indicadores de calidad, los cuales son instrumentos de medida, que pueden permitir mejorar la calidad. Por consiguiente, los indicadores de calidad de la atención de Enfermería permiten medir la calidad por medio de instrumentos de evaluación². De esta manera, la implicación de la calidad de los servicios de enfermería es interesante, ya que las tendencias en calidad asistencial se enmarcan dentro de la mejora continua, que pretende identificar oportunidades de mejora utilizando herramientas con fundamento en el rediseño o reingeniería de procesos (método que consiste en la revisión y rediseño radical de procesos para que la organización reestablezca la manera de cubrir objetivos a niveles de coste, calidad, servicio y rapidez adecuados) y la orientación al paciente, que garantice la continuidad de los niveles asistenciales¹¹. Para ello, las decisiones clínicas se basarán en la evidencia científica en la medida de lo posible y la calidad formará parte de los objetivos asistenciales en todos los niveles de la organización sanitaria¹¹. En este sentido, lo que se plantea desde

nivel Nacional para la calidad de la Atención de Enfermería, surge como una propuesta para la evaluación de dicha calidad de atención, así pues, uno de los pasos iniciales para evaluar la calidad asistencial es medirla, pero ¿Cómo podemos aspirar a medir algo tan esencial de manera cualitativa, que como ya hemos dicho incorpora juicios de valor, sin caer en la subjetividad?¹¹.

En la práctica de enfermería, el acto de cuidado hace referencia a los fundamentos de la profesión entendida como "una profesión con profundas raíces humanistas, genuinamente preocupada por las personas que confían en su cuidado"¹². De modo que, en las organizaciones de los servicios de salud, el factor humano juega un papel fundamental para el otorgamiento con calidad de los servicios, al estar estrechamente relacionados con el trato personal, lo que impacta directamente el nivel de calidad con que se atiende a los usuarios. La calidad de la atención busca la manera de que produzcan el máximo de beneficios y el mínimo de riesgos para la salud del usuario¹³.

Visto así, existen aspectos importantes que debe desarrollar y poseer el profesional de enfermería: conocimientos, habilidad de comunicación por medio de las relaciones interpersonales saludables, entre otros, ya que estos se relacionan con la calidad de los cuidados otorgados porque adquiere un alto grado de compromiso y responsabilidad¹⁴. Para que este cuidado sea de calidad, se debe gestionar y estar a cargo de un profesional enfermera/o, con formación y competencias técnicas y de gestión, además se le dan atribuciones para organizar, supervisar, evaluar y promover el mejoramiento de la calidad de los cuidados de enfermería, a fin de otorgar una atención segura, oportuna y continua.

En un estudio sobre gestión del cuidado y enfermería basada en la evidencia, se menciona que la enfermera debe participar en los lineamientos estratégicos relacionados con la dotación de recursos humanos, materiales, físicos y financieros del cuidado de enfermería, incluyendo la administración presupuestaria asignada y la implementación de nuevas herramientas tecnológicas que faciliten el

control de la gestión¹⁵. La enfermera debe promover los principios éticos y legales que guían el ejercicio profesional, tanto en su rol independiente y como parte de un equipo multidisciplinario, además originar un liderazgo efectivo en la gestión de los equipos de trabajo de su dependencia, para ello debe proponer programas de evaluación y mejoramiento continuo del cuidado de enfermería.¹⁵.

En un estudio de evaluación sobre el cuidado de enfermería¹⁶, hacen referencia al trabajo de Aiken, Smith y Lake, éstos autores evidencian la asociación entre las características organizacionales y los resultados clínicos y concluyen que en el cuidado de enfermería con calidad, los índices de mortalidad son más bajos, hasta un 4.6%; la mortalidad es menor a los 30 días del ingreso. La satisfacción de los pacientes es mayor, e incluso el entorno es más seguro frente a accidentes laborales. Los mismos autores han constatado cómo la satisfacción personal, el estatus, el rol del enfermero, la relación enfermero-paciente, la descentralización en la toma de decisiones, el liderazgo clínico, la autonomía y responsabilidad en el cuidado del paciente, se relacionan con mejores indicadores de calidad¹⁶.

Ante toda esta panorámica de calidad de la atención y su evaluación, la práctica de ésta última debe tener veracidad, viabilidad, objetividad y fiabilidad que se refleje en la información recopilada y arrojada por la diversidad de instrumentos utilizados, para ello, se utiliza la Metaevaluación⁵, que es la evaluación de la evaluación. Es dar un sentido, y explicar el significado del conjunto de actividades humanas que se reconocen como evaluación⁵.

La Metaevaluación es un concepto introducido por Scriven cuando afirmaba que “los evaluadores tienen la obligación profesional de que las evaluaciones propuestas o finalizadas estén sujetas a una evaluación competente, la Metaevaluación”. Su base racional es que “la evaluación es un tema particularmente auto-referente, puesto que se aplica a todos los esfuerzos humanos serios y, en consecuencia, a la propia evaluación”. La metodología

empleada con la Metaevaluación, implicaría así el reconocimiento de la responsabilidad ante los resultados de la evaluación⁵.

Realizar una metaevaluación parte de la metodología creada por sus autores^{17,18} en la cual se utilizan listas de verificación diseñadas para ayudar al evaluador en la aplicación de los principios rectores que sustentan la metaevaluación; de acuerdo a ello, en un estudio de metaevaluación¹⁹ se muestra el proceso y desarrollo de la metaevaluación con estas listas de verificación. Ante ello, cabe resaltar que para el proceso de evaluación de los indicadores de calidad no ha habido una realimentación del propio evaluador para mejorar el proceso y por ende la aplicación de los indicadores.

Así, de acuerdo a lo ya mencionado una parte importante para garantizar que la evaluación de la calidad a través de los indicadores de calidad sea efectiva, eficaz y fidedigna es evaluar la evaluación, que si bien la evaluación es un proceso eficiente, no se ha realizado una evaluación de él, por ello surge el interés de realizar una metaevaluación con el fin de valorar el proceso de evaluación y la suficiencia de este mismo sistema de evaluación.

II MARCO TEÓRICO

2.1 Calidad de los servicios de enfermería

2.1.1 Marco histórico sobre la calidad.

A lo largo de la historia se observa que desde sus inicios el hombre ha tenido la necesidad de satisfacer sus requerimientos más elementales para poder subsistir, por lo que él mismo elaboraba sus productos, sin otro concepto de calidad más que la de que aquel producto elaborado cumpliera con sus necesidades básicas. Con el paso del tiempo y dada la imposibilidad de elaborar todos los productos que requería, se empezaron a realizar trueques²⁰.

La población fue aumentando y con esto las necesidades, con lo cual las personas que desarrollaban los productos le daba el sello personal característico de acuerdo a su habilidad y experiencia y donde la calidad era controlada por él mismo, a un régimen rudimentario en el cual hacía partícipes a otras personas de sus conocimientos y habilidades, pasando él mismo de artesano a maestro. Es así que se tienen los grupos de personas orientadas por un maestro, el que asume la responsabilidad del diseño del producto y la responsabilidad del proceso de trabajo²⁰.

Más tarde, con la llegada de la revolución industrial, los pequeños talleres se convirtieron en pequeñas fábricas de producción masiva, se buscan métodos de producción en serie y se organiza el trabajo en formas más completas, con el consecuente aumento de trabajadores a los que se les asigna una labor determinada, estén o no preparados para ejecutar dicha labor. Es cuando comienzan a aparecer personas con la función exclusiva de inspeccionar la calidad de los productos, llamándolos inspectores de calidad, iniciando la calidad por inspección²⁰.

Primera generación: Control de calidad por inspección

Por primera vez se introducen los departamentos de control de calidad que, a través de la inspección, examinan de cerca los productos terminados para detectar sus defectos y errores y, así, proceder a tomar las medidas necesarias

para tratar de evitar que el consumidor reciba productos defectuosos. Aquí calidad significa atacar los efectos más no la causa, a partir de un enfoque de acción correctiva, cuya responsabilidad recae en los inspectores, quienes además de auxiliarse de la inspección visual, llegan a utilizar instrumentos de medición para efectuar comparaciones con estándares preestablecidos²⁰.

Segunda generación: Aseguramiento de la calidad

En 1924, Walter A. Stewart de Bell Telephone Laboratories diseñó una gráfica de estadísticas para controlar las variables de un producto, iniciando así la era del control estadístico de la calidad. Más adelante, en esa misma década, H. F. Dodge y H. G. Roming, de Bell Telephone Laboratories, crearon el área de muestreos de aceptación como sustituto de la inspección al 100% del producto obtenido. En 1942 (2°.Guerra mundial) se hizo evidente el reconocimiento al valor del control de calidad. También se fundó la Sociedad Estadounidense de Control de Calidad (American Society of Quality Control, ASQC), la que a través de publicaciones, conferencias y cursos de capacitación, promovió el uso de las técnicas estadísticas para el control de la calidad en todo tipo de productos ya fueran bienes o servicios²⁰.

El Dr. William Edwards Deming, quién aprendió los fundamentos de calidad de Shewhart, en 1942 es contratado para aplicar el Control Estadístico en la industria armamentista convirtiéndose cuatro años más tarde en socio y fundador de la ASQC. Más tarde en 1950, Deming contactó a la Unión de Científicos e Ingenieros Japoneses (JUSE), y a través de ellos empezó a impartir una serie de conferencias a ingenieros japoneses sobre métodos estadísticos y sobre la responsabilidad de la calidad de personal gerencial de alto nivel, es así que aparecen las siete herramientas del control estadístico del proceso y el ciclo de planear, hacer, verificar y actuar²⁰.

Edwards Deming, visitó por primera vez Japón en 1954 y contribuyó a destacar el importante compromiso del área gerencial por el logro de la calidad que después se adoptaron en todo el mundo. En esta generación el proceso de calidad total se

inicia y se termina con el cliente, donde se busca un pleno conocimiento del mismo, de sus necesidades, requisitos y deseos y del uso que le dará a los productos y servicios que le ofrece la empresa²⁰.

Cuarta generación: Mejora del proceso de Calidad Total

En esta Generación el factor humano juega un papel muy importante al iniciar un proceso continuo de reducción de costos al haber desarrollado habilidades para trabajar en equipo y para la resolución de problemas. La empresa se da cuenta que tiene que desarrollar cerebros y generar su propio conocimiento, pero de forma sistémica. Al madurar el liderazgo de los jefes el trabajo en equipo se transforma de grupos naturales de trabajo a equipos de mejora continua, dotando al personal de medios formales para implementar mejoras en su propio trabajo²⁰.

Principales exponentes de la calidad total

Armand V. Feigenbaum es uno de los pioneros del movimiento hacia la calidad y productividad. Fue conocido por los Japoneses casi al mismo tiempo que Deming y Juran ya que como jefe de calidad de General Electric, tuvo muchos contactos con compañías japonesas tales como, Hitachi y Toshiba.

Fue el primero en afirmar que la calidad debe considerarse en todas las diferentes etapas del proceso y no sólo en la función de manufactura, sostuvo, que la contribución de la función de manufactura considerada de manera aislada, no es suficiente para obtener productos de alta calidad, expresó lo siguiente: "El principio fundamental del concepto de calidad total, así como su diferencia con otros conceptos, es que, para que sea de una efectividad genuina, el control debe iniciar por la identificación de los requerimientos de la calidad del cliente y termine solamente cuando el producto que llega a sus manos produzca un cliente satisfecho²⁰.

El control de calidad total guía las acciones coordinadas de personas, máquinas e información, para alcanzar este objetivo. El primer principio que debe tomarse en cuenta es que la calidad es responsabilidad de todos"²⁰

Edwards Deming.

Conceptualiza y desarrolla el círculo Deming para la mejora (planear, ejecutar, comprobar, actuar), mismo que considera los elementos básicos del proceso administrativo, siempre consideró que el principal responsable del funcionamiento del programa para la calidad era la dirección de la organización, a través de técnicas administrativas ²⁰

Joseph M. Juran.

La filosofía de Juran, así como de los demás filósofos de la calidad está enfocado a que las empresas consigan y mantengan por consiguiente, el liderazgo en la calidad, definir los papeles de los altos directivos para conducir sus empresas hacia ese objetivo y disponer los medios que han de utilizar los directivos para ese liderazgo²⁰.

Para Juran²¹ la calidad incluye los siguientes elementos:

Producto: Salida de cualquier proceso el cual consiste en bienes y servicios, los primeros son cosas físicas y los servicios; trabajo realizado para otra persona. Incluido el software que es el programa de instrucciones para ordenadores o información general (planes, advertencias).

Cliente: Cualquier persona que recibe el producto o proceso o es afectado por él. Los clientes externos son afectados por el producto pero no son miembros de la empresa que los produce; los clientes internos son afectados por el producto y son miembros de la empresa que los produce.

Satisfacción del producto: es el resultado que se obtiene cuando las características del producto responden a las necesidades del cliente, generalmente, es sinónimo de satisfacción del cliente.

Deficiencia del producto: es un fallo que tiene como consecuencia la insatisfacción con el producto; el mayor impacto lo ejercen sobre los costos, al rehacer el trabajo previo y responder a las reclamaciones del cliente.

Para Juran la gestión de la calidad se realiza por medio de su trilogía: Planeación, Mejora y Control²¹.

Kaoru Ishikawa

Ishikawa²² está considerando en el Japón como el principal precursor de la Administración de la Calidad Total. Se inspiró en los trabajos de Deming y Juran y, en menor grado de Feigenbaum. Es muy admirado por las siguientes contribuciones:

1. Círculos de Control de Calidad (CCC), fue el primero en introducir este concepto y ponerlo en práctica con éxito.
- 2 Fue el originador de los diagramas de espinas pescado, de causa-efecto o de Ishikawa, que se usan actualmente en todo el mundo en las mejoras continuas, para representar los análisis de los efectos y sus posibles causas.

Las ideas básicas subyacentes en los círculos de control de calidad en toda empresa son las siguientes

- 1.- Contribuir al mejoramiento y desarrollo de la empresa.
- 2.- Respetar a la humanidad y crear un lugar de trabajo amable y diáfano donde valga la pena estar.
- 3.- Ejercer las capacidades humanas plenamente, y con el tiempo aprovechar capacidades infinitas.

Diagrama de causa-efecto

Este diagrama muestra una relación entre las características y los factores causales, por lo cual se ha denominado de causa-efecto. Es necesario entenderlo que es el control de procesos, adueñamos del proceso (que es un conjunto de factores causales) e incorporar dentro del proceso maneras de hacer mejores productos, fijar mejores metas y lograr efectos. Aunque los factores causales son muchos, los verdaderamente importantes no lo son²².

Philip B. Crosby

Crosby²⁰ destaca que los círculos de calidad y las estadísticas, representan una mínima parte de la tarea encaminada a lograr la calidad. Las fases del cambio para lograr la calidad son: convicción de la dirección, compromiso de la alta gerencia y de todo el personal y conversión de la cultura organizacional. Por otra parte Crosby señala que " la empresa que desee evitar conflictos, eliminar el incumplimiento de los requisitos, ahorrar dinero, y mantener satisfechos a sus clientes debe vacunarse. Esta vacuna comprende tres estrategias administrativas que son:

A.- Determinación

1. La calidad implica cumplir con los requerimientos: Este principio nos dice que para mejorar la calidad todo personal debe estar consciente de que deben hacer las cosas bien desde la primera vez.

2. La calidad proviene de la prevención (las enfermedades se previenen con vacunas). Este principio señala que es más fácil y menos costoso prevenir las cosas que corregirlas. La prevención se basa en la comprensión del proceso, por lo tanto hay que observar el proceso y determinar las posibles causas de error.

3. El estándar de calidad es cero defectos. Crosby creó el concepto de cero defectos, por que afirma que el personal debe saber precisamente lo que se espera de ellos. Por lo que no deben establecerse niveles de calidad o estándares de trabajo, sino más bien un estado ideal del trabajo. Cero defectos es hacer lo

acordado en el momento acordado, es hacer bien las cosas desde la primera vez, es tomar en serio los requisitos Los errores son ocasionados por dos causas: la falta de conocimientos y la falta de atención.

4. La medición de la calidad es el precio de la inconformidad: Aquí se menciona una forma de evaluar la calidad dentro de la empresa, costear las actividades que se tengan que realizar por haber hecho las cosas mal²⁰.

B.-Educación: Una vez que en la empresa hay la determinación de conseguir la calidad de sus productos y terminar con sus problemas, se requiere de un programa de educación continuo para todo el personal. La educación tiene que ser un proceso cotidiano para que todos comprendan los cuatro principios absolutos, el proceso de mejoramiento de calidad, y lo que implica propiciar la calidad total dentro de la organización. Los cursos de capacitación se impartirán a los siguientes niveles: Ejecutivos, Gerentes y Personal. De esta manera similar a las afirmaciones de Deming y Juran, Crosby piensa que el desempeño de las compañías es el reflejo de la actitud gerencial con respecto a la calidad. para lograr grandes mejoras²⁰.

C.- Implantación. La implantación consiste en establecer el proceso de mejoramiento dentro de la organización en forma metódica, para lo cual Crosby propone catorce puntos:

1 Compromiso gerencial.-La alta dirección debe elaborar una política de calidad; el tema principal de discusión en sus reuniones debe ser la calidad.

2. Equipo de mejoras de calidad.- Para formar este equipo deben conjuntarse participantes de cada departamento. Deberá tener alguien que tenga fácil comunicación con la alta gerencia para establecer la estrategia general a seguir.

3. Medición de la calidad.- Todo personal debe pensar en su trabajo y cómo medirlo, pues así conocerán como y hacia dónde van. A través de la medición, los requisitos de cada actividad o trabajo se van consolidando o definiendo específicamente.

4. Costo de la evaluación de la calidad.- Se establece el costo de calidad para indicar de dónde se deben aplicar acciones correctivas que sean rentables para la compañía.

5. Percepción de la calidad.- Se debe concientizar al personal por medio de información, de lo que cuesta hacer las cosas mal y los resultados que se obtienen con el mejoramiento de la calidad.

6.- Acciones correctivas.- Se refiere a establecer un sistema de corrección, el cual se basará en información relevante del problema y análisis detallado que muestren las causas que lo originan,

7. Formación de un comité adecuado para el programa cero defectos.- Elaborar un plan y/o programa de desarrollo de una convivencia social de la empresa, en el cual participaran oradores que representen a los clientes, los sindicatos, las comunidades, los empleados y todos aquellos que estén interesados en la calidad.

8. Entrenamiento de supervisores.- Para proporcionar la capacitación necesaria a todos los empleados esto para desempeñar en forma activa su papel en el proceso para el mejoramiento de la calidad.

9. Celebración del Día Cero Defectos.- Crear un evento que permita a cada individuo darse cuenta, a través de la experiencia personal, de que ha ocurrido un cambio.

10. Establecimiento de metas.- Las reuniones periódicas entre los supervisores y los empleados, ayudan a que el personal piense en términos de alcanzar las metas y desarrollar las tareas específicas en equipo.

11. Eliminación de las causas de errores.- Se solicita al personal que señale los problemas existentes dentro de sus actividades o relación laboral, para de esta manera resolver las causas de error.

12. Reconocimiento.- Se establecen programas de recompensas para premiar a los que cumplen sus metas o desarrollan labores extraordinarias. No es necesario que las recompensas sean económicas; lo importante es el reconocimiento público.

13. Consejos de calidad.- Consiste en reunir a todos los profesionales de la calidad, con el objetivo de que exista retroalimentación y comenten sus experiencias en la eliminación de problemas, para que se estimule entre ellos y los empleados la certeza de alcanzar cero defectos.

14.- Hacerlo nuevamente.- En el momento en que se ha alcanzado cierta madurez en el proceso, el equipo de mejoramiento de la calidad, debe transferir todas sus responsabilidades a uno nuevo que revitalice el proceso e inicie innovaciones para obtener aún mayores mejoras²⁰.

Por lo tanto, considerando a la calidad de la industria como una actividad productiva y sin errores, no se puede comparar con la calidad asistencial en el cuidado de los pacientes en relación al servicio otorgado, pero sí aprender de ella, en cuanto al logro de la calidad total de la atención.

Ahora bien, el concepto de calidad en la asistencia sanitaria tiene un primer antecedente en el año 2000 a.C. en el Código de Hammurabi, donde se regulaba la atención médica y donde se incluían las multas que los facultativos deberían de pagar por los malos resultados de sus cuidados. Aunque sin duda son los trabajos de W. Fahr, F Nightingale y A. Codman los que marcan el nacimiento formal de la calidad asistencial²³.

En la evolución histórica de la calidad el concepto de calidad suscita reacciones muy distintas, todas ligadas a la idea de bueno, excelente, adecuado o mejor que otro. El concepto de calidad desde un punto de vista técnico, tiene que ver con el cumplimiento de estándares y especificaciones técnicas, con la atención al cliente y con la idea de mejora continua. El concepto actual de calidad ha evolucionado y probablemente una buena definición, sea decir que calidad es.” hacer bien las cosas correctas”²³

Reeves y Bernard diferencian cuatro maneras distintas de entender la calidad:

- Como excelencia, lo mejor en sentido absoluto.
- Como valor relativo, puesto que la situación mejor depende por ejemplo, del precio o de las posibilidades y recursos puestos en juego
- Como ajuste a las especificaciones, medida en términos de consecución de objetivos, implica la definición y el cumplimiento de estándares de calidad
- Como satisfacción de las expectativas de los clientes, lo que incluye un juicio subjetivo a partir de las opiniones de quien recibe productos o servicios.

En estos conceptos, se maneja la excelencia que significa que la calidad es un valor absoluto que se tiene o que se carece de él, se estaría hablando por tanto, no de unos buenos cuidados, sino de los mejores cuidados.

Ahora bien, el balance entre lo que cuestan los cuidados y el beneficio que se logra en el paciente podría ser un enfoque, porque ¿Cuánto vale una vida? que apropiado pero cuando se trata de la salud de las personas, no parece que ésta sea una idea del todo adecuada, este criterio combinado con el de excelencia, se podría dar la circunstancia de poseer un alto nivel de calidad en términos de la relación costo beneficio y sin embargo estar demasiado alejados de la excelencia, se estaría proporcionando cuidados muy baratos, totalmente innecesarios²³.

De modo que, expertos en calidad, coinciden en que debe crearse una cultura de calidad que resulta exitosa cuando todos los integrantes de la organización demuestran capacidad para trabajar en equipo, se mejora la planeación, el control los procesos con los que laboran e interactúan mediante el uso de metodologías, hábitos, valores y actitud de servicio hacia los clientes²⁴.

2.1.2 Calidad de la Atención en Salud.

Por consiguiente, en el contexto de la calidad de la atención en salud, el Dr. Avedis Donabedian, conceptualizó acertadamente este tema, ya que es conocido como fundador del estudio de la calidad de la atención a la salud, mencionando

que los elementos de la calidad asistencial son tres: científico-técnico, interpersonal y del entorno²⁵.

El Dr. Avedis Donabedian transformó el pensamiento sobre los sistemas de salud. Gracias al conocimiento que generó, ahora se entiende que la respuesta social a los problemas de salud, no es un conjunto de eventos sin relación, sino más bien un proceso complejo guiado por principios generales. En un artículo de 1966 introdujo los conceptos de Estructura, Proceso y Resultado, que constituyen hoy día el paradigma dominante de evaluación de la calidad de la atención a la salud. Fue un luchador incansable para lograr tender puentes entre lo académico, la teoría, y la acción-práctica²⁵.

En su discurso de aceptación del Premio de Investigación en Servicios de Salud en 1986, declaró: “ En todo mi trabajo he tratado de incorporar la convicción apasionante de que el mundo de las ideas y el mundo de la acción no están separados, como algunos piensan, sino que son inseparables uno de otro. Las ideas, en particular, son las fuerzas verdaderas que le dan forma al mundo tangible”²⁵. Existen varias definiciones acerca de la calidad de la atención: para Donabedian es el "cambio en el estado de salud actual y futuro del paciente que puede atribuirse a la atención precedente en salud", es decir, se refiere a los resultados de la atención y usa una definición amplia de salud que incluye mejoría de las funciones sociales y psicológicas, además del énfasis usual en los aspectos físicos y psicológicos que comprenden también actividades del paciente, conocimientos de salud adquiridos por él y cambios conductuales relacionados con la salud²⁵.

Además de que, al hablar de calidad de la atención, Donabedian decía que la capacidad para educar al paciente en la producción de los cuidados a la salud es un atributo sobresaliente característico de la atención de calidad²⁶. A fin de aplicar el término calidad en salud, se menciona que es “la provisión de servicios de salud individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción del paciente”. Esto

hace referencia a la capacidad resolutoria que debe tener la institución que brinda la atención y satisface las necesidades de salud al usuario. Lo cual habla de la Calidad como principio rector de la Atención en Salud²⁶.

Ante esta situación desde el año 1991 la Organización Mundial de la Salud afirmaba que: "Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual que el conocimiento lo permite"⁷.

A todo esto, la OPS recibió el mandato de sus cuerpos directivos de reforzar las actividades de cooperación técnica a los Países miembros y de movilizar los recursos en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud, esto surge como una necesidad, cuando se evalúa los logros obtenidos para llegar a la meta "Salud para todos en el año 2000". En este contexto tanto la OMS y la OPS han podido observar una profunda preocupación por la calidad de la atención a la salud, por lo que se han realizado publicaciones sobre "Garantía de Calidad" lo cual es un esfuerzo más para aumentar la calidad y la eficacia de la atención e incrementar la eficiencia en el uso de los recursos disponibles²⁷.

La historia sobre calidad¹ en salud en el ámbito nacional se presenta desde:

1. Los años 50's con las auditorías médicas en el IMSS,
2. Círculos de calidad INPER (1985)
3. Evaluación de la calidad de la atención médica IMSS (1987)
4. Financiamiento de proyectos de mejora continua PASSPA (1994)
5. Programa integrado de calidad IMSS (1997)
6. Programa de mejora continua de la calidad en la atención médica SSA (1997-2000)
7. Cruzada nacional por la calidad de los servicios de salud. SALUD (2001-2006)
8. Sistema integral de calidad en salud SICALIDAD (2007-2012)

De acuerdo a ésta historia sobre calidad, evaluación y salud, a partir del sexenio 2001-2006, el Programa Nacional de Salud identificó a la Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud como una de las cinco estrategias sustantivas para hacer frente a los retos que el Sistema de Salud mexicano abordaría en los siguientes años¹.

La cruzada por la calidad se desprendió de una Política sanitaria que reconoce a la Calidad como un reto para que el sistema de salud logre mejores condiciones de salud. Ante la necesidad de establecer una estrategia nacional que, como verdadera cruzada, rescatara de manera sistematizada el valor de la calidad ya se vislumbraba que, los sistemas de información para evaluar, monitorear y mejorar la calidad de servicios de salud son escasos, poco confiables y subutilizados debido a la cultura de medir para informar y no para decidir².

Con acuerdos de ésta Política de Calidad se generó el proceso de implantación de calidad para la evaluación de los servicios de enfermería, donde se definieron una serie de indicadores para medir la calidad del servicio².

Así como el Programa anteriormente mencionado, se gestó el programa SICALIDAD²⁸ en el PND 2007-2012, en el cual la política pública en salud era brindar servicios de salud eficientes, con calidad y seguridad para el paciente, se continuó incrementando la cantidad de Indicadores de calidad para enfermería. Además de la implementación de Places (Guía para la elaboración de planes estandarizados de enfermería)²⁸.

2.1.3 Calidad y Enfermería.

En enfermería, desde el inicio de la profesión, Florencia Nightingale enunció que "las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si comparamos tratamientos con resultados"²⁴, implementó herramientas para medir los sistemas del cuidado y la efectividad de la asistencia en los hospitales. Lo anterior se refleja en la actualidad en el ejercicio profesional de la Enfermera cuando proporciona su servicio en términos de atención

Visto de esta manera, el acto de cuidado de enfermería es el ser y la esencia del ejercicio de la profesión. Se fundamenta en sus propias teorías, tecnologías y conocimientos actualizados de ciencias biológicas, sociales y humanísticas. Se da a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el personal de enfermería y el ser humano, sujeto del cuidado, la familia o grupo social, en las distintas etapas de la vida, situación de salud y del entorno²⁹. Implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de cuidados de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación y dar cuidado paliativo con el fin de desarrollar, en lo posible las potencialidades individuales y colectivas²⁹.

En este sentido, la Comisión Interinstitucional de Enfermería define la calidad de los servicios de enfermería como “la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional, competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios”²⁴, lo cual requiere de una planeación óptima para que el cuidado sea efectivo y seguro.

No obstante, el Proceso Cuidado Enfermero se aplica actualmente para prestar atención de enfermería en México, sin embargo la calidad de la atención de los servicios de enfermería se desprende de los planes nacionales de Salud, los cuales a partir del año 2001 a 2006 decretan la cruzada nacional de calidad¹ de los servicios de salud y el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 determina que se deben “Brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente”, por medio del Sistema Integral de Calidad en Salud SICALIDAD que busca la integración de los proyectos de calidad²⁸

En consecuencia, es importante dar seguimiento a los planes nacionales de salud, sin dejar de lado que enfermería debe tener una educación y perspectiva de mejora para asegurarse de una buena calidad.

Es factible realizar programas y que se lleven a cabo para conocer un diagnóstico de los problemas que se presentan y establecer controles para mantener buenos beneficios logrando también los objetivos. Por ello el personal de enfermería debe participar y colaborar en equipo en el área de la salud para obtener buenos resultados en cuanto a la atención proporcionada a los pacientes y al mismo tiempo satisfacer sus necesidades con toda la calidad y atención que ellos merecen.

2.1.4 El Cuidado de Enfermería como parte de la Calidad del Servicio.

La dirección de los cuidados de enfermería, tiene la responsabilidad de crear una cultura de organización que favorezca la práctica de los cuidados, seleccionar prioridades, elaboración de políticas, selección del personal con excelente formación en cuidados enfermeros, así mismo, desarrollar la capacitación y la implementación de un modelo para guiar la práctica de enfermería³⁰. De esta manera, el cuidado de enfermería se genera con calidad del servicio que otorga.

Así mismo, se puede decir que, para garantizar que el cuidado de enfermería sea parte de la calidad, abordando la garantía como un mecanismo para proteger y asegurar el compromiso de que una determinada actividad será cumplida en tiempo y forma, es decir, la garantía se constituye en la promesa calificada que se entrega con el servicio, es la promesa de hacer siempre lo correcto para la seguridad del usuario⁸.

La garantía de la calidad del cuidado, requiere del diseño de múltiples indicadores: accesibilidad y oportunidad, pertinencia científica y tecnológica, efectividad y eficacia, disponibilidad y utilización de los recursos, etc. Por lo tanto la profesión de enfermería debe construir indicadores específicos de la profesión, estos indicadores deben construirse en los referentes más importantes para orientar y replantear las estrategias de mejora continua⁸.

2.2 Indicadores de Calidad para la Evaluación de Enfermería

2.2.1 Tipos de Indicadores de Calidad

Los indicadores de calidad, surgen a partir de la implantación de sistemas de gestión de calidad total, y puede definirse como un instrumento de medida cuantitativa o cualitativa que refleja la cantidad de calidad que posee una actividad o un servicio³¹.

Para ello existen 3 tipos de indicadores de calidad:

1. Indicador de calidad del proceso / actividad

Reflejan el nivel de cumplimiento de las especificaciones previstas en la realización de las actividades de uso Público, basándose en los datos generados por las mismas.

2. Indicador de calidad del servicio

Reflejan las características del servicio final ofrecido al visitante, a partir de los datos de inspección o verificación recogidos internamente.

3. Indicador de calidad de la percepción del visitante

Reflejan la opinión del visitante respecto al servicio recibido, recogiéndose mediante encuestas o métodos afines.

Un sistema de indicadores de calidad completo debe contemplar los tres tipos de indicadores, de manera que exista un control global de las actividades de Uso público del espacio natural protegido y de los resultados generados frente al visitante por las mismas³¹.

Los profesionales de enfermería por lo regular están conscientes de que es necesario alcanzar altos niveles en el trabajo asistencial e implementar una cultura de calidad basada en experiencias documentadas. Para lograrlo deben tener la capacidad de medir dicho trabajo con el fin de obtener parámetros de referencia que les permitan, auto compararse, compararse con sus colegas y establecer

metas de actuación o estándares que guíen sus intervenciones para alcanzar un nivel aceptable o de excelencia en la calidad de los cuidados que brindan³¹.

En este sentido, en la profesión de enfermería, los indicadores definen criterios que se traducen en herramientas de medición, que garanticen las condiciones indispensables para que los cuidados que proporciona el personal de enfermería se brinden con oportunidad, en un ambiente seguro, eficiente y humano en todo el sistema nacional de salud.

Para ello, en la Secretaría de Salud se da un acuerdo por el que se crea la Comisión Permanente de Enfermería³² (que es un grupo colegiado conformado por representantes institucionales del sistema de salud mexicano tanto del sector público y privado así como del sector educativo y grupos profesionales de enfermería unidos en beneficio de la calidad, de la formación y el desarrollo profesional del personal de enfermería) considerando que a partir del artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos otorga a toda persona el derecho a la protección de la salud, al que todo mexicano debe aspirar sin distinción alguna y que para contribuir a mejorar la calidad de los servicios de enfermería prestados en los establecimientos de salud, es necesario contar con un sistema de evaluación que permita identificar las áreas de oportunidad para desarrollar proyectos de mejora continua de los servicios³².

2.2.2 Fortalezas y Debilidades de los Indicadores de Calidad

Las fortalezas de los indicadores de calidad nos permiten objetivar situaciones relacionadas con la seguridad clínica, intentando reducir los riesgos a los que se expone el paciente que interacciona con el sistema sanitario. Un indicador es una medida cuantitativa que se utiliza como guía para controlar y valorar la calidad de aspectos importantes de la práctica asistencial. Sin embargo, se puede mencionar que existen también debilidades en los indicadores de calidad, un estudio³³ sobre ello, menciona que, no se alcanzó el estándar de calidad en ninguno de los 5 indicadores que se analizaron y que deberían realizarse acciones de mejora, como

aumentar la plantilla del personal de enfermería y, posteriormente, comparar los resultados obtenidos. La utilización de estos indicadores junto con muchos otros que llevan a cabo distintos departamentos del hospital nos ofrecen un punto de mejora para la calidad y seguridad del paciente que debemos aprovechar³³.

Se menciona en un estudio³⁴, que el uso de indicadores de calidad ha demostrado su utilidad como herramienta para medir la práctica habitual y evaluar la eficacia de medidas establecidas para la mejora de la calidad, permitiendo identificar y diseminar las mejores prácticas. Es indispensable que estos indicadores reflejen la realidad y que sean útiles para que verdaderamente puedan permitir mejorar la calidad. Por ello son requisitos imprescindibles para todo indicador: su validez (cumple el objetivo de identificar situaciones en que se podría mejorar la calidad de la asistencia), sensibilidad (detecta todos los casos en que se produce una situación o problema real de calidad) y especificidad (detecta sólo aquellos casos en que existen problemas de calidad)³⁴.

Otras debilidades de los indicadores de calidad para su ejecución, pueden ser donde haya situaciones que limitan o factores que afectan como: dificultad en el apego a los estándares de calidad, sobrecarga laboral subsecuente, ausentismo latente por el profesional de enfermería durante la ejecución de la labor, disfunción de mobiliario, desabasto importante de insumos, y de baja calidad, o diversidad de los modelos de calidad respecto al uso de indicadores de cuidados³⁵.

Por lo tanto, las actividades de gestión de la calidad, su medición y mejora deben considerarse como una de las líneas estratégicas más importantes a desarrollar en los centros sanitarios. Para conocer el nivel de calidad alcanzado por los servicios que presta el sistema sanitario y poder orientar así las acciones de mejora continua, se requiere obtener información de los aspectos más relevantes de la atención mediante herramientas de medición que permitan su monitorización³⁶.

Desde una perspectiva institucional, SICALIDAD²⁸ se convierte en la estrategia nacional que sitúa la calidad en la agenda permanente del Sistema Nacional de Salud. En los proyectos de Sicalidad se puede localizar dentro de la dimensión de calidad técnica y seguridad del paciente, el expediente clínico integrado y de calidad; entre las acciones principales se destaca establecer un diagnóstico de los aspectos críticos que han afectado el cumplimiento de la Norma Oficial Mexicana del expediente clínico (NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico.) la cual representa el instrumento para la regulación de este y orienta al desarrollo de una cultura de la calidad.

Esta Norma en el apartado 9.1 hace referencia a la hoja de enfermería; como parte de un sistema de medición para el Sistema Nacional de Salud, que integre evidencias de mejora de la calidad técnica percibida y calidad en la gestión; adecua las necesidades de información y evaluación de las líneas de acción del Sistema Integral de Calidad³⁶.

Tomando en cuenta lo anterior, la Comisión Permanente de Enfermería; durante la 1era Jornada Técnica celebrada del 1 al 2 de julio 2008, concluye que documentar los cuidados de enfermería resulta imprescindible en una estrategia de calidad. En este orden de ideas, los expertos señalan que la evaluación es una de las mejores tácticas para garantizar que los servicios de enfermería sean de alta calidad².

Los indicadores de calidad³⁷ que se evalúan en todas las instituciones que brindan un servicio de salud en la República Mexicana son los siguientes:

Sistema Indicas:

1. Trato digno
2. Ministración de medicamentos vía oral
3. Vigilancia y control de venoclisis Instalada
4. Prevención de infección en pacientes con sonda vesical Instalada
5. Prevención de caídas en pacientes hospitalizados
6. Prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados

7. Se incrementaron indicadores nuevos, como registros clínicos de enfermería

La calidad de la atención de enfermería, también es evaluada por medio de las metas internacionales para la seguridad de los pacientes. Las metas Internacionales³⁸ para la seguridad del paciente comprenden:

Meta 1. Identificar correctamente a los pacientes antes de cada procedimiento. Objetivo de la meta 1 Mejorar la precisión en la identificación de los pacientes para prevenir errores que involucran al paciente equivocado. Es indispensable el uso de al menos dos identificadores del paciente en las unidades médicas hospitalarias (Nombre completo y n° de seguridad social).

Meta 2. Mejorar la comunicación efectiva entre profesionales de la salud. (En órdenes verbales o telefónicas) Objetivo de la meta 2. Prevenir errores por órdenes verbales y telefónicas.

Meta 3. Mejorar la seguridad de los medicamentos de alto riesgo. (Electrólitos concentrados) Objetivo de la Meta 3. Prevenir errores de medicación con electrolitos concentrados.

Meta 4. Garantizar cirugías en el lugar correcto, con el procedimiento correcto y al paciente correcto. Objetivo de la Meta 4. Prevenir errores que involucren cirugías en el sitio incorrecto, con el procedimiento incorrecto y al paciente incorrecto.

Meta 5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica (Lavado de manos) Objetivo de la Meta 5. Reducir el riesgo de infecciones asociadas con la atención médica a través de un Programa efectivo de lavado de manos.

Meta 6. Reducir el riesgo de caídas. Objetivo Meta 6. Identificar, evaluar y reevaluar el riesgo de presentar una caída en todos los pacientes y tomar las medidas preventivas correspondientes.

2.2.3 Evaluación de Indicadores de Calidad de la Atención de Enfermería

La Comisión Interinstitucional de Enfermería (CIE), en su carácter propositivo, definió como prioridad para mejorar la calidad técnica e interpersonal de los servicios de enfermería, el desarrollo de un proyecto para la evaluación sistematizada de dichos servicios. Los indicadores de los procedimientos que se presentan fueron seleccionados por su importancia en el control de riesgos y daños innecesarios al paciente; por ser algunos de los más frecuentes en la práctica diaria y su cumplimiento ser responsabilidad directa del área de enfermería¹.

Para evaluar cada uno de los indicadores de calidad de la atención de enfermería³⁹ se define los siguientes puntos:

- 1.- Definición del indicador.
- 2.- Definición operacional.
- 3.- Creación de una fórmula.
- 4.- Estándar de 100% (Calificación esperada de los criterios que se están midiendo de acuerdo al indicador).
- 5.- Sustentación. (de acuerdo a la normatividad, principios de los procedimientos, Normas Oficiales Mexicanas implicadas en el indicador).
- 6.- Fuente de datos.
- 7.- Universo (Servicios que deseen participar en la medición de los indicadores).
- 8.- Población objeto (Pacientes hospitalizados de cualquier servicio de especialidades médicas o quirúrgicas que al momento del levantamiento de la información tengan instalada una venoclisis y más de 24 horas de estancia hospitalaria (en este caso indicador de vigilancia y control de venoclisis instalada).

- 9.- Unidad de análisis (por ejemplo: paciente con venoclisis instaladas al momento de la evaluación en el servicio seleccionado).
- 10.- Tipo y tamaño de la muestra. (se empleará el método de muestreo probabilístico aleatorio y sistemático)
- 11.- Definición de responsabilidades (los responsables designados por la unidad médica deberán conocer el los procedimientos, según el indicador evaluado, poseer las características personales de imparcialidad, objetividad y confiabilidad). Procedimiento para recolección de información.
- 12.- a) Universo de trabajo (N): Identificar al total de pacientes, b) tamaño de la muestra (n), c) número de muestras por semana, por día y por turno.
- 13.- Periodicidad de las mediciones.
- 14.- Validación y procesamiento de la información (de acuerdo a lo establecido por el sistema INDICA y al formato F1-VCVIE/02.
- 15.- Procesamiento de la información.
- 16.- Actividades posteriores a la medición: difundir los resultados de la evaluación al personal de la unidad médica y usuarios del servicio, Incentivar mediante el reconocimiento al personal participante en proyectos de mejora³⁸.

En este sentido, el indicador de calidad de enfermería debe ser mensurable, claro, objetivo y útil, favoreciendo la generación de mejoras. La elaboración de esos indicadores por los servicios de enfermería requiere la búsqueda de ejes conductores que apunten para la necesidad de considerar las políticas asistenciales, educacionales y de gestión en salud; la misión y la estructura organizacional; los programas y las propuestas de trabajo de las instituciones; los recursos humanos, materiales, financieros y físicos disponibles y las expectativas de la clientela⁴⁰.

Todo ello para resaltar la importancia de ampliar cada vez más la cultura de la calidad en los servicios de enfermería, capacitando enfermeros para el desarrollo y análisis de indicadores y posibilitando una reflexión sobre la asistencia de enfermería de forma dinámica, objetivando la excelencia del cuidado⁴⁰.

En consecuencia un indicador debe contar con los siguientes criterios:

- Relevancia: ¿La mejora en este indicador supone una mejora clínica relevante para los pacientes?
- Atribución al hospital: ¿Los resultados que mide el indicador son atribuibles de forma sustancial al hospital cuya calidad se pretende mejorar?
- Aceptabilidad: A quienes tienen que usar el indicador les parecerá válido porque si el indicador cambia, se deberá a cambios en la calidad asistencial y si hay cambios en la calidad asistencial, cambia el indicador.
- Factibilidad: ¿Las fuentes de información para la medición del indicador ya existen o, el coste/esfuerzo de su recogida es menor que la información proporcionada por el mismo?³⁵

De ésta manera, la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería es una actividad fundamental del servicio de enfermería ya que los pacientes merecen una asistencia que satisfaga sus necesidades, que sea de alta calidad, moderna y eficiente. Para que los profesionales de enfermería se responsabilicen de llegar a estos niveles regularmente debe haber evaluaciones en los servicios que identifiquen los puntos fuertes y débiles de la atención que lleven a una propuesta de mejora.

A este respecto, en el estudio de Alvarado Gallegos y Urbina Aguilar⁴¹ sobre calidad de atención y evaluación se mencionan aspectos relevantes sobre la evaluación de los indicadores de calidad de enfermería; como: las múltiples técnicas de recolección de información, la divergencia del muestreo para la recolección de la información de la evaluación, el desconocimiento del rol de los actores en la implementación de la evaluación, la deficiente capacitación del evaluador, entre otras. De esta manera se deben considerar herramientas participativas para áreas de mejora a fin de generar cambios transformacionales y organizacionales para implementar la calidad del cuidado.

En el contexto hospitalario del Instituto Mexicano del Seguro Social, se realiza la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de Enfermería, la evaluación se desprende del modelo directivo de enfermería que cuenta con cuatro procesos fundamentales que son: 1. La gerencia, 2. La gestión del talento humano, 3. la gestión de insumos y recursos, y 4. La gestión del cuidado enfermero, al operacionalizar éste último proceso, uno de los componentes es la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería, con su metodología propia derivada de la comisión permanente de enfermería. (.indicadores de calidad de la atención de enfermería formatoF1-mmvoe/12)

La metodología establecida, menciona que son cuatro momentos que comprende la evaluación y se hace en la unidad del paciente: 1. Observación, 2. Entrevista, 3. Valoración y 4. Revisión de la hoja de registros clínicos. (.indicadores de calidad de la atención de enfermería formatoF1-mmvoe/12)

Modelo de evaluación CIPP

En este sentido, si la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería tiene su base en una normatividad establecida, el alcance de la evaluación debe tender o ser orientada hacia el perfeccionamiento, según el autor del libro Evaluación Sistemática, Daniel Stufflebeam, el propósito más importante de la evaluación no es demostrar, si no perfeccionar dicha evaluación. Propuso un modelo de evaluación que tiende al perfeccionamiento, modelo CIPP comprende la evaluación del contexto, la entrada (input), el proceso y el producto.

Lo anterior desprende el concepto de evaluación que el autor formuló:

“La evaluación es el proceso de identificar, obtener y proporcionar información útil y descriptiva acerca del valor y el mérito de las metas, la planificación, la realización y el impacto de un objeto determinado con el fin de servir de guía para la toma de decisiones, solucionar los problemas de responsabilidad y promover la comprensión de los fenómenos implicados”.

Esta definición postula tres propósitos evaluativos: servir de guía para la toma de decisiones, proporcionar datos para la responsabilidad y promover la comprensión de los fenómenos implicados, presenta la evaluación no como una prueba, sino como un proceso y afirma que este proceso incluye las tres etapas de identificar, obtener y proporcionar información.

Partir de ésta definición y aplicarla al contexto hospitalario, no resulta fácil, sin embargo lograr acercar la realidad de la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería al modelo de evaluación propuesto por el autor, es trabajar en el proceso, evaluando éste para que sirva de guía en la realización y la evaluación del producto que lleva a la toma de decisiones de reciclaje³

Perfeccionar el proceso de evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería a partir del modelo de evaluación propuesto por Daniel Stufflebeam, es incursionar en el contexto (entendido éste como el programa establecido para la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería, o la propia persona que evalúa), no solo llegar a las metas establecidas para finalizar con un producto, sino tomar en cuenta los medios durante el proceso de evaluación, es decir si durante el proceso de evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería, en alguno de los momentos de la evaluación surgen obstáculos, es en ese momento donde el proceso se valora, entran en juego las decisiones que se han tomado y se convierten en decisiones de reciclaje para obtener un mejor producto al final de la evaluación.

En el modelo de evaluación, la entrada, es incursionar en el plan de evaluación, que sirva para que se realice el propósito de los cuatro momentos de la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería.

Así mismo durante la tercera fase del modelo, fase de evaluación de proceso, se realiza una comprobación continua de la realización del plan evaluativo que se llevó en la evaluación de entrada, se debe demostrar continuamente que el

propósito principal de la evaluación de un proceso es llevar a cabo su programa de evaluación. Esta fase es una fuente de información vital para llegar a los resultados del producto puesto que es considerada la realidad de los resultados (calidad de la atención de enfermería).

En la cuarta fase, evaluación del producto, el propósito es valorar, interpretar y juzgar la evaluación, definir hasta qué punto, la evaluación realizada genera satisfacción de las necesidades del objeto a quien pretende servir, es decir el producto de la evaluación son los resultados de la calidad de atención del personal de enfermería y si esta calidad en la atención se ha logrado. (Modelo de evaluación CIPP contexto, entrada- input- proceso y producto).

2.3 Metaevaluación

2.3.1 La evaluación de calidad

La evaluación de la calidad según el Doctor Scriven, se define como una actividad metodológica que consiste simplemente en la recopilación y combinación de datos de trabajo mediante la definición de unas metas que proporcionen escalas comparativas o numéricas, con el fin de justificar:

- 1) los instrumentos de recopilación de los datos
- 2) las valoraciones y la selección de las metas

Es decir, la evaluación es la determinación sistemática y objetiva del valor o el mérito de algún objeto y las evaluaciones se realizarán mejor contratando a un evaluador independiente, que emita un juicio sobre algún objeto basándose en pruebas acumuladas, procedentes de su comparación, con otros objetos distintos a la hora de satisfacer las necesidades del consumidor.

Según este punto de vista, la evaluación es comparativa, de ahí que atienda tanto a los costes comparativos como a los beneficios, se preocupa de como satisfacer mejor las necesidades de los consumidores, debe ser realizada tan objetivamente como sea posible y culminar en juicios y recomendaciones³.

2.3.2 El proceso de evaluación.

La evaluación conduce a una opinión fundada de que algo es de un cierto modo. No tiene por qué llevar a una decisión respecto a una determinada forma de actuar aunque hoy en día a menudo se pretende tal cosa³

Se llega a un juicio mediante la calificación o clasificación de algo según cumpla mejor o peor un conjunto de normas o criterios. La evaluación es comparativa por naturaleza, esto significa que ha de existir un conjunto de normas y una clase con la que comparar el objeto, por lo tanto la evaluación supone por naturaleza adoptar un conjunto de normas, definirla, especificar la clase de comparación y deducir en qué grado el objeto satisface a las normas⁴².

En una evaluación real las normas pueden ser contradictorias. La evaluación no solo es un asunto interpersonal sino colectivo. Debe tenerse en cuenta una comunidad más amplia de intereses pertinentes. Este es el problema fundamental del evaluador moderno y es lo que hecha sobre sus espaldas, la carga más pesada de todas. Su evaluación no solo debe ser veraz y creíble, también debe ser justa. Los evaluadores han enfocado la solución de su moderno problema de diversos modos.⁴² La evaluación tradicional, se aplica en las unidades de atención, se realiza por medio de medición según las normas establecidas, su desventaja es que solo se centra en los instrumentos disponibles, es inflexible, destaca los conocimientos y aptitudes que pueden ser fácilmente valorados mediante test con papel y lápiz⁴².

Una definición de evaluación para entender este proceso es la siguiente: La evaluación es el proceso de identificar, obtener y proporcionar información útil y descriptiva acerca del valor y el mérito de las metas, la planificación, la realización y el impacto de un objeto determinado con el fin de servir de guía para la toma de decisiones, solucionar los problemas de responsabilidad y promover la comprensión de los fenómenos implicados⁴².

Esta definición postula tres propósitos evaluativos: servir de guía para la toma de decisiones, proporcionar datos para la responsabilidad y promover la comprensión de los fenómenos implicados.

La evaluación se presenta no como una prueba sino como un proceso, y se afirma que ese proceso incluye las tres etapas de identificar, obtener y proporcionar información. Stufflebeam habla referente a los problemas conceptuales y plantea que los evaluadores deben responder a ocho interrogantes generales: ¿qué es la evaluación? ¿Qué se quiere con ella? ¿A qué asuntos está dirigida la evaluación? ¿Qué información demanda? ¿A quién debe servir? ¿Quién debe realizar la evaluación? ¿Cómo debe ser conducida la evaluación? ¿A través de que estándar debe ser realizada la evaluación?⁴²

2.3.3 Evaluación de la Evaluación

El punto final de la lista de control de indicadores, pide la evaluación de la evaluación. Scriven introdujo este concepto en 1968, cuando publicó un artículo respondiendo a las preguntas de cómo se evaluaban los instrumentos de la evaluación. Dice que esta es una de las muchas preocupaciones de la evaluación y destaca que los evaluadores tienen la obligación profesional de que las evaluaciones propuestas o finalizadas estén sujetas a una evaluación competente⁵.

Daniel Stufflebeam en su libro Evaluación Sistemática plantea que una buena evaluación requiere que sus propios logros sean evaluados, ya que muchas cosas pueden ser y frecuentemente son hechas mal en el trabajo evaluativo. Entre los posibles problemas a verificar en la evaluación son: la parcialidad, el error técnico, dificultades administrativas o el mal uso de la misma. Tales comprobaciones son necesarias tanto para el perfeccionamiento o en beneficio de las actividades evaluativas que se están llevando a cabo como para evaluar la valía de los logros de la evaluación culminada.

En la práctica la evaluación tiene dos grandes adversarios: el tiempo y la subjetividad. Evaluar es un proceso complejo, difícil de cumplimentar en un tiempo limitado, es prácticamente imposible que todo un programa pueda ser evaluado pormenorizadamente, a la perfección y que a su vez ese proceso evaluativo esté exento de insuficiencias y de subjetividad de las partes implicadas, ya sea de los evaluadores o de los propios evaluados⁵. Los primeros por no estar dentro del mundo en que se desarrolla el programa y los segundos por no tener una perspectiva externa del mismo.

Tal vez sea esta la verdadera justificación del por qué es necesaria la metaevaluación y no sólo porque existan discrepancias con los resultados alcanzados en la evaluación o en la necesidad de identificar las posibles violaciones que se puedan haber cometido durante el proceso.

La utilidad de una evaluación es en buena medida la que de ella extraigan sus mencionadas audiencias. La conciencia de que una evaluación puede producir efectos que sobrepasan su utilización directa en la toma de decisiones ha llevado a algunos autores a plantearse y estudiar la cuestión del impacto real que esta actividad es capaz de producir (Alkin, Daillak y White, 1979)⁵.

Por impacto se entiende la influencia perceptible que la evaluación ejerce sobre las actividades o actitudes de individuos o grupos, lo que amplía en consideración el concepto más estrecho de utilidad. Una de las principales implicaciones de tal ampliación es que permite distinguir entre los efectos esperados, deseados y voluntarios de una actividad evaluadora de los inesperados, no deseados e involuntarios⁵.

En efecto, no sería razonable considerar útil una evaluación solamente si alcanza sus propósitos declarados, dejando de lado otras consecuencias que haya podido producir. Y es aquí donde entra a jugar su papel la metaevaluación. En un primer momento como termómetro de la veracidad, viabilidad, objetividad y la fiabilidad

de la información recopilada y arrojada por la diversidad de instrumentos utilizados en la práctica evaluativa⁵.

Con la metaevaluación no sólo se protegerá el buen uso de la información recogida en la evaluación, sino también se protegerá a los objetos evaluados y a todas aquellas personas que intervienen en los procesos evaluativos, tanto evaluados como evaluadores. Su finalidad principal es el perfeccionamiento de los procesos y procedimientos de la evaluación y en última instancia del objeto evaluado, tomando en consideración que la metaevaluación y la evaluación generan un círculo autorreferente sobre la calidad tanto del objeto evaluado como del metaevaluado y posibilitan su desarrollo hacia la perfección⁵.

Por lo tanto, metaevaluar se entiende por el dar sentido y explicar el significado del conjunto de actividades humanas que se reconocen como evaluación. Más allá de una clarificación terminológica, el propósito de la metaevaluación es la explicación de la evaluación como un proceso social complejo. Se refiere al abordaje del objeto –la evaluación– lidiando de modo directo con la complejidad no solo como red de acciones sociales sino también en sus referentes y explicaciones de carácter axiológico, ideológico y epistemológico⁵.

La metaevaluación no deja de ser también un recurso o una alternativa práctica ante posibles discrepancias surgidas después de realizada una evaluación. Por ejemplo, un proceso de metaevaluación podrá realizarse en cumplimiento a la solicitud de una o de las partes (evaluados y evaluadores) o por otras instancias involucradas en el proceso de evaluación cuando la parte evaluada entienda que el proceso no ha sido justo y transparente por lo que existen dudas sobre la calificación otorgada por los evaluadores, cuando existan quejas de una o de las partes por el clima no favorable en el que se desarrolló el proceso de evaluación, cuando existan quejas sobre los métodos y técnicas utilizados en el proceso por parte de los evaluadores, así como de la ética o profesionalidad de los mismos o

cuando se entienda que hay menoscabo de la integridad de los evaluadores por rumores o acusaciones infundadas hechas por la parte evaluada⁵.

La metaevaluación trasciende las tareas de modelización y recolección de información, que son propias de las fases primeras de la evaluación, para analizar relaciones en el proceso que revelan que esos datos y hechos son, en sí mismos, construcciones humanas y sociales, objetos de explicación⁵. La metaevaluación incluye⁴³ el análisis, la interpretación, la explicación y la sistematización científica, tanto en el plano teórico como en el práctico, de los elementos que se enumeran a continuación:

- * El proceso de la evaluación, desde el diseño hasta la presentación, incluyendo todas las actividades.
- * Los resultados o productos de la evaluación: el documento o informe de la evaluación tanto como el contenido de dicho documento y su presentación y discusión pública.
- * Los evaluadores o sujetos que realizan la evaluación (Es decir su conducta en cuanto vocero de su propio trabajo). “La metaevaluación sobre nosotros mismos”, dice Shadish, quienes debemos mostrar un nivel mínimo aceptable de conocimiento (teórico) como evaluadores (1998, p.7).
- * Los modelos y categorías que son utilizados como referencia para ejecutar la evaluación.
- * La metodología y la epistemología que nutren los modelos de evaluación.
- * La concepción del mundo y los paradigmas científicos predominantes; es decir la ideología y la filosofía en que se fundamenta el enfoque⁴³.

En este sentido, realizar la metaevaluación de proceso de evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería da cuenta que las enfermeras tienen capacidad de planificar, ejecutar y evaluar sus acciones profesionales en un contexto de autonomía y responsabilidad profesional propia.

III. MARCO DE REFERENCIA

El marco de referencia propuesto en este estudio está formado por el personal de enfermería y la metaevaluación, estudiados a través de la etnografía, para lo cual diferentes autores mencionan: que es el registro del conocimiento cultural, la investigación detallada de patrones de interacción social o el análisis holístico de sociedades.

La etnografía consiste en descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos que son observables. Incorpora lo que los participantes dicen, sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones tal como son expresadas por ellos mismos y no como uno los describe. Una de las características más importantes de las técnicas cualitativas de investigación es que procuran captar el sentido que las personas dan a sus actos, a sus ideas, y al mundo que les rodea, esto se tomará como fundamento para comprender el objeto de estudio que es el proceso de evaluación, durante el desarrollo de esta investigación⁴⁴.

La metaevaluación comprende las siguientes características epistemológicas que intervienen en nuestro cuadro de referencia: 1- comprensión e interpretación de la evaluación, 2- busca trascender los resultados, 3- el conocimiento de los determinantes de la evaluación es limitado, no obstante la metaevaluación 4- procura incorporar el análisis de la totalidad de los determinantes, metaevaluación implica y presupone 5- retroalimentación y aprendizaje. Por lo que se describió, se realiza una propuesta metodológica integral que se haya presente en la hermenéutica como método de la metaevaluación⁴³.

Para realizar la metaevaluación del proceso de evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería se van a tomar en cuenta la totalidad de los elementos que se identifican como determinantes del proceso de evaluación, esto incluye los aspectos formales de la presentación, el estilo, el uso del lenguaje y los lenguajes especializados y la codificación; las actitudes y la conducta del evaluador, de sus clientes y de los evaluados; los determinantes de la conducta; la metodología, los métodos, las técnicas y los instrumentos; los valores en juego,

los valores en juicio, la conducta profesional y, en general, la ética. Sin embargo, el carácter epistemológico de la metaevaluación tiene un limitante que radica en los medios: el que la mayoría de las meta evaluaciones tienen que centrarse en los informes escritos del proyecto y en otros documentos oficiales que se preparan en el proceso.

Por lo tanto, el tipo de investigación que se impone debe ser tal que tenga relación con los métodos y las técnicas de análisis del discurso, interpretación del texto, o alguna propuesta de naturaleza similar. Al estudiar la expansión de las corrientes actuales de los métodos cualitativos, se confirma que una propuesta metodológica integral se halla presente en la hermenéutica, ésta disciplina se ocupa del análisis, la interpretación y la comprensión de documentos en su contexto⁴³.

Se distinguen cuatro funciones hermenéuticas: el análisis estructural, la interpretación, el comentario y la crítica.

El análisis estructural puede abarcar gran cantidad de aspectos. Incluye análisis gramatical y semántico; describe y explicita el contenido; enumera las secciones y establece su orden de importancia. Igualmente lo hace respecto de las referencias, las fuentes de autoridad; describe y valora el uso de ilustraciones, tablas y ejemplos. Incluye también los aspectos formales, como las características editoriales y tipográficas⁴³.

La interpretación consiste en ir más allá de los datos, profundizando en su sentido, descubriendo nuevos sentidos, el sentido implícito, el sentido oculto, el segundo sentido. Se fundamenta en el análisis. Esta es una función central en la propuesta metodológica. El comentario y la crítica se refieren al establecimiento de relaciones del texto bajo estudio con otros referentes del contexto, por ejemplo, el uso eventual de los resultados del informe, su impacto sobre los intereses de terceros y, en general, los sistemas de valores. En la función crítica se trata de enjuiciar, estableciendo jerarquías (funciones de valor y, con menor frecuencia, funciones de preferencia) con las cuales se compara el objeto bajo estudio. Como resultado se le adjudica al objeto evaluado una posición en la escala de valores⁴³.

Además en nuestro cuadro de referencia interviene la ontología, entendiéndose la ontología como aquello que estudia el ser, definiendo sus raíces como Ontos = Ser, y logos= estudio, en este caso lo real es igual al ser, y el ser es igual al fundamento de toda realidad⁴⁵.

Para llegar al fundamento o principio ontológico debemos tener en cuenta varios aspectos, uno de ellos es que muchos pensadores se han preocupado por resolver un problema planteado en la antigüedad ¿tiene el ser, propiedades comunes que lo caracterizan, en cuanto es ser?.

Las propiedades del ser son aquellas características o aspectos inteligibles que le podemos aplicar o predicar a todo lo que es, por el mismo hecho de ser, estas se deducen de nuestra inteligencia comparando el ser con sus aspectos, captamos ciertas relaciones que el ser posee, y que nuestra mente descubre, por lo que deducimos, que los atributos o propiedades del ser son aquellas relaciones fundamentales, que afectan a todo ser en cuanto es ser⁴⁵.

De estas características, se derivan los principios, dichos principios son un juicio o afirmación que nos sirven de punto de partida para otros conocimientos, que por tanto nos sirve de instrumento para conocer algo que nos es menos claro. Estos principios tienen una característica, y es que son primeros principios; todos los demás principios de las ciencias se basan en otros de ciencias más generales, y como ya sabemos la ontología es la ciencia de las ciencias, la más general, porque trata del ser en cuanto ser; sus principios no se basan en otros, y por eso son los primeros⁴⁵.

Lo anterior, no quiere decir que nosotros vamos a postular los principios "por qué sí", los vamos a justificar, no demostrándolos o sacándolos, de otros superiores, porque así no serían los primeros, sino mostrando que se deducen necesariamente de los atributos del ser en cuanto ser. Además los principios son absolutos, necesarios, y universales. Absolutos por lo expuesto anteriormente, necesarios por que se deducen de los atributos necesarios del ser, y universales

porque valen para todo ser, porque son deducidos del ser en cuanto ser (lo que incluye al ser humano) ⁴⁵

IV. OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Describir el proceso de evaluación de los Indicadores de Calidad de la atención de Enfermería desde la Metaevaluación en una Institución pública de San Luis Potosí.

4.2 Objetivos Específicos

4.2.1 Identificar los **elementos** que se abordan en la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de Enfermería.

4.2.2 Identificar que **actores** intervienen en la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de Enfermería.

4.2.3 Identificar las **características y roles de los actores** que intervienen en la evaluación de indicadores de calidad de la atención de Enfermería.

4.2.4 Identificar la **metodología y las actividades** de la evaluación de la calidad de la atención de Enfermería.

4.2.5 Identificar las **perspectivas de los diversos actores** que intervienen en la evaluación de la calidad de la atención de Enfermería.

4.2.6 Identificar **fortalezas y debilidades** de la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de Enfermería.

Preguntas de investigación

¿Cuáles son los elementos que se abordan en la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería?

¿Quiénes son los actores involucrados en la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería?

¿Cuáles son las características y roles de los actores que intervienen en la evaluación de indicadores de calidad de la atención de enfermería?

¿Cuál es la metodología y las actividades en la evaluación de la calidad de la atención de enfermería?

¿Cuáles son las perspectivas de los actores que intervienen en la evaluación de la calidad de la atención de enfermería?

¿Cuáles son fortalezas y debilidades de la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería?

V. CAMINO METODOLÓGICO

5.1 Metodología general.

Para comprender el proceso de evaluación se incursionó en el campo laboral de los actores involucrados en el proceso de evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería en busca de la comprensión y contextualización de sus experiencias, que nos permitiera describir la complejidad de dicho proceso. Se utilizó el método Etnográfico, el cual se interesa por explorar el significado que tiene la realidad para los actores, y la manera que tales significados se vinculan con la realización del proceso de evaluación.

Por medio de este enfoque, se reconoció a los actores como personas generadoras de significados, que piensan, son activos y reflexivos, lo cual nos permitió dar cuenta de cómo se desarrolla el proceso de evaluación por medio de diferentes técnicas a las que se recurrió para la recolección de datos como es la observación, diario de campo y entrevistas semiestructuradas para obtener los datos de esta forma se llevó a cabo el proceso de reflexión de los investigadores durante el desarrollo del estudio.

Los criterios de selección para los actores implicados en este estudio, fueron: personal activo implicado en el proceso de la evaluación de los indicadores de calidad que no se encontraran en periodo vacacional o de permiso.

Los criterios de exclusión fueron enfermeras auxiliares de los diferentes servicios del hospital

Los criterios de eliminación fueron: enfermeras Jefes de Piso, subjefe de enfermería, Jefe de enfermeras, enfermeras especialistas y enfermeras generales, que en el curso del proceso de la entrevista o investigación, decidan no participar más.

5.2 Descripción de las fases del estudio

5.2.1 Fase de preparación.

En esta fase se realizó la selección del área para la investigación, que fue el Hospital General de Zona No. 2 del Instituto Mexicano del Seguro Social, “Dr. Francisco Padrón Puyou”. Ubicado en esta ciudad capital, calle Benigno Arriaga con Cuauhtémoc, Colonia Moderna. Es un Hospital de segundo nivel de atención, donde se lleva a cabo el proceso de evaluación. El lugar es una institución conocida ampliamente en su contexto, ya que es el sitio de adscripción de la tesista, lo cual genera ciertas ventajas al momento de considerar el permiso por parte de las autoridades para implementar la investigación.

El objetivo de esta fase, fue tener un acercamiento con los directivos de enfermería previa cita que se agendó con anterioridad; se les expuso el proyecto, los objetivos de éste y la metodología de trabajo de campo. En coordinación con los directivos y de acuerdo a la dinámica en el hospital, se acordó obtener información de personal estratégico inmerso en la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería de los diferentes turnos. Antes de finalizar la reunión se les dejó la carta de consentimiento informado para su participación en el estudio. Después se realizó un recorrido por los pisos de hospitalización con la subjefe del turno para abordar a personajes clave, se realizó una invitación a participar en el estudio, dejando la carta de consentimiento informado y se agendó cita para realización de entrevista.

5.2.2 Fase de planeación

Para esta fase se realizó un cronograma de actividades, que abarcó del 14 de octubre al 11 de diciembre 2014. Se acudió al sitio de investigación en los turnos, matutino, y nocturno, para extender la invitación al personal de enfermería clave según lo acordado con los directivos de enfermería, para participar en el estudio, y se les proporcionó hoja de consentimiento informado para agendar citas de

entrevistas. Los informantes fueron los siguientes actores: Jefes de altos mandos como la Jefe de Enfermeras, 4 Sub jefes de Enfermeras, 5 Jefes de Piso y 9 enfermeras(os) de personal operativo. Garantizando así, que la muestra contemplara al conjunto de actores ya mencionados; representó a su vez a cada uno de los turnos (matutino, vespertino y nocturno)..

5.2.3. Fase de implementación.

Para el trabajo de campo de ésta investigación se utilizó el método Etnográfico, que significó el análisis del modo de vida de un grupo de individuos (actores inmersos en el proceso de evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería) mediante la observación y descripción de lo que la gente hizo, como se comportó y como interactuó entre sí, para lograr describir valores, motivaciones expectativas y como estos pueden variar en diferentes momentos y circunstancias⁴⁶.

Para esta fase, se utilizó primero el formato de consentimiento informado para cada participante; se obtuvo información relevante de los actores seleccionados por medio de los instrumentos diseñados como la guía de observación, y diario de campo. De acuerdo a la agenda de entrevistas, éstas se fueron llevando a cabo por medio de grabación de voz; en conjunto se ingresó al sitio donde se recogió la información para el diario de campo y guía de observación. Se incursionó en un horario de 7:00 a 15 hrs durante el turno matutino, de 15:00 a 21:30 hrs durante el turno vespertino y de 22:00 a 6:00 hrs durante el turno nocturno.

5.2.3.1. Los informantes

De acuerdo al consenso que se llevó a cabo con directivos de enfermería en la primera reunión, el perfil de los informantes fue seleccionado por ambas partes, tanto por las investigadoras como por los directivos de enfermería. Las personas clave fueron: mandos altos (jefa de enfermeras y subjefes de enfermeras); mandos medios (jefes de piso) y personal de enfermería asistencial; de los diferentes turnos, y de los servicios de medicina interna, cirugía, urgencias y diálisis, con diferente antigüedad, por las respectivas funciones que cumplen cada

uno de ellos y su participación en la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería.

5.2.3.2 Metodología establecida para el conjunto de actores

La metodología que se siguió para el conjunto de actores, se basó en la etnografía, con lo cual se identificó y comprendió el proceso de evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería y de qué manera éste proceso es significativo para cada uno de los actores que intervienen en él. El método etnográfico se utilizó como estrategia de investigación, en donde se logró estudiar a los actores, como se organizan, su identidad, sociabilidad, las reglas de comportamiento, la resolución de conflictos, etc., todo ello, enfocado al proceso de evaluación que permitió comprender este proceso.

La subjetividad y el proceso de socialización juegan un papel importante en la construcción de datos etnográficos y no son factores que se deben evitar en aras de una mayor objetividad, son elementos constitutivos⁴⁷. En este sentido, la mediación técnica (el registro textual o el audio) fue clave en la investigación etnográfica porque fijó la experiencia y descontextualiza la memoria del observador, creando un nuevo contexto para el análisis. De esta manera el dato etnográfico fue siempre el producto de una abstracción y de una técnica de transformación⁴⁷

5.2.4. Fase de redacción y difusión de resultados.

Al concluir las entrevistas y recolección de información en diario de campo y guía de observación, se elaboró reporte de resultados del estudio, en donde se identificó las áreas de oportunidad como resultantes del mismo. Se elaboraron propuestas para difusión del estudio en medios locales como fue dentro de la Universidad en la feria de carteles de Conacyt, en las jornadas del hospital del niño y la mujer y en la C. de México D.F., en las jornadas de investigación del Hospital de Nacional de Neurología en modalidad cartel.

5.3. Métodos para la recolección de la información

5.3.1. Guía de observación

Con la aplicación de la guía de observación (anexo 1), se realizó una participación activa en la vida cotidiana de las personas, viendo lo que pasaba, escuchando lo que se decía, preguntando cosas; o sea, recogiendo todo tipo de datos accesibles para poder arrojar a la luz el tema elegido a investigar.

La observación conlleva la implicación del investigador en una serie de actividades durante el tiempo que dedica a observar a los sujetos objeto de observación, en sus vidas diarias y participar en sus actividades para facilitar una mejor comprensión. Para ello, es necesario acceder al área, seleccionar las personas clave, participar en las actividades que ahí se realizan hasta donde sea posible. Algunos principios de las guías de observación son: debe tener un propósito específico, debe ser planeada con cuidado y de forma metódica, debe llevarse por escrito, tener un control cuidadoso de la misma, debe especificarse su duración y frecuencia y seguir los principios básicos de confiabilidad y validez⁴⁸.

La guía de observación está elaborada con datos relevantes de la institución donde se realizó la investigación, dando cuenta del contexto, así como también cuestionamientos que respondan a las actividades en la observación participante (Ver Anexo No. 1).

5.3.2 Entrevista semiestructurada

La entrevista semiestructurada, la realizó la investigadora tesista con base a los objetivos principales y al tema de la investigación, fue de lo general a lo específico, preguntando en primer lugar sobre historia personal en relación a la práctica hospitalaria de los diferentes actores, así como también de sus experiencias en su práctica profesional y en particular sobre su implicación y experiencia en la evaluación de los indicadores de calidad.

Se dispuso de una guía, que recogió los temas a tratar a lo largo de la entrevista. En el ámbito de un determinado tema, éste puede plantear la conversación como desee, efectuar las preguntas que crea oportunas y hacerlo en los términos que estime convenientes, explicar su significado, pedir al entrevistado, aclaraciones cuando no entienda algún punto y que profundice en algún extremo cuando le parezca necesario, establecer un estilo propio y personal de conversación⁴⁹.

Para las entrevistas semiestructuradas se elaboraron dos guías, para indagar sobre la complejidad del proceso de evaluación, en donde los actores involucrados participaron, tomando en cuenta los papeles de cada uno de ellos en el proceso de evaluación de acuerdo a lo establecido por el programa SICALIDAD y a lo observado por la investigadora. En este sentido, se desarrolló una guía para personal de mandos altos y mandos medios (Ver Anexo No. 2), y una segunda para personal operativo (Ver Anexo No. 3).

5.3.3 Diario de campo

El diario de campo como otra técnica de recolección de datos es un documento escrito en forma de narración, se evidencian los sucesos que ocurren en el lugar de estudio, éste se llevó en dos partes, primero se anotaron las observaciones realizadas y en la segunda parte se plasmó el análisis de las observaciones⁵⁰.

Por método, los diarios de campo recogen material muy heterogéneo; desde datos sobre los informantes claves hasta reflexiones suscitadas por "el estar en terreno", pasando por datos y notas que el investigador va tomando en su transcurrir por el lugar o el espacio que es objeto de su estudio. Son "registros reflexivos de experiencias a lo largo de un período de tiempo; se registran observaciones, analizan experiencias y reflejan e interpretan sus prácticas en el tiempo, reflejan también el proceso de investigación⁵¹.

En todo proceso de investigación se hace imperativo que desde la teoría se tracen los puentes de comunicación con una praxis específica, relación que nos permite entenderla, estudiarla, calcular sus posibilidades (o por lo menos sospecharlas),

enrarezca el discurso, complejizarlo, y buscar de la misma forma puntos de quiebre y de común acuerdo. Significa buscar un punto de encuentro, y diálogo a la vez, entre las teorías y lo que se vive en el ejercicio de la profesión, es decir en el encuentro teoría-práctica⁵².

Lo anterior desencadena procesos reflexivos en el investigador, lo cual desemboca en la construcción de Saber , para que lo lleve a comprender el proceso de evaluación, y de esto da cuenta el Diario de Campo, por medio del cual se compartieron las reflexiones que se generaron a lo largo de toda la investigación: aproximaciones teóricas, prácticas, las tutorías de investigación, los encuentros con los actores entrevistados, en el proceso de sistematización de la información, al momento de triangular o concluir, etc., en otras palabras, por su heterogeneidad y grandes ventajas⁵¹.

5.4. Análisis y Gestión de la información

El plan a seguir para la gestión de datos en cuanto a organizar el material obtenido se realizó dando tratamiento a los mismos, se describieron los procedimientos guía del estudio, el cuándo, el quien y cómo fueron obtenidos por medio de los datos. En síntesis los datos se redujeron para hacerlos inteligibles, por medio de la disposición y transformación de ellos, para obtener resultados y conclusiones.

Los datos obtenidos del diario de campo, de las transcripciones y guía de observación se identificaron cronológicamente para determinar temas, concernientes al proceso complejo de la evaluación de la calidad de los indicadores de la atención de enfermería.

Se utilizó el método de análisis cualitativo temático, se llevó a cabo en tres pasos: primero la reducción de datos, por medio de separación de las unidades, síntesis y agrupamiento de las mismas e identificación y clasificación de los elementos. El segundo paso fue disposición y transformación de datos, para finalizar con obtención y verificación de conclusiones como tercer punto, en donde se realizó el proceso para obtener resultados, verificar las conclusiones, llegando a los procesos para alcanzar dichas conclusiones⁵².

Se realizó audio grabación de cada una de las entrevistas, éstas se transcribieron de manera íntegra en computadora, después se ejecutó el análisis de estos, así como también los datos obtenidos por medio del diario de campo y en la guía de observación. La reducción de datos se transformó en las tareas de categorización y codificación, se descartó o seleccionó datos para análisis del material escogido, separando en unidades utilizando criterios de tipo espacial (líneas específicas del texto, páginas, etc.), temporal (utilizar segmentos temporales de entrevistas, observaciones, etc.), temáticos (considerar unidades temáticas emergentes), gramaticales (oraciones o párrafos específicos), conversacionales (declaraciones o turnos de palabras de sujetos en particular) y sociales (información relativa a roles, status, etc.).

La codificación abierta es la verificación, corrección y saturación del fenómeno de forma implícita. De esta manera se profundizó en los datos, determinando que todos ellos se pueden englobar en el análisis, como indicador de alguna teoría. En el proceso de codificación, y tras las continuas comparaciones, se produjo una saturación total, de forma que todos los datos se ajustan a las categorías emergentes⁵².

La categorización permite clasificar por conceptos los incidentes que son aplicables a una misma temática. Una categoría contiene un significado, o múltiples tipos de significados que permiten referirse a situaciones o contextos, actividades o acontecimientos, relaciones entre personas, comportamientos opiniones, sentimientos, perspectivas sobre un problema, métodos y estrategias, procesos, etc. Finalmente se llegó a la obtención de temas, los cuales proporcionaron el espectro del proceso de evaluación, es decir, el conjunto de acciones que se llevan a cabo para evaluar los indicadores de calidad de la atención de enfermería; en concreto, lo que nos llevó a la realización de la metaevaluación. Para terminar, se procedió al desarrollo de las conclusiones, siendo esto una tarea de suma importancia, pues se debe contextualizar y contrastar con otros estudios los hallazgos alcanzados y plasmados en un informe⁵². El análisis de contenido temático fue de forma manual, no se utilizó software para ello.

5.5. Criterios de calidad

Se han propuesto dos series de criterios: la fidelidad de los criterios de credibilidad (semejante a la validez interna), la transferenciabilidad (semejante a la validez externa), la confiabilidad (semejante a la veracidad) y la posibilidad de confirmación (semejante a la objetividad) (Guba, 1981; Lincoln y Guba 1985); y el criterio de Justicia en cuanto a autenticidad, la autenticidad ontológica (que aumenta las construcciones personales), la autenticidad educativa (que lleva a una mejor comprensión de las construcciones de los demás), la autenticidad catalítica (que estimula a la acción), y la autenticidad táctica (que da poder a las acciones) (Guba y Lincoln 1989)⁵³

1.- Credibilidad: Se refiere al grado de correlación y coherencia establecido entre la información recabada del proceso de construcción de conocimientos y las experiencias vividas, tan variadas de los participantes. De esta manera el acercamiento con los actores, la validación de datos y la discusión de los temas con los referentes teóricos y las experiencias de la directora de tesis de este proyecto de investigación, asegura la credibilidad de esta investigación. Es importante que la información recabada o recopilación de datos provenga del sitio de la investigación, para asegurar la construcción de conocimientos y que exista correlación y coherencia al analizar la participación de los actores involucrados⁵⁴.

2.- Transferenciabilidad: Otorga la probabilidad de la aplicación de los resultados obtenidos de éste estudio a otros contextos, con características análogas a las correspondientes a esta investigación. Por lo tanto da la pauta para que el producto de ésta investigación, pueda ser empleado a otros escenarios similares. Los receptores o lectores de la investigación, la pueden hacer viable para su aplicación en otros contextos con características afines. De aquí la importancia de la descripción detallada del contexto.

3.- Imputabilidad procedimental: permite comprender y evaluar la metodología que se desarrolla mediante el proceso de investigación. Así, se mantendrá una vigilancia sobre la metodología utilizada para la implementación de ésta

investigación, identificando imprevistos que justificarán su modificación en el curso del proyecto, además esto incluye las técnicas del diario de campo que recabó la información real de la situación investigada.

4.-Confirmación: Es la garantía de que la información obtenida en el transcurso de la investigación se derivó del proyecto planeado, así como el análisis y discusión que se realizó como producto de la investigación, con la seguridad de que los instrumentos aplicados para la recolección de la información son la base de la confiabilidad de ésta investigación.

VI. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proyecto de investigación se sometió a aprobación por parte del comité de ética y de investigación de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Además se sometió al comité de investigación adscrito al Hospital General de Zona c/M.F. No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, a fin de aprobar su implementación. Se cumplió con los requerimientos de la Ley General de Salud, en relación a los aspectos éticos de investigación con seres humanos, lo cual menciona en el Capítulo I, Artículo 13: -En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar, además para este trabajo se tomarán en cuenta los lineamientos de la declaración de Helsinki, de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 59ª Asamblea General, Seúl, Corea, octubre 2008, que aboga por la revisión ante un comité de ética de todo proyecto de investigación aplicado en personas, para salvaguardar el respeto en todo momento de los informantes.

Así mismo, se consideró cumplir con lo establecido en la NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos⁵⁵.

De acuerdo a las consideraciones Éticas, la presente investigación toma en cuenta el objetivo y el campo de aplicación de la NOM 012. De esta manera, cumple con:

Artículo 4.3 Carta de consentimiento informado en materia de investigación (Ver Anexo No. 4).

Artículo 4.11 Institución o establecimiento donde se realiza investigación para la salud. La Institución es de tipo Formal, de Seguridad Social, con atención de primer y segundo nivel. Cuenta con infraestructura y capacidad resolutive suficiente para proporcionar atención médica adecuada.

Artículo 4.12 Investigación para la salud en seres humanos. Se contará con la participación de los principales actores para la investigación, previo a la autorización de la carta de consentimiento informado.

Artículo 4.20 Proyecto o protocolo de investigación para la salud en seres humanos. Se cuenta con éste documento formal que describe la propuesta de una investigación para la salud en seres humanos, conforme al objetivo y campo de aplicación de esta norma, integrado al menos por los capítulos de: planeación, programación, organización y presupuestación; estructurado de manera metodológica y sistematizada en sus diferentes fases de trabajo, que se realizarán bajo la responsabilidad, conducción y supervisión de un investigador principal.

Artículo 5.8 En todo proyecto o protocolo de investigación, se deberá estimar su duración, por lo que es necesario que se anoten las fechas tentativas de inicio y término, así como el periodo calculado para su desarrollo. Se cuenta con un cronograma de actividades que cumple con éste rubro, donde se especifica inicio y término del mismo, así como el tiempo en que se dio cumplimiento a la formulación de cada parte del protocolo (Ver Anexo No. 5)

6 De la presentación y autorización de los proyectos o protocolos de investigación.

Artículo 6.2 En el protocolo de investigación están presentes los elementos metodológicos requeridos para su autorización.

Artículo 6.3.2.8. Al ingresar el protocolo de investigación a los comités de Ética e investigación, se presentará el dictamen favorable a la Institución donde se realizará la investigación. (Ver anexo 6 y 7)

Artículo 7.4.5 Se anexa al protocolo una explicación detallada de los recursos que se utilizarán (Ver Anexo No. 8), los cuales serán auspiciados por el propio investigador, presentando para tal efecto de seguridad de la investigación una carta de no conflicto de intereses (Ver Anexo No. 9).

Artículo 8.3 Se realizará una carta para solicitar permiso o autorización al titular (Director) de la Unidad para la implementación de la investigación (Ver Anexo No. 10).

10. Del Investigador principal

Artículo 10.1 La conducción de la Investigación, será llevada por la Directora de tesis, co-Directora de tesis y la Tesista, quienes son profesionales de la salud, con formación académica y experiencia probada en la materia, lo cual permite el cumplimiento de la investigación.

11. De la seguridad física y jurídica del sujeto de investigación.

Artículo 11.2 El sujeto de investigación tiene derecho de retirarse en cualquier tiempo, para dejar de participar en la investigación de que se trate, en el momento que así se solicite. Se practicará el respeto hacia los participantes de la investigación en todo momento.

Artículo 11.3 La carta de consentimiento informado es requisito indispensable para solicitar la autorización de un proyecto o protocolo de investigación. En los casos de investigaciones sin riesgo o con riesgo mínimo, la carta de consentimiento informado no será un requisito para solicitar la autorización del proyecto o protocolo de investigación.

Artículo 12.1 Toda la información de la investigación tendrá un carácter confidencial.

Artículo 12.3 Se protegerá la privacidad de los datos asignando un pseudónimo de manera que no se identifique la persona. En todo momento los materiales serán resguardados y se darán a conocer los resultados.

Una vez aprobado el proyecto por los diferentes comités de Ética, previa presentación del mismo ante las autoridades de Enfermería del Hospital General de Zona No. 2 c/MF “Dr. Francisco Padrón Poyou”, se solicitó autorización por medio de una carta dirigida al Director de la Unidad (ver anexo No. 10).

La confidencialidad de los datos recabados de los informantes se respetó durante todo el estudio, haciendo uso de pseudónimos que cubrieran su identidad. De igual manera se aseguró la confidencialidad de documentos y grabaciones, éstas se mantienen en resguardo con la Tesista, directora de tesis y co-directora de tesis.

El consentimiento informado declara con certeza para los participantes sobre la justificación del estudio, los procedimientos para la realización de la investigación, los posibles riesgos y molestias, así como los beneficios de participación, el compromiso de información de resultados, así como también el retiro de algún participante de la investigación.

VII. RESULTADOS

El presente estudio de investigación cualitativa muestra una relación de resultados de acuerdo a la información obtenida de los diferentes actores entrevistados; como fueron los directivos de enfermería de mandos altos, mandos medios y personal operativo que estuvieron inmersos en el proceso de evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería. Los actores manifestaron su pensar, su sentir y diferentes puntos de vista hacia dicho proceso. Se elaboró una matriz de resultados, que respondió a los objetivos planteados, en busca de realizar una definición y comprensión del objeto de estudio que fue el proceso de evaluación.

Los resultados muestran los elementos encontrados que se abordan como parte de la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería, se describe y se da un significado, a lo que manifestaron los directivos de enfermería Jefes de piso y personal operativo.

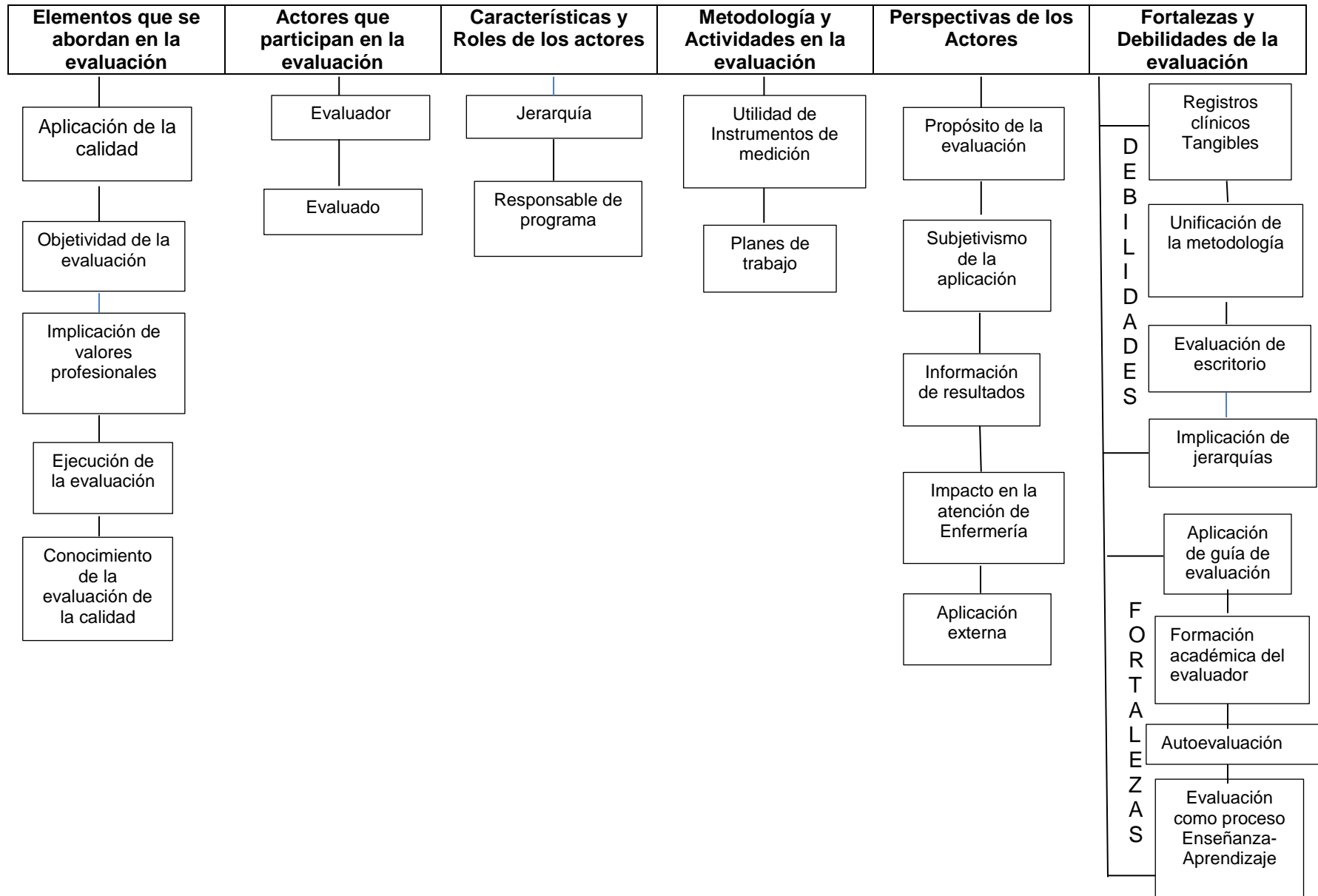
Se identificó a los actores que intervienen en el proceso de evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería, y las conductas que adoptan en función de las características y roles que desempeñan en la institución.

Así mismo; se describe la metodología, como un referente del conjunto de procedimientos y actividades que se realizan en la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería, para alcanzar su objetivo, que es dar cuenta de la calidad de la atención

Desde las perspectivas de los diferentes actores, se puede identificar su intervención en el proceso evaluativo, así mismo, se puntualiza en la última parte de la matriz de resultados, referente a la identificación de fortalezas y debilidades de la evaluación, se describe de acuerdo a la información obtenida.

Los temas derivados de la información obtenida se esquematizan de la siguiente manera:

Metaevaluación del proceso de evaluación de los indicadores de calidad de la atención de Enfermería



7.1 Del objeto de análisis

7.1.1. Elementos que se abordan en la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería

7.1.1.1. La aplicación de la calidad en la atención que proporciona la enfermera a los pacientes tiende a la mejora, sin embargo se encuentra implícito el recurso y la disponibilidad de las personas como un factor decisivo. Ante ésta situación, el personal de enfermería gestor mencionó:

Actor 1 “En general la atención es buena, pero nos falta, nos falta, mejorar la calidad...”

Actor 2 “Hay compañeras que tienen la disponibilidad de Trabajar con el recurso que haya, pero otras compañeras solo trabajan por rutina...”

7.1.1.2 La objetividad de la evaluación se determina por una actividad tangible, que mida la calidad de la atención que proporciona el personal de enfermería, al respecto el *Actor 1* menciona:

“Valoro al paciente, con la hoja de enfermería voy evaluando todos los ítems que marca la evaluación...”

7.1.1.3 La implicación de los valores profesionales determinan lo correcto en el actuar de acuerdo a los deberes exigidos y normas establecidas; en este sentido mencionaron:

Actor 1 “Debemos tener empatía con el paciente, siempre ponemos en el lugar del otro para dar lo mejor, como que nos falta eso...”

Actor 3 “Es difícil dar la misma atención por el tipo de personas que somos, no todas tienen esa entrega hacia el paciente, el cómo lo tratas, no todos somos iguales, entonces no es la misma atención...”

Actor 6 “Creo que una parte esencial de todos los directivos de enfermería, son esos valores profesionales, el compromiso que es sustancial para los logros, no solo de los indicadores de calidad, sino de todos los procesos donde interviene enfermería...”

7.1.1.4 La ejecución de la evaluación de la calidad de la atención de enfermería, se torna compleja, en función de la cantidad de la información recolectada, según lo menciona el *Actor 1*:

“A mí como jefe de piso, me piden que evalúe 10 pacientes por mes, pero algunas jefas, evaluamos, otras no evaluamos...”

Actor 3 “Para hacer una buena evaluación nos falta, quiero decirte que nos falta, al menos siento que a mí me falta, y nos requieren dos hojas diarias de indicadores...”

Actor No 16 “La jefe de piso me trae las evaluaciones, yo voy a confiar que ella hizo lo que tenía que hacer, sin

embargo cuando la evaluó observo que yo tengo una percepción de algún ítem, ella otra y ¡la realidad es otra!...”

7.1.1.5. El conocimiento de la evaluación de la calidad conlleva a actuar con calidad en la atención que proporciona el personal de enfermería, el cual es indispensable y observable durante éste proceso, el gestor de enfermería menciona:

Actor 3 “He insistido mucho a mi personal que debe conocer las obligaciones como servidor público, se encuentran inmersas en el contrato colectivo de trabajo, la normatividad que nos rige por ser trabajadoras del IMSS, en la Ley Federal de Trabajo, la Constitución Política inclusive, el desconocimiento de la enfermera nos lleva a no tener la calidad que siempre estamos buscando...”

Actor 2 “Tú sabes qué calidad de cuidados le das al paciente de acuerdo a tus conocimientos...”

Actor 7 “no tienen el interés por conocer, por documentarse si le voy a explicar al paciente debo tener el conocimiento...”

7.1.2. Actores que identifican los participantes en la evaluación

7.1.2.1. La evaluación como una de las actividades fundamentales de los servicios profesionales, está presente en el actuar de la enfermera, para mantener el servicio o atención oportuna y de calidad que satisfaga las necesidades de los pacientes, en la intervención de la evaluación se identifican diferentes actores o participantes.

Existe una variación en la identificación de dichos actores, al preguntar al personal de enfermería entrevistado contestaron:

Actor 1 “La jefe de piso, la subjefe, ahora lo está haciendo, antes solo lo hacía la Jefe de piso con la enfermera general...”

Actor 3 “Hay evaluaciones colegiadas donde se viene la subjefe de Enfermeras, inclusive la jefe de Enfermeras...”

Actor 6 “En la evaluación de los indicadores de calidad, todos participamos el papel fundamental y aquí primordial lo tiene la jefe de piso...”

7.1.3. Características y roles de los actores

7.1.3.1. En el trabajo evaluativo, las características y roles de los actores toman un papel importante, en donde se encuentran presentes las jerarquías, funciones, la identificación de roles del equipo evaluador y de los evaluados, al respecto el *Actor 1* dijo:

“Vas dando indicaciones, al enfermero que le toque y les digo, te evalué todo esto y esto te falta, y luego tienes que ir a dar una vuelta a ver si se hizo la actividad indicada, tienes que registrar todo lo que encontraste y le haces la observación a cada uno de los enfermeros...”

Actor 3 “Es muy importante en la evaluación que verifique que sí te hicieron las cosas...”

Actor 5 “Nosotros aquí en la evaluación de la calidad de la Atención de enfermería tenemos un rol al evaluar los indicadores de calidad...”

7.1.3.2. Responsable de programas. El gestor de mandos altos dirige el programa de evaluación y son responsables del proceso los que participan en él. Al respecto el Actor 5 manifestó:

“El jefe de piso, en cascada evalúa los indicadores de calidad de la atención de Enfermería...”

Actor 6 “Desde manera global hasta manera específica tengo yo que estar viendo a nivel global como estamos...”

Actor 10 “Considero que lo correcto para mantener estas evaluaciones bien, es una persona exclusivamente dedicada para esta evaluación, que emplee todo el turno a realizar los indicadores, que ella planee su programa, que indicadores va a ver cada día...”

Actor 16 “Las actividades de la evaluación no son equitativas, están cargadas más a un turno, que puede ser al matutino o vespertino, no evaluamos en el turno nocturno...”

7.1.4. Metodología y actividades de la evaluación.

7.1.4.1. Utilidad de Instrumentos de Medición. Es un aspecto importante e indispensable en la evaluación, para no caer en evaluaciones informales, que se traduzcan en resultados no confiables, tomar en cuenta las áreas técnicas, conocerlas a fondo y saber cómo aplicar en el contexto evaluativo los instrumentos de medición, al respecto los gestores de enfermería refirieron: aplicar

Actor 1 “Ya están establecidos los ítems que se tienen que evaluar que registres, como lo registres y cada cuando lo registres, no se ha establecido cuándo y cómo y cuánto evaluar...”

Actor 4 “realizamos observación, entrevista y verificación de las tareas de la enfermera a la cama del paciente, si la realiza o no...”

7.1.4.2. Los planes de trabajo se utilizan en la vida profesional y ayudan a mantener la organización, a través de ellos, se divide el proceso en tareas pequeñas y alcanzables, también se identifican las actividades que se quieran lograr. Con respecto al plan de trabajo el personal gestor de enfermería mencionó lo siguiente:

Actor 6 “Al inicio de año se les ponen las actividades a las jefes de piso, cuántos indicadores y qué van a evaluar...”

Actor 7 “Si tengo un cronograma para hacer las evaluaciones, pero casi nunca lo llevo a cabo...”

7.1.5. Perspectivas de los actores

7.1.5.1. Del propósito de la evaluación. La evaluación es un proceso vital para determinar la atención de calidad del personal de enfermería, es importante tomar en cuenta las diferentes perspectivas que tienen los actores involucrados en las prácticas evaluativas, en torno a esto, el *Actor 10* mencionó:

“Tenemos que informar al personal operativo como salimos en el indicador, que evaluación sacamos este mes y que estrategias voy a realizar para que el próximo mes vayamos mejorando...”

7.1.5.2. Subjetivismo de la aplicación. La evaluación desempeña un papel vital en la estimulación y planificación de cambios en la organización, dirigidos a mejorar la calidad en la atención de enfermería, de esta manera la información de la evaluación, no solo proporciona una guía para resolver problemas institucionales, sino que también influye en las decisiones acerca del principio, mantenimiento, aplicación o final de los programas o de su perfeccionamiento³⁸, para lo cual existe una gran distancia entre lo que manifestaron los actores entrevistados y lo ya mencionado que se traduce como evaluación irreal. Al respecto dijeron:

Actor 1 “No es real la evaluación en función de que no está establecida la muestra que debe ser para realizarla (se evalúan menos pacientes de los que establece el indicador)...”

Actor 2 “El personal no está acostumbrado a la valuación, hay apatía...”

Actor 9 *“La evaluación de la calidad no cumple con todos los rubros necesarios para poder decir que se lleva a cabo de manera real...”*

7.1.5.3. Información de resultados. Los resultados de la evaluación dan cuenta de la misma en la medición de la calidad. Al respecto el Actor 17 menciona:

“En los resultados nos dicen que todo está completamente Mal...”

Actor 19 *“Los resultados de la evaluación se generalizan y a mí me molesta que digan que sacamos ceros, cuando yo no tengo ceros...”*

7.1.5.4. Al realizar la evaluación de los indicadores de calidad se debe analizar los resultados y proponer estrategias de mejora para que se vea el impacto de la atención de enfermería, es difícil que suceda esto de acuerdo a lo que mencionó el Actor 6:

“La gente que tiene más de 20 años trabaja por inercia, por rutina lo que quiere es llenar el documento donde se valide que ella cubrió el requisito de evaluar los Indicadores de calidad...”

Actor 8 *“Debe haber objetividad en la atención de enfermería, si no la evaluación de los indicadores, repercute directamente en la atención...”*

7.1.5.5. Aplicación externa. Así mismo, los actores entrevistados consideran que la aplicación de la evaluación debe ser por alguien con experiencia y que tenga práctica en la misma, no incluir al jefe de piso en la evaluación, para que ésta trabaje de acuerdo a las observaciones o resultados de la evaluación, en este sentido mencionaron:

Actor 7 “Yo creo que la evaluación debe ser conducida por alguien de mucha experiencia y práctica, que te vaya guiando...”

7.1.6. Fortalezas y debilidades de la evaluación

En el análisis de actividades evaluativas de toda organización se valora la situación del proceso de evaluación que proporcione información al respecto, en este caso, se preguntó sobre fortalezas y debilidades de la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de Enfermería

7.1.6.1. Registros clínicos tangibles. Una debilidad en la evaluación, es la ausencia del registro de actividades que realiza la Enfermera, éstas deben ir documentadas en las hojas de registros clínicos ya que si no se realiza, a pesar de que la enfermera proporcione el cuidado, es como si no lo hiciera porque al momento de la evaluación no hay evidencias por escrito. Ante esta situación, los gestores de enfermería dijeron:

Actor 8 “Una debilidad de la evaluación, sería el registro, hacen las cosas y no las registran...”

Actor 16 “Casi no documentan, casi no apuntan, no registran las actividades realizadas...”

Actor 15 *“Nos falla mucho el registro, si no está registrado, no está realizado...”*

7.1.6.2. Unificación de la metodología. El contar con una metodología para llevar a cabo un programa, por medio de tareas que requieren habilidades en cualquier procedimiento es esencial para toda organización. Principalmente en cada una de las actividades de la evaluación.

Actor 6 *“Tenemos que establecer una metodología de la evaluación porque se tienen que presentar evidencias...”*

Actor 5 *“No tenemos una metodología bien establecida
Y que esa metodología sea estandarizada para todos los turnos para hablar de realidades...”*

Actor 9 *“No hay un criterio de unificación en cuanto a actividades y esto hace que uno no lleve a cabo correctamente los indicadores de calidad...”*

7.1.6.3 Evaluación de escritorio. La evaluación de los indicadores de calidad de la atención de Enfermería como proceso dinámico se ve desensamblada de lo que tiene que ser, ante esta situación los gestores de enfermería manifestaron:

Actor 5 *“A veces nos hemos dado cuenta que la evaluación es de escritorio, a la mejor en el mismo día, se evaluaron a los mismos pacientes, en los tres turnos, entonces estamos duplicando una misma información...”*

Actor 16 *“La evaluación debe hacerse con el paciente, en su unidad, no debe hacerse en escritorio...”*

Así mismo, el personal operativo manifiesta su sentir, al respecto de la evaluación de escritorio, mencionó:

Actor 18 *“Desde que llega, la jefa de piso está en su escritorio, hace falta que nos hablen un poco más de indicadores, que la evaluación sea con el paciente, más personalizada, paciente, enfermera y jefe de piso...”*

La evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería se debe realizar en la unidad del paciente para que sea real y objetiva, de esta manera se respeta también la metodología establecida para ello.

7.1.6.4. Implicación de jerarquías. Quien ejerce la autoridad en una institución, asume la responsabilidad de las actividades según su cargo. Con respecto a la evaluación, los actores mencionaron:

Actor 5 *“Es un reto para el personal directivo que participa en la evaluación convencerse de su papel en la gestión del cuidado y si él no está convencido, es más difícil lograr convencer al personal operativo...”*

Actor 7 *“Si se viera la presencia de los directivos haciendo por lo Menos una evaluación diaria, se fortalecería la evaluación...”*

Actor 16 *“Hace falta empoderarse, yo soy la jefe de piso, no tengo por qué ser mensajera, no, las jefes de piso no se lo*

creen y andan haciendo otras cosas que no les corresponden...”

Al haber una mayor precisión de líneas de autoridad, mayor es la efectividad en la toma de decisiones⁵⁶ con respecto a las áreas de mejora que surgen de los resultados de la evaluación, además de un aumento en la comunicación. Si no hay presencia de los directivos de enfermería, se limita la actividad de la evaluación.

7.1.6.5. Aplicación de una guía. Una guía es una parte integral de un proceso, la cual debe tener un objetivo, en el caso de la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de Enfermería, comentó el Actor 1:

“Como fortaleza, los indicadores de calidad son una guía para Realizar la Evaluación...”

Los indicadores de calidad de la atención de enfermería tienen el propósito de guiar la evaluación sistematizada de los servicios, de esta manera las enfermeras podrán evaluar sus servicios a partir de indicadores básicos, tomar decisiones al detectar oportunidades de mejora y/o proponer otros indicadores².

7.1.6.6. Formación académica del evaluador. Es importante que el personal de enfermería adquiera un nivel superior de estudios para que sus competencias logren dar cuenta del compromiso para realizar sus funciones en la atención de los pacientes y como gerentes en su práctica cotidiana

Actor 5 “Es una fortaleza tener directivos jóvenes y los niveles académicos, antes teníamos más técnicas ahora tenemos más licenciadas, más maestras...”

7.1.6.7. Autoevaluación .En la relación del evaluador con el evaluado durante la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de Enfermería, se puede generar un proceso, donde la Enfermera evaluada hace consciente su capacidad para juzgar sus logros respecto a sus tareas en la atención de los pacientes. En este sentido se menciona:

Actor 2 “Es una fortaleza en la evaluación, que la enfermera se autoevalúe, qué es lo que se tiene que retomar en cuanto a conocimientos y destrezas para la atención del paciente...”

7.1.6.8. Evaluación como proceso enseñanza-aprendizaje. Durante una evaluación realista, útil, el evaluador es educador, para ello, un elemento importante es la comunicación que se tenga con los evaluados para resolver dudas y plantear soluciones a los problemas observados en la atención a los pacientes. Al respecto el Actor 4 dijo:

“una fortaleza es que hay disponibilidad de la enfermera para Ser evaluada y se da la relación de enseñanza-aprendizaje, Sin embargo existe resistencia al cambio como una debilidad en la evaluación...”

En la relación que se da de enseñanza-aprendizaje durante la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería, el gestor de enfermería debe enseñar los propósitos de las tareas asignadas de la evaluación, así como expresar comentarios positivos acerca del rendimiento de su personal que se observa en ese momento, para que el conocimiento que se aprende en la evaluación sea significativo y permanente en el personal que proporciona la asistencia para favorecer la calidad de la atención.

VIII. DISCUSIÓN

Los resultados encontrados en este trabajo de investigación, dan cuenta del logro en la descripción e identificación del proceso de evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería, a través de la Metaevaluación. Para responder, dar sentido y explicar el significado del conjunto de actividades humanas que se conocen como evaluación de acuerdo al documento de Dopico-Mateo⁵, que habla sobre ello.

De los elementos que se abordan en la evaluación, se encontró que la aplicación de la calidad por parte de la enfermera se visualiza desde la gestión del cuidado, al respecto, se menciona en un estudio sobre enfermería basada en evidencia y gestión del cuidado, que se debe originar un liderazgo efectivo en la gestión de los equipos de trabajo, para ello se proponen programas de evaluación y mejoramiento continuo del cuidado de enfermería¹⁵, se necesita actuar con calidad en los tratamientos de los pacientes y observar los resultados esperados²⁸. En este sentido, el personal de enfermería de mandos medios mencionó durante las entrevistas, que la calidad que se proporciona de manera asistencial se ve disminuida; esto no concuerda con lo que la teoría indica, la cual menciona que la calidad es hacer lo correcto de forma correcta todo el tiempo⁶.

De tal manera, la dirección de los servicios de enfermería⁵⁶ cuenta con principios para que la enfermera profesional de la actualidad, no se limite a una práctica tradicional, su propia evolución y las condicionantes de su entorno implican una práctica responsable y de calidad.

Por lo tanto las estrategias de la dirección de los servicios de enfermería como: la delimitación del campo de actuación en relación con la disciplina enfermera, la gestión de la continuidad de los cuidados, establecer sistemas de comunicación e imagen profesional etc., mejoran la calidad de la atención y son necesarias para

alcanzar una adecuada planificación⁵⁷ y gestión de los servicios enfermeros en el marco del cuidado de la salud.

Cabe señalar que los actores entrevistados dijeron que hay falta de recursos para proporcionar una atención de calidad, pero se puede trabajar con lo que se cuenta, lo importante es la actitud de la persona al realizar las diferentes actividades en el cuidado enfermero, así como también la actitud de los gestores en su quehacer cotidiano. Al respecto se observó de acuerdo a la información del diario de campo, que en ocasiones no se desempeña una actividad tangible, por ejemplo desde que se recibe el turno la observación directa al paciente es fundamental para incidir en una atención de calidad, pero la información obtenida menciona que los gestores realizan el enlace del turno desde el escritorio.

Al no recibir a los pacientes en físico, se limita la valoración para detectar donde está fallando la evaluación; se pasan por alto situaciones que se pueden detectar al momento de recibir a los pacientes, como: observar las sondas Foley tiradas en el piso, los filtros abiertos de los equipos de venoclísis, algunas camas sin barandales etc.

Los actores entrevistados mencionaron que debe haber objetividad en la evaluación cuando se mide la calidad. De esta forma, se menciona en el DOF SSA³², la creación de la Comisión Permanente de Enfermería que determina los lineamientos para la evaluación de la calidad objetiva de acuerdo a la metodología utilizada, pero la realidad en la práctica de la evaluación, la metodología es confusa, se demuestra al mencionar las actividades que realiza la jefe de piso; se cumple con el llenado de los formatos de evaluación llevando esas actividades de manera discontinua.

Los valores profesionales del personal de enfermería, se ven inmersos en la evaluación de la calidad, desde que ésta constituye el paradigma dominante en la

atención a la salud. Según Avedis Donabedian uno de los elementos de la calidad asistencial es lo interpersonal, manifestado por el actuar de la enfermera hacia el paciente.

Los valores profesionales hacen de la enfermera un ser humanista con capacidad innovadora, regida por el pensamiento crítico⁵⁸, a este respecto, los actores entrevistados manifestaron que existe debilidad en ellos y repercute directamente en la evaluación de la atención de enfermería, ya que éstos son valores humanos, contextualizados y orientados a la profesión, en ellos existe una relación entre los profesionales tanto operativos como gestores, y el paciente. Estos valores se manifiestan por el entusiasmo en el trabajo⁵⁸, el compromiso, la responsabilidad, el impulso para la creatividad y como resultado, la consecución del éxito en todas las actividades realizadas.

Esta contextualización de los valores profesionales⁵⁹, contrasta con lo que mencionaron los actores entrevistados, donde el logro de la calidad en la atención, no se visualiza, no existe empatía con el paciente, que es la razón de ser de la enfermera, ante ésta situación, el gestor debe cumplir una función sustantiva, debido a que su formación como profesional del cuidado incluye competencias técnicas y de gestión de esta forma se pueden utilizar las habilidades del proceso administrativo para encausar el mejoramiento de la calidad de la atención

En la actualidad existe un modelo de gestión por valores⁵⁷, que supone el desarrollo del potencial de las enfermeras en su rol asistencial, para que el contraste de lo que menciona la teoría, con la realidad que se vive se modifique a favor tanto del personal de enfermería como de los pacientes.

Se encontró que al ejecutar la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería y el análisis de ésta, proporciona resultados complejos, al no

efectuar una evaluación efectiva o generalizar los mismos, al respecto, un estudio sobre evaluación del cuidado menciona que se pueden lograr resultados efectivos si las actividades a nivel de gestión de calidad, su medición y mejora⁶⁰, se consideran como una línea estratégica importante para conocer el nivel de calidad alcanzado en los servicios de enfermería. En este sentido Daniel Stufflebeam³ menciona que la evaluación debe ser realizada tan objetivamente como sea posible para que los resultados culminen en juicios y recomendaciones también objetivas, que tengan un impacto favorable del objeto evaluado (calidad de la atención de enfermería), así como promover la comprensión de los fenómenos implicados en el proceso (durante la evaluación)

Existe una área de mejora en lo que respecta al conocimiento de la evaluación por el personal de enfermería; por la falta de actualización, resistencia al cambio, el propio desconocimiento del quehacer enfermero, o el temor a la evaluación. En este sentido, los conocimientos^{61,29} que el personal de enfermería posea, son fundamentales para que la evaluación de la calidad de la atención de enfermería sea un proceso efectivo en relación a las actividades realizadas en tiempo y forma, además como lo menciona Pamela H¹⁰(seguridad del paciente y calidad) la enfermera es un actor profesional de la salud, cuyo conocimiento está diversificado y se encuentra en todos los escenarios relacionados con el cuidado de la salud.

De esta manera, conforme el personal de enfermería posea el conocimiento de la evaluación, se tornará como un factor en función de la habilidad⁶² que se posea para organizar dicho conocimiento. Así mismo, existe un elemento para que el personal de enfermería muestren en su actuar la calidad y el interés hacia la evaluación, que es la motivación, aquí, el gestor cumple una función importante en el empleo de diversas estrategias para ello, además de ver el tipo de instrucción que recibe su personal.

Lo anterior encamina, tanto al personal operativo, como al gestor, al desarrollo de habilidades cognoscitivas que favorezcan las actividades de cada miembro del equipo de Enfermería en bien de la atención de calidad que se proporciona al paciente y que al momento de la evaluación, ésta cumpla con la calidad requerida.

Durante el trabajo de campo, se identificaron los actores que intervienen en el proceso de evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería. Estos actores durante las entrevistas mencionaron su participación en la evaluación colegiada, si entendemos que la función de hacer algo colegiado⁶³, en este caso la evaluación, se refiere a una corporación de personas, donde se realiza un trabajo previo cuya función es planificar, organizar y dirigir las actividades colegiadas. Al respecto, se observó, que en ocasiones no participan todos los directivos, solamente la jefe de piso y la enfermera encargada del paciente, en otras ocasiones participa, además de los actores ya mencionados la subjefe. Los datos recogidos por medio del trabajo de campo mostraron que la participación en la evaluación de los diferentes actores depende en gran medida del turno. En el turno matutino se da en ocasiones la evaluación colegiada con la participación de todos los actores, como: de la Jefe de Enfermeras, la jefe de enseñanza, la subjefe, la jefe de piso y la enfermera general.

No así en el turno vespertino que en ocasiones la evaluación la realiza la subjefe con la jefe de piso y la enfermera general o solamente la jefe de piso y enfermera general. La dinámica de la evaluación se presenta de forma diferente en el turno nocturno, interviene el subjefe, evalúa al paciente él solo sin la presencia de la jefe de piso o de la enfermera general, y por lo regular la jefe de piso también evalúa a los pacientes ella sola, no se da la evaluación colegiada en el turno nocturno.

En este sentido, es importante que se le dé peso a la evaluación colegiada, ya que los evaluadores y evaluados, cumplen un valor sustantivo en dicho proceso, al

complementar la evaluación en su conjunto y vislumbrar desde diferentes puntos de vista una retroalimentación para todos, independientemente del nivel de jerarquía que posean

Las características y roles de cada actor inmerso en el proceso de evaluación de los indicadores de calidad de la atención de Enfermería, son de carácter jerárquico unidireccional, que se manifiesta por dar solamente indicaciones sobre actividades a realizar en función de la mejora de la calidad, sin que el personal subordinado en ocasiones atiende a dicha indicación, además solo se reconoce la jerarquía de mandos altos por su función de ser responsable de algún programa que se tiene que llevar a cabo, sin que esto repercuta en la atención para aumentar la calidad y por ende en la medición de la misma. En torno a esta situación en un estudio donde se refiere a Aiken, Smith y Lake¹⁵, mencionan que la asociación entre las características de la organización (niveles jerárquicos) y los resultados clínicos (medir la calidad por medio de la evaluación) influyen en el cuidado de enfermería con calidad, así como también los mismos autores han constatado que el rol del enfermero, la relación enfermero-paciente, el liderazgo clínico, la autonomía y responsabilidad en el cuidado del paciente se relacionan con mejores indicadores de calidad.

Los roles y actividades del profesional de enfermería, deben guiar el ejercicio profesional¹⁵, tanto en su rol independiente y como parte de un equipo multidisciplinario. Se observó que hay un gestor de mandos altos que dirige el programa de evaluación y todos los gestores que participan en él son responsables de dicho programa, en este sentido, el gestor de mandos altos, cumple con su rol en el proceso de evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería. También se observó que el personal de enfermería de mandos medios realiza múltiples actividades fuera de sus funciones, a pesar de conducirse de manera jerárquica existe un desfase del rol que desempeña como evaluador.

Una metodología establecida, genera actividades organizadas, que no son dispersas, sin embargo se observa que existe confusión en cuanto a ella, de acuerdo a lo que manifiestan los gestores de enfermería. En la mayoría de las ocasiones, las actividades de evaluación pasan a ser una evaluación informal, no terminada, de escritorio, de juicios rápidos, e intuitivos, en este sentido Daniel Stufflebeam³ menciona con respecto a la metodología de la evaluación: para llevar a cabo una metodología evaluativa que proporcione resultados de relevancia, rigor y objetividad, se debe necesariamente enfrentarse a las complejas áreas de la epistemología, las ciencias informáticas, los proyectos de investigación, las valoraciones, la comunicación etc., muchos principios, instrumentos y estrategias de estas áreas son importantes para la evaluación sistemática, lo cual no se encontró en este estudio, de acuerdo a la información obtenida por los diferentes actores entrevistados.

En este sentido, están establecidos los instrumentos de medición para la calidad de la atención, pero al no llevar una metodología adecuada, estos se tornan sin sentido o no útiles y va a influir en el plan de trabajo tanto del gestor como del personal operativo, al no alcanzar la realización de las actividades asistenciales y de gestión, porque los planes de trabajo tienen que ser dinámicos, deben vivirse, para que las tareas evaluativas se logren y el proceso de evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería se realice de una manera continua y equitativa.

De esta manera, al tener una metodología para la evaluación de la calidad, según los autores de garantía de calidad a nivel empresarial^{20,21,22}, se debe seguir una dirección en la organización a través de las técnicas administrativas, las cuales incluyen a la evaluación. A pesar de que la calidad de la industria, no se pueda comparar con la calidad asistencial, se puede aprender de ella en cuanto al logro de la calidad total de la atención, como lo mencionaba uno de los actores entrevistados, decía: que la calidad significaba no tener errores.

Los actores entrevistados manifestaron sus perspectivas sobre el proceso evaluativo dijeron, que había un desfase de lo que debe ser la evaluación e inconformidad sobre el proceso, por lo tanto al hablar de perspectivas que resalten el carácter estratégico de una evaluación, House.E⁴¹ menciona que la evaluación es el proceso de identificar, obtener y proporcionar información útil, con lo cual se va a promover la comprensión de los fenómenos implicados en la evaluación que soslayan las perspectivas actuales de cada actor implicado en el proceso de evaluación, que generen resultados y cuyo sentido sea emitir un juicio de valor, documentado e informado con base en mediciones, análisis, diagnósticos, que sean útiles para tomar decisiones.

Así mismo, los indicadores de calidad de la atención de Enfermería fueron seleccionados por su importancia³⁸, en el control de riesgos y daños innecesarios a los pacientes y por ser algunos de los más frecuentes en la práctica diaria y su cumplimiento ser responsabilidad directa de Enfermería, en este sentido, de acuerdo a la teoría, no se debería presentar un desfase como lo mencionan los actores entrevistados, por ser los indicadores inherentes a la profesión, además hay la flexibilidad en la CIE¹ al indicar que se puede elaborar otro u otros indicadores de acuerdo al contexto de cada institución, para ser evaluados.

El propósito de la evaluación es determinar la calidad de la atención que reciben los pacientes, se necesita ser eficaz y eficiente en las actividades que se desempeñan³⁹. En contraste, los actores entrevistados refieren no ver este propósito en la evaluación que realizan por diferentes perspectivas como es que la evaluación no es real al no tener una muestra determinada, que jefatura de Enfermería no exige lo suficiente debido a que algunos gestores realizan la evaluación y otros no.

Lo anterior se traduce en un subjetivismo de la aplicación de la evaluación, al no cumplir con el rigor, la relevancia y objetividad de la misma, lo cual da como

consecuencia que los resultados de ésta den cuenta de una medición generalizada y subjetiva. En nuestra visión consideramos que, la gestión del cuidado de Enfermería y las estrategias para ello se da en función de los resultados de la evaluación, y no ha teniendo el impacto deseado en la atención, por el trabajo rutinario, por la falta de personal, por la actitud, entre otras situaciones determinantes para la evaluación de la calidad, además de que la evaluación en ocasiones solo se realiza por requisito y el llenado de los formatos, no cumple con la característica de utilidad.

Los actores entrevistados mencionaron como una perspectiva más la necesidad de que exista una evaluación externa a ellos, que se encargue de ese proceso por el tiempo limitado que ellos tienen para la realización del mismo. La evaluación externa, se tomaría como un proceso integral de gestión para la mejora de la calidad de la atención.

En estos resultados, se identificaron fortalezas como algo que es correcto y que apoya las actividades de la evaluación, así como también debilidades, las cuales son factores vulnerables que intervienen en la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de Enfermería

En este sentido, entre las fortalezas de la evaluación, los actores entrevistados mencionaron que los indicadores de calidad son una guía importante para realizar la evaluación, orientar las actividades de mejora, mediante la implantación de acciones preventivas y el control de los resultados obtenidos; que se traduce en permitir tener un control del proceso de la calidad, de manera que si supera los límites admisibles se tomen las medidas correctoras y preventivas correspondientes³³. Los actores entrevistados mencionaron la importancia en la evaluación de tener esa guía, ya que al realizar la evaluación es una actividad que hace fuerte al gremio y lo distingue de las demás categorías laborales de la Institución.

Así mismo mencionaron que el grado académico de los evaluadores es un factor significativo. Los gerentes destacan la formación profesional como un determinante para asumir cargos de gestión⁶⁴. Igual menciona un artículo de investigación que refiere que el aumento de la competitividad ha exigido cambios por parte de las instituciones de salud para buscar calidad en sus servicios, En ese sentido, el gerente de enfermería ha asumido un importante papel en los servicios de salud, sobre todo en el ámbito hospitalario, ya que es el responsable de la gestión de los servicios de Enfermería y por tomar medidas que integren las áreas administrativas, asistenciales y de enseñanza/investigación, con el objetivo de obtener una atención de calidad²⁴.

De esta forma la institución debe valerse de su personal preparado⁶⁵, con una visión vanguardista, que ese personal sea tomado en cuenta para elevar la calidad de la atención de Enfermería y que por ende, impacte en la evaluación de los indicadores de calidad, ante esta situación, los datos recogidos en el diario de campo difieren de lo anterior, en múltiples ocasiones la institución nivela a una categoría superior a Enfermeras generales que no cuentan con el perfil del gestor, lo que repercute en la evaluación de los indicadores de calidad, se observó que este personal no tiene la visión de un gestor, el gestor cuando recibe el turno empieza a evaluar con una mirada amplia el estado y situación de los pacientes, ubica (planifica) todas sus funciones mentalmente a la vez que las organiza, para finalmente dirigir y evaluar procesos en un lapso de 8 o 12 horas, lo que dura un turno

Otra fortaleza es la autoevaluación, lo cual es un elemento clave de la evaluación, de esta manera el personal de Enfermería, juzga sus logros respecto a sus tareas. La autoevaluación como tema en educación, es relativamente reciente, causa interés en la medida de ser un recurso para valorar el estado que guardan las instituciones⁶⁶. Aplicado al ámbito de la Enfermería, durante la evaluación de los indicadores de calidad, se puede emplear ya que la evaluación es constante y siempre está presente en los procesos administrativos del hospital.

De esta manera, la autoevaluación, practicada como un ejercicio individual, ya se trate de un sujeto social o personal, requiere del acompañamiento de otros actores como estrategia para resolver las dificultades planteadas por la autocomplacencia o la exigencia desmedida; es así como se da paso a la construcción de una autoevaluación asistida que haga realidad los planteamientos asumidos durante la evaluación⁶⁶

El proceso enseñanza-aprendizaje, que se puede dar durante la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de Enfermería, es una fortaleza, Debemos aceptar que la enseñanza y el aprendizaje son dos procesos diferentes, ontológicamente dependientes uno de otro, y que son abordados desde diferentes áreas de conocimiento (Fenstermacher, 1986). Por tanto, es importante enfocar la relación entre ambos desde una perspectiva sistémica⁶⁷.

En la información obtenida, los actores entrevistados hablan de fortalezas de la evaluación, mencionan, que son relevantes, éstas son diferentes a lo que el autor, Daniel Stufflebeam dice al respecto, “la evaluación presenta fortalezas tales como la utilidad, factibilidad, ética y exactitud, fortalezas que deben estar presentes en el proceso de la evaluación.

Son importantes las fortalezas identificadas por los actores entrevistados, porque hablan de su realidad, de lo que viven en el proceso de evaluación, a ello, si se le agrega las fortalezas de la evaluación sistemática, el proceso es posible de mejorar en beneficio de la calidad de atención en la aplicación de los indicadores.

Si bien, existen fortalezas en el proceso de evaluación, también hay debilidades que son, como se mencionó anteriormente, puntos vulnerables de dicho proceso

Una de las grandes debilidades encontradas en la evaluación, es el no registro de las actividades realizadas.

Los registros tangibles son evidencias de la atención asistencial que al ser evaluadas determinan la calidad. Se menciona que existen ciertos factores^{66,68} para no plasmar en las hojas de registros clínicos el actuar, entre algunos factores se encuentran: falta de conocimiento para plasmar por escrito el trabajo realizado, inadecuado formato de la hoja de valoración vigente, inadecuada infraestructura en las unidades y falta de tiempo. En la información obtenida por medio del diario de campo, se registró que la Enfermera operativa cuenta con el tiempo suficiente para hacer sus anotaciones, sin embargo, no hay concreción en las notas que realizan y el personal gestor al realizar alguna observación, se concreta a hacerla verbal, y en lugares no oportunos (pasillo).

Así mismo, al realizar las evaluaciones y los gestores no unificar la metodología, los resultados no son significativos. El instituto, cuenta con una metodología establecida que salió a la luz durante la supervisión. Esto se observó durante el trabajo de campo, de nivel central asentaron formatos para realizar la evaluación con una metodología adecuada y unificada de acuerdo a la normatividad ya establecida.

De igual manera, la evaluación de escritorio es una gran debilidad, el gestor plasma en los registros de evaluación algo subjetivo, la no presencia del evaluador en el sitio del paciente, no valida en gran medida la calidad de la atención, la evaluación no es clara y tal vez no exacta, además se duplica, ya que se evalúan los mismos pacientes en los tres turnos.

La CIE^{1, 2} en su carácter propositivo al definir como prioridad el proyecto para la evaluación de la calidad de la atención de enfermería, estableció una metodología para realizar la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería, ante esto, se necesita que el personal gestor de enfermería lleve a cabo en cascada esta información y determine en su contexto la evaluación sistemática de los indicadores de calidad de la atención de enfermería

En el proceso de gestión de la calidad, el liderazgo es un factor importante, presente en la implicación de jerarquías, el personal administrativo de Enfermería es apático en el momento de realizar las funciones que le corresponden, lo que origina problemas laborales que repercuten en el cuidado del paciente y en las relaciones interpersonales con el equipo multidisciplinario.⁶⁹

IX CONCLUSIONES

La información clave para determinar el proceso de evaluación gira en torno a los gestores de enfermería, de acuerdo a sus funciones, están inmersos de manera directa en la aplicación de la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería. A pesar que se entrevistó a personal operativo, la información que proporcionó fue importante, sin embargo la visión es diferente al gestor, debido a sus funciones asistenciales y participación en la evaluación de manera inconsistente.

De esta forma las funciones que realiza el gestor de enfermería durante la evaluación son limitadas por sus múltiples actividades, empleando gran parte de su tiempo para ello de una forma constante, ese tiempo se emplearía enfocado a la evaluación y gestión del cuidado.

En este sentido la calidad, a pesar de que es un factor que es tomado en cuenta, aún se debe perseverar en ella para que se demuestre en las actividades de la evaluación incluyendo el correcto actuar del personal de enfermería.

Para llevar a cabo la evaluación se necesita tener conocimiento de ella y de lo que implica, tanto el personal gestor como el personal asistencial, sin embargo hay poco interés en las enfermeras por documentarse al respecto.

Hay una debilidad en el empoderamiento de la categoría como gestor, que se manifiesta por un liderazgo agotado en el manejo del personal operativo. Se observó que la prioridad de las actividades que realiza el gestor, no trascienden en la atención de calidad, generalmente el personal operativo realiza sus actividades sin una supervisión constante, agregando un factor limitado a la calidad de atención.

En relación a las actividades colegiadas de evaluación, se pudo constatar por medio de la información del diario de campo que la evaluación la hace el jefe de piso en ocasiones con el paciente y en otras ocasiones desde el escritorio, sin llevar al operativo a confirmar las mismas ante el paciente y con lo que registra o no registra en las hojas de registros clínicos, a pesar de que en las entrevistas se habló de que se realizaba evaluación colegiada en el área del paciente.

Para realizar la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de Enfermería, no basta solamente con los formatos establecidos y que tengan utilidad, a pesar de que estos sean estandarizados, se debe tener el rigor de una metodología que lleve tanto, al cumplimiento de esa evaluación como al establecimiento de resultados fidedignos y útiles en la toma de decisiones. De esta forma los planes de trabajo creados ayudan a mantener la evaluación en un lugar óptimo, donde todos los integrantes del equipo evaluativo son responsables, por lo que se observó en los actores estudiados, que esta cualidad se disgrega.

Existe una falta de comunicación e información con respecto a lo que se dictamina sobre la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería de parte de los directivos de enfermería hacia el gestor de mandos medios, de acuerdo a lo que manifestaron los actores entrevistados, mostraron confusión, no saber con exactitud el número de evaluaciones a realizar, ni definir la forma de evaluar.

En la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería existen debilidades, las cuales como área de mejora se pueden superar con las fortalezas que existen en la evaluación.

Por lo anterior, el proceso de evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería es discontinuo, no se lleva a cabo la metodología

establecida, los resultados están de acuerdo con la percepción del gestor, más que con la validación objetiva que se debe realizar.

X. COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES

Sugerencias

Las sugerencias realizadas se tornan en tres vertientes: para la Institución, para los gestores de enfermería y para la propia investigación

Institución:

Para la realización de una evaluación sistemática, no basta con tener formatos estandarizados o guías de evaluación ya establecidos, por lo que se sugiere la implementación de un comité de calidad, encargado de la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería. El comité incluso fungiría como un evaluador externo de expertos, cuyas actividades se centren exclusivamente en la evaluación

Gestores de enfermería:

Se sugiere que los gestores de enfermería encargados de llevar a cabo la evaluación (comité de evaluación, o en su defecto directivos de mandos altos y mandos medios), tengan por escrito un cuadro metodológico al inicio de su rol en los servicios, flexible a ser modificado, de acuerdo a las situaciones encontradas en el servicio.

En este sentido, la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería deja de ser una finalidad, para convertirse en un medio de perfeccionamiento y mejora constante durante el proceso de la misma y no al final en donde solamente se piden las evaluaciones ya realizadas para hacer el análisis de ellas y presentar resultados.

Se propone un modelo para la evaluación de la calidad (ver apéndice), que consta de cuatro fases: Evaluación de contexto, evaluación de entrada, evaluación del

proceso y evaluación del producto, dicho modelo se puede aplicar en dos vertientes, una para evaluar el propio trabajo del gestor de enfermería y la otra para evaluar a una persona o grupo de personas inmersas en actividades de evaluación.

Investigación:

Se propone, dar continuidad a la investigación de acuerdo a las sugerencias arriba mencionadas.

Como una derivación de este estudio, se sugiere enfatizar en el liderazgo del gestor de enfermería de mandos medios, ya que éstos son una pieza fundamental de interrelación entre el personal operativo y el personal directivo.

Se propone que se realice con la técnica de grupos focales, en este caso, además de facilitar el aumento de conocimientos sobre temas concretos, permite expresar y liberar sentimientos, muchas veces compartidos, lo que tendría un efecto terapéutico, además de permitir soluciones o campos de actuación consensuados, es decir tratar de reproducir el discurso ideológico cotidiano como creencias, expectativas, deseos, resistencias, temores conscientes o inconscientes que surgen durante la interacción de evaluadores y evaluados.

Limitantes de la Investigación

Una limitante en las entrevistas, fue, que el personal de enfermería tanto gestores como operativos no tienen una forma de vida que incluya la realización de una conversación con grabación de su voz, por lo que demostraron ansiedad en relación al acontecimiento y lo manifestaron abiertamente al finalizar la entrevista.

XI REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Programa Nacional de Salud 2001-2006. Programa de Acción: Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. [Documento en Internet] [acceso 5 de noviembre de 2013] Disponible en: http://dgces.salud.gob.mx/ocasep/doctos/doc_03.pdf
- 2.- Comisión Permanente de Enfermería. Indicadores de Enfermería. [Documento en internet] 2002. [acceso 6 de noviembre de 2013] Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/dgces/indica>
- 3.- Stufflebeam D. Shinkfield A. Evaluación sistemática. 2ª impresión. España: Paidós; 2011.
- 4.- Gaviria N. La evaluación del cuidado de enfermería: un compromiso disciplinar. Scielo. [revista en internet] 2009 enero-junio. [acceso: 15 de julio de 2014]; vol. 27 (1). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105213198002.pdf>.
- 5.- Dòpico M. Metaevaluación: ¿Por qué y para qué? Universidad de la Habana Cuba. [Documento en Internet]. 2003. [acceso 11 de enero de 2014). Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/prevemi/metaevaluacion.pdf>
- 6.- Malagón L, Galán M, Pontón L. Garantía de Calidad en Salud. 2ª ed. México: Médica Panamericana; 2006.
- 7.- OMS. [sede Web] Ginebra, Suiza. 2013. [acceso 15 de octubre 2013]. Derecho a la salud; [aproximadamente 2 pantallas]. [Documento en internet]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- 8.- Orrego S, Ortiz Z. Calidad del cuidado de Enfermería. Redalcy.org [revista en internet] 2001 septiembre. [acceso 7 de noviembre de 2013]; vol. XIX (2) Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105218301007>
- 9.- Llíneas Delgado. Evaluación de la calidad de la atención en salud, un primer paso para la reforma del sistema. Redalcy.org [revista en internet] 2010. [acceso 5 de noviembre de 2013]; 26(1). [pp. 143-154] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81715089014>
10. - Pamela H. M. Definición de Seguridad del Paciente y cuidado de la calidad. En: Ronda G Hughes. Seguridad del paciente y Calidad: Una evidencia basada en el manual para enfermeras. AHRQ Publication N0. 08-0043. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality; 2008. [internet] [acceso 3 de noviembre 2013] Disponible en: <HTTP://www.ncbi.nlm.nih.gov>

11.- Aranaz A. La calidad en los Servicios Sanitarios: Una Propuesta General Para los Servicios Clínicos. Sociedad Catalana de Neurología [sitio Web] [acceso: 7 de noviembre de 2013] Disponible en: <http://www.uninet.edu/neurocon/congreso-1/conferencias/asistencia-7.html>

12.- Gómez R, Soto G, Arenas G, Garzón S, González V, Mateus G. Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. Avances en enfermería [revista en internet] 2011 julio-diciembre. [acceso 10 de noviembre de 2013]; vol. XXIX (2). [pp. 263-374] Disponible en: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35831/37099>

13.- Carrillo M. et al. Cumplimiento del indicador de calidad trato digno proporcionado por el personal de Enfermería. Rev. Enf. Inst. Mex. Seguro Soc. [revista en internet] 2009. [acceso: 16 de noviembre de 2013] vol. 17 (3): [pp.139-142]. Disponible en: <http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/>

14.- González O. La enfermera experta y las relaciones interpersonales. Redalcy. Org. [revista en internet] 2007 octubre. [acceso: 10 de noviembre de 2013] vol.7 (2): [pp.13^o-138] Disponible en: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/viewArticle/108/217>

15.- Rodríguez C, Paravic K. Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. Enferm. Glob. Scielo. [revista en internet] 2011 octubre [acceso: 10 de noviembre de 2013] vol.10 (24) Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412011000400020&script=sci_arttext

16.- Gaviria L. La evaluación del cuidado de enfermería: un compromiso disciplinar. Invest. Educ. Enferm. [revista en internet] 2009 enero-junio [acceso: 9 de noviembre de 2013] vol. 27 (1) Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-53072009000100002&script=sci_arttext

17. - Scriven M. Evaluating Evaluations: a meta/evaluation: checklist. First version. [internet] circulated march3, 2010, the fourth revision was dated 3.13.11, this is 9th ed., 8.16.11. [acceso: 15 Junio 2015] Disponible en: http://michaelscriven.info/images/EVALUATING_EVALUATIONS_8.16.11.pdf

18. - Stufflebeam D L. Goodyear L. Marquart J. Johnson E. Guiding Principles checklist for Evaluating Evaluations. [internet] based on the 2004 Guiding Principles for Evaluators1September 19, Documento en internet. [Acceso: 15 Junio 2015]. Disponible en:

<https://www.wmich.edu/sites/default/files/attachments/u350/2014/aeaguiding-principles.pdf>

19. - Fields, Jan, "A Metaevaluation of Evaluations of Health Care Programs that Employ the Chronic Care Model" [internet] (2014). Dissertations. Paper 241. [acceso: 15 de Junio 2015] Disponible en: <http://scholarworks.wmich.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1243&context=dissertations>

20.- Cruz R. "Historia de la Calidad" Excellentia [internet] [pp. 8-14] [acceso: 16 de diciembre de 2013]. Disponible en: <http://www.tecnologiaycalidad.galeon.com/calidad/6.htm>.

21.- Juran J.M, Gryna F. Análisis y Planeación de la Calidad. 3ª ed. México: Mc Graw Hill; 2001.

22.- Ishikawa K. ¿Qué es el Control Total de Calidad? 2ª ed. Colombia: Gpo. Editorial Norma; 1985.

23.- Lorenzo M, Mira S, García E. Gestión de la Calidad. Evolución histórica. En: Ayuso M. Grande S. La gestión de Enfermería y los Servicios Generales de las Organizaciones Sanitarias. España: Ed. Díaz de Santos; 2006. Pág. 527-530

24.- Ortega V. Suárez V. Manual de Evaluación de la Calidad del Servicio de Enfermería. 2ª ed. Editorial Médica Panamericana: México; 2009.

25.- Otero J. Avedis Donabedian y la Calidad de la atención de salud. Boletín trimestral NAADIIR/AL [Internet] 2001 mayo- junio. [acceso: 10 de octubre de 2013] Disponible en: http://ssuu.com/camanriq/docs/avedis_d2.- Continuidad y cambio en la búsqueda de Calidad. Avedis Donabedian, M.D., M.P.H.(1)

26.- Avedis Donabedian, M.D., M.P.H. Continuidad y cambio en la búsqueda de Calidad. Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan. Revista Salud Pública de México. [internet] 1993 mayo – Junio.[acceso: 11 octubre 2013] vol. 35 (3);[pp. 238-247]. Disponible en: <http://issuu.com/camanriq/docs/continuidad-y-cambio-en-la-busqueda-de-calidad>

27.-Tarimo E, Creese A. Salud Para Todos en el Año 2000. [internet] [acceso: 15 de octubre de 2013]. Disponible en: whqlibdoc.who.int/publications/1991/9243561324.pdf

28.- Programa de Acción Específico 2007 2012. Sistema Integral de Calidad en Salud. SICALIDAD. [Internet] [acceso: 7 de Noviembre de 2013]. Disponible en: http://www.calidad.salud.gob.mx/doctos/calidad/pa_sicalidad.pdf

29.- Cabarcas O. Gestión de la calidad del cuidado de Enfermería con principios éticos. Revista Ciencias Biomédicas. [Revista en internet] 2011[acceso: 15 de noviembre de 2013]; vol. 2(1) Disponible en: <http://www.revistacienciasbiomedicas.com/index.php/revcienciomed/>.

30.- Salvatierra F. Rivera Q. Gestión del cuidado. Esencia del ser Enfermera. CIES Centro de Investigación Educación en Salud. [Internet] [acceso: 6 de octubre de 2013] Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/103291478/Articulo-Gestion-Del-Cuidado#scribd>

31.- Manual guía para la definición e implantación de un sistema de indicadores de calidad. [internet]. [acceso: 15 de enero de 2014]. Disponible en: http://www.redeuparc.org/sistema_calidad.../ManualGuiaIndicadoresdeCalid..

32.- Diario oficial de la federación SSA Acuerdo por el que se crea la Comisión Permanente de Enf. [internet]. [acceso: 15 de enero de 2014]. Disponible en: <http://ordenjuridicodemo.segob.gob.mx/Federal/.../Acuerdos/.../25012007>

33.- Ortells A, Paguina M. Indicadores de calidad y seguridad del paciente en la enfermería de urgencias: un valor seguro. Enfermería Global. [revista en internet] 2012.[acceso 05 de febrero 2014]; (26) Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000200012&lng=pt&nrm=iso&tlng=es

34.- Delgado Martín. Et al. Indicadores de calidad en el enfermo crítico. Med Intensiva. [revista en internet] 2008. [acceso: 10 de febrero 2014]; vol.(1). [pp32-23] Disponible en: <http://medintensiva.org/es/indicadores-calidad-el-enfermo-critico/articulo/S0210569108708994/>

35.- indicadores de calidad para hospitales del sistema nacional de salud. Sociedad Española de Calidad Asistencial [internet]. [acceso: 20 de febrero de 2014]. Disponible en: <http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/335.pdf>

36.- Torres S. Zarate G. Calidad de los registros clínicos de Enfermería. Enfermería Universitaria ENEO-UNAM [revista en internet] 2011 enero-marzo [acceso: 20 de febrero 2014]; vol. 8 (1). Disponible en: <http://www.latindex.ppl.unam.mx/index.php/browse/browseBySet/24175?key=E&p=1>

37.- Vela Anaya. Indicadores de Enfermería. Comisión Permanente de Enfermería. [internet]. 2012 [acceso: 25 de febrero de 2014] Disponible en: http://dgces.salud.gob.mx/INDICASII/doctos/indicadores_enfermeria.pdf

38.- Guía para la implementación de las Metas Internacionales de Seguridad del Paciente de la Cédula de Certificación de Establecimientos de Atención Médica. [internet] 2010 [acceso: 14 de julio de 2014] Disponible en: http://edumed.imss.gob.mx/pediatrica/residentes/guia_metas_internacionales.pdf

39.- Comisión Interinstitucional de Enfermería. Evaluación de la Calidad de los Servicios de Enfermería. Indicadores. [internet]. 2008 [acceso: 6 de noviembre de 2013). Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7500.do>

40.- Silva G. De la Costa M. Ross R. Bernárdez A. Miguelaci T. Prado S. Utilización de indicadores de desempeño en servicio de enfermería. Latino-Am. Enfermagem [revista en internet] 2011 septiembre-octubre. [acceso: 21 de febrero de 2014]; vol 19 (5). Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/es_24.pdf

41.- Alvarado G, Urbina A, Pecina L. Evaluación participativa de los indicadores de calidad de Enfermería. Desarrollo Cientif. Enferm. [revista en internet] 2011. [acceso 10 de diciembre de 2014]; vol. 19 (6). Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/19/r19-212.php>

42.- House E. Evaluación, ética y poder. 3ª ed. España: Editorial Morata; 2010.

43.- Días L. Metaevaluación y su método. Ciencias Sociales [revista en internet] 2001. [acceso: 15 de noviembre de 2013] 92-93: [pp.171-192]Disponible en: <http://www.revistacienciasociales.ucr.ac.cr/wp-content/revistas/92-93/13-.pdf>

44.- Hammersley, Martin, Atkinson. Etnografía. Métodos de investigación. Barcelona. Paidós 1994. [internet] [acceso: 20 de noviembre de 2014]. Disponible en: <http://www.lapetus.uchile.cl/lapetus/archivos/1300892840Qu%C3%A9eslaetnograf%C3%ADa.HammersleyAtkinson.pdf>

45.- Fundamento Ontológico del hombre. [internet] [acceso; 3 de marzo de 2014) Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos15/fundamento-ontologico/fundamento-ontologico.shtml>.

- 46.- Metodología Etnográfica [internet] [acceso: 3 de marzo de 2014] disponible en http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lco/sandoval_l_ma/capitulo5.pdf
- 47.- Ardébol E, Beltrán M, Callén B, Pérez C. Etnografía virtualizada: la observación participante y la entrevista semiestructurada en línea. Athenea digital [revista en internet] 2003. [acceso: 3 de marzo de 2014]; (3). Disponible en: <http://www.raco.cat/index.php/Athenea/article/download/34111/33950>
- 48.- Campoy A. Araujo G. Manual básico para la realización de tesinas, tesis y trabajos de investigación. Técnicas e instrumentos cualitativos de recogida de datos. Editorial EOS.[Internet] [acceso: 4 de marzo de 2014] Disponible en: http://www2.unifap.br/.../T_cnicas-e-instrumentos-cualitativos-de-recogida-de-datos.
- 49.-La entrevista cualitativa. [internet] [acceso: 10 de marzo de 2014]. Disponible en: <http://www.pochicasta.files.wordpress.com/2008/11/entrevista>.
- 50.- Diario de campo. [internet]. [acceso: 10 de marzo de 2014] Disponible en: <http://www.slideshare.net/dimilecacu/diario-de-campo>.
- 51.-Talero M. El diario de campo: valiosas contribuciones a la investigación cualitativa. [Internet]. [acceso: 10 de marzo de 2014] Disponible en: <http://dcprecisionesmetodologicas.blogspot.mx/2012/07/normal-0-21-false-false-false-es-x-none.html>
- 52.- Hernández C, Opazo C. Apuntes de Análisis cualitativo en educación. Curso de metodología Cualitativa Avanzada. Universidad Autónoma de Madrid, España. [Internet] 2010. [acceso: 15 de marzo de 2014) Disponible en: http://www.uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/Met_Inves_Avan/Materiales/Apuntes_Cualitativo.pdf
- 53.- Guba, E. y Lincoln “Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa” [internet] 2002. En Denman, C. y J.A Haro (comps.)Por los rincones. Antología de métodos calitativos en la investigación social. El colegio de Sonora. Hermosillo, Sonora [pp.113-145] [acceso: 15 de abril de 2014] Disponible en: <http://psicologiaexperimental.files.wordpress.com/.../guba-y-lincoln-2002.pdf>
54. - Egon G. Guba & Yvonna S. Lincoln. Guidelines and checklist for constructivist (a.k.a. fourth generation), evaluation November 2001. [internet] [acceso: 15 de abril de 2014) Disponible en: http://dmeforpeace.org/sites/default/files/Guba%20and%20Lincoln_Constructivist%20Evaluation.pdf

- 55.- NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. Diario Oficial de la federación. [internet] [acceso: 8 de Junio de 2014] Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013
- 56.- Balderas P. Administración de los servicios de enfermería. 6ª ed. México: Mc Graw Hill; 2012.
- 57.-Mompart G. Durán E. Administración y Gestión.2ª ed. España: DAE grupo paradigma; 2009.
- 58.- Díaz F. Castro R. Cuevas J. Valores profesionales de Enfermería: Una mirada hacia la formación en la Educación Superior. Humanidades Médicas.[revista en internet] 2012. [acceso: 20 de mayo 2015]; vol. 12 (2). Disponible en: <http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hm/article/view/242/141>
- 59.- Aguilar L. Calvo S, García H. Valores laborales y percepción del estilo de liderazgo en el personal de Enfermería. Salud Pública de México. [revista en internet] 2007 [acceso: m12 de mayo de 2015]; vol. 49. (6) [pp. 401-407] ISSN 0036-3634. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49n6/a06v49n6.pdf>
- 60.- Molina C. Evaluación de la calidad del cuidado de enfermería en un servicio de hospitalización domiciliaria .Bogotá D.C. 2011. [Internet] [acceso: 2 de octubre de2013]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/6471/1/Edithmilenamolinacardona.2011.pdf>
- 61.- Abaunza de G M. ¿El proceso de enfermería hace parte de la calidad del cuidado? Av. Enferm. [revista en internet] 2007 [acceso: 30 de septiembre 2013]; vol. xxv (2). [pp. 141-147]. Disponible en: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12817>
- 62.- Gilar C. Adquisición de habilidades cognitivas: factores en el desarrollo inicial de la competencia experta. [tesis doctoral] Universidad de Alicate; 2003. [acceso: 20 de mayo de 2015] Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/9906>
- 63.-Orler P, Avendaño L. Las reuniones colegiadas, estrategias para conocer y orientar a los alumnos. Novedades educativas. [revista en internet] 2009. [acceso: 21 de mayo de 2015]; vol. 21 (218) Disponible en:<http://terras.edu.ar/curso/156/biblio/156las-reuniones-colegiadas.pdf>

64.- M. Alves, Meneses B, S Haueisen. La Enfermera en el contexto de las prácticas de administración: retos y perspectivas en un hospital de belo Horizonte, Minas Gerais- Brasil. Enfermería global Dianlet [revista en internet] 2005. [acceso: 20 de junio de 2014]; ISSN-e 1695-6141 (7). Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2004069>

65.- Oliveira F Kowall O. Perfil y competencias de gerentes de enfermería de hospitales acreditados. Latino-Am. Enfermagem. [revista en internet] 2011 enero-febrero. [acceso: 25 de mayo de 2015]; vol. 19 (1):[10 pantallas] Disponible en: www.eerp.usp.br/rlae

66.- Rueda B. Autoevaluación y autonomía Perfiles Educativos. Instituto de Investigaciones sobre la Universidad y la Educación Distrito Federal, México [internet] 2010. [acceso: 25 de mayo de 2014]; vol. XXXII, (130) [pp.3-6]. Disponible en: http://132.248.192.201/seccion/mario_rueda/Untitled_1/Articulos.pdf

67.- Lorenzo m.g. los formadores de profesores: el desafío de enseñar enseñando Profesorado. Currículum y Formación de Profesorado. [Revista en internet] 2012 mayo-agosto. [acceso: 10 de junio de 2015]; vol.16 (2) [pp. 295-312] Universidad de Granada. Granada, España Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=>

68.- Gabaldón B, et al. Análisis de las causas del bajo nivel de cumplimentación de la hoja de valoración del paciente al ingreso: Una aproximación desde la perspectiva cualitativa. Cultura de los cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades [revista en internet] 2002. [acceso 15 de junio de 2015]; ISSN 1138-1728 (11). [pp. 53-60]. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2866559>

69.- Gómez C., Becerra de A. Beltrán M .Satisfacción laboral del personal de Enfermería del área administrativa. Rev. Enferm. Inst Mex Segur Soc [revista en internet] 2012. [acceso: 18 de junio de 2015]; 20(1). [pp. 5-9]

Anexos



Anexo No. 1
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
Protocolo de investigación

Guía de observación

Nombre de la Institución _____
Dirección _____
Teléfono _____
CP _____ ubicación Geográfica _____
Inicio _____ Término _____
Servicio _____
Responsable de la Observación _____
Objetivo de la información _____

1.- Tipo de Institución

- a) Primer Nivel
- b) Segundo Nivel
- c) Tercer Nivel

2.- Capacidad

- a) Camas sensibles
- b) Camas no sensibles

3.- Tipo de servicios y especialidades que ofrece

- a) Consulta externa
- b) Urgencias
- c) UCPEC
- d) Hospitalización
- e) Medicina Interna
- f) Cirugía
- g) Trauma y Ortopedia
- h) Quirófano
- i) Laboratorio y rayos x
- j) ADEC
- k) Medicina Preventiva
- l) Admisión hospitalaria
- m) Epidemiología
- n) Otros

4.- Modelo de la estructura de la organización.

- a) Lineal
- b) Funciones
- c) Staff/comités
- d) Mixta
- e) Departamental

5.- Organigrama de la Institución.

6.- Tipo de planeación se lleva a cabo en la Institución

- a) Corto plazo
- b) Mediano plazo
- c) Largo plazo

7.- Tipo de control que se lleva a cabo en el departamento de Enfermería

- a) Evaluación
- b) Resultado

8.- Principales funciones de la jefe de piso, sub jefes de servicio, sub jefe de Enseñanza y jefe de Enfermería.

9.- Actividades que desarrolla la jefe de piso, subjefe y jefe de Enfermería durante la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de Enfermería

10.-Actores que intervienen en la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de Enfermería

11.- Horario para el desarrollo de dichas actividades.

12.- Ambiente de trabajo.

13.- Relación entre el evaluador y el evaluado.

14.- Participación del evaluado en la evaluación



Anexo No. 2
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Guía de entrevista semiestructurada a personal de enfermería de mandos altos y mandos medios

Nombre _____

Puesto que ocupa _____

Nivel académico _____

Antigüedad como personal Gestor _____

- 1.- ¿Qué es para Usted la calidad?
- 2.- Desde su rol en la Institución, ¿cómo interviene en la evaluación de calidad de la atención de Enfermería?
- 3.- Hábleme de las finalidades de la evaluación
- 4.- En relación a la estructura de la Evaluación de la calidad del servicio de Enfermería, Hábleme de las herramientas que utilizan.
- 5.- Mencione sobre las funciones de la evaluación
- 6.- Hábleme sobre las actividades en la evaluación
- 7.- Hábleme de los roles y relaciones del personal de Enfermería, en función de la evaluación de la calidad
- 8.- ¿Fortalezas en la Evaluación?
- 9.- Hábleme sobre debilidades de la evaluación de la calidad de la atención de Enfermería (áreas de oportunidad)



Anexo No.3



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA
UNIDAD DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
Protocolo de Investigación

Guía de entrevista semiestructurada a personal operativo

Puesto que desempeña_____

Nivel académico_____

Servicio_____

Antigüedad_____

- 1.- ¿Qué es para usted la calidad?
- 2.- ¿Cómo considera que es la evaluación de la calidad de la atención de Enfermería
- 3.- Hábleme de cómo se evalúa la atención que proporciona a los pacientes
- 4.- Hábleme de su experiencia en el proceso de evaluación de los indicadores de calidad
- 5.- Hábleme de cómo participa en la evaluación.
- 6.- ¿Que opina sobre la evaluación de los indicadores de calidad?



ANEXO 4
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	METAEVALUACIÓN DEL PROCESO DE APLICACIÓN DE LOS INDICADORES DE CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UNA INSTITUCIÓN DE LA SEGURIDAD SOCIAL						
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica						
Lugar y fecha:	San Luis Potosí S.L.P. 31 Agosto 2014						
Número de registro:	No aplica						
Justificación y objetivo del estudio:	<p>JUSTIFICACIÓN. Para garantizar la calidad de la atención de Enfermería a través de los indicadores de calidad y la evaluación de los mismos, que si bien es un proceso eficiente, no se ha realizado una evaluación de él, por ello surge el interés de realizar una Metaevaluación con el fin de valorar la calidad con que se ha desarrollado el proceso de evaluación y la suficiencia de este mismo sistema de evaluación de los indicadores de calidad de la atención de Enfermería</p> <p>OBJETIVO. Describir el proceso de aplicación de los Indicadores de Calidad de la atención de Enfermería desde la Metaevaluación en una Institución de Seguridad Social de San Luis Potosí.</p>						
Procedimientos:	Trabajo de campo por medio de : Guía de observación, diario de campo, entrevista semiestructurada						
Posibles riesgos y molestias:	Ocupar tiempo del personal de enfermería durante su turno al ser entrevistado						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Incidir en las áreas resultantes del estudio para la mejora de la atención						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	No aplica						
Participación o retiro:	En el momento que decidan ya no participar en el estudio						
Privacidad y confidencialidad:	"En base al artículo 16 de la Ley General de Salud en relación a investigaciones, se protegerá la privacidad de los datos, asignando un pseudónimo (nombre ficticio) de manera que no si identifique la persona						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	_____						
Beneficios al término del estudio:	_____						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	<u>Lic. Enf. Ma. Elena Zavala Alonso tel. 4441964667 email: elenazavala@hotmail.com</u>						
Colaboradores:	<u>Lic. En. Adriana Urbina Aguilar. EAAE., MIS., C.Ph.D. , Lic. Enf. Elsa Alvarado Gallegos MAAE</u>						

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013



Anexo No. 5
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

Actividades Fecha	Septiembre 2013	Octubre 2013	Noviembre 2013	Diciembre 2013	Enero 2014	Febrero 2014	Marzo 2014	Abril 2014	Mayo 2014	Junio 2014	Julio 2014	Agosto 2014
Revisión bibliográfica												
Selección del tema												
Planteamiento del problema(pregunta de investigación)												
Marco teórico												
Marco de referencia												
Método <ul style="list-style-type: none"> • Muestreo • Criterios de inclusión • Criterios de exclusión • Métodos para recolección de inf. 												
Gestión de los datos												
Análisis Cualitativo de los datos												
Criterios de calidad												
Consideraciones Éticas.												
Registro a comités de Ética para validación												



Anexo No. 5 (continuación)
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE SAN LUIS POTOSI
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Actividades / Fecha	Septiembre 2014	Octubre 2014	Noviembre 2014	Diciembre 2014	Enero 2015	Febrero 2015	Marzo 2015	Abril 2015	Mayo 2015	Junio 2015	Julio 2015	Agosto 2015
Implementación de investigación												
Transcripción de la información												
Análisis y procesamiento de la información												
Elaboración de resultados (temas, red hermenéutica)												
Entrega de reporte final												
Aprobación del documento final												
Defensa y Difusión de la Investigación												

Anexo 6



Anexo 6

EVALUACION DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN POR EL COMITÉ DE ETICA EN
INVESTIGACION DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA DE LA UASLP.

Título del proyecto: Meta evaluación del proceso de aplicación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería en una institución de la seguridad social.

Responsable: María Elena Zavala Alonso

Fecha de dictamen: 25 de septiembre 2014.

Crterios	Presente	Ausente	No Aplica	Observaciones
1. Se incluye el titulo del proyecto	x			
2. Se mencionan autores, coautores y colaboradores.	x			
3. Anexa la autorización de la instancia correspondient		x		
4. El protocolo de investigación incluye los elementos mínimos señalados en el anexo 2	x			
5. Present el apartado de consideraciones éticas y legales.	x			
6. Muestra coherencia de los elementos éticos presentados con especificidad y fundamentación al tipo de estudio.	x			
7. Menciona la normatividad nacional e internacional sobre los elementos éticos a desarrollar en el proyecto, desde su estructuración hasta la publicación de resultados.	x			
8. Señala la coherencia de los elementos metodológicos a desarrollar con lo aspectos de consideración ética.	x			
9. Presenta carta de consentimiento informado de acuerdo a la especificidad metodológica y riesgo de! estudio.	x			
10. Se explicita el apoyo financiero con relación al compromiso de la publicación de los resultados.	x			
11. Present l declaración y especificación de la ausencia de conflictos de interés de los miembros del equipo para el desarrollo del proyecto.	X*			Falta la firma Lic. Enf, Eisa Alvarado Gallegos. MAEE.
12. Aclara los mecanismos de			x	



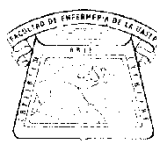
transferencia de los productos de la investigación.(patente)	
13. Especifica los procedimientos para garantizar el derecho de autor en la investigación. (Carta de no conflicto de intereses)	x

Dictamen: Se otorga registro CEIFE-2014-099 condicionado a entregar la carta de no conflicto de intereses firmada a más tardar el 6 de octubre del presente año. El documento debe enviarse de forma digital al correo ceife.uaslp@gmail.com



ANOS DE
AUTONOMÍA
Primera Universidad
Autónoma en México
UASLP


Comité de Ética en Investigación
Facultad de Enfermería
UASLP



**FACULTAD
DE ENFERMERÍA**

Av. -NiO Artillero 130 Zona
Universitaria- CP 78240 San Luis
Potosí. S.L.P. México tels. y fax
(444) 826 2321 al 27 y 8342545
al47

di rec e i on @le n fe rmeri a. u a s l
p.mx www.uaslp.mx

Anexo 7

Carta Dictamen

Page 1 of 1



Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2014, Año de Octavio Paz"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 2402
H GRAL ZONA -MF- NUM 1, SAN LUIS POTOSÍ

FECHA 03/10/2014

LIC. MA. ELENA ZAVALA ALONSO

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Metaevaluación del proceso de aplicación de los indicadores de calidad de la atención de Enfermería en una Institución de Seguridad Social.

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2014-2402-34

ATENTAMENTE

DR.(A). MARÍA GUADALUPE SALINAS CANDELARIA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 2402

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Anexo 8
Presupuesto

Artículo	Precio unitario	Cantidad requerida	Total
Recursos materiales			
Hojas blancas bond tamaño carta	\$ 0.30	3000	\$ 900
Plumas	\$ 5.00	10	\$ 50.00
Lápices	\$ 3.00	10	\$ 35.00
Copias	\$ 0.50	3000	\$ 1500.00
Toner			
Laptop	\$ 8000.00	1	\$ 8000.00
Memoria USB	\$ 180.00	4	\$ 720.00
Grabadora digital	\$ 2500.00	1	\$ 2500.00
Folders	\$ 3.00	20	\$ 60.00
Agenda	\$ 150.00	1	\$ 150.00
Subtotal			\$ 13,915.00
Empastados	\$ 400.00	4	\$ 1, 200.00
Presentación en foros Cartel	\$ 400.00	1	\$ 400.00

Presentación en congreso Nacional	\$ 5000.00		\$ 5000.00
Publicación	\$ 3000.00		\$ 3000.00
Total			\$ 23, 515.00



Anexo No. 9

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ



FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

CARTA DE NO CONFLICTO DE INTERESES

Con fundamento en lo establecido en la NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, me comprometo como investigador a actuar bajo principios de Ética profesional, en donde no habrá interés particular de otra índole que no sea el académico, con apoyo en el artículo 7.4.5, que indica la necesidad de emitir una carta de no conflicto de intereses.

Así mismo, cumplir con los artículos que se mencionan en las consideraciones Éticas de este proyecto de investigación.

De esta manera, se manifiesta que en la investigación “Metaevaluación del proceso de aplicación de los indicadores de calidad de la atención de Enfermería en una Institución de la Seguridad Social”, no existe conflicto de interés tanto económico o profesional, para la elaboración de la presente investigación, desde el inicio del proyecto, hasta la culminación de la publicación de resultados.

Durante la elaboración de la presente investigación serán respetados el derecho de autor y la propiedad intelectual de los resultados de la investigación que le serán conferidos a la responsable de la investigación, LIC. ENF. MA. ELENA ZAVALA ALONSO, y como co-autoras LIC. ENF. ADRIANA URBINA AGUILAR y LIC. ENF. ELSA ALVARADO GALLEGOS. Quienes se comprometen a actuar en conformidad con los principios de ética profesional que se establecen en el código de ética. Quienes tendrán obligaciones éticas de difundir los resultados mediante publicación de los mismos en congresos y revista indexada, y serán responsables de la entrega de los resultados, aun cuando no sean lo que se planteó al inicio.

Se declara que para la publicación del artículo, que resulte de la investigación se presentará como primer autor a la LIC. ENF. MA. ELENA ZAVALA ALONSO compartiendo con co-autoría con la LIC. ENF. ADRIANA URBINA AGUILAR y la LIC. ENF. ELSA ALVARADO GALLEGOS. En caso de existir publicaciones subsecuentes se podrá hacer uso de la información generada en dicha investigación y la autoría y co-autoría serán de acuerdo a la contribución que cada uno de los involucrados realice para ir como primer autor previa autorización de la autora principal.

Es importante mencionar que se mantendrá la confidencialidad de la información que se genere de los actores en el proceso de la investigación, y en todo momento, los investigadores se conducirán con responsabilidad y profesionalismo en el desarrollo de sus intervenciones.

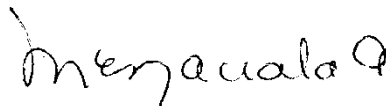
Durante el periodo de la investigación, los datos serán resguardados en un lugar seguro y destinado para ello, en el cual solo los investigadores tendrán acceso a ello.

Una vez finalizado el estudio, las grabaciones serán responsabilidad del autor, quien deberá mantenerlos en resguardo mínimo 5 años, para cualquier aclaración posterior en relación a la difusión de los resultados por cualquier medio.

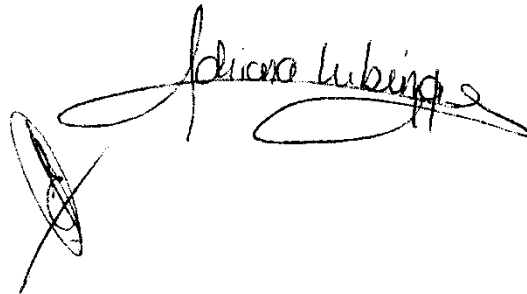
Será responsabilidad de la investigadora principal financiar el proyecto.

Después de haber leído lo expuesto con anterioridad, manifiesto mi acuerdo y absoluta conformidad con las estipulaciones mencionadas.

Tesista: Lic. Enf. Ma. Elena Zavala Alonso.



Directora de tesis:
Lic. Enf. Adriana
Urbina Aguilar.
EAAE. MIS. C.Ph.D.



Codirectora de tesis
Lic. Enf. Elsa
Alvarado Gallegos
MAAE

Anexo No.10

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ
FACULTAD DE ENFERMERÍA
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Carta de permiso para la implementación de la investigación

Dr. Gilberto Rodríguez Ortiz

Director del Hospital General de Zona c/mf No. 2
"Dr. Francisco Parón Puyou"

P R E S E N T E.-

Estimado Dr. Rodríguez me es grato saludarle por medio de éste conducto, solicito de la manera más atenta autorización para iniciar el trabajo de campo del proyecto que lleva como título: "Metaevaluación del proceso de aplicación de los indicadores de calidad de la atención de Enfermería en una Institución de la Seguridad Social". Autorizado por el Comité de Ética con el Registro No. :

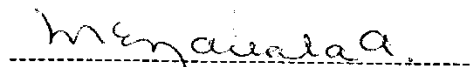
R-2014-2402-34

Dicha investigación se llevará a cabo con el personal de Enfermería General de los servicios de Urgencias, Medicina Interna, Cirugía General y Ortopedia, Enfermeras Jefes de piso, subjefes y jefe de Enfermeras, de los turnos Matutino, Vespertino y Nocturno de este Hospital.

Una servidora cursa la MAAE en la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, y como parte de los objetivos del curso es culminar el proceso de investigación.


Anexo Dictamen de autorización.(en el momento que se haya autorizado el protocolo ante los diferentes comités de Ética)

Agradezco sus atenciones y quedo a su disposición



Lic Enf. Ma. Elena Zavala Alonso

Vo.Bo.


Lic. Enf. Adriana Urbina Aguilera
Directora de Tesis

c.c.p. Dra. Laura Esther Celestino Santillán. Coordinadora clínica de educación e investigación en salud. Hospital General de Zona No. 2 "Dr. Francisco Padrón Puyou".

c.c.p. Lic Enf. María Francisca Guerrero Vázquez. Jefe de Enfermeras Hospital General de Zona No. 2 "Francisco Padrón Puyou"

Apéndice

Propuesta de evaluación de la calidad del servicio de enfermería

La propuesta de evaluación que surge del estudio de investigación realizado sobre la evaluación del proceso de evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería, va dirigida al profesional de enfermería responsable de planificar y administrar sus servicios, que está inmerso en un sistema de evaluación de calidad, y a la vez, responsable de evaluar su propio trabajo

Cuando la evaluación está centrada como un proceso terminal con los instrumentos disponibles, no permite la flexibilidad durante el proceso. En el trabajo evaluativo de la calidad del servicio de enfermería, si no se conocen los puntos débiles y fuertes, si no se realiza una planeación efectiva de actividades y si los resultados de la evaluación no convencen de la calidad de atención, la evaluación es una faceta necesaria de perfeccionamiento.

El modelo de evaluación que se propone, nace dirigido a ayudar a los educadores profesionales, sin embargo su autor (Daniel Stufflebeam), menciona que también se dirige a profesionales que desempeñan otros servicios diferentes a la educación, como son los servicios médicos o sociales para consolidar y aplicar los conocimientos prácticos sobre evaluación.

Con el modelo CIPP (contexto, entrada (input), proceso y producto), ya desarrollado y contrastado con otros métodos de evaluación, se ha demostrado cómo puede utilizarse para conducir al perfeccionamiento y servir a las necesidades de la responsabilidad. En este modelo se hace referencia al Standars for Evaluations of Educational, Programs, Projects, and Materials (Joint Committee, 1981).

Modelo CIPP aplicado a la evaluación de la calidad de la atención de enfermería

1.- Evaluación periódica del contexto

El contexto significa un proyecto, una institución, un programa, una población o una persona. Aplicado al ámbito hospitalario, el contexto se dirige a la persona o grupo de personas responsables de realizar la evaluación de los indicadores de calidad de la atención de enfermería, específicamente a la enfermera jefe de piso, enfermeras especialistas y enfermeras generales niveladas como jefes de piso. Se incursiona en las áreas de desarrollo de quien realiza las evaluaciones, y en la selección del personal idóneo para realizar la evaluación.

a) Orientación: Identificar virtudes y defectos de algún objeto.

b) Propósito:

- Valorar el estado global del objeto.
- Identificar deficiencias y virtudes.
- Diagnosticar el problema cuya solución pueda mejorar el estado del objeto.
- Caracterizar el marco donde se desenvuelve el programa de evaluación.

Durante la evaluación periódica del contexto se deben examinar las metas y las prioridades que existan en consonancia con las necesidades que deben satisfacer. Los resultados de ésta evaluación deben proporcionar una base sólida para el ajuste y designación de cambios necesarios.

c) Metodología para realizar un análisis de la valoración del objeto:

- Entrevistas. Con el fin de tener accesos a puntos de vista, a virtudes, defectos y problemas.
- Test diagnóstico.
- Taller de trabajo en base a experiencias sobre la evaluación.
- Técnica Delphi. Para asegurar acuerdos acerca de necesidades prioritarias.

La metodología es un medio pertinente para determinar la eficacia de las propias metas y prioridades en la evaluación.

2. Evaluación de entrada

Para la evaluación de la calidad de la atención de enfermería, en este punto, se revisa lo que se efectúa en la práctica, lo que hay en la realidad respecto a las necesidades del trabajo de evaluación de las jefes de piso o de las enfermeras niveladas a jefes de piso, se observan las barreras que limitan el marco ambiental, las restricciones en cuanto a recursos potencialmente utilizables. Se toma en cuenta las propuestas del personal implicado para la búsqueda de soluciones.

a) Orientación: Ayuda a definir un programa mediante el cual se efectúen los cambios necesarios e identificar, examinar y valorar los métodos de trabajo que se pueden aplicar o el propio programa de trabajo, anuncia el éxito o fracaso de un programa y la eficacia de un cambio.

b) Propósito:

- Ayuda a establecer estrategias
- Favorece encontrar alternativas en el contexto de necesidades y circunstancias ambientales.

- Favorece el desarrollo de un plan
- c) Metodología
 - Revisar el estado de la práctica evaluativa con respecto a la satisfacción de necesidades que surgen durante las actividades, y hacer una búsqueda de referentes bibliográficos para el análisis de programas ejemplares
 - Apoyo de grupos externos de asesoría
 - Realizar ensayos piloto

Esencialmente una evaluación de entrada debe identificar y valorar los métodos aplicables. Incluyendo los que ya están operando en los programas principales.

3. Evaluación del proceso

El eje central de la evaluación del proceso es el trabajo del personal gestor de enfermería para llegar a una evaluación solvente. En este punto, los gestores de enfermería deben asignar tareas sobre la marcha, tener información continua y documentada de las actividades, tanto de las propias como de las actividades de evaluación de jefes de piso y enfermeras niveladas, ya que no basta solo con reuniones con su personal para ello, hay que valorar hasta qué punto las enfermeras participantes en la evaluación desempeñan sus funciones.

- a) Orientación: Comprobar de manera continua la realización de un plan
- b) Propósito:
 - Proporcionar información continua hasta qué punto las actividades del programa siguen un buen ritmo y se desarrollan tal como se habían planeado y se utilizan los recursos de una manera eficiente.
- c) Metodología:
 - Revisar el trabajo anterior
 - Analizar lo nuevo
 - Subrayar los problemas clave
 - Analizar junto con su personal los planes, tomar en cuenta sus sugerencias
 - Analizar cómo obtener mejor información, y utilizar la observación, el diario del personal, entrevistas cuestionarios, etc.
 - Describir las principales desviaciones del plan original

En la evaluación del proceso, el personal de enfermería gestor debe proporcionar apoyo para que el personal jefe de piso y enfermeras niveladas lleven a cabo un programa de trabajo, debe presentarse un proceso de interacción entre ambas partes. La evaluación del proceso es una fuente de información vital para interpretar

resultados de la evaluación de la calidad de los servicios de enfermería, ya que se considera la inmersión de lo que sucede en la realidad.

4. Evaluación del producto

De manera final, la evaluación del producto se ocupa ampliamente de los efectos deseados o no deseados en el programa de trabajo y de resultados negativos así como de positivos.

Una evaluación del producto para definir los resultados de la evaluación de la calidad de los servicios de enfermería se perfila en dos vertientes, la primera es determinar si los resultados del plan de trabajo del personal gestor de enfermería hacia su personal subordinado fueron positivos o presentan tendencia hacia el fracaso, y en segundo punto, el resultado está relacionado con el individuo (enfermeras jefes de piso, enfermeras generales y especialistas niveladas), de acuerdo a que si estos resultados fueron éxito o fracaso según haya satisfecho o no una necesidad previamente diagnosticada en el individuo.

- a) Orientación: Valorar, interpretar y juzgar los logros de un programa de trabajo
- b) Propósito:
 - Definir hasta qué punto el programa ha satisfecho las necesidades del grupo al que pretendía servir
- c) Metodología
 - Test de rendimiento, por medio de un perfil de necesidades previamente valoradas
 - Uso de normas seleccionadas
 - Estandarizar logros concretos
 - Pertinencia de un grupo control en relación al rendimiento
 - Valorar pertinencia de la observación de directivos..

En la fase de evaluación del producto para valorar el trabajo, más allá de lo relacionado con los resultados buscados, se pretende en los informes, dar a conocer resultados e interpretarlos a la luz de las necesidades pre-valoradas ubicadas en la realidad, de esta forma se toma la decisión si se continúa, se modifica o se readapta, se interpreta el valor o el mérito de las actividades de la evaluación.

En éste modelo de evaluación, las cuatro evaluaciones desempeñan funciones únicas, pero existe una relación simbólica entre ellas.

Para realizar un análisis diagnóstico al inicio de las cuatro fases del proceso, es importante contestar a las siguientes cuestiones:

¿Quiénes son los principales implicados en realizar la evaluación?

¿Qué piden de la evaluación? ¿Por qué?

¿Qué fase de la evaluación puede ser más efectiva?

¿Cómo cree el personal involucrado en la evaluación que puede ser ésta y que perspectivas tienen en mente?

¿Quiénes consideran que son los involucrados en la evaluación?

¿Quién puede salir perjudicado a consecuencia de la evaluación? ¿Por qué?

¿De qué información sobre evaluación se dispone?

¿Cuáles son los antecedentes?

Desde el punto de vista realista ¿Qué beneficios positivos pueden esperarse de la evaluación?

¿Qué efectos nocivos pueden producirse y como pueden ser evitados?

¿Qué cualificaciones para realizar el trabajo?

Siempre es importante tomar en cuenta las condiciones apropiadas para realizar una evaluación,