

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERIA E
INTERDISCIPLINARIAS



INVESTIGACIÓN MONOGRÁFICA PARA OPTAR EL TITULO
DE SEGUNDA ESPECIALIDAD INTERDISCIPLINARIA,
CON MENCIÓN EN: ADMINISTRACIÓN Y
GERENCIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

“IMPACTO DE LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DEL PROFESIONAL EN
ENFERMERÍA EN LA PRODUCCIÓN SOCIAL DEL HOSPITAL II ESSALUD
PUCALLPA 2011”

AUTORES:

Dr. Robles Casimiro, Narciso
Lic. Enf. Susanibar Ureta, Juan Enrique

ASESOR:

Mg. Lindomira Castro Llaja
Especialista en Gerencia de Salud

Pucallpa - 2012

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA E
INTERDISCIPLINARIAS**



**INVESTIGACIÓN MONOGRÁFICA PARA OPTAR EL TÍTULO
DE SEGUNDA ESPECIALIDAD INTERDISCIPLINARIA,
CON MENCIÓN EN: ADMINISTRACIÓN Y
GERENCIA DE LOS SERVICIOS DE SALUD**

“IMPACTO DE LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DEL PROFESIONAL EN
ENFERMERÍA EN LA PRODUCCIÓN SOCIAL DEL HOSPITAL II ESSALUD –
PUCALLPA 2011”.

AUTORES:

Dr. Robles Casimiro, Narciso
Lic. Enf. Susanibar Ureta, Juan Enrique

ASESOR:

Mg. Lindomira Castro Llaja
Especialista en Gerencia de Salud

Pucallpa - 2012

La presente Investigación Monográfica titulada: "Impacto De La Gestión Administrativa Del Profesional En Enfermería En La Producción Social Del Hospital II Essalud – Pucallpa 2011", fue aprobada por el Jurado Evaluador:



Dr. Jaime Alberto Pastor Segura
Presidente



Mg. Rolinda Falcón Riva Agüero
Miembro



Lic. Enf. Inés Del Carmen Tavera Arévalo
Miembro

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a nuestros familiares, quienes nos acompañaron durante estos meses, apoyándonos, aconsejándonos y brindándonos su incondicional afecto. A todos ellos muchas gracias.

Enrique y Narciso

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Ucayali, por la formación profesional; a todos los docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Académico Profesional de Enfermería por su enseñanza.

A nuestra Asesora Mg. Lindomira Castro LLaja por sus sabios consejos y apoyo en todo el desarrollo de la investigación.

A todos nuestros compañeros de estudios por compartir momentos gratos durante nuestra formación y logros.

INDICE

Dedicatoria	i
Agradecimiento	ii
I. Introducción	01
1.1 Problemática	01
1.2 Justificación	03
1.3 Objeto de la Investigación	04
1.4 Metodología	05
II. Contenido	11
2.1 Marco Teórico	11
2.2 Bases Conceptuales	16
2.3 Variables	43
2.4 Operacionalización de Variables	43
2.5 Análisis de los resultados	51
III. Conclusiones	62
IV. Recomendaciones	64
V. Bibliografía	66

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Problemática.

Para el desarrollo de la presente investigación monográfica se realizó la explicación de la problemática expuesta, observándose que se hace imprescindible desarrollar en el profesional de enfermería, las capacidades de liderazgo, el espíritu crítico, la innovación, la autonomía y la autorresponsabilidad para lograr la competencia.

De ese modo es necesario conocer las causas y consecuencias que conllevan esta problemática, el cual se planteará la enseñanza de técnicas y destrezas que, adecuadamente se utilizan en la administración pública para que los trabajadores ejerzan una labor con capacidad de análisis ético y comprender los cambios constantes que se da en la Gestión Administrativa y su conexión con los grandes cambios sociales, políticos y económicos.

De esta manera, el propósito es contribuir con la práctica profesional de enfermería en la sociedad y ser capaz de responder a los cambios que experimentan las organizaciones que brindan atención a la salud como parte del concepto organizacional con verdadera autonomía e identidad profesional centrada en los modelos y sistemas de enfermería, y en el trabajo de equipo que exige motivación, participación e interacción entre

sus integrantes, lo que contribuye en gran medida, a lograr estilos de gerencia de enfermería que se adapten a los nuevos paradigmas que plantea la atención de la salud.

Por este motivo se formuló la siguiente interrogante: ¿Cómo el nivel de impacto de la gestión administrativa del profesional en Enfermería permite mejorar la producción social del Hospital II EsSalud Pucallpa - 2011?

1.2. Justificación

El presente trabajo de investigación se justifica, porque permitirá establecer los lineamientos que deben cumplir los profesionales de enfermería que ejercen sus funciones y garantizar una gestión de enfermería para la atención directa, oportuna y eficaz, cuyas acciones incidan de forma positiva en el Hospital, el cual permitirá medir el nivel de impacto de la gestión administrativa del profesional en enfermería actitudes de cambio, innovación y compromiso en su gestión para la búsqueda de la excelencia en su práctica profesional, así como también lo actualizará para el manejo y tendencias actuales del proceso de gestión, de tal manera que participe como agente transformador del cambio en los servicios de Enfermería, alentando además, a la comunicación, la toma de decisiones y a la delegación de funciones.

1.3. Objetivo de la Investigación.

Objetivo General

Analizar el nivel de impacto de la gestión administrativa del profesional en Enfermería para mejorar la producción social del Hospital II EsSalud Pucallpa – 2011

Objetivo Especifico

- Determinar la metodología de la atención de enfermería que se utiliza en los servicios de enfermería del Hospital II Pucallpa – 2011
- Establecer la participación del profesional de enfermería en la gestión administrativa de los servicios de enfermería del Hospital II Pucallpa – 2011
- Analizar las medidas disciplinarias que emplea la gestión administrativa en la satisfacción laboral de los trabajadores del Hospital II Pucallpa – 2011
- Evaluar el nivel de conocimiento de los profesionales de enfermería sobre la gestión administrativa.

- Identificar las posibles causas de las deficiencias en la gestión administrativa de los profesionales de enfermería.

- Identificar las posibles consecuencias de las deficiencias en la gestión administrativa de los profesionales de enfermería.

1.4. Metodología

Tipo de Diseño.

El estudio corresponde a una investigación descriptiva/correlacional aplicada sobre el nivel de impacto de la gestión administrativa del profesional en Enfermería para mejorar la producción social del Hospital II EsSalud Pucallpa.

Nivel.

Se trata de un estudio descriptivo/correlacional y de corte transversal. Según el período de tiempo el estudio es transversal, los datos fueron colectados en un solo momento y así facilitarnos el conocimiento ético necesario para su aplicación en los modos de actuación profesional de enfermeros de EsSalud.

1.4.1. Métodos Utilizados:

- **Teórico:** Mediante el análisis documental de literatura especializada, temas de educación permanente de los diferentes Hospitales de Pucallpa, programas de capacitación de los profesionales de los diferentes Hospitales de Pucallpa y planes de estudio de las Facultades de enfermería de las diferentes Universidades locales.

Se diseñó los lineamientos para la gerencia de enfermería aplicada a la atención directa en los diferentes servicios asistenciales del Hospital II EsSalud de Pucallpa, con la finalidad de ofrecer un material guía que oriente al profesional de enfermería a la consecución adecuada de los procesos administrativos que debe cumplir en su labor desempeñada, de tal manera que pueda ejercer actividades con actitud de cambio, innovación y compromiso en su gestión para la búsqueda de la excelencia en su práctica profesional y que participe como agente transformador y ayude a la gerencia del servicio de enfermería de este importante Centro Asistencial.

- **Empírico universal:** Fue empleado a través de la observación en el puesto de trabajo.

- **Empírico particular:** A través de entrevistas y encuestas a la población.
- **Estadístico:** Al resumir y presentar la información con variables cualitativas y cuantitativas en indicadores y tablas.

1.4.2. Selección los Enfermeros:

La unidad de análisis según Hernández (1998) es: "Definir quiénes van a ser medidos" (p. 204), por consiguiente, la unidad de análisis en la presente investigación corresponde a las enfermeras de atención directa que laboran en el Hospital II EsSalud de Pucallpa.

1.4.3. Selección de la muestra poblacional:

- **En un primer momento:** Se utilizaron la relación de profesionales que laboran en Hospital II EsSalud de Pucallpa, enumeradas consecutivamente, en cada uno de los consultorios y áreas donde laboraban los enfermeros, con un muestreo sistemático con arranque aleatorio en 1 y la fracción de muestreo 10.
- **En el segundo momento:** Se aplicó un criterio de inclusión de edad igual o mayor de 20 años y con capacidad para participar y se obtuvo una muestra de 83 individuos con un criterio de exclusión

de ausentes en el hospital durante la etapa de ejecución de la investigación.

1.4.4. Procesamiento de la información

- **Primera Etapa:**

Se entrevistó a 15 enfermeros, con la finalidad de identificar su nivel de conocimiento sobre gestión administrativa, criterio de aplicación de los principios y preceptos de la Bioética e interés de superación bioética.

Se procedió con la recolección de los datos pertinentes sobre las variables involucradas en la investigación. El instrumento utilizado fue el cuestionario con preguntas cerradas y la observación documental.

Por otra parte, la observación documental proporcionó un medio excelente para la recopilación de la información, ya que, se encontraron datos en los diversos documentos y reportes de enfermería, los cuales proporcionaron un punto de partida de gran utilidad.

Además, existe un gran número de material bibliográfico acerca de gerencia en enfermería, adicionándose la información encontrada en Internet respecto al tema investigado.

La guía de observación fue aplicada durante 2 jornadas de 8 horas a cada enfermero de forma abierta directa, para precisar el nivel de aplicación de los principios y preceptos sobre la gestión administrativa en el contexto laboral.

También se hicieron encuestas a 73 usuarios del hospital, empleando preguntas mixtas (cerradas y abiertas) con el propósito de identificar en la población el nivel de satisfacción con el trámite administrativo recibido.

- **Segunda Etapa: Análisis de la información.**

Se realizó un procesamiento estadístico a través de números absolutos y porcentajes; los datos recopilados fueron procesados a través del sistema operativo SPSS en una versión para el sistema operativo WINDOW, con técnicas estadísticas descriptivas, distribución de frecuencias, análisis porcentual los que se resumen en tablas y gráficos estadísticos.

- **Tercera Etapa:**

Con la base de la revisión documental y de los resultados obtenidos de la etapa anterior, se elaboró el programa de capacitación sobre gestión administrativa, dirigido a enfermeros que laboran en la Atención Primaria de Salud.

II. CONTENIDO

2.1 MARCO TEORICO.

2.1.1 Antecedente internacional

Cortez, M. (1991), realizó un estudio descriptivo titulado: "Diagnóstico sobre Gerencia de Hospitales, Calidad y Productividad," con el propósito de evidenciar la importancia y trascendencia que tiene una adecuada gerencia para el armonioso funcionamiento de los centros hospitalarios.

En conclusión los hospitales venezolanos no poseen criterios de gerencia definidos, de tal manera que, los criterios de calidad y productividad no están siendo aplicados. Por lo tanto, en base a esta investigación se presentó una organización de conocimientos que sustentaron la fundamentación teórica del presente estudio.

Durán y García (1995), en su estudio titulado: "Estilo de Supervisión y la Calidad de Atención que Brinda la Enfermera de Atención Directa", realizado en el Hospital Jesús Jerena de Lídice de Caracas.

En conclusión, demostraron que existen carencias en la función de supervisión, ya que no se ejerce influencia en las enfermeras de atención directa para brindar una atención de calidad, lo que equivale a decir que,

el estilo de supervisión guarda estrecha relación con la calidad de atención.

Las Licenciadas de Enfermería de Quinto año de la Universidad de Antofagasta en el VIII Congreso Nacional de Estudiantes de Enfermería de Chile (2000) titulado "Hacia el Constructo de un Nuevo Paradigma de Enfermería", exponen: el actual contexto de salud exige de enfermería un cambio en su forma de participación, especificando además que el profesional de enfermería se ha vuelto esclavo, con miedo a desarrollar la profesión de manera autónoma, desarrollando un modelo centrado en un paradigma que debe cambiar.

La enfermería vive una crisis de identidad y necesita delimitar su campo de acción en el trabajo independiente, ya que es una debilidad interna el realizar mayoritariamente actividades de dependencia médica, e incluso al asumir otras tareas externas a las propias del Rol.

Ortiz, A. (2000), realizó una investigación denominada " Estrategias para el Desarrollo Estructural y Operativo de la Gestión del Cuidado en Enfermería en las Instituciones Hospitalarias de Tercer Nivel de Atención".

Plantea como alternativas de ajuste de la gestión del cuidado y las acciones de enfermería lo siguiente:

- a) Equipos de mejoramiento continuo;
- b) Evaluación sistemática y asesoría;
- c) Apoyo técnico-científico con un profesional de enfermería en control interno.

2.1.2 Antecedente nacional

Según los reportes del Ministerio de Salud, la situación socio - sanitaria peruana ha ido progresivamente mejorando en los últimos años producto de las inversiones en la infraestructura, en el saneamiento básico, la introducción de subsidios a la demanda, la dotación del personal de salud y la organización de los servicios de naturaleza individual y de salud pública. Muestra de ello son la evolución favorable de los indicadores sanitarios. (OGE 2002)

En estas afirmaciones se encuentra uno de los factores críticos para el sistema de salud peruano: el recurso humano en salud (RHUS). De sus adecuadas competencias, motivación, distribución, producción, productividad y calidad expresadas en un desempeño óptimo en el tiempo y lugar correctos dependerá que los servicios de salud puedan ser eficientes y eficaces en la satisfacción de la demanda en condiciones de accesibilidad, calidad técnica y humana.

La planificación de los recursos humanos es particularmente crítica en esta área debido a que la producción de personal calificado toma tiempo, particularmente la de médicos y está a cargo de un número cada vez más creciente de instituciones formadoras.

Por otro lado, los servicios de salud deben responder a las crecientes, variadas y cambiantes demandas de la población peruana. Así mismo, en el Perú la producción de profesionales de salud está en gran medida en manos del sector público. La inversión de recursos en la formación de nuevos profesionales debería, por tanto, establecer un adecuado balance entre la oferta de profesionales de la salud y las necesidades del país en el campo de la salud.

La localización de los recursos humanos calificados en salud en el Perú es sumamente inequitativa, particularmente para las poblaciones rurales más remotas y dispersas. El 63% del personal está concentrado en el 6.5% de la red de servicios asistenciales. Así, en la práctica se prioriza el segundo y tercer nivel de atención, cuando las necesidades están mayormente en el primer nivel.

Al nivel de los recursos humanos esto se traduce en una tendencia al sobre especialización (Escalante 2001). Los esquemas de incentivos han tenido limitada efectividad para corregir esto por la alta rotación en este tipo de puestos (Banco Mundial 1999).

Las expectativas y posibilidades de desarrollo profesional, con sus demandas de especialización, y la demanda de ingresos juegan un rol clave en las decisiones de localización de los médicos. Así mismo, la calidad de los servicios y la presencia de comodidades también tienen influencia.

Las dificultades y el costo de transporte, por otro lado, afectan el acceso a servicios de salud especializados. Así, las áreas urbanas tienden a estar relativamente bien atendidas y las rurales no. Históricamente la transición de médicos itinerantes a estables está asociada a la reducción de los costos de transporte (Starr 1982).

Donde los costos de transporte son altos (localidades aisladas y sin vías de comunicación modernas) la población tiene las mayores dificultades para acceder a servicios de salud y mientras más especializados los servicios mayores las dificultades.

2.1.3 Antecedente local

Hasta la fecha no existe trabajo alguno en nuestra región sobre la gestión administrativa de los profesionales de enfermería. La presente investigación será base para poder definir estrategias sobre este campo que será en beneficio de nuestra región y del país en general.

2.2 BASES CONCEPTUALES.

2.2.1 Administración hospitalaria

Malagón Londoño (2008): La gestión en el hospital moderno, implica unas características diferentes a las del hospital de antes, toda vez que hoy estas instituciones se conciben como empresas prestadoras servicios de salud, en disposición permanente de atender a cabalidad las expectativas y demandas de un cliente, el paciente; así mismo, dispuestas a funcionar en un mundo de competencia con base en la calidad.

Esta competencia deben establecerla sobre los pilares de: planeación, organización, satisfacción del trabajador, presupuesto, evaluación de gestión, disposición de permanente retroalimentación y ética.

2.2.2 La Enfermería Como Profesión

Balderas, M. (2004) el profesional de enfermería debe: aplicar el método científico en la práctica de enfermería, para impulsarse hacia la investigación, y de esta manera modificar la estructura de la salud, tomar decisiones acertadas acordes a las circunstancias, crear una conciencia social solidaria, prestar el servicio con métodos propios, entre otros.

Por consiguiente, el campo de acción del profesional de enfermería del nuevo milenio debe estar dirigido al diagnóstico y tratamiento que se requiere para solucionar problemas de salud de individuos o grupos, en coordinación con otros profesionales, integrando las acciones del equipo en la atención médica necesaria, por lo que el perfil de este profesional debe estar dirigido al liderazgo, la planificación, la toma de decisiones y una metodología propia, en otras palabras ser un gerente de enfermería, por consiguiente se debe hacer énfasis en una práctica profesional sólida, dinámica y productiva.

2.2.3 El Profesional de Enfermería en Atención Directa

Schober M. (2002) ha establecido la siguiente definición: la enfermera de atención directa, es una enfermera especialista que ha adquirido la base de conocimientos de experto, las capacidades de adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas para el ejercicio profesional ampliado, cuyas características vienen conformadas por el contexto o el país en el que está acreditada para ejercer. Como nivel de entrada se recomienda un título de Licenciatura.

2.2.4 Gerencia en Enfermería

Robbins, S. (1998), explica que en la gerencia en enfermería se aplican las mismas clasificaciones usadas en cualquier tipo de gerencias, en tal

sentido la enfermera como gerente debe cumplir con los siguientes papeles del gerente:

1. Papel Interpersonal. Todo gerente posee el papel de líder, ya que incluye contratar, entrenar, motivar, y disciplinar otros empleados, a este respecto a otros profesionales de enfermería.
2. Papel de Información. Los gerentes deben actuar como difusor y vocero para transmitir información a los miembros de la organización.
3. Papel de Decisión. El gerente debe ser emprendedor, iniciando y controlando nuevos proyectos que mejorarán el desempeño de su organización o en el caso de enfermería de su servicio o unidad, además, toman las medidas correctivas en respuestas a imprevistos, así como son responsables de disponer y administrar racionalmente los recursos humanos y materiales.

Además, no es suficiente saber gerenciar, se debe estar preparado para hacerlo, es decir, el profesional de enfermería debe poseer las habilidades gerenciales que identifican aquellas capacidades o comportamientos que son cruciales para el éxito.

El profesional de enfermería como gerente, prospera en cualquier situación, faculta a sus subordinados, comparte información y comprende las diferencias, es decir, a la enfermera o enfermero como gerente les corresponde coordinar casi toda la prestación de servicios, brindar el cuidado de enfermería, dirigir un importante número de personas y manejar la ejecución de una gran parte del recurso material existente en su unidad o servicio.

Además debe conocer los principales problemas de salud de la comunidad para actuar en la prevención y promoción de la salud y brindar medidas curativas y de readaptación.

2.2.5 Estructura Organizativa y Organigrama

Según Torres, M. (2002) la estructura organizativa muestra la relación funcional entre las personas que desempeñan las distintas tareas, los niveles de ubicación, relaciones y comunicación que permiten al administrador identificar su área de responsabilidad dentro del proceso.

En este sentido, se debe acompañar la explicación con una gráfica denominada organigrama que visualiza en forma vertical la línea de autoridad, desde la máxima jerarquía, descendiendo hacia los niveles operativos (inferiores); en lo horizontal, muestra entre los departamentos o unidades organizacionales (funcionamiento).

Las líneas claras de autoridad, por escrito, permiten interpretar la dependencia.

Cada enfermera o enfermero debe saber ante quien responder y quienes responden ante él (ella) (Continuidad de mando)

Los organigramas revelan: la división de funciones; los niveles jerárquicos; las líneas de autoridad y responsabilidad; los canales formales de comunicación; la naturaleza lineal o staff del departamento; los jefes de cada grupo de empleados, trabajadores, etc; y las relaciones existentes entre los diversos puestos de la empresa y en cada departamento o sección.

Ahora bien, la Jefatura del Servicio de Enfermería del Hospital II EsSalud Pucallpa, sigue los lineamientos propuesto por el Gerencia General a través de la Oficina Central de Planificación y Desarrollo, y está representado por un organigrama vertical.

Se puede agregar además que el Servicio de Enfermería del Hospital II EsSalud Pucallpa tiene como propósito fundamental el brindar al individuo sano y enfermo, a la familia y a su entorno que es el centro de sus acciones una atención individualizada, continua y de calidad; que le permita mantener y/u obtener el nivel aceptable de salud, utilizando el método científico a través del proceso de enfermería y el proceso

administrativo, tomando en cuenta las necesidades básicas del hombre para ayudar a satisfacerlas y así promocionar su independencia y conciencia de grupo.

Por otra parte, el Servicio de Enfermería tiene como misión prestar un servicio de calidad al paciente, a la familia y a la comunidad. Entre sus características generales se tienen las siguientes:

- (a) Presta servicio las 24 horas durante los 365 días del año.
- (b) Tiene la menor parte de personal total de la institución.
- (c) Absorbe un bajo presupuesto.
- (d) Integra las acciones del equipo de enfermería en la atención del paciente.

La Jefatura del servicio de enfermería posee objetivos principales, en los que se encuentran:

- (a) Coordinar los recursos para proporcionar atención de enfermería de calidad.
- (b) Integrar el personal de enfermería.
- (c) Proyectar la institución a la comunidad.
- (d) Controlar el material y el equipo propios del Servicio.

Por último, se pueden especificar que la aplicación de proceso administrativo de la Jefatura del Servicio de Enfermería permitirá proporcionar una atención de calidad; para ello se tomará en cuenta tres aspectos asistenciales:

- (a) Las funciones administrativas dirigidas al personal.
- (b) Las funciones administrativas dirigidas al paciente.
- (c) Las funciones administrativas dirigidas a los servicios.

2.2.6 Comunicación organizacional

Rebeil Corella, M. (2000), menciona que la comunicación organizacional es aquella que dentro de un sistema económico, político, social o cultural se da a la tarea de rescatar la contribución activa de todas las personas que lo integran operativa y tangencialmente y busca abrir espacios para la discusión de los problemas de la empresa o institución esforzándose por lograr soluciones colectivas que benefician al sistema y que lo hacen más productivo.

2.2.7 Proceso de Atención en Enfermería

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como el Proceso de Atención Enfermería (PAE).

El PAE está definido por Torres, M. (2002), como "La forma sistemática utilizada por las enfermeras para la prestación de cuidados individualizados".

Los objetivos que se persiguen con la aplicación del PAE son: identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad; establecer los planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios; y actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

Por consiguiente, para desarrollar el PAE hace falta una interacción entre el personal de enfermería y el paciente, además de tener una serie de capacidades: técnicas, intelectuales (emitir planes de cuidados eficaces y con fundamento científico); y de relación (saber mirar, empatía y obtener el mayor número de datos para valorar).

Así, la aplicación del Proceso de Enfermería tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre el personal de enfermería, ya que el proceso define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; donde el cliente es el principal beneficiario, garantizando de esta manera, la calidad de los cuidados de enfermería.

Según el Documento en línea titulado Proceso de Atención de Enfermería (2000), el PAE posee las siguientes características:

- (a) Tiene una finalidad: Se dirige a un objetivo.
- (b) Es sistemático: Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- (c) Es dinámico: Responde a un cambio continuo.
- (d) Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera, el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- (e) Es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades.

Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.

- (f) Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

El PAE posee además cinco etapas explicadas a continuación:

1. Valoración
2. Diagnóstico
3. Planificación
4. Ejecución
5. Evaluación

2.2.8 Toma de Decisiones

García, J., dice que la toma de decisiones consiste en encontrar una conducta adecuada para resolver una situación problemática, en la que, además, hay una serie de sucesos inciertos.

Una vez que se ha detectado una amenaza, real, imaginaria, probable o no, y se ha decidido hacer un plan para enfrentarse a ella, hay que analizar la situación: hay que determinar los elementos que son relevantes y obviar los que no lo son y analizar las relaciones entre ellos y la forma que tenemos de influir en ellos.

Este paso puede dar lugar a problemas, cuando se tienen en cuenta aspectos irrelevantes y se ignoran elementos fundamentales del problema.

Una vez determinada cual es la situación problemática y analizada en profundidad, para tomar decisiones, es necesario elaborar modelos de acciones alternativas, extrapolarlas para imaginar el resultado final y evaluar este teniendo en cuenta la incertidumbre de cada suceso que lo compone y el valor que subjetivamente se le asigna ya sea consciente o automáticamente.

Así se obtiene una idea de las consecuencias que tendría cada una de las acciones alternativas que se han definido y que puede servir para elegir la conducta más idónea como el curso de acción que va a solucionar la amenaza.

2.2.9 Liderazgo y dirección

Ayuso Murillo, D. (2006), menciona que el liderazgo hace referencia a actitudes y valores relacionados con el talante personal y su influencia en las personas, que las capacita para gestionar la cultura y los valores de la empresa y de los grupos profesionales que la constituyen, teniendo en cuenta las relaciones de poder y los afectos, así como las tendencias y los intereses del grupo.

La dirección por su parte, gestiona la misión de la empresa desde los profesionales y empleados, y tiene en cuenta las metas y objetivos de la organización para conseguir unos fines predeterminados.

La dirección ocupa el ámbito del cumplimiento y el liderazgo los aspectos de las relaciones humanas, debiendo estar ambos interrelacionados para el logro de las metas deseadas.

Todo líder tiene unas características comunes: el poseer buenos conocimientos en su disciplina, la capacidad para motivar, la confianza, la

comunicación, el entusiasmo, visión global de las situaciones, el valor y la capacidad para tomar decisiones que incluyen riesgos.

Estas características son coincidentes con las que debe tener un buen directivo.

Debemos promover el cambio, modificando el estilo de dirección de los responsables de los distintos servicios para lograr el liderazgo; el estilo de dirección autoritario está obsoleto y es desmotivado en las organizaciones sanitarias.

El líder debe transmitir emociones, pues sin ellas es mucho más difícil movilizar y motivar a las personas.

El líder debe buscar los talentos de su equipo entendiendo que el talento es encontrar aquello con lo que disfrutamos y no nos cuesta hacer.

2.2.10 Motivación en el trabajo

Joseph A. Petrick (2003), dice que el enfoque de las relaciones humanas hace énfasis en la necesidad de flexibilidad interna para incrementar la productividad debido a las distintas necesidades de motivación de los empleados.

Más tarde, seis teóricos proporcionaron modelos de satisfacción y motivación que describían el enfoque de las relaciones humanas:

Abraham Maslow: argumentó la existencia de cinco necesidades innatas, determinadas genéticamente: fisiológicas, seguridad, pertenencia, estima y autoactualización.

El comportamiento se mueve por la urgencia de cumplimentar estas cinco necesidades fundamentales de un modo prioritario, es decir, las necesidades de alto nivel (estima y autoactualización) sólo pueden influir en la motivación si las necesidades de bajo nivel (fisiológicas, seguridad y pertenencia) son ampliamente satisfechas.

Herzberg, defendía un modelo de mantenimiento de la motivación que separaba los factores de motivación (el propio trabajo, el logro, la posibilidad de crecimiento.

La responsabilidad, el progreso, el reconocimiento) de los factores de mantenimiento o higiene (posición, seguridad laboral, relaciones interpersonales, salario, condiciones laborales).

Herzberg aplicó su modelo al contexto laboral y promovió el enriquecimiento laboral mediante el aumento de las áreas de

responsabilidad de los trabajadores a fin de aumentar la motivación, en lugar de apoyarse en aumentos salariales.

McGregor creó un modelo basado en unas presunciones del cuerpo directivo: la teoría X y la teoría Y. La teoría X asume que a los empleados no les gusta trabajar, que se les tiene que forzar para que cumplan con su deber y que siempre que puedan evitarán las responsabilidades.

La teoría Y asume que a los empleados no les disgusta trabajar, que se pueden comprometer para conseguir objetivos de la organización sin presiones coercitivas, y que aprenderán no solo a aceptar sino también a buscar responsabilidades.

La teoría de las expectativas de Vroom, ampliada por Porter y Lawler, proponía un modelo dinámico del proceso de motivación. El modelo se basa en tres conceptos básicos: valía (valoración del reconocimiento), instrumentalidad (creencia subjetiva referente a esfuerzo-probabilidad de reconocimiento) y expectativa (relación entre esfuerzo-actuación o comportamiento y comportamiento resultado).

La combinación de la valía inicial del empleado (incorporando las teorías de Maslow y Herzberg) y la creencia del empleado con respecto a esfuerzo-probabilidad de recompensa determinará el esfuerzo de trabajo inicial realizado.

El esfuerzo nos lleva a la actuación, que está influida por las habilidades y capacidades de cada individuo, así como por las percepciones precisa de la tarea a desempeñar.

En la teoría dinámica de la motivación, la actuación influye tanto en la recompensa intrínseca como extrínseca, y el tipo de recompensa que se prevea determinará el futuro esfuerzo laboral por parte del empleado.

Si las recompensas se prevén justas, se produce la satisfacción y se acelera un ciclo de renovación en la producción.

Para Vroom, el objetivo es el de optimizar la actuación centrándose en los individuos y procedimientos de trabajo e incrementando la valía, instrumentalidad y expectativas de los empleados.

2.2.11 Relaciones de producción

Es un concepto frecuentemente usado por Karl Marx en su teoría del materialismo histórico y en El Capital. Son las relaciones que los individuos producen, es decir las relaciones sociales que establecen los productores entre sí, las condiciones en que intercambian sus actividades y participan en el proceso productivo.

Esto es porque en la producción, los hombres no actúan solamente sobre la naturaleza, sino que actúan también los unos sobre los otros, asociándose de un cierto modo, contrayendo determinados vínculos y relaciones, para actuar en común y establecer un intercambio de actividades a la vez que se relacionan con la naturaleza y efectúa la producción.

2.2.12 Exigencias del Sistema Social

A lo largo de la historia en todas las culturas han existido especialistas en los cuidados de la salud, entre las profesiones más antiguas de la humanidad.

Cruz y Fuentes (1998) mencionan que mucho se ha discutido acerca de si la enfermería es una profesión o no y cual es su campo de acción, lo cierto es que en la antigua Grecia se desarrolló una organización social que más tarde sirvió de modelo para Roma constituida por los "cuidados-estados"

De la Torre y col. (1998) dicen que en la Edad Media las iglesias se adueñan de la sociedad y este poder se ha mantenido en todas los órdenes sociales y, por tanto, en lo relacionado con la salud y la enfermedad, no es hasta la Edad Moderna que la sociedad encuentra sus fundamentos ideológicos en la religión con la formación de Estados

Absolutos. Los jóvenes estados se desarrollan creándose así una red ya no religiosa sino estrictamente civil.

Según de la Torre (2000), en tiempos actuales existen dos corrientes bien definidas en cuanto al enfoque de la atención a la salud: La primera toma en consideración las recomendaciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud) y es partidaria de los derechos humanos y la lógica salubrista, la Segunda se centra en el tratamiento médico de la enfermedad y en ella el modelo biomédico tiene un protagonismo.

Para Didriksson (1996), la enfermería ha venido practicándose, como profesión, desde hace más de un siglo y el desarrollo de las teorías en este campo ha experimentado una rápida evolución en las últimas décadas para ser reconocidas finalmente como una disciplina académica.

Para Drucker (1997), la evolución de la enfermería ha contribuido al desarrollo de teorías y modelos sobre la base de los cuidados en la actividad, lo que ha proporcionado los conocimientos necesarios para perfeccionar la práctica diaria de ésta. Las primeras impulsoras de las teorías sobre la enfermería abordaban como asuntos prioritarios la filosofía, su definición y las artes relacionadas con esta actividad.

Una figura representativa de la enfermería en el periodo (1820 -1910) fue Floréense Nightingale de origen inglesa que nació el 12 de mayo que

resultó ser la primera enfermera en el mundo y adquirió su experiencia en la guerra de Crimea, donde acude como voluntaria y organiza un departamento de enfermería. Esta destacada mujer definió la enfermería como una vocación religiosa solo para mujeres.

Por el éxito de su trabajo le fue asignada, por el gobierno inglés, la organización de la enfermería en los hospitales de campaña. Por toda su labor se designó la fecha de su nacimiento para celebrar el Día Internacional de la Enfermería.

Según de la Torre y col. (1998), su labor fue popularizada entre los soldados, quienes la llamaban "La dama del farol" porque con el farol recorría las salas y pasillos llenos de heridos para brindar cuidados de enfermería. Nightingale expresó con firme vocación que el conocimiento de la Enfermería era intrínsecamente distinto de la ciencia médica y la describió como una función propia y distinta de la Enfermera, consistente y colaboradora con el paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él.

Hasta la década de los 50 los profesionales de enfermería no empezaron a plantear seriamente las necesidades de desarrollar artículos y contribuir a teorías globales en esta disciplina.

A partir de ese momento enfermeras destacadas en Europa profundizan en los estudios de identificación de la Enfermería con los cuidados de las personas relacionadas a la salud.

Para Didriksson (1996), enfermeras como Henderson, cuando reflexiona sobre la función social de la Enfermería la destacan como “la actividad social con fuerza creativa y constructiva en la sociedad...”, reconociendo la influencia de Anmie W Grodid Decana de su escuela. Henderson ve al paciente como una persona que requiere de ayuda para lograr la autosuficiencia, contempla la enfermería como una labor independiente de los médicos. La obra de esta autora se considera una filósofa, haciendo hincapié en las 14 necesidades humanas básicas en los pacientes que requiere de cuidados.

Otra de las autoras Dorothea considera la Enfermería como el resultado de la evolución que dentro de la sociedad ha ido experimentando una actividad fundamental, el cuidado y que ha dado origen a la que hoy se reconoce como disciplina cuyo objeto de interés y de estudio son los cuidados de enfermería, describió el autocuidado como una necesidad humana y la Enfermería como un servicio. De sus trabajos emanan tres teorías utilizadas conjuntamente para diseñar y orientar la prestación de cuidados en enfermería.

Duran (1998) dice que el desarrollo teórico es la evolución continua que han experimentado la función de la Enfermera y las necesidades de autocuidados.

La obra de esta autora constituye un modelo conceptual e incluye tres teorías.

Según de la Torre y col. (1998), la eficacia de los cuidados que Floréense Nightingale realiza de forma organizada, provoca un aumento significativo de las necesidades de este tipo de atención y con ello posteriormente se dedicó a la formación de Enfermeras en el año 1860 en Londres para atender enfermos de los hospitales.

El modelo de estas escuelas sirvió de referencia durante mucho tiempo para las escuelas de América y Europa.

Según la revista Educación en las Ciencias Medicas (2002), se menciona que los cuidados de enfermería representan el elemento fundamental de las estructuras que sirven de base a sus teorías y modelos, los que se orientan al desarrollo y precisa de los cuidados necesarios a tener en cuenta para cada persona.

Según el papel de defensor de los usuarios (2000), son varias las clasificaciones que se le han dado a los modelos y teorías de Enfermería

existentes; entre ellos están la de Karauac y que parte de una base filosófica y científicas de cuatro conceptos centrales: cuidados, persona, salud y entorno e identifica seis escuelas de las necesidades de Enfermería, describiendo los cuidados en: La escuela de Cuidados de Enfermeros y la Escuela de Interacción, donde enfatizan la teoría en la importancia de estos cuidados como un proceso significativo, terapéutico e interpersonal que ayuda a la persona enferma a sentirse mejor y restablecido.

Para Garay (1996), la autora Hidalgare Peplau teorizadora de esta escuela, se refiere a la relación interpersonal orientada hacia un objetivo que favorezca el desarrollo de la personalidad según un proceso en cuatro fases: Orientación, Identificación, Aprovechamiento o Profundización y Resolución. Para esta autora los cuidados de enfermería son fundamentales como proceso significativo, terapéutico e interpersonal que ayuda a la persona a madurar, es decir a promover el avance de personalidades hacia una vida personal y social, creativa, constructiva y productiva.

García (1998), dice que por su parte la escuela de los Cuidados de Enfermeros y la Escuela de los efectos deseables desarrolla estructuras conceptuales y pone especial énfasis en considerar los elementos del entorno en los cuidados de Enfermería. Callista Roy como representante de esta teoría plantea que estos cuidados tienden a elevar los

comportamientos del paciente. Según Roy los hombres son seres biopsicosociales que existen en un entorno, su obra es un modelo conceptual de la Enfermería con varias teorías.

Para Gottfried (1998), la Escuela de los Cuidados de Enfermeros, la Escuela humanista y científica se orientan fundamentalmente a la individualidad y particularidad que caracteriza a los cuidados de cada persona. Como representante de esta teoría Madelaine Leininger la define como ciencia y arte humanista, centrados en los comportamientos, las funciones y los procesos de cuidados personalizados dirigidos hacia la promoción y conservación de los comportamientos de salud o su recuperación, preservando, adaptando y restaurando los cuidados culturales.

Según Grijalbo (1997), también Jean Watson se refiere a los cuidados de enfermería como un arte y ciencia humana, ideal, que influye en la moral y en los proceso transpersonales dirigidos a la promoción de la armonía. Resalta la importancia de los cuidados de la Enfermería en promover y recuperar la salud del paciente, prevenir la enfermedad y cuidar los enfermos.

Las representantes de los Cuidados de Enfermeros y la Escuela de las Necesidades consideran esencialmente los cuidados relacionados con las necesidades humanas.

Para Didriksson (1996), la autora Virginia Henderson define la Enfermería como la asistencia de la persona enferma o sana a las actividades que no pueden hacer por sí misma por falta de fuerza, de voluntades o de conocimientos con el fin de conservar o establecer su independencia en la satisfacción de sus necesidades e identifica sus cuidados en tres niveles fundamentales: el de Sustituta, el de Ayudante y el de Compañera.

Según Duran (1998), Dorothea Orem, afirma que los cuidados representan el campo del conocimiento y servicio humano que tienden a cubrir las limitaciones de las personas en el ejercicio de su autocuidado.

En el desarrollo del modelo actual en nuestro país podemos ver como ha influido el contexto socio cultural y político, donde surge el desarrollo del conocimiento en otras disciplinas y el propio desarrollo disciplinar.

Para Guever (1994), la enfermería cubana gracias a su entrada a las universidades empieza a ir más allá del modelo médico predominante para poder definir su espacio dentro del conocimiento y la atención de salud de las personas.

La enfermería, al igual que cualquier otra profesión, es un producto social que adopta en cada época de la historia, la forma que le es posible, que responda a las circunstancias, logros de la ciencia y la tecnología de su

tiempo; además es una actividad donde han existido especialistas en el cuidado a la salud entre las profesiones más antiguas de la humanidad.

Desde entonces para ser sanadora o sanador era preciso ser elegido a través de un proceso en que era necesario ser considerado apto por parte de los sanadores mayores.

Para Henderson (2000), al analizar los cambios que se han ido produciendo en la enfermería se observan diferentes elementos que han influido en la evolución; estos van desde referentes sociales, fenómenos, problemas teóricos y prácticos relacionados con ella, hasta llegar a aspectos específicos relativos a la profesión y como disciplina científica con la existencia entre sus elementos interrelación e integración entre sí.

En el año 2000 un grupo de expertos reunidos en Ginebra llegaron a la conclusión de que los servicios de enfermería y Obstetricia en el mundo, estaban en crisis, debiéndose a las consecuencias de una política de planificación deficiente del personal. Este grupo expresó además que en el mundo las Enfermeras y Matronas abandonan los sistemas de salud por bajos salarios, condiciones de trabajos arriesgados, la falta de avances en la profesión y de autonomía profesional.

Según Hourrutinier (1994), los participantes analizaron que en un Hospital de Zambia se necesitan 1500 enfermeras y solo están empleadas 500, en

Polonia los cursos terminan por cada año con cifras de 10000 y han quedado en cifras de 3000, y en Chile de 18000 enfermeras solo trabajan activamente en su profesión 8000 enfermeras.

En el discurso realizado el 1ro de Mayo del 2002 por El Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz expresó "...Todos y cada uno de los países de América Latina que nos condenaron en Ginebra o coaspiciaron el proyecto de resolución contra Cuba están bien distantes de los índices educacionales, culturales y sociales que son fundamentales para la vida sana ..." y hace mención de ellos aludiendo la enfermería, al afirmar que en Cuba existen "cada 10000 habitantes 743 Enfermeras y en América Latina 69 (30).

Según el portal Web del CICA (1998), la enfermería en Cuba surge desde los primitivos habitantes y se destaca el trabajo de las que junto con los behiques o curanderos de las tribus, ayudaban en el cuidado de los enfermos, actividades que muchas veces estaban encaminadas a lo mágico del conocimiento de nuestros primitivos habitantes.

Según el portal Web del AGS (1998), dice que después de la conquista los españoles se dedicaron a construir hospitales y para el cuidado de los enfermos, traen monjes de diferentes órdenes religiosas; a estos, se unieron damas caritativas de la sociedad que, si tenían moral elevada y

prestigio ante la sociedad, eran aceptadas para esta labor por los directores de los hospitales.

Según el portal Web del AGS (1998), menciona que después de finalizada la guerra, fue el Hospital Reina Mercedes (después nuestra Señora de las Mercedes), el que se escogió para fundar La Primera Escuela y el 23 de agosto de 1899, se abrió en este hospital la Escuela Preparatoria de Alumnas de Enfermeras de Cuba, bajo la dirección de Miss Mary Agnes O'Donell, graduada en la Escuela de Enfermeras de Bellevue y cuyo contrato con el ejército fue anulado para ocupar este nuevo cargo, llegando a fines de este año ocupar el importante cargo de Decana de las Escuelas de Enfermeras en Cuba, el Dr. Raymundo Menocal fundó una Escuela de Enfermeras en su clínica particular "La Habana", a la cual asistieron 22 alumnas bajo la dirección del Dr. Vidal Sotolongo.

Desde la fundación de estas escuelas, cada cual tenía su propio Plan de Estudios y Programas, así como ordenanzas y reglamentos, por lo que no existía uniformidad en esta enseñanza. El Dr. M. Delfín director de Beneficencia estaba muy preocupado por esta irregularidad y presentó esta inquietud ante la Junta de Beneficencia y Sanidad, es así que en 1902 se nombra una comisión integrada por Miss W. Quintard, inspectora general de enfermeras, Miss E. Hibbard superintendente de la Escuela de Matanzas, el Dr. M. Delfín y los Drs. Muñoz y Diago directores de los

Hospitales Mercedes y Número 1. A finales de este año se publica el Reglamento de las Escuelas, el plan de estudios y los programas.

Según el portal Web del AGS (1998), dice que en 1902 se crea la Sección de Enfermería en la Junta de Beneficencia y Sanidad y su primera inspectora fue Miss W. Quintard. Entre 1902 y 1904 ya para el ingreso a las escuelas se pedía una mediana instrucción. Al triunfo de la Revolución esta enseñanza da un vuelco considerable tanto en calidad como en cantidad.

Según el portal Web del UB (1997), dice que se cambia la concepción de que las Enfermeras sólo trabajen en los hospitales de las cabeceras de provincias e instituciones privadas y es así, que para dar mejor atención se aumenta el número de plazas de ingreso a las Escuelas de Enfermeras con vistas a cubrir las necesidades que exigían los planes del Ministerio de Salud Pública, encaminados a llevar la atención de salud a los lugares más intrincados de la isla. En esta década de los 60 se comienza a incrementar esta enseñanza con la instalación de varias escuelas a lo largo de todo el país.

Según el portal Web del USE (1998), menciona que en 1963 parte hacia la República de Argelia la primera delegación de ayuda internacionalista, incrementándose su presencia posteriormente en Asia, África y América Latina.

2.3 VARIABLES.

2.3.1 Variable independiente:

Gestión Administrativa en el seguro Social de Salud de Ucayali.

2.3.2 Variable dependiente:

Producción de Trabajadores en el Seguro social de Ucayali.

2.4 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN EL SEGURO SOCIAL DE SALUD DE UCAYALI.

Tipo: Cualitativa ordinal

- **Definición Conceptual:** Gestión administrativa de los profesionales de enfermería sobre la producción social.
- **Definición Operativa:**

Dimensión: Funciones de mando

- Posición en la escala jerárquica.
- Idoneidad para resolver problemas.
- Relación con los altos mandos de EsSalud Ucayali.
- Carácter o personalidad del profesional de enfermería.

- Capacidad derivada de los estudios, experiencia, etc.

Suficiente - 60 % o más de respuestas satisfactorias

Insuficiente – Menos de 60 % de respuestas satisfactorias

Instrumento: Encuestas

Dimensión: Programación del trabajo

- Creación de una agenda general de trabajo, de todo EsSalud Ucayali
- Directrices laborales.

Suficiente - 60 % o más de respuestas satisfactorias

Insuficiente – Menos de 60 % de respuestas satisfactorias

Instrumento: Encuestas

Dimensión: Dirección técnica

- Alcances de tipo técnico que se relacionan con el tipo de productos o servicios

Suficiente - 60 % o más de respuestas satisfactorias

Insuficiente – Menos de 60 % de respuestas satisfactorias

Instrumento: Encuestas

Dimensión: Dirección comercial

- Rol prioritario de la función comercial
- Financiamiento para poder funcionar
- Tarea del profesional de enfermería en establecer las políticas de salud

Suficiente - 60 % o más de respuestas satisfactorias

Insuficiente – Menos de 60 % de respuestas satisfactorias

Instrumento: Encuestas

Dimensión: Dirección de recursos humanos

- Relación con las personas que forman parte de EsSalud Ucayali, en cualquiera de sus puestos de trabajo dentro del organigrama de la misma.
- Delegación
- Motivación
- Controles de eficiencia
- Manejo de metas y objetivos
- Trabajo en equipo
- Bienestar social del funcionario
- Sindicatos de empleados

- Convenios colectivos
- Reuniones de trabajos
- Entrevistas personalizadas
- Visitas a los trabajadores en sus puestos de trabajo.

Suficiente - 60 % o más de respuestas satisfactorias

Insuficiente – Menos de 60 % de respuestas satisfactorias

Instrumento: Encuestas

Dimensión: Dirección administrativa

- Se refiere a la capacidad del profesional de enfermería para usar a sus personas de confianza, aquellas que colocó en puestos administrativos y ejecutivos dentro del organigrama
- Motivación al personal
- Gestión de las tareas a cumplir
- Cumplir con las metas y se logren los objetivos.

Suficiente - 60 % o más de respuestas satisfactorias

Insuficiente – Menos de 60 % de respuestas satisfactorias

Instrumento: Encuestas

ESCALA DE VALORES:

1. **CONOCE:** Cuando define el concepto e identifica al menos 3 principios y menciona 3 normas.
2. **CONOCE PARCIALMENTE:** Interpreta el concepto e identifica 2 principios y 2 normas.
3. **NO CONOCE:** Si no define ni interpreta el concepto; si no identifica 2 o más principios y 2 o más normas.

PRODUCCIÓN DE TRABAJADORES EN EL SEGURO SOCIAL DE UCAYALI.

Tipo: Cualitativa ordinal.

- **Definición Conceptual:** Producción de Trabajadores en el Seguro social de Ucayali.

- **Definición Operativa:**

Dimensión: Estrategias puras

- Empleo de horas extras.
- Trabajadores eventuales
- Mano de obra nivelada

Suficiente - 60 % o más de respuestas satisfactorias

Insuficiente – Menos de 60 % de respuestas satisfactorias

Instrumento: Encuestas

Dimensión: Mano de obra nivelada. Estrategia de persecución, adaptación a la demanda o de caza:

- Trabajadores eventuales
- Con empleo
- Sin empleo de la subcontratación.

Suficiente - 60 % o más de respuestas satisfactorias

Insuficiente – Menos de 60 % de respuestas satisfactorias

Instrumento: Encuestas

Dimensión: Estrategias mixtas:

- Plan que satisfaga restricciones internas del Seguro Social
- Mantenimiento de costos de utilización de los recursos lo más bajo posible.

Suficiente - 60 % o más de respuestas satisfactorias

Insuficiente – Menos de 60 % de respuestas satisfactorias

Instrumento: Encuestas

Dimensión: Trabajador del Seguro Social:

- Nivel de capacitación en la mano de obra

- Discreción en la tarea
- Nivel de compensación
- Condiciones de trabajo Duras Placenteras
- Capacitación requerida por empleado
- Rotación en la mano de obra
- Costos de contratación y despido
- Nivel de error
- Capacidad de supervisión requerida
- Tipo de presupuesto y pronóstico requerido
- Sensibilidad humana:
- Responsabilidad:
- Incondicionalidad:
- Laboriosidad:
- Autonomía:
- Beneficencia
- No Maleficencia
- Justicia

Suficiente - 60 % o más de respuestas satisfactorias

Insuficiente – Menos de 60 % de respuestas satisfactorias

Instrumento: Encuestas

Dimensión: Satisfacción de la atención recibida.

- Bienestar subjetivo que declara el paciente en respuesta a la atención recibida por su Equipo de Salud.

- Nivel de Satisfacción en la atención recibida.

ESCALA DE VALORES:

1. Satisfecha: El 80 % o más de las opiniones son positivas.
2. Medianamente satisfecha: Cuando del 60 al 79 % de las opiniones son positivas.
3. Insatisfecha: Cuando las opiniones positivas son menos del 60 %.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Durante el transcurso de esta investigación se informó y explicó previamente a los implicados, los objetivos de la actividad; se enunciaron los objetivos de la misma, respetando el consentimiento informado en los participantes, así como se mantuvo la confiabilidad y respeto personal durante el proceso, sumando a esto la discreción implícita ante los planteamientos y propuestas obtenidos; los que agradecemos en todos los casos al despedirnos de los mismos.

2.5 ANALISIS DE LOS RESULTADOS.

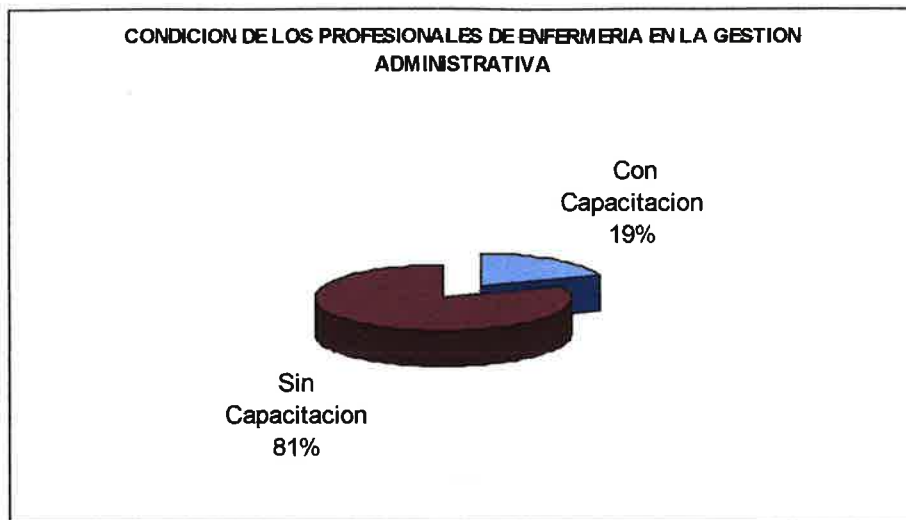
Antes de responder a los objetivos planteados en esta investigación se hizo un análisis de correspondencia de toda la base de datos cualitativos que mas contribuyeron al estadístico Chi Cuadrado total de las encuestas formuladas para discriminar aquellas variables que poco o nada aportan significativamente, esto quiere decir que al discriminar las variables con bajo aporte se tendrán aquellas variables eficaces para poder tener una mejor inferencia del cual se tuvo los siguientes resultados:

Cuadro N° 01. Análisis de correspondencia de todas las variables de las encuestas realizadas.

Sistema SAS									
Procedimiento CORRESP									
Contribuciones al estadístico chi-cuadrado total									
	X1	X3	X4	X5	X6	X7	X8	X10	X11
Suma	2.806	72.38490.158	3.991	9.01515.754	22.853	2.006	8.752		
	X12	X13	X14	X15	X16	X17	X18	X19	X20
Suma	8.215	3.842	8.65912.087	14.458	0.464	9.199	9.162	3.573	
	X21	X22	X23	X24	X25	X26	X27	X28	X29
Suma	1.876	6.22019.144	2.889	8.966	2.556	0.695	5.74418.544		
	X30	X31	X32	X33	X34	Suma			
Suma	3.278	6.992	8.068	3.333	0.804	277.126			

En el Cuadro N° 01, se observa el resultado de todas las variables analizadas mediante el Análisis de Correspondencia, de las cuales solamente 19 variables han sido seleccionadas de las 34 variables tomadas, ya que las restantes no aportan significativamente a una buena inferencia estadística.

Gráfico N° 01. Condiciones de los profesionales de enfermería en la Gestión Administrativa de EsSalud Pucallpa.



Con el propósito de identificar el impacto de la gestión administrativa de los profesionales de enfermería en la producción social de EsSalud Pucallpa, se aplicó una entrevista arribando a los resultados resumidos en el Grafico N° 01, donde se aprecia un 19 % de los encuestados, tienen una capacitación sobre gestión administrativa, es decir con suficiente nivel de conocimiento de la definición e identificación de los principios y normas de buenas prácticas en la administración de salud según la escala de valores prefijada en la metodología. Con conocimientos medianamente suficientes el 81 % de los encuestados no tuvo oportunidad para capacitarse, se dedujo insuficiente superación a su alcance, con el instrumento se constató que sólo el 19 % manifestó haber recibido capacitación en su vida laboral denotando insuficiente superación dato

que llama a la reflexión al observar su autovaloración de conocimiento en la gestión administrativa.

Esto puede guardar relación con un desconocimiento real o con falta de espíritu autocrítico (Disonancia Cognoscitiva). Por la falta de concordancia entre la autovaloración cognoscitiva de los enfermeros y la valoración del observador.

Es meritorio comentar que si analizamos la Bioética Médica con sus principios y preceptos en otros países desarrollados y subdesarrollados nos percatamos existen algunas divergencias desde el punto de vista analítico.

En busca de algunos elementos que pudieran estar incidiendo con estos resultados se revisó el plan de capacitación en EsSalud de Pucallpa, donde se encontró que existe una deficiencia en la alta jerarquía administrativa en priorizar la capacitación del personal que trabaja en la institución, donde el mismo que no existe un abordaje de la preparación, voluntad y apreciación de la jefatura en programas priorizadas de capacitación como fundamental.

Se encontró que en el plano académico la información fue extremadamente escasa, lo que pudo incidir en el deficiente conocimiento

de los profesionales de Enfermería y vinculación educación instrucción insuficiente.

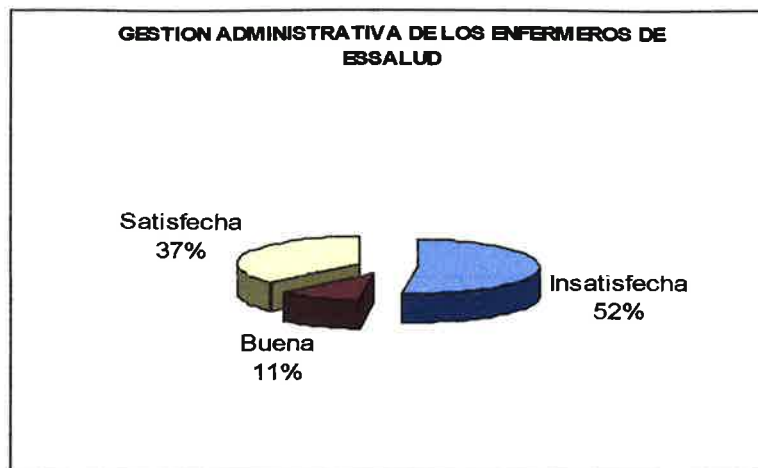
Para profundizar en este aspecto se revisó la vía de actualización administrativa al alcance de los enfermeros.

Los cursos ofertados por los hospitales de la ciudad de Pucallpa, donde estos cursos se imparten de forma divisada el cual en los últimos dos años sólo se han efectuado dos por cada año y únicamente en tres enfermeros.

Al entrevistar a los enfermeros mencionan que se asignó muy poco tiempo a los principios, no aparecieron los preceptos, ni tópicos verticalizados en la práctica de enfermería, que sirviera como herramienta para dar respuestas a los problemas administrativos presentados en la atención

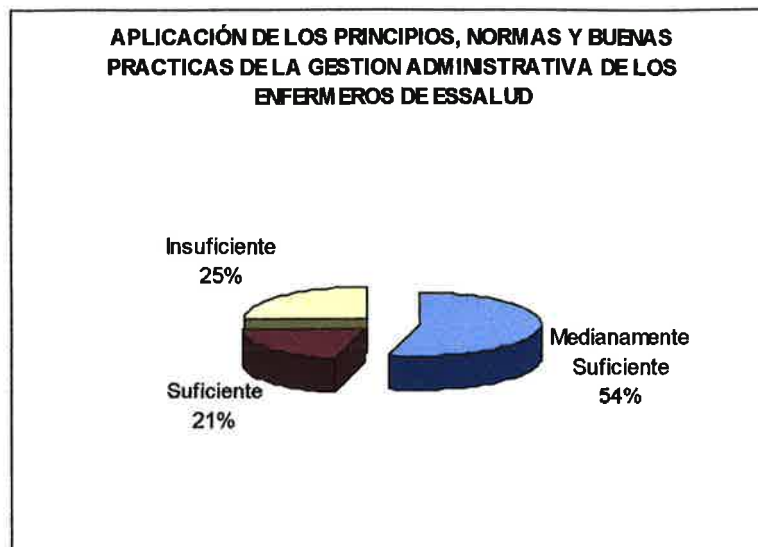
El resultado obtenido durante este aspecto de la investigación corroboró insuficiencia en el impacto de la gestión administrativa de nuestros profesionales de enfermería, escasa bibliografía a su alcance e insuficiente control y ayuda referente al tema por los Ejecutivos; lo que pudo incidir en que los enfermeros no contaran con conocimientos, hábitos y habilidades necesarios para dar un tratamiento eficaz a la población en el nivel de atención administrativa.

Gráfico N° 02. Análisis de la gestión administrativa de los enfermeros de EsSalud-Pucallpa.



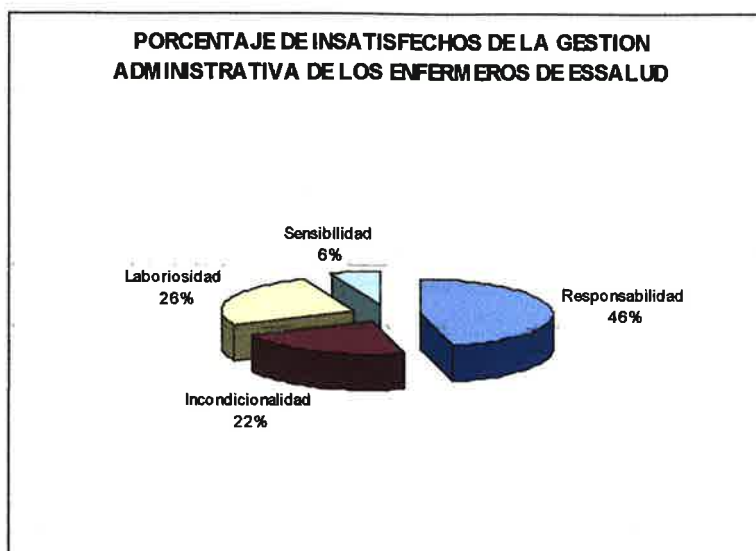
Explorando a través de una interrogante de la Grafica N° 02, se reflejó la de opinión en relación con la gestión administrativa de los profesionales de Enfermería relativo a sus Principios, Normas y Buenas Prácticas administrativas, se resume la opinión poblacional, el 11% reflejó satisfacción con la gestión administrativa recibido de su enfermero del Hospital EsSalud, el 37 % refirió satisfacción media y la mayoría de las opiniones en un 52 % resultaron de insatisfacción; la mayoría de los encuestados con más de dos opiniones de insatisfacciones.

Gráfico N° 03. Análisis de la aplicación de los principios, normas y buenas prácticas de la gestión administrativa.



En el Gráfico N° 03, el nivel de aplicación de los principios, normas y buenas prácticas bioéticas resultó que sólo el 21 % de los profesionales de Enfermería a través de la entrevista, guía de observación y encuestas fue identificado por aplicar de forma suficiente los 4 principios, la mayoría en un 54 % medianamente suficiente y resultó como insuficiente el 25 %.

Gráfico N° 04. Análisis de la percepción del paciente con su enfermero.



En el Gráfico N° 04, se aprecia que el por ciento de insatisfechos fueron los menores, con sensibilidad humana el 6 % el más bajo de todos, incondicionalidad el 22 %, responsabilidad el 46 % y laboriosidad el 26 %.

Cuadro N° 02. Análisis de regresión de las variables dependientes Empleo de horas extras.

Multiple Regression Results

Dep. Var. : VAR5	Multiple R : .44205215	F = 6.800337
	R ² : .19541010	df = 1,28
No. of cases: 30	adjusted R ² : .16667475	p = .014452
	Standard error of estimate: .112823906	
Intercept: 1.759410227	Std.Error: .0610307	t(28) = 28.828 p < .0000

VAR2 beta=-.44

Al realizar el estudio de la influencia de la gestión administrativa en el Seguro Social de Ucayali mediante el análisis de regresión se tiene que la variable Empleo de horas extras es altamente influenciada por la variable Posición en la escala jerárquica en 19 %.

Cuadro N° 03. Análisis de regresión de las variables dependientes Trabajadores eventuales.

Multiple Regression Results

Dep. Var. : VAR8	Multiple R : .39305537	F = 4.933485
	R ² : .15449253	df = 1,27
No. of cases: 29	adjusted R ² : .12317743	p = .034919
	Standard error of estimate: 10.695346379	
Intercept: 21.924009901	Std.Error: 6.262230	t(27) = 3.5010 p < .0016

VAR2 beta=-.39

Analizando la variable Trabajadores eventuales mediante el análisis de regresión se tiene que esta variable es influenciada por la variable Carácter o personalidad del profesional de enfermería en 15 %, ver Cuadro N° 03.

Cuadro N° 04. Análisis de regresión de las variables dependientes Producción de Trabajadores en el Seguro social de Ucayali versus Gestión Administrativa en el seguro Social de Salud de Ucayali.

VARIABLE INDEPENDIENTE	VARIABLE DEPENDIENTE	R-Square	Fc	Pr>F	Beta
Posición en la escala jerárquica	Nivel de capacitación en la mano de obra	29.6	11.8	0.0001	54.5
Posición en la escala jerárquica	Discreción en la tarea	34.3	14.6	0.0001	58.6
Idoneidad para resolver problemas	Nivel de error	33.5	14.3	0.0001	58.0
Relación con los altos mandos de EsSalud Ucayali.	Capacidad de supervisión requerida	30.0	12.0	0.0001	55.0
Carácter o personalidad del profesional de enfermería	Tipo de presupuesto y pronóstico requerido	39.7	18.4	0.0001	63.1
Capacidad derivada de los estudios, experiencia	Costos de contratación y despido	13.7	4.4	0.0001	37.0
Creación de una agenda general de trabajo, de todo EsSalud Ucayali	Justicia	18.2	6.2	0.0001	42.7
Directrices laborales.	Sensibilidad humana:	18.7	6.4	0.0001	43.0
Tarea del profesional de enfermería en establecer las políticas de salud	Autonomía:	27.6	10.6	0.0001	53.0
Relación con las personas que forman parte de EsSalud Ucayali, en cualquiera de sus puestos de trabajo dentro del organigrama de la misma.	Nivel de compensación	19.2	6.6	0.0001	43.9
Delegación	Rotación en la mano de obra	28.8	11.3	0.0001	53.7
Motivación	Capacitación requerida por empleado	23.6	8.6	0.00041	49.0
Trabajo en equipo	Responsabilidad:	30.2	12.1	0.0001	55.0
Bienestar social del funcionario	Laboriosidad:	16.7	5.6	0.00041	40.9
Visitas a los trabajadores en sus puestos de trabajo.	Condiciones de trabajo Duras Placenteras	19.6	6.8	0.0001	44.3

En el Cuadro Nº 04, al analizar Gestión Administrativa en el seguro Social de Salud de Ucayali sobre la Producción de Trabajadores en el Seguro social de Ucayali, se tiene que la Posición en la escala jerárquica influye en 29 % sobre el Nivel de capacitación en la mano de obra, esto da a conocer que los altos funcionarios del Seguro Social tienen mucho que ver en la capacitación de los profesionales de enfermería.

La Posición en la escala jerárquica es un buen determinante que influye en 34.3 % sobre la Discreción en la tarea.

La Idoneidad para resolver problemas influye en el Nivel de error en 33.5%

La Relación con los altos mandos de EsSalud Ucayali tiene mucho que ver en la Capacidad de supervisión requerida en 30 %

El Carácter o personalidad del profesional de enfermería influye en el Tipo de presupuesto y pronóstico requerido en 39.7 %

La Capacidad derivada de los estudios, experiencia influyen en 13.7 % sobre los Costos de contratación y despido

La Creación de una agenda general de trabajo de todo EsSalud Ucayali influye en 18.2 % sobre la Justicia en el trabajo de todo los profesionales de enfermería.

Las Directrices laborales va a determinar la Sensibilidad humana en 18.7 %

La Tarea del profesional de enfermería en establecer las políticas de salud va a determinar la Autonomía de los profesionales de enfermería en 27.6 %

La Relación con las personas que forman parte de EsSalud Ucayali, en cualquiera de sus puestos de trabajo dentro del organigrama de la misma influye sobre el Nivel de compensación en 19.2 %

La Delegación influye en 28.8 % sobre la Rotación en la mano de obra

La Motivación influye mucho sobre la Capacitación requerida por empleado en 23.6 %

El Trabajo en equipo influye sobre la Responsabilidad en 30.2 %

El Bienestar social del funcionario determina la Laboriosidad en 16.7 %

Las Visitas a los trabajadores en sus puestos de trabajo influye mucho en las Condiciones de trabajo Duras Placenteras del profesional de enfermería en 19.6 %

III. CONCLUSIONES

Los profesionales de Enfermería, no cuentan con los conocimientos adecuados en la gestión administrativa ni concepciones definidas de los principios y normas de buenas prácticas administrativas en el desempeño laboral en el Hospital EsSalud, lo que repercute en el nivel de satisfacción de la población.

IV. RECOMENDACIONES

Ante el impacto de la gestión administrativa del profesional en enfermería en la producción social de la seguridad social, se hacen las siguientes recomendaciones:

1. Para el buen funcionamiento de los servicios de salud, debe existir el plan integrado de salud que da prioridades de atención: "Planificación estratégica".
2. La gestión, necesariamente, debe contemplar criterios en la accesibilidad. Gestionar los servicios para que participe la comunidad.
3. El enfermero deberá identificar la prestación de cuidados enfermeros si quiere una separación de las competencias, y para ello necesita definir un marco teórico, definir el tipo de prestación enfermero.
4. Los perfiles profesionales deben ser adaptados a las necesidades de recursos de la sanidad, sirviendo para delimitar el campo y el perfil profesional de enfermería, al igual que debe tenerse en cuenta, a la hora del reconocimiento profesional la eficiencia y la aceptabilidad.
5. Desarrollar sistemas de información para la evaluación y la evaluación está en función de la estructura o proceso, ya que si no existe una estructura da como resultado otros servicios, quedando los cuidados al margen.

6. Con la función administradora se permite elaborar objetivos y actividades y serán capaces de decir lo que se pretende, qué es lo que se quiere y como llevarlo a cabo.
7. Evaluar los procesos y resultados de los objetivos y actividades planteadas. Al evaluar se mide la efectividad: resultados en términos de salud; la eficiencia: resultados en términos de salud al menor coste y cobertura, para comprobar que lo planteado se ha cumplido.
8. La administración de servicios en enfermería es una función principal del profesional de enfermería que es el cuidar y/o Administración de cuidados según las normas institucionales.

V. BIBLIOGRAFÍA

1. Ayuso Murillo, D. (2006) La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias. Ediciones Díaz de Santos. España.
2. Anderson A.H. y Barker D. (1996) Effective Enterprise and Change Management. Oxford: Blackwell Publishers Ltd.
3. Arthur Andersen (1998) Prácticas de Gerencia del Siglo XXI. Editorial La Palma. España.
4. Atencio Carneiro, Raúl (1991) gestión empresarial, un enfoque económico y administrativo, Lima, a.c.r.
5. Beckhard R. (1992) Changing the Essence: the Art of Creating and Leading Fundamental Change in Organizations. San Francisco; London: Jossey-Bass.
6. Brooks E. (1980) Organizational Change. The Managerial Dilemma. London: The MacMillan Press Ltd.
7. Bach Juan René, (1973) enciclopedia de contabilidad economía, finanzas y dirección de empresas, argentina, ediciones bach.
8. Campoverde Ayres José, (1988) EFICACIA CON D.O., Lima-Perú, Editorial Técnico Científica S.A.
9. Cea D' Ancona, Ángeles, (1996) METODOLOGÍA CUANTITATIVA: ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS DE INVESTIGACIÓN SOCIAL. España, Editorial Síntesis S.A.
10. Chaplin James – KRAWIEC T.S., (1998) PSICOLOGÍA: SISTEMAS Y TEORÍAS, México, Nueva Editorial Interamericana S.A. 3ra. Edic.
11. Chiavenato Idalberto, (1999) ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, Colombia, Mc Graw Hill Interamericana S.A.
12. Child John, (1991) ORGANIZACIÓN GUÍA PARA PROBLEMAS Y PRÁCTICA, México, Cía. Editorial Continental S.A.
13. Chruden Herbert- SHERMAN Arthur, (1986) ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL, México, Cía. Editorial Continental S.A.
14. De Anzizu José María, (1992) LA GESTIÓN EMPRESARIAL ¿ARTE O CIENCIA?, España, Ediciones Orbis S.A. Tomo I.

15. Dolan S – Schuwler R – Valle R., (1999) LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANO, España, Edit. Mc Graw Hill.
16. Dunnette M.D. – Kirchner W., (1994) PSICOLOGÍA INDUSTRIAL, México, Ediciones Trillas.
17. Fingermann Gregorio, (1970) RELACIONES HUMANAS FUNDAMENTOS PSICOLÓGICOS Y SOCIALES, Argentina, Editorial "El Ateneo".
18. Garcilazo Maldonado, Alejandro, (1990) ADMINISTRACIÓN EDUCATIVA, Lima-Perú, CONCYTEC.
19. Gómez Ceja, Guillermo, (1994) ORGANIZACIÓN Y PLANEACIÓN DE EMPRESAS, México, Mc Graw Hill Interamericana S.A.
20. González M – Olivares S., (1999) COMPORTAMIENTO ORGANIZACIONAL: UN ENFOQUE LATINOAMERICANO, México, Cía. Editorial Continental S.A.
21. Hellriegel Don-Slocum John W- WOODMAN Richard, (1999) COMPORTAMIENTO ORGANIZACIONAL, México, 8ava. Edic.
22. Heller, R. (1998). La Toma de Decisiones. Barcelona: Grijalbo Mondadori, S.A.
23. Hernández S. Roberto-Fernández C- Baptista Pilar (1997) METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN, Colombia, Mc Graw-Hill Interamericana S.A.
24. Joseph A. Petrick, Diana S. Furr. Calidad total en la dirección de recursos humanos Editor Gestión 2000, S.A. Barcelona 2003. España.
25. Ma. A. Rebeil Corella / El Poder de la Comunicación en las Organizaciones S.A. PLAZA Y VALDES EDITORES. Año de edición: 2000. Plaza edición: MEXICO
26. Malagón-Londoño G. (2008) Administración Hospitalaria 3° edición Ed. Médica Panamericana. Bogotá – Colombia.
27. Kolb D.A.- Rubín I.M. – Mac Intyre J.M., (1993) PSICOLOGÍA DE LAS ORGANIZACIONES: PROBLEMAS CONTEMPORÁNEOS, México, Edit. Prentice-Hall Hispanoamericana S.A.

28. Pardo Vega Julio, (1979) FUNDAMENTOS DE AUDITORIA ADMINISTRATIVA, Lima-Perú, Editorial Desarrollo S.A.
29. Balderas, María De La Luz (2004) Administración De Los Servicios De Enfermería - 5ª Ed. Editor : Mcgraw-Hill / Interamericana De México
30. Pérez Rosales M, (1995) DICCIONARIO DE ADMINISTRACIÓN, Lima, Edit. San Marcos.
31. Rendón Vásquez J, (1980) LA ADMINISTRACIÓN PUBLICA DEL TRABAJO, Lima, OIT-CIAT.
32. Reyes Ponce Agustín, (1989) ADMINISTRACIÓN DE PERSONAL, México, Editorial Limusa.
33. Rodríguez Estrada Mauro, (1992) PSICOLOGÍA DE LA ORGANIZACIÓN (MANUAL DE SEMINARIOS VIVÉNCIALES), México, Ediciones Trillas.
34. ROBBINS Stephen, (2004) COMPORTAMIENTO ORGANIZACIONAL, TEORÍA Y PRÁCTICA, México, Prentice-Hall Hispanoamericana S.A.
35. ROBBINS S - De CENZO, (2003) FUNDAMENTOS DE ADMINISTRACIÓN. México, Prentice Hall Hispanoamericana S.A.
36. Rodríguez Ulloa Ricardo, (1994) LA SISTÉMICA, LOS SISTEMAS BLANDOS Y LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN, Lima, Universidad del Pacífico.
37. Salinas Ascencio Rogelio, (1998) CONOZCAMOS LA CONSTITUCIÓN, Huacho-Perú, Edit. BISSO SRL.
38. Santa María C, Luis, (1994) ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, Trujillo-Perú, Editora Normas Legales S.A., Tomos I y II.
39. Santa María C, Luis, (1995) LEGISLACIÓN MUNICIPAL, Trujillo-Perú, Editora Normas Legales S.A. Tomos I y II.
40. Schein E.H., (1982) PSICOLOGÍA DE LAS ORGANIZACIONES, México, Edit. Prentice-Hall Hispanoamericana S.A.
41. Schultz D.P., (1998) PSICOLOGÍA INDUSTRIAL, Colombia, Mc Graw-Hill, 3era. Edic.

42. Stoner James- Freeman Edward- Gilbert Daniel, (1996)
ADMINISTRACIÓN, México, Prentice-Hall Hispanoamericana S.A.
6ta. Edic.
43. Valles Miguel S., (1997) TÉCNICAS CUALITATIVAS DE
INVESTIGACIÓN SOCIAL, España, Editorial Síntesis S.A.