

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ENFERMERÍA



TESIS DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

TEMA:

**“LIDERAZGO Y CULTURA DEL CUIDADO, EN LA GESTIÓN DE
ENFERMERÍA EN LOS HOSPITALES DE IMBABURA
PERÍODO 2014-2015”**

AUTORAS:

Erazo Calderón Nataly Mariana

Imbaquingo Rosero Gloria Susana

TUTORA:

Especialista Paulina Muñoz

Ibarra, Ecuador

2014-2015

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR

En calidad de directora de la tesis de grado, presentada por: Erazo Calderón Nataly Mariana y Imbaquingo Rosero Gloria Susana, para obtener el título de Licenciadas en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 6 días del mes de octubre de 2015.



.....
Especialista Paulina Muñoz

171022564-8



**BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad.

Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	040173877-8		
APELLIDOS Y NOMBRES:	ERAZO CALDERÓN NATALY MARIANA		
DIRECCIÓN:	Ibarra, Barrio "El olivo" Calle: Dr. Cristóbal Tobal Subia y Gral. José María Córdova		
EMAIL:	natyerazo19@hotmail.com		
TELÉFONO FIJO:	2287-338	TELÉFONO MÓVIL:	0969329996

DATOS DE CONTACTO			
CÉDULA DE IDENTIDAD:	040185836-0		
APELLIDOS Y NOMBRES:	IMABQUINGO ROSERO GLORIA SUSANA		
DIRECCIÓN:	Ibarra, Barrio "El olivo" Calle: Dr. Cristóbal Tobal Subia y Gral. José María Córdova		
EMAIL:	yusyflor@yahoo.es		
TELÉFONO FIJO:	2291-613	TELÉFONO MÓVIL:	0994718849

DATOS DE LA OBRA	
TÍTULO:	“LIDERAZGO Y CULTURA DEL CUIDADO, EN LA GESTION DE ENFERMERIA EN LOS HOSPITALES DE IMBABURA PERIODO 2014-2015”
AUTOR (ES):	ERAZO CALDERÓN NATALY MARIANA IMBAQUINGO ROSERO GLORIA SUSANA
FECHA: AAAAMMDD	2014/10/06
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
PROGRAMA:	<input checked="" type="checkbox"/> PREGRADO <input type="checkbox"/> POSGRADO
TITULO POR EL QUE OPTA:	LICENCIADAS EN ENFERMERÍA
ASESOR /DIRECTOR:	MSc. Paulina Muñoz

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Nataly Mariana Erazo Calderón con cédula de identidad Nro. 040173877-8, y yo, Gloria Susana Imbaquingo Rosero con cédula de identidad Nro. 040185837-0 en calidad de autoras y titulares de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hacemos entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

Las autoras manifiestan que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que son los titulares de los derechos patrimoniales, por lo que asumen la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrán en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

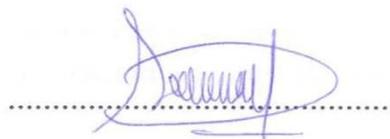
Ibarra, a los 6 días del mes de Octubre de 2015

LAS AUTORAS:



Nataly Mariana Erazo Calderón
Rosero

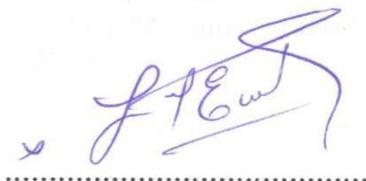
040173877-8



Gloria Susana Imbaquingo

040185837-0

ACEPTACIÓN:



Ing. Betty Chávez

Jefe de Biblioteca



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE
GRADO**

A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, Nataly Mariana Erazo Calderón con cédula de identidad Nro. 040173877-8, y yo, Gloria Susana Imbaquingo Rosero con cédula de identidad Nro. 040185837-0, manifestamos nuestra voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor (es) de la obra o trabajo de grado denominado: "LIDERAZGO Y CULTURA DEL CUIDADO, EN LA GESTION DE ENFERMERIA EN LOS HOSPITLES DE IMBABURA PERIODO 2014-2015", que ha sido desarrollado para optar por el título de: Licenciadas en Enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En nuestra condición de autoras nos reservamos los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribimos este documento en el momento que hacemos entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

Ibarra, a los 6 días del mes de Octubre de 2015

LAS AUTORAS:

Nataly Mariana Erazo Calderón
Rosero

040173877-8

Gloria Susana Imbaquingo

040185837-0

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de tesis principalmente a DIOS, por haberme dado la vida, por guiarme durante todo este tiempo y permitirme culminar una meta más en mi vida. A mi madre por ser el pilar fundamental de mi formación personal y académica; por demostrarme siempre su cariño, comprensión, y sobre todo su confianza. De igual forma, dedico esta tesis a mi padre que ha sabido fortalecerme con buenos sentimientos, hábitos y valores, lo cual me ayudado a salir adelante. A mis hermanas por brindarme su apoyo y la fuerza para seguir adelante. A mis abuelitos por estar siempre presentes y por sus consejos. A mí amado novio quien estuvo a mi lado guiándome en los momentos más difíciles de mi vida, por su comprensión, su cariño y su paciencia.

“Nataly”

Dedico este trabajo principalmente a Dios, por haberme dado la vida y permitirme llegar hasta este momento tan importante de formación profesional. A mi madre por ser el pilar más importante para mi formación y por ser la persona que me brinda su comprensión y cariño incondicional ya que gracias a su esfuerzo y trabajo abnegado he logrado llegar a donde estoy. A mi padre que desde donde se encuentre me da la fortaleza necesaria para afrontar las dificultades y así salir adelante dejando atrás los miedos. A toda mi familia que con sabiduría supieron darme un buen consejo ya que ello me motivo para lograr todas mis metas.

“Susana”

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, A mis padres “Patricia y Jorge” por enseñarme día a día que el éxito se logra con valores, sin importar las circunstancias en las que uno se pueda encontrar, además por demostrarme que la vida y los logros que se alcancen son frutos del constante esfuerzo y sacrificio diarios. Agradezco por ser las personas que todos los días de su vida se esfuerzan para que no me falte nada y logremos nuestros anhelos. Por su apoyo incondicional, porque sin su ayuda no hubiese podido alcanzar mi meta. A mi universidad y maestros quienes plasmaron en mi sus conocimientos, por la motivación y el apoyo recibido a lo largo de estos años.

“Nataly”

Mi agradecimiento más profundo es para mi madre Trinidad Rosero por ser la persona más importante en mi vida tanto personal como en lo profesional, por ser mi mejor amiga ya que gracias a su amor incondicional logre una de mis metas. A mi padre Aquilino Imbaquingo que desde el cielo me acompaña y guio a lo largo de mi carrera y por haberme dado fortaleza en los momentos de debilidad.

También quiero agradecer a mis hermanos Álvaro, David, Justo, Isabel, Isaac, Alba, Gonzalo, Mercedes, Alonso y Victoria por la confianza que depositaron en mi a pesar de las adversidades a lo largo de mi carrera, En fin son muchas las personas que han formado parte de mi vida profesional a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida. Algunas están aquí conmigo y otras en mis recuerdos y en mi corazón, como mi hermana Victoria, sin importar en donde estén quiero darles las gracias por formar parte de mí, por todo lo que me han brindado y por todas sus bendiciones.

“Susana”

ÍNDICE

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DEL DIRECTOR.....	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA	VII
AGRADECIMIENTO	VIII
ÍNDICE DE TABLAS	XII
RESUMEN.....	XIV
SUMARY.....	XVI
INTRODUCCIÓN	XVIII
CAPITULO I.....	1
1. El problema de investigación	1
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Objetivos.....	4
1.3.1 Objetivo general	4
1.3.2 Objetivos específicos.....	4
1.4 Preguntas de investigación.....	5
1.5 Justificación	6
CAPITULO II	9
2. Marco teórico	9
2.1 Marco contextual	9
2.1.1 Hospital “San Vicente de Paúl”.....	10
2.1.1.1 Antecedentes históricos:	10
2.1.1.2 Misión	11
2.1.1.3 Visión.....	11
2.1.1.4 Servicios que ofrece.....	11
2.1.1.5 Población atendida:.....	12
2.1.1.6 Personal que labora.....	12
2.1.2 Hospital “San Luis de Otavalo	13
2.1.2.1 Antecedentes históricos:	13
2.1.2.2 Visión.....	14

2.1.2.3	Misión	14
2.1.2.4	Oferta de servicios:	14
2.1.2.5	Personal:.....	15
2.1.3	Hospital “Básico Atuntaqui”	15
2.1.3.1	Antecedentes históricos	15
2.1.3.2	Misión	16
2.1.3.3	Visión.....	16
2.1.3.4	Servicios que ofrece.....	17
2.1.3.5	Personal.....	17
2.1.3.6	Población	17
2.1.4	Hospital “Asdrúbal de la Torre”	18
2.1.4.1	Antecedentes históricos:	18
2.1.4.2	Misión	19
2.1.4.3	Visión.....	20
2.1.4.4	Servicios que ofrece.....	20
2.2	Marco referencial	21
2.3	Marco conceptual.....	26
2.3.1	Definición de líder	26
2.3.1.1	Definición del liderazgo.....	26
2.3.1.2	Enfoques del liderazgo.....	27
2.3.1.3	Niveles de liderazgo.....	28
2.3.1.4	Clasificación de los estilos de liderazgo	29
2.3.1.5	Características del liderazgo.	30
2.3.1.6	Características de los estilos de liderazgo.....	31
2.3.1.7	El liderazgo en enfermería.....	32
2.3.2	Definición de Cultura	33
2.3.3	Definición de Cuidado.....	34
2.3.3.1	Perspectivas del cuidado.....	35
2.3.3.2	El cuidado de enfermería.	36
2.3.4	Definición de Gestión.....	37
2.3.4.1	Gestión en enfermería.....	37
2.3.4.2	Gestión del cuidado	38

2.3.4.3	Gestión del cuidado en Enfermería.....	39
2.4	Marco Legal.....	40
2.4.1	Según la constitución del Ecuador.	40
2.4.2	Plan Nacional del Buen Vivir.....	42
2.4.3	Ley orgánica de la salud.....	43
2.5	Marco Ético.....	44
2.5.1	Principios éticos básicos.....	44
2.6	Definición de términos.....	45
CAPITULO III.....		53
3.	Metodología de la investigación.....	53
3.1	Tipos y diseño de estudio.....	53
3.2	Ubicación geográfica.....	53
3.2.1	Ubicación geográfica de la Provincia de Imbabura según cantones 53	
3.3	Población.....	54
3.4	Muestra.....	54
3.5	Criterios de inclusión.....	54
3.6	Criterios de exclusión.....	54
3.7	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	55
3.8	Procedimiento de la recogida de datos.....	55
1.1	Procesamiento y análisis de resultados.....	57
1.2	Validez y confiabilidad.....	57
CAPITULO IV.....		58
4.	Análisis y discusión de resultados.....	58
4.1	Sección A: Compromiso de directivos con los valores y ética de la organización.....	58
4.2	Sección B: Compromiso de directivos con el ambiente de trabajo y vida laboral.....	61
4.3	Sección C. Compromiso de directivos en la mejora de la calidad.....	67
4.4	Sección D. Compromiso de directivos en la seguridad del paciente...74	
4.5	Discusión:.....	101
Conclusiones.....		104
Recomendaciones.....		106

CAPITULO V	107
4. Propuesta	107
BIBLIOGRAFIA	117
ANEXOS	125
4.1 Anexo 1.Hoja de recogida de datos	126
4.2 Anexo 2. Evidencias	132
4.2.1 Grupo de trabajo del Macro proyecto Gestión de Calidad	132
4.2.2 Trabajo de campo.....	133
4.2.3 Guía de observación para constatar existencia de indicadores	135
4.2.4 Evidencias de aplicación la propuesta:	138

ÍNDICE DE TABLAS

Gráfico 1: Compromiso de directivos con los valores y ética de la organización en el Hospital “San Viente de Paúl”	77
Gráfico 2: Compromiso de directivos con el ambiente de trabajo y vida laboral en el Hospital “San Viente de Paúl”	78
Gráfico 3: Compromiso de los directivos en la mejora de la calidad en el Hospital “San Viente de Paúl”.....	79
Gráfico 4: Compromiso de directivos en la seguridad del paciente en el Hospital “San Viente de Paúl”.....	80
Gráfico 5: Compromiso de directivos con los valores y ética de la organización en el Hospital “San Luis de Otavalo”	81
Gráfico 6: Compromiso de directivos con el ambiente de trabajo y vida laboral en el Hospital “San Luis de Otavalo”	82
Gráfico 7: Compromiso de directivos en la mejora de la calidad en el Hospital “San Luis de Otavalo”	83
Gráfico 8: Compromiso de directivos en la seguridad del paciente en el Hospital “San Luis de Otavalo”.....	84
Gráfico 9: Compromiso de directivos con los valores y ética de la organización en el Hospital “Básico Atuntaqui”	85

Gráfico 10: Compromiso de directivos con el ambiente de trabajo y vida laboral en el Hospital “Básico Atuntaqui”	86
Gráfico 11: Compromiso de los directivos en la mejora de la calidad en el Hospital “Básico Atuntaqui”	87
Gráfico 12: Compromiso de directivos en la seguridad del paciente en el Hospital “Básico Atuntaqui”	88
Gráfico 13: Compromiso de directivos con los valores y ética de la organización en el Hospital “Asdrúbal de la Torre”	89
Gráfico 14: Compromiso de directivos con el ambiente de trabajo y vida laboral en el Hospital “Asdrúbal de la Torre”	90
Gráfico 15: Compromiso de los directivos en la mejora de la calidad en el Hospital “Asdrúbal de la Torre”	91
Gráfico 16: Compromiso de directivos en la seguridad del paciente en el Hospital “Asdrúbal de la Torre”	92
Gráfico 17: Compromiso de directivos con los valores y ética de la organización en los Hospitales de la Provincia de Imbabura	93
Gráfico 18: Compromiso de directivos con el ambiente de trabajo y vida laboral en los Hospitales de la Provincia de Imbabura	95
Gráfico 19: Compromiso de los directivos en la mejora de la calidad en los Hospitales de la Provincia de Imbabura	97
Gráfico 20: Compromiso de directivos en la seguridad del paciente en los Hospitales de la Provincia de Imbabura	99

“LIDERAZGO Y CULTURA DEL CUIDADO, EN LA GESTIÓN DE ENFERMERIA EN LOS HOSPITLES DE IMBABURA PERIODO 2014-2015”

RESUMEN

Autores: Erazo Calderón Nataly Mariana

Imbaquingo Rosero Gloria Susana

Tutora: Especialista Paulina Muñoz

En el presente estudio se analizó el liderazgo y cultura del cuidado, en la gestión de enfermería en los Hospitales de Imbabura. Éste fue un estudio no experimental, observacional, descriptivo, de corte transversal; porque se describió la situación del liderazgo y cultura del cuidado tal como se presentó en las instituciones de salud en un momento determinado y usando metodología cuali-cuantitativa. Se contó con una población de 48 profesionales, que laboraban en el área administrativa.

El liderazgo y cultura del cuidado se apreció mediante la aplicación del instrumento de la encuesta. Para la clasificación, agrupación y análisis e interpretación de los datos, se utilizó la estadística descriptiva en donde se reflejó los resultados de acuerdo a cada variable con sus respectivos indicadores, se realizó una matriz referencial, y para la presentación se diseñó gráficos que detallan los resultados.

Entre los principales hallazgos relacionados con el liderazgo y cultura del cuidado en los Hospitales de Imbabura, se evidenció un manejo adecuado de las habilidades de seguridad del paciente, salud laboral, inmunización al personal, estrategias e iniciativas de mejora de la calidad; pero tales funciones no resultan efectivas sin una buena interacción con los miembros del equipo y los objetivos éticos de las organizaciones.

Un liderazgo ético, eficaz y atento a las normas y valores positivos de la organización puede evitar problemas graves en las organizaciones, como las situaciones de agresión laboral. Cuando en la organización hay un liderazgo flexible y eficaz, la organización es más competente para aplicar los valores éticos y de respeto mutuo, así como orientarse al bienestar y la felicidad.

Palabras Clave: Liderazgo y cultura del cuidado.

SUMMARY

In the present study, the leadership and culture of care were analyzed, in the management of nursing in hospitals of Imbabura. This was a non-experimental, observational, descriptive cross-sectional study with mixed approach, because it described the situation of the leadership and culture of care, presented in the health institutions in a determined time and using qualitative-quantitative methodology. It was attended with a sample of 48 people working in the administrative area.

The leadership and culture of care were appreciated through the implementation of the survey instrument. For sorting, grouping, analysis and interpretation of data, it used the descriptive statistics, reflecting the results according to each variable with their respective indicators, it was an array reference, and for the graphic presentation, it was designed charts (semantic tables) detailing the results.

Among the major results related to the leadership and culture of care in hospitals of Imbabura, it became a proper handling of the skills of patient safety, occupational health, immunization staff, strategies and initiatives to improve the quality; but such functions are not efficient without a good interaction with the members of the team and the ethical goals of organizations.

Ethical, efficient and attentive leadership to the positive norms and values of the organization can avoid serious problems in organizations, such as the labor situation of aggression. When the organization has a flexible and effective leadership, the organization is more competent to apply ethical values and mutual respect, it could be directed to the welfare and happiness.

Keywords: Leadership and culture of care.

**“LIDERAZGO Y CULTURA DEL CUIDADO, EN LA
GESTIÓN DE ENFERMERÍA EN LOS HOSPITALES DE
IMBABURA
PERIODO 2014-2015”**

INTRODUCCIÓN

La presente investigación hace referencia al liderazgo y cultura del cuidado, actualmente en las instituciones de salud se considera de suma importancia, debido a las necesidades que tiene las personas, a la incorporación de tecnología y al cambio social, generando competitividad con un recurso humano eficiente y eficaz mostrando sus habilidades en gestión de organización. El liderazgo del profesional de enfermería es de gran importancia y relevancia para el logro de las metas establecidas; así mismo la necesidad de direccionar, fortalecer y profundizar el nivel de liderazgo y su posicionamiento desde la gestión del cuidado con el ánimo de responder a las nuevas exigencias (Carmona Lovera & Carranza Marimon, 2011).

El liderazgo es la inspiración para obtener las respuestas deseadas y conseguir que los demás realicen el trabajo. Los líderes se centran en los objetivos y en el hacer lo correcto. Están orientados al futuro, se sienten desafiados por el cambio y son capaces de planificar estrategias y aprovechar el potencial humano. Mediante esta investigación, se evidencia la importancia del liderazgo en la calidad de atención (Tomey, 2009).

La gestión en enfermería se evidencia ante el proceso de atención al paciente, esto se muestra cuando el personal de enfermería realiza una planificación la misma que se ejecuta realizando los cuidados adecuados, influyendo en la conducta del paciente y en su entorno, el desarrollo de las habilidades personales e interpersonales facilitan el cumplimiento de la misión y visión propuesta de la Institución (Pardo, 2011).

En los hospitales de la Provincia de Imbabura se ofrece cuidados del usuario basados en el conocimiento científico, principios y valores como la responsabilidad, la creatividad, organización, cultura y liderazgo, siendo este último uno de los factores más importantes para el desarrollo y cumplimiento de metas propuestas en la Institución, sean estas personales, grupales y de la Organización. Además el liderazgo interviene en el desarrollo de la práctica profesional del personal de enfermería, interviene en el desarrollo de la competencia, calidad y productividad

Institucional generando espacios de terapias positivas para el enfermo, obteniendo características del mismo haciendo visible su recuperación y actuación laboral (Cano, 2011).

En nuestro trabajo nos proponemos, determinar características como: compromiso de directivos con los valores y ética de la organización, con el ambiente de trabajo y vida laboral, en la mejora de la calidad y en la seguridad del paciente, identificaremos conocimientos, actitudes, valores y prácticas sobre el liderazgo para así detallar las prácticas basadas con evidencia científica.

De este modo para identificar y analizar el liderazgo y la cultura del cuidado en la gestión de enfermería aplicamos un instrumento de 19 indicadores con sus respectivas categorías, que fue dirigida al personal que labora en el departamento de dirección de los Hospitales de Imbabura. Para de esta forma dar cumplimiento a los objetivos los cuales fueron: Evaluar el grado de cumplimiento de los indicadores valores y ética de la organización en los Hospitales de Imbabura; Revisar las evidencias relacionadas con el ambiente de trabajo, vida laboral, mejora de la calidad y seguridad del paciente; Ponderar de acuerdo a la clasificación Canadá los niveles de liderazgo y cultura del cuidado que ejercen los profesionales de enfermería en los Hospitales en estudio; Elaborar una guía de liderazgo para fomentar el trabajo en equipo en el personal de enfermería de los Hospitales de Imbabura.

El interés que nos llevó a realizar este trabajo, fue debido a que no existen investigaciones de este tipo y fundamentalmente porque se trata de una problemática que se desarrolla a nivel mundial ya que el liderazgo es el pilar para garantizar una atención de calidad y por ende con una cultura adecuada: y si no se la conlleva de manera apropiada se puede alterar la salud de las personas. De ahí la importancia de caracterizar el liderazgo y la cultura del cuidado en la gestión de enfermería en nuestra provincia y así planificar y tomar acciones a futuro que mejoren la calidad de atención al usuario (Carmona Lovera & Carranza Marimon, 2011)

CAPITULO I

1. El problema de investigación

1.1 Planteamiento del problema

En calidad de estudiantes de pregrado e investigadores de la disciplina de enfermería se ha venido observando en la práctica clínica desapropiación en cuanto a la participación y liderazgo en la gestión del cuidado en el nivel operativo del profesional de enfermería, puesto que dicho profesional no lidera oportunamente los procesos de intervención y su participación en los mismo no se genera de forma activa, debido a que sus múltiples actividades administrativas y provenientes de los procesos médicos, lo cual conllevan a que la gestión del cuidado no tenga gran relevancia dentro de la prestación de los cuidados en el ámbito hospitalario, y por ende estos carezcan de integralidad e individualidad (Carmona Lovera & Carranza Marimon, 2011).

Como expresa Jean Watson (1979), “El cuidado es el elemento central unificador de la práctica de enfermería”. En consecuencia a lo dicho se expresa particularmente que la gestión del cuidado encaminado hacia las intervenciones establece el éxito en los procesos de enfermería por considerarse como el elemento relevante en la práctica, la razón de ser de la profesión, el impulso de las actividades y el centro de la disciplina (Carmona Lovera & Carranza Marimon, 2011).

Al observar un problema notorio se hace necesario realizar una investigación, para analizar las deficiencias del liderazgo en la gestión de enfermería; ya que se debe manejar con la debida responsabilidad cada líder en su área asegurando así la seguridad del paciente.

Por otra parte, Meleis (1986) sostiene que: la dirección de los cuidados de enfermería debe tener una visión clara y explícita para contribuir de manera distinta a la solución de los problemas relativos a los cuidados, que creen una cultura de organización que favorezca la práctica de los cuidados, la elección de prioridades, selección de personal adecuado, que busque guiar la práctica a un modelo apropiado (Carmona Lovera & Carranza Marimon, 2011). En la actualidad se hace evidente la necesidad de analizar y estudiar la participación y liderazgo en la gestión del cuidado de enfermería, ya que constituye un fenómeno de notable importancia en la praxis clínica de esta disciplina porque permite ofrecer cuidados basados en las necesidades particulares de la persona a quien se le brindan los cuidados ligados a una gestión óptima y enriquecida.

Diers (1986) también expresa que: “La práctica de enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona”. En síntesis se debe otorgar en la práctica de enfermería un cuidado que integre habilidades concretas, terapéuticas e individuales. En cuanto a liderazgo Peter Drucker; “El papel del líder es un ingrediente vital en la organización. Sin los recursos de las acciones del líder no se llega a resultados algunos” (Carmona Lovera & Carranza Marimon, 2011).

Considerándose así la necesidad de conocimiento más profundo en gestión y administración, en el que el liderazgo se integre de forma eficaz, a través de sus propias acciones, donde la gestión del cuidado en el nivel operativo se apoye en la base del liderazgo, el líder es de gran importancia para lograr las metas establecidas en cualquier institución, que se hace necesario desarrollar modelos que den cuenta de la complejidad y carácter grupal del proceso de liderazgo en enfermería, no existe hasta el momento una definición específica y amplia con respecto al liderazgo, que se hallan profesionales en enfermería que no poseen las características esenciales para el desarrollo de su liderazgo; el proceso de liderazgo debe ser sentido por cada participante para tener las metas aseguradas, debe convertirse en una vivencia

individual y colectiva y alimentarse con la investigación. Surgiendo de lo preliminarmente dicho la necesidad de llevar a cabo este estudio (Carmona Lovera & Carranza Marimon, 2011).

En base a todo lo anterior puede concluirse que el liderazgo en la gestión de enfermería ocasiona una problemática social; ya que al no ser administrados correctamente produce un déficit de atención de calidad en los hospitales.

1.2 Formulación del problema

¿Cómo influye el liderazgo y cultura del cuidado, en la gestión de enfermería en los Hospitales de Imbabura?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Analizar el liderazgo y cultura del cuidado en la gestión de enfermería en los Hospitales de Imbabura.

1.3.2 Objetivos específicos

- a. Evaluar el grado de cumplimiento de los indicadores valores y ética de la organización en los Hospitales de Imbabura.
- b. Revisar las evidencias relacionadas con el ambiente de trabajo, vida laboral, mejora de la calidad y seguridad del paciente.
- c. Ponderar de acuerdo a la clasificación Canadá los niveles de liderazgo y cultura del cuidado que ejercen los profesionales de enfermería en los Hospitales en estudio.
- d. Elaborar una guía de liderazgo para fomentar el trabajo en equipo en el personal de enfermería de los Hospitales de Imbabura.

1.4 Preguntas de investigación

¿Cómo evaluar el grado de cumplimiento de los indicadores valores y ética de la organización en los Hospitales de Imbabura?

¿Para qué revisar las evidencias relacionadas con el ambiente de trabajo, vida laboral; mejora de la calidad y seguridad del paciente?

¿Para qué ponderar de acuerdo a la clasificación Canadá los niveles de liderazgo y cultura del cuidado que ejercen los profesionales de enfermería en los Hospitales en estudio?

¿Una guía de liderazgo ayudará a fomentar el trabajo en equipo en el personal de enfermería de los Hospitales de Imbabura?

1.5 Justificación

La presente investigación nace ante la necesidad de analizar y dar solución a las deficiencias del liderazgo en la gestión de enfermería que existen en los hospitales del país proporcionando información de utilidad al personal que labora en las instituciones hospitalarias, mejorando el clima organizacional haciendo de este un lugar más agradable brindando así mayor seguridad a los pacientes (Carmona Lovera & Carranza Marimon, 2011).

En consecuencia a lo mencionado se hace necesario que la profesión de enfermería retome más activamente la participación y liderazgo en la gestión del cuidado de enfermería nivel operativo, de tal forma que la esencia propia de esta profesión, el cuidado, no se pierda tras un modelo biomédico ni se siga anulando la independencia e individualidad de la disciplina de enfermería. Sustentando aún más la relevancia del estudio para la disciplina. Considerándose así la necesidad de conocimiento más profundo en gestión y administración, en el que el liderazgo se integre de forma eficaz, a través de sus propias acciones, donde la gestión del cuidado en el nivel operativo se apoye en la base del liderazgo (Carmona Lovera & Carranza Marimon, 2011).

El líder es de gran importancia para lograr las metas establecidas en cualquier institución, que se hace necesario desarrollar modelos que den cuenta de la complejidad y carácter grupal del proceso de liderazgo en enfermería, no existe hasta el momento una definición específica y amplia con respecto al liderazgo, que se hallan profesionales en enfermería que no poseen las características esenciales para el desarrollo de su liderazgo.

Conocer el liderazgo y la cultura del cuidado en la gestión de enfermería, permite que se beneficien tanto el personal de salud como el usuario, ya que por medio del liderazgo se formarán nuevas estrategias, las cuales contribuye en mayor medida a que se garantice una mejor gestión del cuidado, teniendo en cuenta que esta juega un papel muy importante por las situaciones particulares que cada individuo vive, es decir que

la participación y el liderazgo que el profesional de enfermería ejecute en la práctica del cuidado relacionado con la persona objeto de cuidado repercute sobre el estado del mismo (Carmona Lovera & Carranza Marimon, 2011).

La participación y liderazgo del profesional de enfermería es fundamental en la gestión del cuidado a nivel operativo, porque al ser el mayor proveedor de cuidados garantiza una atención con óptima calidad e impacto decisivo. El cuidado debe ser el núcleo de la enfermería donde la necesidad sea ofrecer un servicio integral, no divorciado de la gestión del cuidado ni de las necesidades propias de la persona que se cuida. Emanando de este contexto la preeminencia social de este estudio (Carmona Lovera & Carranza Marimon, 2011).

CAPITULO II

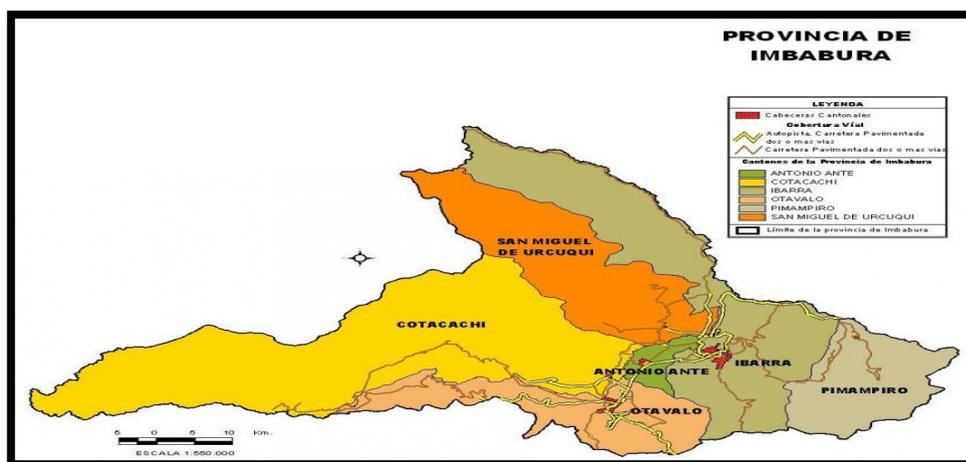
2. Marco teórico

2.1 Marco contextual

La provincia de Imbabura está ubicada al Norte de la Sierra del Ecuador, limita al norte con la provincia del Carchi y Esmeraldas, al sur con Pichincha, al este con Sucumbíos, y al Oeste con Esmeraldas.

Imbabura tiene una población de 344044 habitantes, cuenta con una superficie de 4986 Km², según los datos del INEC (2001). También es conocida como Provincia de los Lagos, porque en ella se encuentran la mayoría de lagos del país como son el lago San Pablo y las lagunas de Cuichochoa y Yahuarcocha (lago de sangre en quichua).

La capital de la provincia es la ciudad de Ibarra, la misma que está conformada por seis cantones: Ibarra, Antonio Ante, Cotacachi, Otavalo, Pimampiro y Urcuquí. (GAD, 2015), además de muchos otros puntos de interés, tiene dos zonas de tipo subtropical; la primera cálida y seca, conocida como el Valle del Chota y las cálidas y húmedas, conocidas como la zona de Intag y la de Lita (límite con la Provincia de Esmeraldas).



Fuente: Lámina educativa.

2.1.1 Hospital “San Vicente de Paúl”

2.1.1.1 Antecedentes históricos:

A raíz de la batalla de Ibarra en 1823 las huestes del Coronel Agualongo saquean la capilla del hospital, llevándose los utensilios de plata de la misma, las tropas de Agualongo luego fueron derrotadas por el mismo Bolívar en persona, a orillas del Tahuando.

En la madrugada de 1868, Ibarra y sus comarcas fueron destruidas por un terrible terremoto, por la actitud y la fuerza de voluntad del Doctor Gabriel García Moreno, es reconstruida la Ciudad de Ibarra, cuyos habitantes volvieron a sus solares desde los llanos de la esperanza, el 28 de Abril de 1872 y el Hospital de Ibarra es reconstruido bajo los planos del hermano Benito Aulin de las escuelas cristianas, con el nombre de HOSPITAL “SAN VICENTE DE PAUL” edificio que se encuentra hasta la actualidad en las calles Juan Montalvo y Salinas, fue considerado en su época como uno de los mejores de América.

En el año 1979, se comienza a conversar del nuevo edificio del Hospital entre los legisladores y autoridades del Hospital de esa época, después de largas liberaciones y entrevistas con el Ministerio de Salud y el presidente de la república, se le entrega la construcción y equipamiento a una firma italiana, los terrenos son expropiados a la señora Rosa Gómez de la Torres y se coloca la primera piedra el 23 de enero de 1981, después de 10 años de intenso trabajo, es inaugurado en la presidencia del Doctor Rodrigo Borja y siendo Director del Hospital el Doctor José Abuja, larga es la vida del hospital que sería reflejada en una obra literaria.

2.1.1.2 Misión

Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad, promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del ministerio de salud pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social.

2.1.1.3 Visión

Ser reconocidos por la ciudadanía como hospital accesible, que presta una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente.

2.1.1.4 Servicios que ofrece

El Hospital “San Vicente de Paúl” pertenece al Sistema Nacional de Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública. Es un Hospital de segundo nivel, que brinda atención de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

Cuenta con los servicios y áreas de una casa de salud moderna que tiene funciones de primer nivel como es la atención materno infantil gratuita, atención primaria en salud, actividades de segundo nivel con atención en las especialidades básicas: Pediatría, Medicina Interna, Gineceo-obstetricia, Traumatología-Ortopedia y Cirugía (Cirugía General, Cirugía Plástica, Urología, ORL, Oftalmología); otras especialidades como neurología, gastroenterología, alergología, nefrología, urología, psiquiatría, psicología clínica, además atención de tercer nivel con Unidad de Cuidados Intensivos y Neonatología.

El Hospital cuenta con servicios de apoyo como Laboratorio, Imagenología, Banco de Sangre, Rehabilitación y Odontología. Este es un Hospital Provincial catalogado como tipo II que funciona como hospital regional de la zona Norte del país; su área de influencia va desde el Norte de Pichincha, Imbabura, Carchi, Esmeraldas, Sucumbíos y sur de Colombia.

La capacidad instalada es de 220 camas pero que en la actualidad funciona 176. Es un hospital que mantiene convenios con la Universidad Central del Ecuador, Universidad Católica, Uniandes y Universidad Técnica del Norte impartiendo docencia a estudiantes de pregrado en medicina, obstetricia, odontología, enfermería y nutrición.

El Hospital es una institución de mayor número de atenciones en la provincia, presta atención médica a personas de toda condición socio-económica, desde el primero al quinto quintil de pobreza.

2.1.1.5 Población atendida:

Para determinar la población se ha tomado como base a los pacientes atendidos de la provincia de Imbabura, Carchi, Pichincha, Esmeraldas y Extranjeros que se expone:
Pacientes: 12.354 es 100%

- Imbabura = 10.590
- Carchi = 1.000
- Pichincha = 505
- Esmeraldas = 239
- Extranjeros = 20

2.1.1.6 Personal que labora

El personal que labora en la institución son 127 profesionales aproximadamente, entre personal médico y de enfermería, distribuidos en las diferentes áreas de hospitalización.

2.1.2 Hospital “San Luis de Otavalo

2.1.2.1 Antecedentes históricos:

En 1923 por iniciativa de una monja, de nombre Lucia Sornear, Superiora del Colegio Inmaculada se organiza, “La liga de la caridad Pro Hospital de Otavalo” el trabajo realizado por largo años, tiene como resultado la adquisición en 1924 de un lote de terreno, que es parte de la actual del Hospital.

Los planos de la edificación fueron elaborados por el sacerdote francés Brunig a petición de la monja Sornear, la fecha 25 de diciembre de 1925. Se recibe la obra del Hospital San Luis de Otavalo, el 22 de mayo de 1953. Se inaugura el 6 de septiembre de 1953. Con la creación del Ministerio de Salud Pública, mediante resolución 684-A de fecha 26 de junio de 1967, las juntas de asistencia sociales son absorbidas por el nuevo Ministerio de Salud con todos los recursos materiales, y el talento humano a su cargo.

La dictadura militar Rodríguez Lara 72-76, Junta Militar de Gobierno 76-79 en sus planes de gobierno respecto a Salud dio impulso a la construcción de unidades pequeñas y de mediana complejidad entre las que se contó el Hospital de Otavalo.

Las propuestas políticas en materia de salud en el período del Ing. Febres Cordero de fortalecer la infraestructuras hospitalarias como base para la atención, contribuyo para que el Hospital sea considerado para la ampliación y remodelación en las áreas críticas que consideraron desde el nivel central, la ampliación de la capacidad para 120 camas, se instalaron 75, se incrementó personal técnico, administrativo y de servicios generales. Se inaugura las nuevas instalaciones el 7 de marzo de 1987.

2.1.2.2 Visión

El Hospital San Luis de Otavalo, presta servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red en el marco de la justicia y equidad social.

2.1.2.3 Misión

El Hospital San Luis de Otavalo está integrado a la red de salud pública, y su misión debe estar relacionada con la misión del MSP de manera que estén articuladas.

En este caso el Hospital San Luis de Otavalo ejecuta las políticas emanadas del MSP, su razón de ser es brindar servicios de salud al Distrito de salud Otavalo-Antonio Ante. La misión debe incluir características que identifiquen el propósito, la responsabilidad con la comunidad, valores, cultura organizacional, interculturalidad, inclusión, género.

2.1.2.4 Oferta de servicios:

La oferta actual de servicios del Hospital San Luis de Otavalo está centrada en Atención integral preventiva y curativas en los diferentes servicios de salud como son, Emergencia (sin sala de observación), Consulta externa con los servicios de, Cirugía General (Traumatología), Gineco- Obstetricia, Pediatría, (Neonatología), Psicología, Medicina Interna, (Psiquiatría) ,Cardiología. Nutrición, Estomatología, los Auxiliares de Diagnóstico Rayos X, Ecografía, Laboratorio, Rehabilitación, Farmacia. Adicionalmente cuenta con bodega, lavandería, costura, cocina, mantenimiento, el parque automotor, cuenta con seis ambulancias, tres del hospital y tres del Ecu 911.

El Servicio de Hospitalización con las especialidades de Cirugía (Traumatología), Pediatría, Gineco-Obstetricia y Medicina Interna los mismos que cuentan con una dotación normal de camas distribuidas en los diferentes servicios:

Medicina General = 21 camas

Cirugía = 19 camas

Pediatría = 23 camas

Gineco Obstetricia = 20 camas

TOTAL = 83 CAMAS

2.1.2.5 Personal:

Entre médicos especialistas, generales, enfermeras, tecnólogos médicos, odontólogos, químicos farmacéuticos, psicólogos clínicos, auxiliares de enfermería entre otros suma un total de 164 trabajadores en el hospital.

2.1.3 Hospital “Básico Atuntaqui”

2.1.3.1 Antecedentes históricos

Por iniciativa del Dr. Luis Aguinaga, en el año 1944 se inicia la construcción de la que entonces se llamó Casa de Salud, cuyo objetivo era brindar atención a la población no afiliada al Seguro Social de Antonio Ante. Se formó el comité de construcción “Casa de Salud” presidido por el Sr. Otto Seifert y se contó con apoyo de la municipalidad y de la propia población, pero por falta de fondos se suspendió.

Pasaron aproximadamente 20 años para que entre en funcionamiento la “Casa de Salud de Atuntaqui” en el año de 1965; ante el incremento de la demanda, desde el 9 de mayo de 1974 el Ministerio de Salud Pública inicia la construcción del actual local, en un terreno donado por la Familia Zumárraga. La obra concluye y se inaugura el 9

de Mayo de 19975, siendo presidente de la República del Ecuador, Gral. Guillermo Rodríguez Lara, y Ministro de Salud Dr. Raúl Maldonado.

Inicialmente su misión fue: "REALIZAR ACCIONES DE FOMENTO, PROTECCION Y REHABILITACION DE LA SALUD A TODAS LAS PERSONAS EN SU AREA DE INFLUENCIA EN FORMA AMBULATORIA Y EN HOSPITALIZACION".

Los servicios médicos con los que inicia esta Casa de Salud son: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Gineco-Obstetricia y Odontología, además de Consulta Externa, Emergencias y Centro Quirúrgico.

2.1.3.2 Misión

Ejercer como Autoridad Sanitaria Nacional, la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la Salud Pública ecuatoriana a través de la gobernanza, vigilancia de la salud pública, provisión de servicios de atención integral, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología y la articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho a la salud.

2.1.3.3 Visión

Será la institución que ejerce plenamente la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, con un modelo referencial en Latinoamérica que priorice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con altos niveles de atención de calidad con calidez, garantizando la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad.

2.1.3.4 Servicios que ofrece

Servicios por Especialidad:

Emergencias, Consulta Externa, Medicina Interna, Cirugía general, Traumatología, Pediatría, Ginecología-obstetricia, Fisiatría, Hospitalización, Medicina Interna, Cirugía general, Traumatología, Quirófano, Sala de Partos.

Servicios complementarios:

Laboratorio: Hematología, Uro análisis, Coprológico, Química sanguínea, Serológico, Bacteriológica, Imageneología (Ecografía).

2.1.3.5 Personal

El personal que labora en la unidad de salud son 60 profesionales aproximadamente entre; médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, laboratoristas, personal de limpieza.

2.1.3.6 Población

49849 población comprendida en personas de todas las etapas etarias: niños, adolescentes, jóvenes, mujeres en edad fértil, adultos jóvenes, adultos mayores.

2.1.4 Hospital “Asdrúbal de la Torre”

2.1.4.1 Antecedentes históricos:

En el año 1961 por expresa gestión del Muy Ilustre Municipio del Cantón Cotacachi, los señores Doctores José Antonio Baquero de la Calle y José Gómez de la Torre, Ministro y Subsecretario de Previsión Social y Sanidad, respectivamente, resolvieron crear un Centro de Salud Unificado como medio de mejorar las condiciones sanitarias y reducir los índices de morbilidad y mortalidad infantil y general de la población de Cotacachi.

El Ministerio de Previsión Social consideró en ese entonces que los problemas sanitarios de Cotacachi podrían resolverse con la aplicación de un Programa de Medicina Preventiva y Asistencial que englobe y desarrolle los siguientes aspectos. En el aspecto preventivo, para reducir los índices de morbilidad y mortalidad infantil y general, con el cuidado de la madre y del niño, higiene escolar, control de enfermedades transmisibles, saneamiento ambiental y educación sanitaria. En el aspecto asistencial con la atención médica gratuita, en caso de enfermedad, tanto para niños como para adultos, a través de la Consulta Externa que integrará dicho Centro.

Desde esa fecha hasta 1.977 funcionó el Centro de Salud de Cotacachi en un local de propiedad del Municipio frente al Parque Olmedo más conocido como el Parque de San Francisco en donde actualmente funciona la Agencia del Banco del Pichincha.

En el año 1.971 se crean las Jefaturas Provinciales de Salud entre ellas la de Imbabura, y justamente en esa época el incremento y desarrollo de la población del Cantón Cotacachi llevó a que las Autoridades encabezadas por el Sr. Francisco Espinoza, Presidente del Municipio de Cotacachi y el grupo de Concejales plantear ante el Ministerio de Salud Pública del Ecuador la necesidad de construir una infraestructura acorde con las necesidades de Cotacachi, el Señor Ministro de Salud, un hombre visionario, imbabureño de nacimiento identificado con Cotacachi acogió

esta petición e inmediatamente y un tiempo corto emprendió la construcción y terminación de lo que actualmente es el Centro de Salud Hospital que con mucho honor lleva el nombre de aquella persona él es el Dr. Asdrúbal de la Torre Morán, es así como el 6 de Julio de 1977 en una ceremonia llena de emotividad y orgullo con la presencia mayoritaria de la población de Cotacachi se procede a la inauguración de esta Casa de Salud al servicio del Cantón en un primer tramo que abarcaba los Servicios de Consulta Externa y Odontología, dos años más tarde esto es en el año 1979 se complementaba la que actualmente es la infraestructura que comprende las Áreas de: hospitalización, centro quirúrgico, sala de partos, laboratorio, rayos X, emergencia y servicios generales, primer Director de esta flamante Casa de Salud fue nombrado el Dr. Patricio Nieto Manosalvas de grata recordación para todos quienes tuvieron la oportunidad de trabajar con este prestigioso profesional.

En la actualidad el Centro de Salud Hospital Asdrúbal de la Torre de Cotacachi es una persona jurídica de Derecho Público, con domicilio en la ciudad de Cotacachi, Provincia de Imbabura, dependiente del Ministerio de Salud Pública del Ecuador y de la Dirección Provincial de Salud de Imbabura, se rige por la Constitución Política del Estado, demás instrumentos jurídicos, así como también por sus propios Estatutos y Reglamentos Internos.

2.1.4.2 Misión

El Hospital “Asdrúbal de la Torre” es una unidad del Ministerio de Salud Pública, que brinda servicios de salud de primer y segundo nivel, a la población del Cantón Cotacachi y de la Provincia de Imbabura, con talento humano capacitado sin discrimen de credo, etnia, género, orientación sexual, nacionalidad, preferencia política, estatus económico y social, con acciones de fomento, protección, promoción, prevención, recuperación y rehabilitación dirigidas al individuo, la familia y la comunidad, a través del continuo de atención según ciclos de vida, priorizando grupos vulnerables y discapacitados, con calidad, calidez, eficiencia, equidad y solidaridad; en el marco del nuevo modelo de atención: fortaleciendo la atención primaria, la intercultural y

respetando los saberes ancestrales, con una amplia participación comunitaria y control social; articulado a través del sistema de referencia y contra referencia.

2.1.4.3 Visión

Para el año 2015 seremos un Hospital docente, un centro de investigación científica y modelo de la red de servicios del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, en la prestación de servicios, con infraestructura funcional, segura, con capacidad suficiente para su nivel de complejidad, con talento humano suficiente y capacitado, con equipamiento de alta tecnología; con servicios con adaptación cultural, encargado de proteger la salud con procedimientos basados en evidencia científica y manejo de protocolos de atención, que asegure la calidad y calidez de la atención.

2.1.4.4 Servicios que ofrece

- **Servicios por Especialidad**

Emergencia, Pediatría, Obstetricia, Ginecología, Cirugía General, Servicio Medicina General, Servicio de Atención Diferenciada del Adolescente, Servicio de Atención al Adulto Mayor , Servicio de Atención de Enfermedades de Notificación Epidemiológica

- **Servicios complementarios**

Enfermería, Nutrición y Dietética, Trabajo Social, Farmacia, Laboratorio Clínico, Imagenología-Rayos X, Ecografía Obstétrica, Monitorización Fetal Electrónica, Electrocardiografía.

2.2 Marco referencial

El liderazgo ha sido estudiado durante décadas por los científicos del comportamiento humano, algunas de sus peculiaridades permanecen aún en el misterio ya que incluso después de miles de estudios, los expertos no logran ponerse de acuerdo sobre la mejor definición del término y cómo debe analizarse. Sin embargo, la mayoría de los investigadores coinciden en afirmar que cualquiera que sea la organización o razón social esta sería menos eficaz sin la presencia de líderes. Es decir en toda organización está presente el liderazgo. En este sentido, los teóricos de la administración y gerencia han hecho esfuerzos para dar significado a la palabra liderazgo y un ejemplo de ello lo describen como un significado amplio de la palabra liderazgo o liderato que no es más que la condición del líder o el ejercicio de sus actividades, sus características que lo habilitan para dirigir, guiar, coordinar tanto grupos como organizaciones (Pardo M. C., 2011).

Hablar de liderazgo es revisar cómo se aplica el proceso administrativo, denominado gestión, en donde se recogen y valoran sus alcances, conocer los servicios de enfermería que se proporcionan. Este proceso se aplica desde diversos puntos de vista, así como de las etapas de proceso de gestión, considerando también la opinión y percepción del profesional de enfermería acerca de los resultados de su aplicación para la inserción del profesional en enfermería en los diferentes procesos de cambio que se llevan a cabo en el sector salud. Otro concepto admite que el liderazgo, con el empleo de valores, actitudes y aptitudes, desarrolla estrategias, flexibilidad, receptividad, confianza, visión y comunicación (Jessica Cortés González, 2012).

A nivel internacional el liderazgo en la gestión del cuidado de enfermería en el nivel operativo necesita de conocimiento más profundo en gestión y administración, en el que el liderazgo se integre de forma eficaz, a través de sus propias acciones, y que el profesional en enfermería tenga las características esenciales para el desarrollo de su liderazgo mediante una vivencia individual y colectiva y que

busque el perfeccionamiento con la investigación. En cuanto al contexto latinoamericano se evidencia muchos estudios sobre liderazgo que acentúan la importancia del líder para el logro de las metas (Carmona Lovera & Carranza Marimon, 2011).

Actualmente en Latinoamérica y en Chile han surgido cambios tanto estructurales como organizacionales en los sistemas de salud públicos, éstos se han producido bajo los lineamientos de las políticas públicas emergidas por las reformas sanitarias. Estos cambios plantean grandes desafíos, en el caso de Chile apuntan hacia un trabajo en redes; disminución de las inequidades en salud; mejoramiento de la calidad en la atención; orientación de las atenciones hacia la promoción y prevención, fortaleciendo la atención primaria en salud (Lizet VeLiz Rojas, 2012).

La primera edición se escribió durante la década de los setenta, cuando la formación de enfermería enfatizaba las aptitudes clínicas de las enfermeras interesadas en el liderazgo y la administración tenía que pasar por otras disciplinas. Ahora el liderazgo y la administración de enfermería en la primera edición se organizaron en torno al proceso de administración, que luego se introdujo en la literatura de enfermería. El marco conceptual de la primera edición era planificar, organizar, dotar de personal, dirigir y controlar. Los rápidos cambios producidos durante la década de los ochenta, con más personal mejor formado y un aumento de la tecnología para dirigir funciones de administración llevaron a centrarse en el liderazgo (Tomey, 2009).

Durante la década de los noventa dominaron la mejora continua de la calidad, la contención de los costes, la competencia en un mercado libre, la gestión de la asistencia, la tecnología, la creciente diversidad, la mayor atención en cuestiones éticas y la necesidad de quipos y el liderazgo transformacional, que requirieron una importante transformación del libro en el año 2000. Esta sexta edición se dividió en dos grandes secciones: dirección y gestión. La sección de dirección contenía capítulos sobre comunicaciones; manejo del estrés; proceso y herramientas de toma de decisiones; motivación y moral; poder, política y relaciones laborales; gestión y

negociaciones de conflictos; y teorías del liderazgo. La sección de gestión contenía capítulos sobre planificación estratégica y operativa; dirección financiera, contención de costes y marketing; conceptos y estructuras organizativas; cambio y cultura de la organización; selección, desarrollo y planificación; evaluación y disciplina del personal; y mejora continua de la calidad, evolución del programa y manejo del riesgo. El contenido se volvió a centrar en distinguir el liderazgo de la administración en enfermería (Tomey, 2009).

En la séptima edición en el año 2004, ética diversidad, tecnología y cuestiones legales se integraron en varios capítulos. Se añadieron protección frente a la violencia en el trabajo, bioterrorismo, fuentes y grupos de leyes, continuo de disposiciones multiorganizativas, control de la enfermedad, gestión de reivindicaciones, compañías de gestión, imposición cultural e imperialismo, diferencias generacionales, desarrollo del carácter, el acta de responsabilidad y portabilidad de seguros de salud, empleo a voluntad, la ley colectiva de reconciliación del presupuesto consolidado y otros temas de responsabilidad. Se ampliaron diversidad de edad, cultura y sexo; delegación; modelos de toma de decisiones; técnicas de creatividad; ética; inteligencia emocional; política; negociación; mediación; liderazgo; presupuestos; notificación de varianzas y continuidad de la asistencia. Se incluyeron nuevos datos, como cuadros de perspectiva de investigación, para mostrar los hallazgos de la investigación actual en el campo del liderazgo y la admiración (Tomey, 2009).

En la octava edición se han actualizado y ampliado los aspectos éticos, la diversidad, las tecnologías y los temas legales, que siguen integrados en varios capítulos. También se han ampliado los aspectos relacionados con delegación, manejo del estrés, herramientas para tomar decisiones, investigación, práctica basada en la evidencia y pensamiento crítico. Asimismo se identifican los roles de dirección y gestión. También existen nuevas introducciones en las secciones de dirección y gestión y resúmenes de los capítulos (Tomey, 2009).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las instituciones de salud constituyen un esfuerzo que requiere de inversión tanto de recurso humano y físico como de infraestructura. Sin embargo, las personas responsables de administrar esta tarea cuentan con escasa preparación formal para lograr el éxito deseado. En esta misma línea, la OMS manifiesta que “La falta de capacidad gerencial y de liderazgo en todos los niveles del sistema de salud es citada con mayor frecuencia como una restricción determinante para mejorar la calidad en la atención, la expansión de los servicios de salud, y el logro de las metas de desarrollo del milenio” (Lizet VeLiz Rojas, 2012).

Según el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), “Constituye un ejercicio de competencias personales, profesionales e instrumentales para organizar, coordinar y articular los cuidados en los diferentes niveles de atención asegurando con ello la continuidad y eficacia de los mismos”. “Proceso creativo, dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud” (Carmona Lovera & Carranza Marimon, 2011).

El liderazgo del profesional de enfermería es de gran importancia y relevancia para el logro de las metas establecidas; así mismo la necesidad de direccionar, fortalecer y profundizar el nivel de liderazgo y su posicionamiento desde la gestión del cuidado con el ánimo de responder a las nuevas exigencias.

El liderazgo puede verse como la capacidad para inspirar confianza y el apoyo entre los seguidores, especialmente en las organizaciones donde el liderazgo se enfoca hacia aquellos que poseen competencias y compromiso de producir un desempeño. El liderazgo es una cuestión importante relacionada con la forma de integrar los diversos elementos de la práctica de enfermería para garantizar la máxima calidad de atención; e incluye dos habilidades críticas que cada enfermera debe poseer para mejorar la práctica profesional. Uno de ellos es la habilidad en las relaciones interpersonales, esto es fundamental para el liderazgo y el trabajo de enfermería. La

segunda es la habilidad de aplicar el problema -proceso de resolución (Carmona Lovera & Carranza Marimon, 2011).

La cultura del cuidado es un lineamiento fundamental que influye en la atención calidad, y se ha constituido progresivamente en un asunto de interés general en el área de la salud. (Garrido Avila, 2013), una cultura positiva sobre seguridad del paciente en las instituciones de salud se perfila como uno de los requisitos esenciales para gestionar el riesgo inherente a las prácticas de atención de salud, con el aprendizaje de los errores y el rediseño de los procesos para evitar que vuelvan a producirse. En este sentido, conseguir una adecuada cultura sobre la seguridad del paciente ha sido señalada como la primera de las “buenas prácticas” o recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente (Castañeda Hidalgo, 2013).

El liderazgo en enfermería se evidencia en el seno mismo del proceso de atención de enfermería. Cuando enfermería planea y ejecuta un plan de cuidados es capaz de involucrar y guiar a las personas en el proceso de atención. Pero la realidad es que a pesar de que enfermería influye y modifica conductas en el paciente y su entorno, este proceso de liderazgo de enfermería no es valorado dentro de la sociedad y del equipo de salud. La disciplina profesional de enfermería exige tener una adecuada formación sobre gestión, administración y un desarrollo de habilidades personales e interpersonales que facilitan el logro de la misión y visión de la organización, lo que justifica que en enfermería el liderazgo sea un talante permanente en los profesionales que permita la participación y planeación de actividades inherentes a la práctica profesional dentro de un equipo. Enfermería requiere entonces de un liderazgo que les permita participar en la toma de decisiones, generar nuevas ideas y ayudar en la solución de problemas que a diario se enfrentan (Mejía, 2011).

Puede concluirse que la gestión del cuidado de enfermería a nivel operativo ocasiona una problemática social por no satisfacer de forma integral las necesidades del individuo que se cuida, debido a que no se aplican de forma correcta los cuidados que se requieren y que están establecidos para la atención; lo que exige

la aplicación de esta investigación y de acuerdo a esto tomar acciones decisivas no solo de quienes dirigen y orientan la prestación de los servicios de salud sino además de los que lideran la formación del talento humano. (Carmona Lovera & Carranza Marimon, 2011).

2.3 Marco conceptual

2.3.1 Definición de líder

Es la persona capaz de canalizar la atención de los involucrados y dirigirlos hacia ideales comunes. Para ello, él se empeña en el sentido de aproximar y ajustar intereses grupales e individuales en consonancia con los objetivos de la organización. Al invertir en el poder existente en los liderados, el líder re articula ese poder en sintonía con el suyo propio para conseguir una alianza grupal en relación a objetivos comunes, manteniendo su influencia a través del refuerzo del compromiso con ideales comunes (Souza & Ferreira, 2013).

2.3.1.1 Definición del liderazgo

Ann Marriner Tomey puntualiza: El liderazgo es la inspiración para obtener las respuestas deseadas y conseguir que los demás realicen el trabajo. Los líderes se centran en los objetivos y en el hacer lo correcto. Están orientados al futuro, se sienten desafiados por el cambio y son capaces de planificar estrategias y aprovechar el potencial humano. Los líderes necesitan una buena gestión de estrés y de tiempo para alcanzar los retos de liderazgo. Necesitan tener buenas capacidades de comunicación y de toma de decisiones. Necesitan utilizar sus conocimientos de poder y de la política para motivar a las personas y conseguir que actúen y resuelvan los conflictos. Los líderes se centran en hacer lo que debe hacerse, pero también pueden ser gestores que ayuden a hacer las cosas como deben hacerse (Carmona Lovera & Carranza Marimon, 2011).

Huber define “Proceso de influenciar a la gente para llevar a cabo objetivos”. Drucker también precisa: “El liderazgo es levantar la visión de una persona de mayor lugares de interés, la elevación del rendimiento de una persona a un nivel superior, la construcción de una personalidad más allá de sus limitaciones normales” (Carmona Lovera & Carranza Marimon, 2011).

2.3.1.2 Enfoques del liderazgo

El liderazgo en la gestión del cuidado de enfermería en la unidad operativa se hace hincapié contextualizar tres enfoques básicos reconocidos en la teoría del liderazgo los cuales son:

Enfoque de rasgos.- Se basa en diferentes teorías de la personalidad que apuntan a la identificación de las diferencias individuales entre las personas, y algunas de las particularidades que caracterizan al líder como son: Altos niveles de energía, inteligencia, intuición, capacidad de previsión y persuasión. Según Yukl este enfoque permite decir que persona es la ideal para ocupar puestos de liderazgo pero no indica si el líder será exitoso o no (Carmona Lovera & Carranza Marimon, 2011).

Enfoque conductual o actitudinal.- Se centra en el análisis de las conductas de los líderes, la relación entre estas y el liderazgo efectivo. También plantea que el comportamiento de liderazgo y el comportamiento de la relación de trabajo son dos términos principales que debe combinar un líder, que sean utilizadas para generar influencia en otros y así alcanzar las metas (Carmona Lovera & Carranza Marimon, 2011).

Enfoque situacional.- Se fundamenta en el concepto de que diferentes patrones de conductas pueden ser efectivos en diferentes situaciones, pero que una misma conducta no es óptima para todas ellas. Es decir que el comportamiento organizacional depende de la situación o el medio ambiente (Carmona Lovera & Carranza Marimon, 2011).

2.3.1.3 Niveles de liderazgo

Según Diane Huber se encontró que los comportamientos y competencias de los líderes se acomodaron en uno de los cinco niveles jerárquicos. Los individuos pueden moverse entre los niveles, pero los resultados mundiales parecían diferir en función del nivel de liderazgo los cuales son:

Gran capacidad individual.- Es aquel que posee un conjunto de recursos y aptitudes que tiene un individuo para desempeñar una determinada tarea. En este sentido, esta noción se vincula con la de educación, siendo esta última un proceso de incorporación de nuevas herramientas para desenvolverse en el mundo. El término capacidad también puede hacer referencia a posibilidades positivas de cualquier elemento individual (Carmona Lovera & Carranza Marimon, 2011).

Contribuyendo como miembro del equipo.- Es el que hace eficaz y efectivo el trabajo en equipo, gestión, mantiene comunicación permanente con los miembros del equipo, administra el desempeño, aumenta el bienestar y la productividad, individual y organizacional, mantiene la homogeneidad del equipo, posee una actitud de solidaridad y la disponibilidad para participar en el logro de los objetivos o para resolver una situación (Carmona Lovera & Carranza Marimon, 2011).

Líder competente de gestión.- Moviliza los recursos internos y externos, sabe movilizar sus conocimientos, habilidades y conductas en beneficio del que cuida, coordina y mantiene los modelos de cuidado, de tal forma que cumpla con todos los estándares que define la empresa, en cuanto a los recursos internos; en lo que se refiere a los recursos externos, conoce y sabe usar las redes sociales dentro de la empresa, sabe manejarse con el médico jefe de servicio, con las enfermeras jefe, con los sistemas administrativos, con las redes internas (Carmona Lovera & Carranza Marimon, 2011).

Líder eficaz.- Es capaz de establecer una meta, persuadir a otros para que le ayuden a alcanzar esa meta, y llevar a su equipo al logro de esta, es la cabeza visible de un grupo, equipo u organización, es una persona carismática, capaz de tomar una decisión acertada, comunica de manera positiva, tiene la capacidad de influir sobre los demás, el conocimiento, confianza, integridad y conducta en la realización de sus intervenciones (Carmona Lovera & Carranza Marimon, 2011).

Líder ejecutivo.- Establece una grandeza perdurable y se caracteriza por tener una mezcla paradójica de humildad personal y profesional. También se enfrentan a hechos brutales sin perder la fe, trasciende la competencia, crea una cultura de disciplina, y es pionero en la aplicación de tecnología cuidadosamente seleccionada (Carmona Lovera & Carranza Marimon, 2011).

2.3.1.4 Clasificación de los estilos de liderazgo

Existen múltiples clasificaciones, la más popular y aceptada ha sido la formulada a partir de tres dimensiones:

- a) **Liderazgo orientado hacia la tarea u objetivos:** Conlleva una alta preocupación por parte del líder para conseguir los objetivos propuestos.
- b) **Liderazgo orientado hacia las relaciones:** Implica un considerable interés por los aspectos socioemocionales del grupo de subordinados, es decir, por las personas y sus relaciones dentro del grupo de trabajo.
- c) **Liderazgo transaccional:** Se caracteriza por el establecimiento de una especie de transacción o intercambio entre el líder y los miembros del grupo, que reconocen al líder y aceptan su autoridad, pero a cambio de éste debe aportar recursos valiosos para el grupo. (Jessica Cortés González, 2012)

2.3.1.5 Características del liderazgo.

Responsabilidad.- Los líderes se diferencian de otras personas por su deseo de asumir responsabilidades. Toman la iniciativa, planifican y realizan tareas necesarias, de igual manera, asumen la responsabilidad por cualquier resultado obtenido. Aceptar la responsabilidad de las decisiones tomadas, implica reconocer posibles fracasos, así como entender que el trabajo requiere el sacrificio de muchas horas de labor y esfuerzo (Jessica Cortés González, 2012).

Visión.- Este término atañe a la perspectiva del futuro y de las oportunidades potenciales. Entre las capacidades que derivan de este concepto son: la posibilidad de organizar las decisiones y elegir el camino más adecuado para alcanzar una meta determinada. La visión debe influir en cada persona que compone cualquier tipo de organización. La visión determina pensamientos a largo plazo; mirar más allá del día de hoy o de los próximos meses, más allá del horizonte. Significa comprender cómo los factores del entorno de la organización pueden influir en ella misma y en el futuro (Jessica Cortés González, 2012).

Capacidad de comunicarse.- Todos los tipos de líderes deben comunicar sus expectativas para crear un ambiente de comunicación a su alrededor y para que se coordinen las actividades de los seguidores (Jessica Cortés González, 2012).

Influencia.- Consiste en la capacidad de imperar sobre otras personas para cambiar su pensamiento y su comportamiento. De esta manera se podrán crear nuevas políticas que serán importantes para el futuro. Puede significar también (para las enfermeras dirigentes) influir en los directores generales de los servicios de salud y hacer contribuciones a las decisiones y las políticas de gestión general (Jessica Cortés González, 2012).

Motivación.- Demostrar el compromiso y la energía propia para trabajar por la realización de la visión y la consecución de las metas. Generar en otros un entusiasmo, compromiso y sentido de finalidad ante metas compartidas, y una motivación para conseguirlas (Jessica Cortés González, 2012).

Confianza.- Permite crear seguridad en otras personas al exponer de forma clara las estrategias, para conseguir de manera adecuada las metas deseadas. Los dirigentes tienen la capacidad de arrastrar consigo a las personas hacia metas compartidas. Tienen confianza en sí mismos y en lo que están haciendo (Jessica Cortés González, 2012).

Competencia política.- Este concepto sintetiza la relación entre aceptación y entendimiento. Tales elementos permitirán amalgamar metas y comportamientos diferentes de los distintos grupos de personas interesadas. Se logrará entender las conexiones entre los diferentes acontecimientos e influencias que repercuten en la organización, para planificar las estrategias que responderán eficazmente en la obtención de diferentes metas (Jessica Cortés González, 2012).

Revisión y cambio.- “Renovación” significa que no siempre se aceptan los procesos y las estructuras de la organización. Por ello, es necesario someterlos a revisión y evaluación, para que se adscriban a las necesidades de los demandantes. Convertir las debilidades en oportunidades (Jessica Cortés González, 2012).

2.3.1.6 Características de los estilos de liderazgo.

Estilo autocrático.- Son líderes de personalidad fuerte, dominante y hasta cierto punto, agresivos. Quieren ver las cosas hechas a su propio modo, ya que para ellos es la única manera en la que se puede realizar. Centralizan el poder de decisión. No oyen puntos de vista o sugerencias. Son propensos al auto elogio. No promueven el liderazgo ni estimulan la iniciativa del grupo. Solamente mandan, prohíben, amenazan, exigen y castigan. Es del tipo dictador (Jessica Cortés González, 2012).

Estilo anárquico.- Al contrario del anterior, no toma ninguna iniciativa. No asume nada, ni tampoco dirige ni coordina. Es inseguro y desunido. El grupo se desintegra por falta de interés o por los conflictos que se crean (Jessica Cortés González, 2012).

Estilo democrático.- Valora las ideas e iniciativas del grupo. Coordina, anima, promueve la participación y la cooperación. Favorece el nacimiento de liderazgos. Comparte el poder de decisión. Crea un clima de libertad, de comunicación y de integración (Jessica Cortés González, 2012).

Los líderes eficientes cambian de estilo según sea el caso. Cuando la situación exige un estilo autocrático, ellos lo emplean. Pero pueden volverse fácilmente hacia el democrático. A veces los líderes necesitan actuar con cierto rigor para provocar el interés y lograr el compromiso de los participantes. En otras oportunidades, se valen solamente del silencio y la observación. En la práctica, cualquier cambio en el estilo será sólo una variación intuitiva (Jessica Cortés González, 2012).

2.3.1.7 El liderazgo en enfermería

El liderazgo es un componente esencial de la gestión. Preparar a enfermeras líderes para la enfermería comprende las actividades de instruir a otras personas, crear un entorno y condiciones para el perfeccionamiento constante y la calidad de los cuidados. El liderazgo a través de las asociaciones profesionales de enfermeras mejora la profesión y la sitúa estratégicamente para influir en la planificación y en la política de salud. (Jessica Cortés González, 2012)

El liderazgo es un proceso que debe estar presente a lo largo del ejercicio profesional, en todos los roles, al brindar cuidado, en la dirección de un servicio de enfermería, programa o institución prestadora de servicios de salud, o simplemente en el diálogo interdisciplinario e intersubjetivo que exige la práctica de enfermería con los sujetos de cuidado (Sanabria, 2014).

El liderazgo en Enfermería debe fomentar la realización de las tareas y cuidados, minimizando los riesgos y obstáculos ante metas previstas en los planes operativos y de igual manera, ayudar al equipo de enfermería a evaluar las necesidades reales y potenciales a las que se exponen en su desempeño profesional, así como la búsqueda de alternativas que permitan dar soluciones gremiales e institucionales para generar trabajos más productivos dentro del contexto costo beneficio y la globalización de la economía (Jessica Cortés González, 2012).

El liderazgo en enfermería es indispensable para el desarrollo y posicionamiento de la disciplina y que como tal puede ser aprendido o potencializado; en tal sentido las universidades desempeñan un papel muy importante en su desarrollo y fortalecimiento (Sanabria, 2014).

Los profesionales de enfermería se mantengan de este contexto, permitiendo tanto el desarrollo de los sistemas de salud como de la gestión del cuidado. En este sentido, la adquisición de herramientas para ejercer un liderazgo efectivo es fundamental. Por lo tanto la formación, así como la capacitación continua y el intercambio de experiencias exitosas lograrán establecerlo (Sanabria, 2014).

2.3.2 Definición de Cultura

La cultura puede ser definida como un conjunto de elementos que median y califican cualquier actividad física o mental que no sea determinada por la biología y que sea compartida por diferentes miembros de un grupo social. Se trata de elementos sobre los cuales los actores sociales, construyen significados para las acciones e interacciones sociales concretas y temporales, así como sustentan las formas sociales vigentes, las instituciones y sus modelos operativos. La cultura incluye valores, símbolos, normas y prácticas (Esther Jean Langdon, 2010).

La cultura debe ser considerada como el conjunto de los rasgos distintivos espirituales y materiales, intelectuales y afectivos que caracterizan a una sociedad o aun grupo social y que abarca, además de las artes y las letras, los modos de vida, las

maneras de vivir juntos, los sistemas de valores, las tradiciones y las creencias. La cultura es también un "medio" o un vehículo para el desarrollo, pues agrega valor a las intervenciones en otras áreas de desarrollo como la salud, la protección del medio ambiente, la gobernanza y la educación (Metodología., 2011).

La cultura en salud puede ser identificada como una de las necesidades culturales más sentidas de la población, aun cuando no sea de forma consciente. Un componente importante lo constituye el logro de la autorresponsabilidad, que no es más que la expresión personalizada de la cualidad moral, la responsabilidad. Puede ser identificada como una de las necesidades culturales más sentidas de la población, aun cuando no sea de forma consciente. Un componente importante lo constituye el logro de la autorresponsabilidad, que no es más que la expresión personalizada de la cualidad moral, la responsabilidad (Msc. Ercilia Lugo Angulo, 2013).

2.3.3 Definición de Cuidado

Leininger se refiere al cuidado como acciones y actividades directas que permitan asistencia y soporte con evidencias o necesidades anticipadas, con el ánimo de mejorar las condiciones de vida de los seres humanos o en la etapa de la muerte. Mientras que para Watson ello se refiere como un valor, una actitud que empieza a convertirse en una intensión, un compromiso que se manifiesta en los propios actos concretos (Rodríguez Cabacas, 2012).

Roach dice que el cuidado no es sólo una respuesta emocional, sino más bien una manera total de ser, de relacionarse, de actuar, una cualidad de encargarse del otro. Boykin y Shoehofer dicen que el cuidado es intencional y auténtica presencia de la enfermera con el otro, quien es reconocido como una persona, viviendo y creciendo en el cuidado (Rodríguez Cabacas, 2012).

El cuidado son todas las acciones, actividades o procedimientos que ejecuta el prestador de este, dirigidas a satisfacer, ayudar, apoyar o capacitar a otro individuo o grupo, con necesidades reales o potenciales, para fomentar la salud, prevenir la

enfermedad, aliviar o mejorar la situación del ser humano en condiciones de salud o enfermedad (Carmona Lovera & Carranza Marimon, 2011).

2.3.3.1 Perspectivas del cuidado.

Se han identificado las características más importantes de las perspectivas de cuidado, las categorías en la naturaleza del cuidado son:

Cuidado como trato humano: Desde ésta perspectiva, el cuidado es un trato humano innato, humano a modo de ser una parte de su naturaleza y esencial para su existencia. Por una parte, Roach, Benner y Wrubel convergen que el cuidado requiere de habilidades y de experiencia educacional por parte de la enfermera a través de su conocimiento; pero Roach agrega que es importante la compasión, la competencia, la confianza y la conciencia y compromiso de cuidado (Rodríguez Cabacas, 2012).

De igual forma, Orem y Griffin consideran el cuidado como una práctica de enfermería en la que es importante reconocer las acciones de cuidado cuando el auto cuidado no se puede cumplir (Rodríguez Cabacas, 2012).

Cuidado como imperativo e ideal moral: Los autores en ésta categoría describen el cuidado como un valor fundamental o ideal moral de la enfermería. Gadow y Watson sugieren que la base sustantiva de la enfermería es preservar la dignidad de los pacientes. Desde esta perspectiva, el cuidado no se manifiesta como un conjunto de comportamientos identificables. El cuidado es la adherencia al compromiso y al mantenimiento de la dignidad e integridad individual (Rodríguez Cabacas, 2012).

En contraste con Gadow, en la realidad posible de la práctica, Watson sugiere que las acciones de cuidado revelan que el encuentro enfermera-paciente es más que aproximaciones de cuidado (Rodríguez Cabacas, 2012).

Cuidado como un afecto: Mac Farlene y Bevis dicen que en esta categoría definen el cuidado como afecto, viéndolo como un involucramiento emocional, un sentimiento de empatía, además lo consideran como un sentimiento de dedicación y motivación de acciones de enfermería propiciando la relación enfermera-paciente (Rodríguez Cabacas, 2012).

2.3.3.2 El cuidado de enfermería.

Según Leininger defiende que las enfermeras pueden mejorar la calidad de los cuidados de las personas teniendo en cuenta en su práctica asistencial, el respeto a las diferencias y similitudes culturales así como ayudando a adaptar y a reestructurar los hábitos y estilos de vida desde una perspectiva holística (López., 2013)

El personal de enfermería en su práctica diaria debe iniciar los cuidados con una serie de acciones que le permitirá el cumplimiento de sus objetivos y que consideran, identificar la necesidad del cuidado, el tipo, la capacidad para llevarlo a cabo, cómo satisfacerlo o la necesidad de delegar acciones y el carácter ético, así como la ejecución y evaluación (Pérez., 2011).

El modelo conceptual de cuidados de Virginia Henderson, es un modelo centrado en la función propia de la enfermera. Identifica catorce necesidades básicas del ser humano que el profesional debe comprender y ayudar a cubrir, para que la persona pueda llevar su vida de forma normal incluso durante la enfermedad. Su obra es considerada como la base para que la Enfermería fuera reconocida como una disciplina científica profesional (López., 2013).

2.3.4 Definición de Gestión

Se entiende por gestión, “El proceso conformado por un conjunto de acciones, etapas o fases; planeación, organización, dirección y control, que se llevan a cabo para lograr un objetivo, una meta, una estrategia, un propósito, un fin, en cuyo resultado influye la utilización de unos recursos físicos, materiales, financieros, logísticos y de talento humano (Carmona Lovera & Carranza Marimon, 2011).

Según Taylor la gestión consiste en saber exactamente lo que uno desea que las personas hagan y poder luego verificar que lo hagan de la mejor manera y al más bajo costo, plantea que: “Le corresponde a los administradores planificar, organizar, dirigir y controlar el trabajo” (Rodríguez Cabacas, 2012).

Varo también plantea, “Gestión es el conjunto de operaciones técnicas, financieras, comerciales desarrolladas para el funcionamiento de la organización que lleva implícita la dirección y administración, se da en todos los niveles de la empresa y se constituye en la acción de coordinar todos los recursos disponibles a fin de conseguir unos objetivos” (Carmona Lovera & Carranza Marimon, 2011).

2.3.4.1 Gestión en enfermería

Navazo describió cómo la gestión de los recursos humanos forma parte fundamental de la organización y estrategia final de cualquier empresa. La adecuada función de estos recursos pasa inevitablemente por una visión integradora de las funciones de la organización, un conocimiento profundo de las áreas específicas y una combinación adecuada de variables como eficacia, calidad y costes. Sin olvidar que la gestión de recursos supone armonizar aspectos económicos, técnicos y éticos. Gestionar los recursos implica garantizar el número indispensable de personas con la formación necesaria, en los puestos adecuados y en el momento preciso, con el fin de alcanzar los objetivos pactados (Jessica Cortés González, 2012).

En el ámbito sanitario se trata de mejorar los resultados de gestión sin que ello vaya en detrimento de la calidad asistencial. El cumplimiento de tales objetivos supone cambios en los modelos organizativos y de gestión de la sanidad pública, así como la utilización de nuevos instrumentos y herramientas que faciliten la consecución de los logros señalados (Jessica Cortés González, 2012).

2.3.4.2 Gestión del cuidado

La “Gestión del Cuidado de Enfermería” se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en lineamientos estratégicos, para obtener como producto final la salud (Samper, 2010).

Cisneros, Fanny dice que: Una de las intervenciones del enfermero es la gestión del cuidado; por tanto su preparación requiere competencias para coordinar e integrar no sólo el equipo de enfermería sino a otros profesionales y dependencias a nivel institucional e intersectorial, en la búsqueda del cumplimiento de las políticas del sector salud, de la calidad de vida y de la calidad del servicio (Carmona Lovera & Carranza Marimon, 2011).

Meleis define: “La gestión de los cuidados se ejerce no solamente con los recursos que dan las teorías de la administración, sino también con la disciplina de enfermería; es el cuidado de la persona, el centro del servicio en enfermería”. Según Milos, Bórquez, Larrain, la realización de un conjunto de acciones, bajo criterios éticos y profesionales propios de las enfermeras que se llevan a cabo para lograr un objetivo, meta o propósito, cual es el cuidado de los pacientes; en cuyo resultado influye la utilización de recursos (Carmona Lovera & Carranza Marimon, 2011).

La gestión del cuidado debe enriquecerse con las concepciones recientes, orientadas hacia la persona, concepciones que se relacionan al liderazgo, la colaboración, motivación y participación y que por el conocimiento que posee la persona precisamente proporciona, puede sostener mejor los procesos de gestión dirigidos a la movilización potencial del personal a su cargo y de los recursos del entorno (Carmona Lovera & Carranza Marimon, 2011).

A los enfermeros y enfermeras les compete la responsabilidad de asegurar los recursos, de mantener la organización, de desarrollar líneas de garantía de calidad de la atención y de proporcionar la mejora constante del personal a su cargo. Por otro lado, la Gestión del cuidado requiere de planificación, Organización, Dirección y control de recursos humanos y financieros con la intención de cumplir los objetivos propuestos (Carmona Lovera & Carranza Marimon, 2011).

2.3.4.3 Gestión del cuidado en Enfermería

Cuidar es servir, asistir, estar responsabilizado por lo que le suceda a esa persona y es propio de la naturaleza humana. Nace como intuición femenina en el seno familiar con el propósito de garantizar la salud.

La Gestión del Cuidado de enfermería será entendida como el ejercicio profesional de la enfermera sustentada en su disciplina: La ciencia del cuidar. Esta se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución. El gestionar el cuidado en forma oportuna, segura y satisfactoria lleva implícito el imperativo ético de responder frente a la sociedad con la mejor evidencia disponible para tomar las mejores decisiones sobre el cuidado de las personas (Campo & Klijin, 2011).

La enfermera responsable de la gestión debe considerar los valores, actitudes y conocimientos de la disciplina que le brindan una visión distinta y específica de la gestión de los cuidados. Así deberá ejercer un liderazgo comprensivo que motive a los usuarios internos hacia la mejoría continua del cuidado. El trabajo que realiza la enfermera no solo por la calidad de los cuidados y ser participante activa en enseñar técnicamente a familiares y cuidadores de personas con enfermedades avanzadas para ofrecer una mejor calidad de vida, comodidad y dignidad en la etapa final de su vida, también tiene, muy especialmente, la responsabilidad moral del acompañamiento, ayudando al enfermo a morir con dignidad respetándole su autonomía hasta el final de la vida (Campo & Klijin, 2011).

Los servicios profesionales de la enfermera comprenden la Gestión del Cuidado en lo relativo a promoción, manutención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente (Campo & Klijin, 2011).

2.4 Marco Legal

2.4.1 Según la constitución del Ecuador.

En la constitución del Ecuador se garantiza la salud de todos los ecuatorianos, proponiendo atención oportuna, gratuita, de calidad y calidez, con enfoque intercultural; y basado en la búsqueda del bienestar integral del individuo y su familia.

En la constitución del Ecuador, Título II (DERECHOS) capítulo segundo (DERECHOS DEL BUEN VIVIR), sección séptima (SALUD) artículo 32; La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. (Ecuador, 2015)

En la constitución del Ecuador, Título VII (REGIMEN DEL BUEN VIVIR) capítulo primero (INCLUSIÓN Y EQUIDAD), sección segunda (SALUD) artículo 358: El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

En la constitución del Ecuador, Título II (DERECHOS) capítulo segundo (DERECHOS DEL BUEN VIVIR), sección cuarta (CULTURA Y CIENCIA) artículo 21 “Las personas tienen derecho a construir y mantener su propia identidad cultural, a decidir sobre su pertenencia a una o varias comunidades culturales y a expresar dichas elecciones; a la libertad estética; a conocer la memoria histórica de sus culturas y a acceder a su patrimonio cultural; a difundir sus propias expresiones culturales y tener acceso a expresiones culturales diversas. No se podrá invocar la cultura cuando se atente contra los derechos reconocidos en la Constitución.

De la misma forma, en la constitución se plantea en el artículo Art 23 que: “Las personas tienen derecho a acceder y participar del espacio público como ámbito de deliberación, intercambio cultural, cohesión social y promoción de la igualdad en la diversidad. El derecho a difundir en el espacio público las propias expresiones culturales se ejercerá sin más limitaciones que las que establezca la ley, con sujeción a los principios constitucionales” (Ecuador, 2015)

2.4.2 Plan Nacional del Buen Vivir

En el Plan Nacional del Buen Vivir, objetivo 3 (MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LA POBLACION), es un reto amplio que demanda la consolidación de los logros alcanzados en los últimos seis años y medio, mediante el fortalecimiento de políticas intersectoriales y la consolidación del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social. Para su logro, este objetivo plantea mejorar la calidad y calidez de los servicios sociales de atención, garantizar la salud de la población desde la generación de un ambiente y prácticas saludables; fortalecer el ordenamiento territorial, considerando la capacidad de acogida de los territorios y el equilibrio urbano-rural para garantizar el acceso a un hábitat adecuado y una vivienda digna; avanzar en la gestión integral de riesgos y fomentar la movilidad sustentable y segura. Política y lineamiento: Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social (Vivir, 2013-2017).

- a. Normar, regular y controlar la calidad de los servicios de educación, salud, atención y cuidado diario, protección especial, rehabilitación social y demás servicios del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social, en sus diferentes niveles, modalidades, tipologías y prestadores de servicios.
- b. Regular y evaluar la incorporación de profesionales calificados, capacitados y especializados, según corresponda y con la pertinencia necesaria, en los sistemas nacionales de educación, salud, atención y cuidado diario, protección y asistencia a víctimas de violencia, rehabilitación social y demás servicios del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.
- c. Incentivar la implementación de procesos de desarrollo profesional, formación continua, evaluación, certificación y re categorización laboral para los profesionales de la educación y la salud y para los profesionales o técnicos de servicios de atención y cuidado diario.
- d. Implementar procesos de estandarización y homologación, con pertinencia cultural, social y geográfica, de la infraestructura, el equipamiento y el

mobiliario de los componentes del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

- e. Implementar sistemas de calidad con estándares normalizados que faciliten la regulación, el control y la auditoría de los servicios que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.
- f. Promover la certificación, la acreditación, el licenciamiento y/o la autorización, según corresponda, de la prestación de servicios que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.
- g. Definir protocolos y códigos de atención para cada uno de los servicios que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.
- h. Reforzar o crear mecanismos de control social de la gestión y la calidad de los servicios que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

2.4.3 Ley orgánica de la salud

La ley orgánica de la salud en sus artículos indica lo siguiente:

Art. 1.- La presente Ley tiene como finalidad regular las acciones que permitan efectivizar el derecho universal a la salud consagrado en la Constitución Política de la República y la ley. Se rige por los principios de equidad, integralidad, solidaridad, universalidad, irrenunciabilidad, indivisibilidad, participación, pluralidad, calidad y eficiencia; con enfoque de derechos, intercultural, de género, generacional y bioético.(Salud, 2006)

Art. 2.- Todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud para la ejecución de las actividades relacionadas con la salud, se sujetarán a las disposiciones de esta Ley, sus reglamentos y las normas establecidas por la autoridad sanitaria nacional. (Salud, 2006)

Art. 10. Quienes forman parte del Sistema Nacional de Salud, aplicarán las políticas, programas y normas de atención integral y de calidad, que incluyen acciones de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de la salud

individual y colectiva, con sujeción a los principios y enfoques establecidos en el artículo 1 de esta Ley (Salud, 2006).

Art. 52.- La autoridad sanitaria nacional proveerá a los establecimientos de salud los biológicos e insumos para las enfermedades inmunoprevenibles contempladas en el esquema básico nacional de vacunación, en forma oportuna y permanente, asegurando su calidad y conservación, sin costo al usuario final (Salud, 2006).

Art. 53.- Es obligación de los servicios de salud y otras instituciones y establecimientos públicos y privados, inmunizar a los trabajadores que se encuentren expuestos a riesgos prevenibles por vacunación, de conformidad con la normativa emitida por la autoridad sanitaria nacional (Salud, 2006).

Art. 117.- La autoridad sanitaria nacional, en coordinación con el Ministerio de Trabajo y Empleo y el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, establecerá las normas de salud y seguridad en el trabajo para proteger la salud de los trabajadores (Salud, 2006).

2.5 Marco Ético

2.5.1 Principios éticos básicos

Toda investigación en que participen seres humanos debe realizarse de acuerdo con cuatro principios éticos básicos, a saber, el respeto por las personas, la beneficencia, la no maleficencia y la justicia. Se da por sentado habitualmente que estos principios guían la preparación concienzuda de propuestas para los estudio científicos. El respeto por las personas incorpora principios éticos fundamentales, a saber:

La autonomía.- Significa respetar a las personas como individuos libres y tener en cuenta sus decisiones, producto de sus valores y convicciones personales. Con este principio se reconoce el deber de respetar la libertad individual que tiene cada persona para determinar sus propias acciones (ética, 2010).

Beneficencia y no maleficencia.- "No hagas daño" ocupa un lugar preponderante en la tradición de la ética médica, y protege contra daños evitables a los pacientes, Se entiende como la obligación de hacer el bien y evitar el mal. Se rige por los siguientes deberes universales: hacer o promover el bien y prevenir, apartar y no infringir daño o maldad a nada (ética, 2010).

La justicia.-La justicia en la atención de enfermería no se refiere solamente a la disponibilidad y utilización de recursos físicos y biológicos, sino a la satisfacción de las necesidades básicas de la persona en su orden biológico, espiritual, afectivo, social y psicológico, que se traducen en un trato humano (Salud, 2006).

2.6 Definición de términos

1. **Atención de enfermería:** Es la aplicación del método científico a la práctica asistencial de la enfermería. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.
2. **Actividad:** Capacidad de obrar o de producir un efecto.
3. **Administración:** Conjunto de funciones que se realizan para administrar (gobernar, organizar una economía).
4. **Ambiente de trabajo:** Conjunto de condiciones bajo las cuales se realiza el trabajo.
5. **Bienestar:** Hace referencia al conjunto de aquellas cosas que se necesitan para vivir bien.
6. **Calidad:** Aquellas características del producto que responden a las necesidades del cliente.
7. **Característica:** Es una cualidad que permite identificar a algo o alguien, distinguiéndolo de sus semejantes. Puede tratarse de cuestiones vinculadas al temperamento, la personalidad o lo simbólico, pero también al aspecto físico.

8. **Caracterizar:** Presentar o describir una cosa con sus rasgos característicos de manera que resulte inconfundible.
9. **Clase:** Grupo o conjunto de cosas similares.
10. **Clasificación:** Organización de conceptos en clases, y sus subdivisiones, vinculados de manera que se expresen las relaciones semánticas entre ellos.
11. **Código de ética:** Declaración formal de los valores principales de una organización, y las reglas éticas que espera que sus trabajadores sigan.
12. **Comportamiento organizacional:** Estudio de los individuos y de los grupos dentro del ámbito de la organización.
13. **Comportamiento:** Manera de comportarse una persona en una situación determinada o en general.
14. **Concepto:** Elemento portador de significado.
15. **Conducta:** Comportamiento de una persona. Es el conjunto de actos, comportamientos, exteriores de un ser humano y que por esta característica exterior resultan visibles y plausibles de ser observados por otros.
16. **Confianza:** Esperanza firme que una persona tiene en que algo suceda, sea o funcione de una forma determinada, o en que otra persona actúe como ella desea.
17. **Conflicto:** Se define al conjunto de dos o más hipotéticas situaciones que son excluyentes: esto quiere decir que no pueden darse en forma simultánea. Por lo tanto, cuando surge un conflicto, se produce un enfrentamiento, una pelea, una lucha o una discusión, donde una de las partes intervinientes intenta imponerse a la otra.
18. **Conocimiento:** Acción de conocer.
19. **Coordinación:** Proceso de armonizar todas las actividades de una organización, facilitando el trabajo y los resultados. Sincroniza recursos y actividades en

proporciones adecuadas y ajusta los medios a los fines. Establecer relaciones entre varias partes del trabajo.

20. Creencias: Idea o pensamiento que se asume como verdadero.

21. Cuidado: Acción de cuidar. Que recibe atención.

22. Cultura de seguridad del paciente: Es el producto de los valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y grupales, que determinan la forma de actuar y el estilo y eficiencia de una organización de salud en el manejo de la seguridad. Sus componentes son las percepciones de seguridad; la frecuencia de eventos reportados; y el grado de seguridad general del paciente.

23. Cultura organizacional: Conjunto de suposiciones, creencias, valores y normas que comparten y aceptan los miembros de una organización.

24. Cultura: Conjunto de conocimientos, ideas, tradiciones y costumbres que caracterizan a un pueblo o a una época.

25. Deficiencia: Defecto o imperfección que tiene una cosa, especialmente por la carencia de algo.

26. Dilema ético: Es una narración breve, a modo de historia, en la que se plantea una situación posible en el ámbito de la realidad pero conflictiva a nivel moral, y se solicita de los oyentes o bien una solución razonada del conflicto, o un análisis de la solución elegida por el sujeto protagonista de la historia.

27. Dirección: Proceso de dirigir e influir en las actividades de los miembros de la organización relacionadas con las tareas.

28. Directivo: Se aplica a la persona que forma parte de un conjunto de personas que gobiernan, mandan, rigen o guían un grupo o una cosa

- 29. Disciplina:** Conjunto de reglas de comportamiento para mantener el orden y la subordinación entre los miembros de un cuerpo o una colectividad en una profesión o en una determinada colectividad.
- 30. Enfermería:** Arte y ciencia del cuidado, promoción, mantenimiento y restauración de la salud y el bienestar, con una concepción holística del hombre, basándose en fundamentos teóricos y metodológicos propios.
- 31. Equidad:** Cualidad que consiste en dar a cada uno lo que se merece en función de sus méritos o condiciones.
- 32. Escala:** Serie de elementos de la misma especie, ordenados gradualmente en función de alguna de sus características o cualidades.
- 33. Estilos de vida:** Son expresiones que se designan, de una manera genérica, al estilo, forma o manera en que se entiende la vida; no tanto en el sentido de una particular concepción del mundo, como en el de una identidad, una idiosincrasia o un carácter, particular o de grupo.
- 34. Estrategia:** Modo o sistema de dirigir un asunto para lograr un fin.
- 35. Estrés:** Es el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción "Organización Mundial de la Salud (OMS)
- 36. Ética:** Rama de la filosofía que se ocupa de la distinción entre lo recto y lo equivocado por lo que respecta a las consecuencias morales de las acciones humanas.
- 37. Financiero:** Que se dedica a la financiación o concesión de préstamos para realizar operaciones de compra.
- 38. Gestión de la calidad:** Es el conjunto completo de actividades mediante las cuales se alcanza la aptitud a uso, con independencia de donde se lleven a cabo estas actividades. El objetivo de la calidad es buscar la satisfacción del cliente y del

proveedor al mínimo coste combinado. La gestión de la calidad comprende tres procesos: planificación, organización y control.

- 39. Gestión:** Conjunto de reglas, procedimientos y métodos operativos para llevar a cabo con eficacia una actividad empresarial tendente a alcanzar objetivos concretos.
- 40. Habilidades:** Capacidad de una persona para hacer una cosa bien y fácilmente.
- 41. Informe:** Consiste en un texto o una declaración que describe las cualidades de un hecho y de los eventos que lo rodean. El informe, por lo tanto, es el resultado o la consecuencia de la acción de informar.
- 42. Inmunización:** Acción que consiste en inmunizar a una persona, un animal o una planta contra una enfermedad o un daño.
- 43. Instrumento:** Un dispositivo de investigación que anota o mide los datos obtenidos.
- 44. Interpretación:** Extracción de conclusiones sobre el significado de cualquier diferencia observada entre el grupo de estudio y el de control incluidos en la investigación, un servicio o intervención de salud que es conocida mediante diferentes técnicas: cuestionarios transaccionales, el usuario disfrazado o fingido, grupos focales, captura de quejas o comentarios, los datos de los servicios, cuestionarios a empleados y está influenciado por aspectos emocionales, la experiencia previa y lo que sabe acerca de estos mismos servicios.
- 45. Líder:** Es la cabeza visible de un grupo, capaz de tomar la decisión acertada y de influir e inspirar a otros para alcanzar una meta común
- 46. Liderazgo:** Es un proceso relacional en el que un individuo trata de influenciar a otros hacia un objetivo mutuamente deseable.

- 47. Meta:** Es el fin hacia el que se dirigen las acciones o deseos. De manera general, se identifica con los objetivos o propósitos que una persona o una organización se marca.
- 48. Motivación:** Acción de motivar a una persona.
- 49. Necesidad:** Hecho o circunstancia en que alguien o algo es necesario.
- 50. Nivel:** Altura a la que está situada una cosa, o a la cual llega la superficie de un líquido o la parte más alta de un conjunto de cosas amontonadas.
- 51. Normativa:** Norma o conjunto de normas por las que se regula o se rige determinada materia o actividad.
- 52. Organización.** Proceso de arreglar la estructura de una organización y de coordinar sus métodos gerenciales y empleo de los recursos para alcanzar sus metas. Es un grupo relativamente estable de personas en un sistema estructurado y en evolución cuyos esfuerzos coordinados tienen por objeto alcanzar metas en ambiente dinámico.
- 53. Paciente:** Persona que recibe atención sanitaria.
- 54. Partida presupuestaria:** Se trata de una planeación y una herramienta de manejo de activos ya que requiere de la identificación del ingreso total disponible y cada uno de los requisitos necesarios para gastos con relación a los costos, así como las actividades y las tareas asociadas.
- 55. Plan integral:** Es la visión común de una comunidad de lo que se quiere ser en el futuro.
- 56. Planificación estratégica:** Proceso por el cual los administradores de la empresa de forma sistemática y coordinada piensan sobre el futuro de la organización, establecen objetivos, seleccionan alternativas y definen programas de actuación a largo plazo.

- 57. Planificación:** Proceso de establecer objetivos y cursos de acción adecuados antes de iniciar la acción.
- 58. Planificar:** Elaborar o establecer el plan conforme al que se ha de desarrollar algo, especialmente una actividad.
- 59. Población:** Grupo suficientemente grande de personas, cosas o valores de medición.
- 60. Poder:** La habilidad para castigar o recompensar sin autoridad. Capacidad de afectar al comportamiento de otras personas, con o sin su consentimiento.
- 61. Políticas:** Guías para orientar la acción; criterios o lineamientos generales a observar en la toma de decisiones, sobre problemas que se repiten una y otra vez en el ambiente de una organización.
- 62. Proceso:** Serie sistemática de acciones dirigidas al logro de un objetivo.
- 63. Propósito:** Determinación firme de hacer algo.
- 64. Protocolo:** Conjunto de escrituras y documentos que una persona autorizada guarda siguiendo ciertas formalidades.
- 65. Recursos financieros:** Son los recursos, propios y ajenos, de carácter económico y monetario que la empresa requiere para el desarrollo de sus actividades.
- 66. Recursos humanos:** Es una empresa que cuenta con diversos tipos de recursos que le permiten funcionar y alcanzar sus metas. Los empleados, trabajadores y colaboradores son quienes conforman lo que se conoce como recursos humanos de una entidad.
- 67. Reto:** Objetivo difícil de conseguir en el que se pone mucho esfuerzo.
- 68. Salud física:** Es un estado de bienestar donde tu cuerpo funciona de manera óptima. Es la ausencia de enfermedades en tu cuerpo y el buen funcionamiento fisiológico

de nuestro organismo. Estar sano y saludable es muy indispensable para poder disfrutar de los otros aspectos de salud como lo son el emocional y el mental.

- 69. Salud mental:** Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.
- 70. Salud:** Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.
- 71. Seguridad del paciente:** Ausencia o reducción, a un nivel mínimo aceptable, de riesgo de sufrir un daño innecesario en el curso de la atención sanitaria.
- 72. Seguridad laboral:** Tiene por objeto la aplicación de medidas y el desarrollo de las actividades necesarias para la prevención de riesgos derivados del trabajo.
- 73. Seguridad:** Reducción del riesgo de daño innecesario hasta un mínimo aceptable.
- 74. Teoría:** Conjunto de reglas, principios y conocimientos acerca de una ciencia, una doctrina o una actividad, prescindiendo de sus posibles aplicaciones prácticas.
- 75. Unidad:** Propiedad que tienen las cosas de no poder dividirse ni fragmentarse sin alterarse o destruirse
- 76. Validez:** El grado en que las investigaciones miden de hecho lo que dicen estar cuantificando. Grado en que una prueba mide lo que se pretende que mida.
- 77. Valores:** Conjunto de convicciones perdurables que posee una persona; el tipo de conducta que les acompaña, y la importancia de las convicciones para esa persona.
- 78. Vida laboral:** Es el tiempo acumulado por un trabajador durante la vida activa que haya trabajado en una o varias empresas u organismos oficiales.
- 79. Visión:** Percepción de las realidades físicas a través de la vista.

CAPITULO III

3. Metodología de la investigación

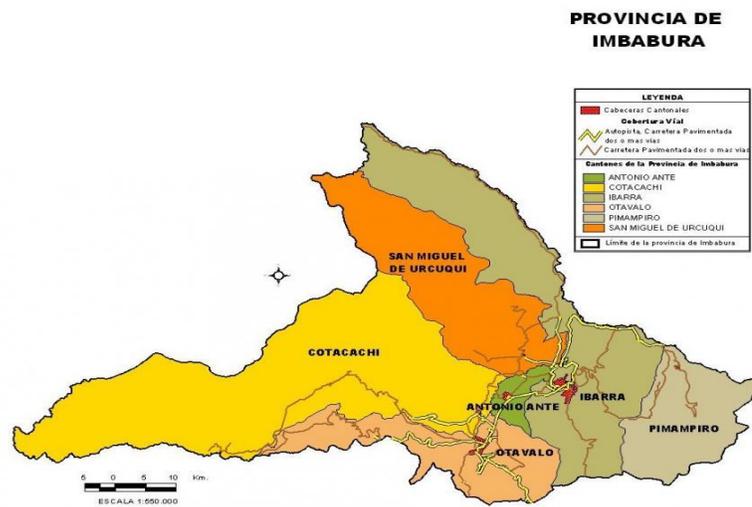
3.1 Tipos y diseño de estudio

El estudio es de carácter no experimental, observacional, descriptivo, de corte transversal con enfoque mixto; porque se describió la variable de la Acreditación Canadá sobre el liderazgo y cultura del cuidado tal como se presentó en las instituciones de salud.

3.2 Ubicación geográfica

La presente investigación se realizó en los Hospitales; ubicados en Provincia de Imbabura: En el Cantón Ibarra el Hospital “San Vicente de Paul”, en el Cantón Antonio Ante el Hospital “Básico de Atuntaqui”, en el Cantón Otavalo el Hospital “San Luis de Otavalo”, en el Cantón Cotacachi el Hospital “Asdrúbal de la Torre” como se señala a continuación:

3.2.1 Ubicación geográfica de la Provincia de Imbabura según cantones



3.3 Población

La Población estuvo conformada por 48 Profesionales que laboraban en el área administrativa de: Recursos Humanos, Financiero y Dirección de los Hospitales “San Vicente de Paúl”, “San Luis de Otavalo”, “Asdrúbal de la Torre” y “Básico Atuntaqui”, pertenecientes a la Provincia de Imbabura.

3.4 Muestra

Para determinar la muestra, se utilizó el muestreo aleatorio-intencional por conveniencia conformado por 12 Profesionales, considerados informantes claves para la investigación.

3.5 Criterios de inclusión

- Representantes administrativos de las unidades de análisis que dirigieron los procesos de Talento Humano, Financiero y Dirección.
- Firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio.
- Presencia en el momento de aplicar los instrumentos de investigación.

3.6 Criterios de exclusión

- Representantes de las unidades de análisis que no realicen procesos vinculados con la investigación.
- No firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio.
- Ausencia en el momento de aplicar los instrumentos de investigación.

3.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la obtención de la información necesaria se hizo uso de las siguientes técnicas e instrumentos de la investigación:

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	TÉCNICA	INSTRUMENTO
Evaluar el grado de cumplimiento de los indicadores valores y ética de la organización en los Hospitales de Imbabura.	Encuesta	Cuestionario (Qmentu) Internacional Canadá.
Revisar las evidencias relacionadas con el ambiente de trabajo, vida laboral, mejora de la calidad y seguridad del paciente.	Observación directa Encuesta	Guía de observación Cuestionario(Qmentu) Internacional Canadá.
Ponderar de acuerdo a la clasificación Canadá los niveles de liderazgo y cultura del cuidado que ejercen los profesionales de enfermería en los Hospitales en estudio.	Cálculo de las ponderaciones de la Acreditación Canadá	Fórmulas: X < 25% = Ausencia X > 50% = En proceso X > 75% = Elaborado X 100% = Desarrollado

3.8 Procedimiento de la recogida de datos

Para la recogida de datos a través de los indicadores descritos, se comenzó una fase esencial para toda la investigación, dirigida a la clasificación y agrupación de los datos referentes a cada indicador, y su presentación conjunta. Dentro de las instrucciones de la encuesta se encuentra, señalar por unidad si cumple con el símbolo \surd y si no cumple con el símbolo X. Y dentro de las unidades a aplicar el instrumento se encuentran:

Unidad A: Hospitalización

Unidad B: Pediatría

Unidad C: Emergencias

Unidad D: Farmacia/ Dirección

Nuestro instrumento fue aplicado en la Unidad D que corresponde a los representantes de las unidades de Dirección. Al igual que en la versión original, el instrumento (Qmentu) Internacional Canadá, proporcionó información sobre la percepción relativa a las siguientes 4 dimensiones, del liderazgo y cultura del cuidado en la gestión de enfermería. De este modo se agrupo las variables en secciones, así:

Sección A: Compromiso de directivos con los valores y ética de la organización (agrupa 3 ítems).

Sección B: Compromiso de directivos con el ambiente de trabajo y vida laboral (agrupa 6 ítems).

Sección C: Compromiso de los directivos en la mejora de la calidad (agrupa 7 ítems).

Sección D: Compromiso de directivos en la seguridad del paciente (agrupa 3 ítems).

Según la valoración de cada descriptor de los indicadores de calidad medidos, se debe tener en cuenta que si la mitad no se cumple, se establecerá un 1 en la escala Likert, si la mitad + 1 se cumple se señalará con un 2, si se documenta pero no se ha implantado o difundido se señalará con un 3 y si se cumplen con la totalidad se puntuará con un 4.

Señalar en la Escala Likert según la siguiente numeración:

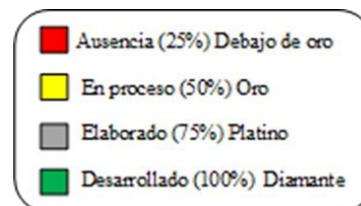
1. Ausencia

2. En proceso

3. Elaborado

4. Desarrollado

5. Clasificación Canadá (O: Debajo de oro; O: oro; P: Platino; D: Diamante).



1.1 Procesamiento y análisis de resultados

La recolección de datos se efectuó durante el mes de noviembre y diciembre del año 2014. Para el análisis de la información se utilizó la estadística descriptiva en donde se reflejó los resultados de acuerdo a cada una de las variables con sus respectivos indicadores, se elaboró una base de datos la misma que fue depurada en el programa Microsoft Excel 2013, y para la representación se diseñó gráficos en Microsoft Word 2013 que detallan los resultados.

1.2 Validez y confiabilidad

Para garantizar la validez y confiabilidad de la encuesta (Qmentu) Internacional Canadá, se utilizó el juicio de experto en las que participó el Dr. PhD. Jesús Molina Prometeo-SENESCYT.

CAPITULO IV

4. Análisis y discusión de resultados

4.1 Sección A: Compromiso de directivos con los valores y ética de la organización.

Categoría	Descripción	Análisis del autor	Cita
<p>Participación de líderes en los valores de la organización.</p>	<p>-Según Thyssen sostiene que los valores son elementos que vinculan las demandas sociales con la realidad organizacional y que pretenden fungir como criterios para la decisión organizacional entre aquello que se presenta como aceptable y aquello que no.</p> <p>-Los valores profesionales se definen como valores humanos contextualizados y orientados a la profesión, aún en sus significados la relación entre los requerimientos sociales y los de la profesión, constituyen la identidad profesional por ser guía en el comportamiento en el ámbito laboral.</p> <p>-Un valor es algo que se impone por sí mismo, expresa lo que es deseable, significativo o correcto para un individuo o sociedad como un todo. Los valores, se conciben como guía o patrones de comportamiento, orientan los modos particulares de ser y vivir, humanizan y forman el criterio de juicio, preferencia y elección para la acción.</p>	<p>Los valores de la organización establecen parámetros para el comportamiento y también aceptar relaciones con otras organizaciones, cabe recalcar que los valores de la organización pueden incluir las obligaciones, el respeto, la confidencialidad, la integridad, la transparencia, la honestidad y el comportamiento ético, la equidad y la justicia, la seguridad, la salud en el trabajo y el trato a las personas como el principal bien de la organización.</p>	<p>(Gonnet, 2013)</p> <p>(Martha Díaz Flores, 2012)</p> <p>(Martha Díaz Flores, 2012)</p>

<p>Proceso de toma de decisiones ante conflictos ético.</p>	<p>-Los dilemas éticos que enfrentan los profesionales de enfermería en el cumplimiento de su labor y que sugieren una toma de decisión fundamentada en los conocimientos, habilidades y en la experiencia, pero donde la ética y la moral es la que posibilita que esta se soporte en valores, principios y argumentos éticos.</p> <p>-El dilema ético surge cuando el profesional se enfrenta a dos o más alternativas de actuación posibles y válidas, e incluye principios éticos y valores.</p> <p>-Los conflictos adoptados por los enfermeros pueden ser variados, amparados en la negociación, afrontamiento, manipulación, aceptación, sumisión o retirada, pero todos esos tipos son interdependientes y traerán repercusiones a la institución de salud y sus profesionales.</p>	<p>El profesional de salud hoy en día no solo confronta problemas en su trabajo, sino también en su profesión del día a día con las personas que le rodean, esto hace muchas veces que cometamos errores sin darnos cuenta de muchas cosas en el diario vivir.</p>	<p>(Villarreal Cantillo & Visbal Llera, 2012)</p> <p>(Villarreal Cantillo & Visbal Llera, 2012)</p> <p>(Bruna Parnov, 2012)</p>
--	---	--	---

<p>Procedimiento de proyectos de investigación.</p>	<p>-En la Sociedad actual del conocimiento y la información es preciso disponer de herramientas y procedimientos de investigación que permitan conocer las evidencias científicas sobre problemas de Salud de los trabajadores para tomar decisiones en relación con la prevención, higiene y seguridad ocupacional y rehabilitación e inserción laboral.</p> <p>-La investigación clínica es indispensable para el progreso de la medicina, ya que permite obtener las evidencias científicas para determinar la utilidad y eficacia de los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos sobre los que se basa la práctica médica.</p> <p>-La investigación en salud ha causado un mayor interés a nivel mundial y nuestro país no puede estar desvinculado de esta tendencia, puesto que ha crecido el interés por las innovaciones y los avances tecnológicos, con el surgimiento, en ese sentido, de muchas iniciativas de investigación en salud, se presta más atención a las investigaciones sobre sistemas de salud, políticas y prácticas basadas en datos científicos, tanto para la salud individual como colectiva, no como una moda, sino como una necesidad real.</p>	<p>Los proyectos de investigación en enfermería son de vital importancia con el fin de desarrollar, evaluar y expandir el conocimiento en enfermería, sin embargo en los últimos años ha aumentado la presión para que los profesionales de enfermería realicen investigaciones pero la evidencia señala que las investigaciones en enfermería siguen siendo escasas.</p>	<p>(Canelo, 2010)</p> <p>(Pediatria, 2011)</p> <p>(Cabezas, 2010)</p>
--	--	---	---

4.2 Sección B: Compromiso de directivos con el ambiente de trabajo y vida laboral

Categoría	Descripción	Análisis del autor	Cita
<p>Apoyo a la vida laboral y salud del personal.</p>	<p>-La calidad de vida laboral ha sido utilizada como indicador de las experiencias humanas en el lugar de trabajo y el grado de satisfacción de las personas que lo desempeñan.</p> <p>-El estudio de la calidad de vida laboral constituye uno de los retos más importantes dentro de las organizaciones debido a que ésta es un elemento que garantiza la productividad de todo tipo de empresas.</p> <p>-Según Chiavenato, la calidad de vida laboral asimila dos posiciones antagónicas: por un lado, la reivindicación de los empleados por el bienestar y la satisfacción en el trabajo y, por el otro, el interés de las organizaciones por sus efectos en la productividad y la calidad de vida, es decir, las organizaciones deben preocuparse indiscutiblemente por el recurso humano que propicia la satisfacción de sus objetivos ya que mientras mejores recursos se le provea al empleado mejor rendimiento se va a lograr a nivel empresarial.</p>	<p>La calidad de vida laboral es el bienestar, satisfacción con la vida o satisfacción de las necesidades personales en su trabajo. Cabe recalcar que la calidad de vida profesional es un proceso de mejora y por ende se logra una mejor atención a los usuarios.</p>	<p>(Rica, 2014)</p> <p>(Gómez Vélez, 2010)</p> <p>(Gómez Vélez, 2010)</p>

<p>Estrategias saludables en el lugar de trabajo.</p>	<p>-Las estrategias saludables son procesos y actividades individuales o grupales con el fin de modificar conductas de riesgo y adoptar estilos de vida saludables.</p> <p>-Las líneas estratégicas se definen cuales son aquellas acciones y mecanismos que se necesitan planificar y poner en marcha para lograr un determinado fin y mejorar una situación.</p> <p>-La estrategia se asienta en el convencimiento de que la prevención y la colaboración son dos valores fundamentales que deben guiar toda acción preventiva. Además la estrategia 2015-2020 nos ha de permitir conocer mejor nuestras debilidades convertirlas en fortalezas y hacer frente a las dificultades que se presenten en el camino hacia esa meta común de unos lugares de trabajo seguros, saludables y productivos.</p>	<p>Estrategias de salud se refieren a actividades que se realizan en el lugar de trabajo ya sean individuales o colectivas, también hay que integrar, coordinar, planificar y ponerlo en marcha para de esta manera lograr una mejorar de la calidad en su lugar de trabajo.</p>	<p>(Alexandra Giraldo Osorio, 2010)</p> <p>(Ministerio de Sanidad P. s., 2011)</p> <p>(Trabajo, 2015-2020)</p>
--	--	--	--

<p>Apoyo al desarrollo profesional.</p>	<p>-El desarrollo profesional, es el fruto de la carrera, comprende los aspectos que enriquecen a la persona con vistas hacia el logro de metas dentro de la organización. El desempeño institucional incluye acciones o comportamientos de los empleados, relevantes para con los objetivos de la organización medidos en términos de competencias y niveles de contribución.</p> <p>-Según Miguel Ángel Santos Guerra, no es una cuestión entregada de forma plena a la iniciativa de cada uno sino que ha de circunscribirse al marco institucional, porque de esta manera los esfuerzos son mucho más positivos y más alentadores. Así, la planificación, el desarrollo y la evaluación del perfeccionamiento de los profesionales es responsabilidad de la institución y en ella se han de encontrar, no solo las preocupaciones, sino los medios y las estructuras para alcanzarlo.</p> <p>-Según Karla A. Ruiz lo define como aquellas acciones o comportamientos observados en los empleados que son relevantes para los objetivos de la organización y que pueden ser medidos en términos de las competencias de cada individuo y su nivel de contribución en cada Empresa.</p>	<p>El desarrollo profesional es el comportamiento o la conducta del trabajador en la realización de una actividad en su lugar de trabajo para de esta manera lograr sus metas y también aceptar responsabilidades que conlleva el grupo de trabajo de su profesión.</p>	<p>(Balseiro Almarío & Zárate Grajales, 2012)</p> <p>(Balseiro Almarío & Zárate Grajales, 2012)</p> <p>(Balseiro Almarío & Zárate Grajales, 2012)</p>
--	--	---	---

<p>Políticas de seguridad y salud laboral.</p>	<p>-Las condiciones de seguridad son esenciales para la realización de cualquier actividad laboral, sin embargo, es común encontrarse con situaciones peligrosas, denominados “Factores de Riesgo Laboral”, como la exposición a riesgos físicos, químicos, biológicos, psicosociales y ergonómicos</p> <p>-La Salud Ocupacional es un pilar elemental en el progreso de un país, sus funciones están dirigidas a la promoción y protección de la salud de los trabajadores y la prevención de accidentes de trabajo y enfermedades ocupacionales ocasionadas por las condiciones de trabajo y riesgos ocupacionales en las diversas actividades económicas.</p> <p>-La salud laboral se refiere el estado o las circunstancias de seguridad física, mental y social en que se encuentran los trabajadores en sus puestos de trabajo, con la finalidad de prever medidas de control dirigidas a fomentar el bienestar y reducir o eliminar los riesgos de enfermedades o accidentes. De esta manera, la "salud laboral" o "salud en el trabajo" se convirtió en una especialidad de la medicina conocida también como "Medicina del trabajo", pero es a la vez, "un elemento más del concepto de salud integral de la persona"</p>	<p>Seguridad y salud laboral se refiere al entorno laboral como también a la protección de los trabajadores respecto a las enfermedades y de los accidentes en los lugares de trabajo, cabe recalcar que existen factores de seguridad y salud laboral tales como el estrés que es el principal riesgo laboral que afectara a los trabajadores en su entorno laboral.</p>	<p>(Óscar Vera, 2015)</p> <p>(Óscar Vera, 2015)</p> <p>(Matabanchoy, 2012)</p>
---	--	---	--

<p>Inmunización del personal según los riesgos biológicos.</p>	<p>-La vacunación ha constituido uno de los logros más importantes en la historia de la salud pública y ha contribuido a la disminución de la morbilidad y mortalidad. A diferencia de los medicamentos, las vacunas se aplican generalmente a personas sanas para que continúen sanas, por tanto no deben ocasionar más daños que lo que podría producir la misma enfermedad.</p> <p>-La inmunización es el proceso de inducir artificialmente la inmunidad o proporcionar protección frente a una determinada enfermedad. La inmunización activa consiste en estimular al organismo para que produzca anticuerpos y otras respuestas inmunitarias a través de la administración de una vacuna, con el objetivo de que produzca una respuesta similar a la infección natural.</p> <p>-La vacunación de los trabajadores sanitarios constituye un elemento esencial en los programas de prevención de infecciones asociadas a los cuidados de salud, al ser una de las medidas más efectivas con las que disminuir la aparición de brotes nosocomiales.</p>	<p>La vacunación hacia al personal de salud según los riesgos biológicos se relaciona con la protección al personal sanitario frente a enfermedades nosocomiales, ya que el personal está expuesto a agentes infecciosos, y para disminuir el riesgo biológico de estas enfermedades infectocontagiosas se basan a tres medidas principales como son el lavado de manos, inmunización adecuada y con pacientes en sospecha de enfermedades infectocontagiosas.</p>	<p>(Belkys Galindo, 2011)</p> <p>(Belkys Galindo, 2011)</p> <p>(Sánchez & Hernández, 2010)</p>
---	---	--	--

<p>Políticas de condición de trabajo (nocturno y fin de semana)</p>	<p>-En Cartagena el personal de enfermería identifica las condiciones de trabajo como deficientes en retribución económica, personal de apoyo, infraestructura física de los puestos de trabajo, materiales y equipos en el lugar de trabajo y alta carga aboral.</p> <p>-Las condiciones de trabajo son el conjunto de variables que definen la realización de una tarea concreta y el entorno en el que ésta se realiza; las condiciones de trabajo guardan estrecha relación con la satisfacción e insatisfacción laboral, por tanto este es uno de los factores relacionados con la motivación, indispensable en la calidad del servicio ofertado por la enfermera</p> <p>-En Europa hay dos objetivos que estructuran estas políticas: la redistribución del empleo o reparto del trabajo y la flexibilidad, es decir, la optimización en la utilización del aparato productivo a través de una mayor utilización de los equipos o de una modulación de los horarios en función de las actividades de la empresa. La concepción del reparto del trabajo debe ser ampliada, para abarcar no sólo el ámbito laboral sino también todo lo que acontece fuera de este ámbito.</p>	<p>Las políticas de condición de trabajo se refieren básicamente al tiempo de trabajo a través de una mayor utilización de horarios en función de las actividades propuestas por la organización, el reparto de trabajo es amplia para de esta manera abarcar con el ámbito laboral.</p>	<p>(Cogollo Milanés & Gómez Bustamante, 2010)</p> <p>(Cogollo Milanés & Gómez Bustamante, 2010)</p> <p>(Boulin, 2001-2015)</p>
--	--	--	--

4.3 Sección C. Compromiso de directivos en la mejora de la calidad.

Categoría	Descripción	Análisis de autor	Cita
<p>Calidad de los directivos</p>	<p>-Según Peter Drucker, hay una última práctica adicional para el líder, tan importante que podría elevarse al rango de norma: primero escuche, después hable. Al reconocer este derecho de todas las personas a ser respetadas, el directivo tiene la posibilidad de la empatía, es decir, ponerse en lugar del otro, ya sea una persona que necesita la atención que brinda la institución que dirige, o se trate de algún trabajador de esa propia institución.</p> <p>-El gestionar el cuidado en forma oportuna, segura y satisfactoria lleva implícito el imperativo ético de responder frente a la sociedad con la mejor evidencia disponible para tomar las mejores decisiones sobre el cuidado de las personas.</p> <p>-Es a través del liderazgo que el enfermero intenta conciliar los objetivos organizacionales con los objetivos del grupo de la enfermería, buscando el perfeccionamiento de la práctica profesional y principalmente el alcance de una asistencia de enfermería adecuada.</p>	<p>Según los criterios mencionados de los autores se puede decir que ellos se enfocan a cumplir todos los objetivos como profesionales de enfermería; poniéndose en el papel del paciente mirando las necesidades que ellos tienen y de tal forma dando un mejor plan de calidad por parte de los directivos de enfermería.</p>	<p>(Cano, 2011)</p> <p>(Campo & Klijin, 2011)</p> <p>(Souza & Ferreira, 2013)</p>

<p style="text-align: center;">Recursos destinados a la mejora de la calidad</p>	<p>-La enfermería tiene conciencia de su responsabilidad ante la calidad del cuidado que presta al paciente, a la institución, a la ética, a las leyes y a las normas de la profesión, y también de la contribución de su desempeño en la valuación del cuidado y satisfacción de los pacientes ya que hay buen recurso para mejorar la calidad de atención.</p> <p>-La calidad de la atención a la salud requiere cada día una mayor exigencia por parte de los profesionales de la salud. Una vez alcanzada una cobertura relativamente razonable, se transita hacia la preocupación por otorgar servicios con una calidad mínima indispensable. La calidad debe ser mejorada continuamente para garantizar que el paciente reciba los mayores beneficios posibles con los menores riesgos, logrando a la vez eficiencia</p> <p>-Los profesionales de enfermería vigilan la conformación cualitativa y cuantitativa de los recursos humanos de enfermería que requieran las instrucciones de salud y los centros de enfermería para su funcionamiento de acuerdo a los criterios y normas establecidas por el Consejo Técnico Nacional de Enfermería.</p>	<p>Los recursos que son destinados a una institución de salud son indispensables y juegan un papel muy importante en la atención de calidad de los usuarios ya que mediante ellos se puede incrementar tecnología para de esta forma lograr una indudable mejora de la calidad e incrementar la calidez con la que se debe atender a los usuarios.</p>	<p>(Santana de Freitas, 2014)</p> <p>(González Pérez & Villazón Castro, 2011)</p> <p>(Freitas, 2014)</p>
---	---	--	--

<p>Mejora de habilidades y conocimientos de calidad</p>	<p>-Para actualizar y mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales ante el avance del conocimiento dada la evolución científica y tecnológica, las demandas y necesidades de la sociedad y del mismo sistema sanitario en el que se desarrollan los profesionales.</p> <p>-La formación continuada puede considerarse un proceso de cambio de conducta cuando los cambios se transfieren a la práctica clínica. Además es necesaria a corto plazo, aunque ha de proyectarse al futuro, desarrollar competencias para mejorar la calidad y conseguir la excelencia clínica.</p> <p>-En la actualidad son numerosas las investigaciones dedicadas a la evaluación de la calidad de vida, empleando este concepto como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. La enfermería tiene conciencia de su responsabilidad ante la calidad del cuidado que presta al paciente, a la institución, a la ética, a las leyes y a las normas de la profesión, y también de la contribución de su desempeño en la valuación del cuidado y satisfacción de los pacientes</p>	<p>Para una mejor calidad de atención los profesionales de enfermería deben de buscar nuevos conocimientos y habilidades en lo que es enfermería y ética para una buena atención y seguridad del paciente.</p>	<p>(Marqués Andrés, 2011)</p> <p>(Marqués Andrés, 2011)</p> <p>(Santana de Freitas, 2014)</p>
--	---	--	---

<p>Oportunidad del personal de participar en la mejora de la calidad</p>	<p>-En la profesión de enfermería, se otorga gran importancia al proceso de formación de los educandos, considerando lo instructivo, desarrollador y educativo, con el objetivo de lograr transformaciones en el pensamiento expresadas en habilidades y capacidades dirigidas a desarrollar actividades con rapidez, esmero y como condicionantes del éxito en la solución de problemas.</p> <p>-Las enfermeras se encuentran desempeñando funciones en un contexto que es poco favorecedor de una cultura organizacional que permita el desarrollo de la gestión del cuidado. En esa línea, de acuerdo con Martins en la práctica profesional las enfermeras concentran la mayor parte de su tiempo en su función administrativa y se van distanciando del cuidado directo del paciente, donde parece ser que articular estas dimensiones es una tarea difícil.</p> <p>-Las acciones de enfermería se caracterizan por ser polivalentes, altamente flexibles, con un gran contenido multidisciplinario, pero también lleno de paradojas; se nos pide que desarrollemos el pensamiento crítico, la capacidad de análisis, que consideremos los elementos de la globalización que afectan los sistemas de salud. Se exige además competencias técnicas de muy alto nivel manteniendo una gran sensibilidad para el trato humano de los individuos que se encuentran en situaciones de salud-enfermedad.</p>	<p>El personal de enfermería cada vez está mejorando, ya que en la actualidad los directivos, los enfermeros(as) están en el lado de las familiares y personas apoyando y mirando sus necesidades ante las diversas experiencias de salud, generando así más oportunidades para los pacientes ya que los directivos observan las necesidades y dan como resultado cambios notables en la atención. El personal de enfermería se sensibiliza por el trato del ser humano que está en una situación de enfermedad, dando a notar sus conocimientos tanto profesionales como éticos.</p>	<p>(González Pérez & Villazón Castro, 2011)</p> <p>(Umpiérrez, 2013)</p> <p>(Umpiérrez, 2013)</p>
---	---	---	---

<p>Iniciativas de mejora de la calidad</p>	<p>-La calidad en la atención de enfermería es un concepto complejo que comprende la asistencia acorde con el avance de la ciencia, a fin de implantar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y asegurar su continuidad.</p> <p>-A nivel internacional, existe una corriente de crear nuevas estrategias que permitan garantizar la seguridad del paciente, así que como que se pueda evidenciar la calidad de atención que se brindan y facilitar así, la creación de indicadores de evaluación.</p> <p>-Las enfermeras tienen una contribución importante que realizar en la planificación y la toma de decisiones en materia de servicios de salud, así como en la elaboración de políticas sanitarias adecuadas y eficaces. Pueden y deben contribuir a la política pública en relación con la preparación de los trabajadores de la salud, los sistemas de prestación de cuidados, la financiación de la sanidad, la ética en la atención de salud y los factores determinantes de la salud.</p>	<p>Para que haya una mejor calidad en lo que es el cuidado del paciente se debe de tener iniciativas que permitan garantizar la seguridad de los pacientes, se debe de enfocar que los cambios no deben de ser tanto en lo que es tecnología sino más bien en lo ético, y si no se genera un cambio los directivos ahí es donde actúan los enfermeros con su iniciativa de cambio.</p>	<p>(González Pérez & Villazón Castro, 2011)</p> <p>(enfermeras., 2015)</p> <p>(González Pérez & Villazón Castro, 2011)</p>
---	---	--	--

<p>Toma de decisiones basadas en la evidencia científica</p>	<p>-Los servicios profesionales de la enfermera comprenden la Gestión del Cuidado en lo relativo a promoción, manutención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente.</p> <p>-El criterio profesional se entiende como aquella aptitud para apreciar una situación o problema, que permite ubicarla dentro de la disciplina de enfermería y encontrar solución conforme a los principios éticos que orientan la profesión, las normas jurídicas que la regulan, los conocimientos científicos y humanistas que la avalan, los recursos de que dispone y las necesidades concretas del paciente que demanda cuidado</p> <p>-La Enfermería Basada en la Evidencia se puede definir como la aplicación consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible relativa al conocimiento enfermero para tomar decisiones sobre el cuidado de los pacientes, teniendo en cuenta sus preferencias y valores, e incorporando la pericia profesional en esta toma de decisiones</p>	<p>Con un criterio científico confiable, los directivos podrán tomar mejores decisiones ya que se basan en algo real que ha pasado y que ha sido debidamente comprobado a más de esto también se toma en cuenta las experiencias profesionales.</p>	<p>(Campo & Klijin, 2011)</p> <p>(Campo & Klijin, 2011)</p> <p>(Campo & Klijin, 2011)</p>
---	--	---	---

<p>Elaboración de protocolos y planes de cuidados</p>	<p>-La gestión del cuidado de enfermería será entendida como el ejercicio profesional de la enfermera sustentada en su disciplina: la ciencia del cuidar. Esta se define "como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución"</p> <p>-Los protocolos de enfermería constituyen uno de los pilares básicos que de alguna manera determinan el compromiso que los profesionales tienen en el desarrollo de los cuidados, y que sirva de horizonte a todos aquellos profesionales que se enfrentan de distinta forma, al arte de cuidar.</p> <p>-La calidad de los servicios de enfermería se define 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.</p>	<p>Para la elaboración de protocolos o planes de cuidados se debe de tener un exhaustivo conocimiento sobre el cuidado y necesidades que tiene el paciente dando como resultado una satisfacción por parte del paciente o usuarios de los medios de salud y del prestador del servicio que es el principal involucrado para dar un cambio en la medicina.</p>	<p>(Firmino Bezerra, 2013)</p> <p>(Real, 2015)</p> <p>(Real, 2015)</p>
--	--	---	--

4.4 Sección D. Compromiso de directivos en la seguridad del paciente

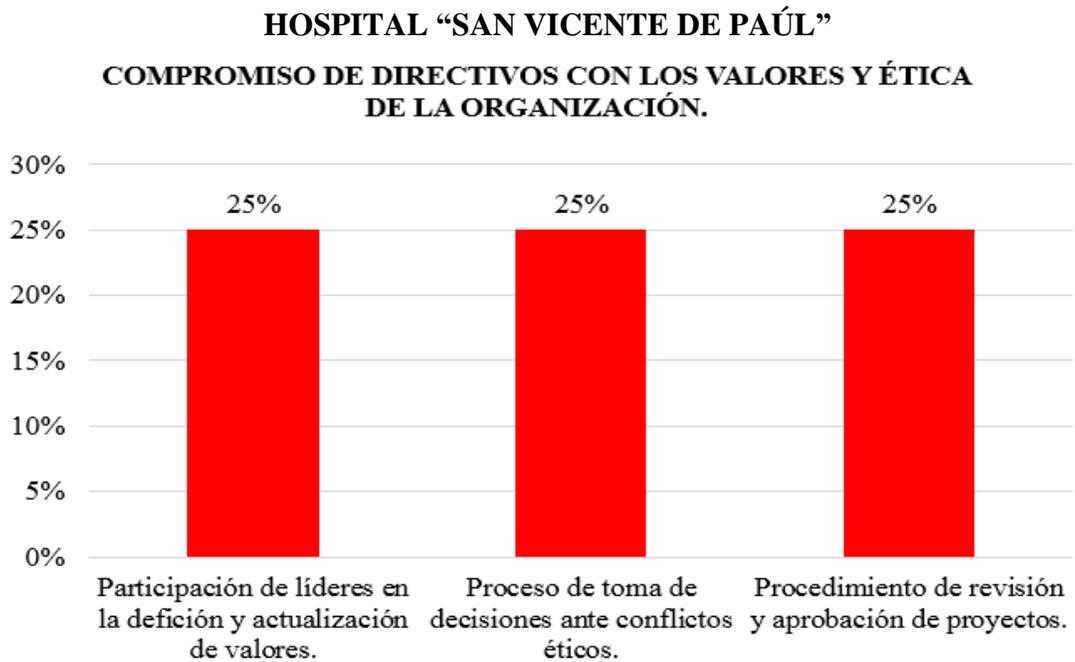
Categoría	Descripción	Análisis del autor	Cita
<p>Seguridad del paciente</p>	<p>-Desde una perspectiva holística, la seguridad de los pacientes requiere articular cada uno de los procesos que intervienen en el mejoramiento de su salud, permitiendo así entender la dinámica en la cual actúan cada uno de los componentes del proceso de atención en salud, pues la vigilancia y el control del buen funcionamiento de cada uno de ellos contribuirán finalmente a que se brinde una atención segura</p> <p>-La investigación actual examina tanto el conocimiento como la aplicación de los conceptos relacionados con la seguridad del paciente, determinando con particular interés las actitudes y percepciones de los trabajadores de la salud, que en últimas constituye la cultura de seguridad del paciente como determinante para una atención segura.</p> <p>-La Alianza Mundial, que tiene por objeto coordinar, difundir y acelerar la mejora de la seguridad del paciente en todo el mundo, es un medio que propicia la colaboración internacional y la adopción de medidas entre los Estados Miembros, la Secretaría de la OMS, los expertos técnicos y los consumidores, los profesionales y los grupos industriales. Su establecimiento pone de relieve la importancia de la cuestión de la seguridad del paciente a nivel mundial.</p>	<p>A lo largo del tiempo se ha generado una importancia en lo que es la seguridad del paciente, siendo así un tema de análisis, reflexión y habilidades éticas; ya que en las manos del personal de enfermería se depositan vidas y su compromiso es dar un cuidado y hacer lo posible para que el paciente sobreviva en cualquier tipo de enfermedad.</p>	<p>(Mondragón Cardona & Gómez Ossa, 2012)</p> <p>(Gómez Ramírez & Soto Gámez, 2011)</p> <p>(Camargo & Queiroz, 2015)</p>

<p>Planes de seguridad del paciente</p>	<p>-La OMS lanzó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, cuyo propósito es llevar a cabo acciones que mejoren la calidad de la atención y la seguridad de los pacientes en el mundo, especialmente para reducir los eventos adversos de la atención, evitar el sufrimiento innecesario y disminuir muertes evitables.</p> <p>-La seguridad es importante para una organización y si la organización realiza sus procesos siempre pensando en la seguridad, los resultados positivos serán en beneficio de los pacientes, colaboradores y equipo de salud.</p> <p>-La Asamblea de la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que las IAAS son un problema serio y, en consecuencia, en 2004 aprobó la creación de la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente, a fin de coordinar, difundir y promover mejoras en seguridad del paciente en todo el mundo.</p>	<p>Se han generado planes de seguridad para el paciente y gracias a esto hay un evidente aspecto, el cual es disminuir posibles complicaciones y muertes de pacientes, concientizando a las personas de posibles enfermedades por medio de cursos, talleres y campañas de salud.</p>	<p>(Camargo & Queiroz, 2015)</p> <p>(Soule, 2011)</p> <p>(Camargo & Queiroz, 2015)</p>
--	--	--	--

<p>Plan de Mejora de la Calidad</p>	<p>-La calidad en la atención de enfermería es un concepto complejo que comprende la asistencia acorde con el avance de la ciencia, a fin de implantar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los pacientes y asegurar su continuidad.</p> <p>-Calidad de la atención o calidad asistencial: Actividades encaminadas a garantizar unos servicios accesibles y equitativos; con unas presentaciones profesionales óptimas, teniendo en cuenta los recursos disponibles y logrando la adhesión y satisfacción del usuario con la atención recibida.</p> <p>-La enfermería, al brindar su cuidado a personas con problemas de salud, debe tener sus acciones dirigidas a las demandas biológicas, sociales, espirituales y psíquicas del ser humano. Para estimular y ayudar a las personas a satisfacer sus necesidades espirituales, el profesional de enfermería puede valerse de algunas intervenciones adecuadas para lograrlo.</p>	<p>Al ser evidente un plan de mejora de calidad por medio del personal de enfermería con los pacientes se está fomentando valores, de confraternidad, equidad y sobre todo humildad obteniendo una satisfacción y agradecimiento del usuario con la atención recibida.</p>	<p>(González Barrera, 2013)</p> <p>(Jiménez Cangas & Báez Dueñas, 2010)</p> <p>(Santana de Freitas, 2014)</p>
--	---	--	---

4.2 Resultados

Gráfico 1: Compromiso de directivos con los valores y ética de la organización en el Hospital “San Viente de Paúl”.

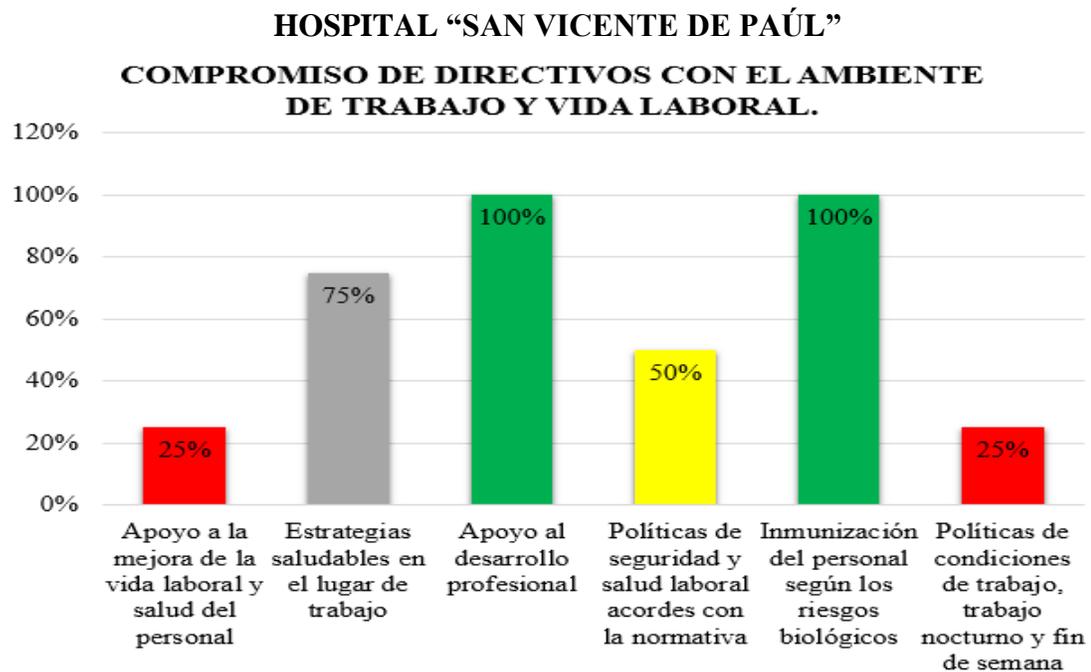


Fuente: Encuesta (Qmentu) Internacional Canadá.

Elaborado por: Investigadoras.

ANÁLISIS: El Hospital “San Vicente de Paúl” tiene ausencia de las evidencias relacionadas con el compromiso de los directivos con los valores y ética de la organización, por lo que obtienen en la Escala de Likert 1 equivalente al 25% y según Acreditación Canadá por debajo de oro, debido a que en la verificación de los estándares no presenta actas de asistencia para la revisión de los valores para la organización, los procesos de toma de decisiones ante conflictos éticos y no existe procedimientos implementados para la revisión y aprobación de proyectos de investigación.

Gráfico 2: Compromiso de directivos con el ambiente de trabajo y vida laboral en el Hospital “San Vicente de Paúl”.

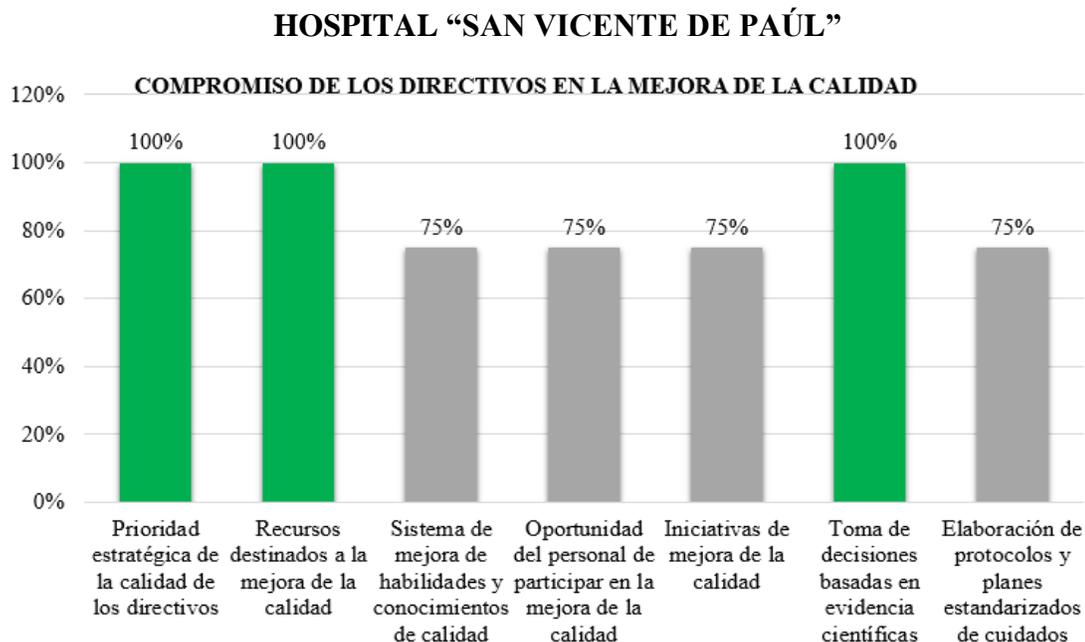


Fuente: Encuesta (Qmentu) Internacional Canadá.

Elaborado por: Investigadoras.

ANÁLISIS: En el gráfico, compromiso de directivos con el ambiente de trabajo y vida laboral, podemos apreciar que el Hospital “San Vicente de Paúl”, en apoyo a la mejora de la vida laboral y salud del personal; y políticas de condición de trabajo tienen una Escala de Likert 1 equivalente al 25% (Ausencia) y según Acreditación Canadá por debajo de oro, debido a que en la verificación de estándares no presentan por escrito planes de seguridad, ni políticas de trabajo del personal. En estrategias saludables en el lugar de trabajo obtiene en la Escala Likert 3 equivalente al 75% (Elaborado) y según Acreditación Canadá un nivel platino. En apoyo al desarrollo profesional e inmunización del personal según los riesgos biológicos adquiere en la Escala Likert 4 equivalente al 100% (Desarrollado) y según Acreditación Canadá un nivel Diamante, debido a que presentan partidas presupuestarias para cursos y conferencias para desarrollar habilidades y presentan partes de vacunación del personal. Y en políticas de seguridad y salud laboral acordes con la normativa obtiene en la Escala Likert 2 equivalente al 50% (En proceso) y según Acreditación Canadá un nivel oro.

Gráfico 3: Compromiso de los directivos en la mejora de la calidad en el Hospital “San Vicente de Paúl”.

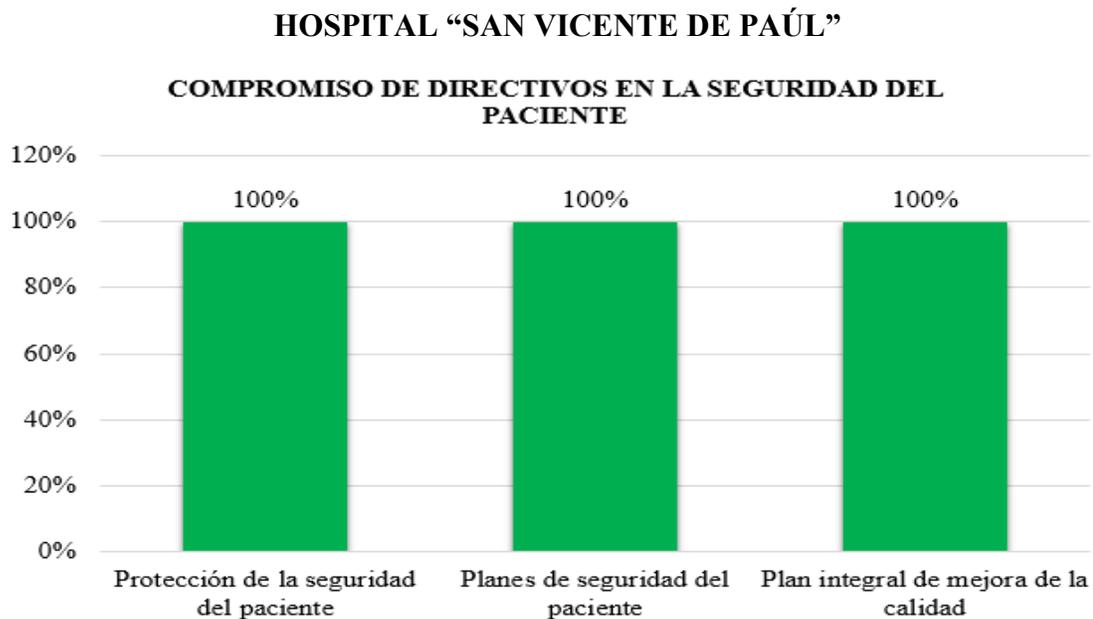


Fuente: Encuesta (Qmentu) Internacional Canadá.

Elaborado por: Investigadoras.

ANÁLISIS: En cuanto al compromiso de directivos en la mejora de la calidad, podemos apreciar que el Hospital “San Vicente de Paúl”, en prioridad estratégica de la calidad de los directivos, recursos destinados a la mejora de la calidad y toma de decisiones basadas en evidencia científica obtienen en la Escala Likert 4 equivalente al 100% (Desarrollado) y según Acreditación Canadá un nivel Diamante, debido a que presentan documentos en donde se evidencian planes estratégicos, partidas presupuestarias y tiempo para revisar evidencia científica. En el sistema de mejora de habilidades, oportunidad e iniciativas del personal de participar en la mejora de la calidad y elaboración de protocolos y planes estandarizados del cuidado obtienen en la Escala Likert 3 equivalente al 75% (Elaborado) y según Acreditación Canadá un nivel platino, ya que si desarrollan en mayor medida las capacitaciones e iniciativas para mejorar la calidad a partir de los protocolos institucionales establecidos.

Gráfico 4: Compromiso de directivos en la seguridad del paciente en el Hospital “San Vicente de Paúl”.

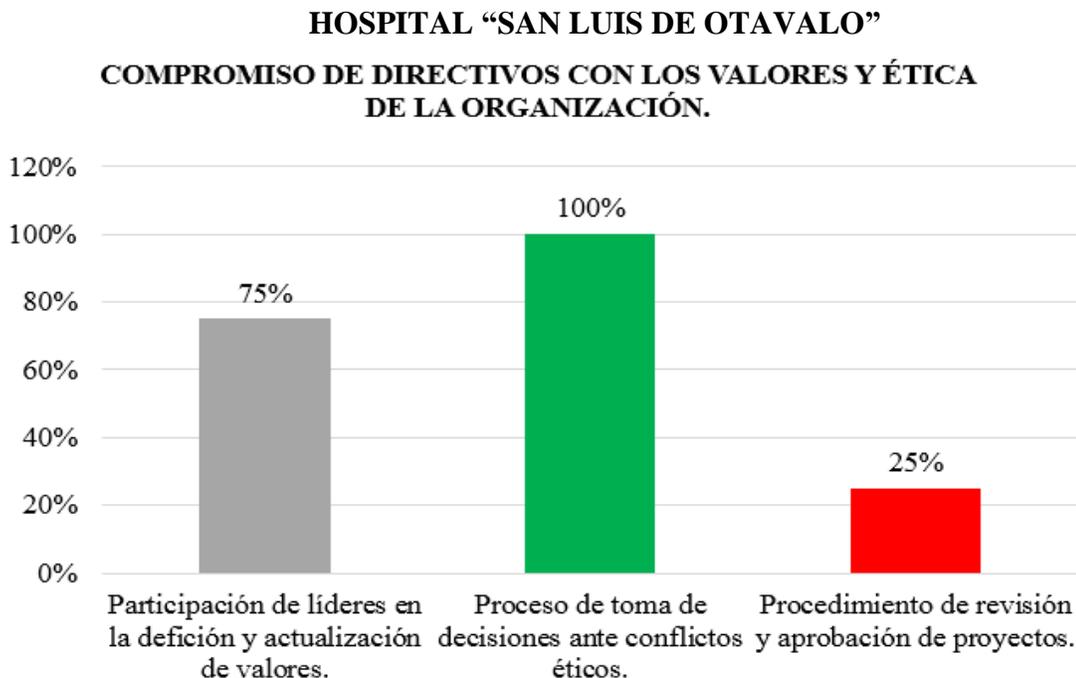


Fuente: Encuesta (Qmentu) Internacional Canadá.

Elaborado por: Investigadoras.

ANÁLISIS: El Hospital “San Vicente de Paúl” con respecto al compromiso de directivos en la seguridad del paciente obtienen en la Escala Likert 4 equivalente al 100% (Desarrollado) y según Acreditación Canadá un nivel Diamante, debido a que en la verificación de los estándares presentan por escrito planes de protección, seguridad del paciente y plan integral de mejora de la calidad.

Gráfico 5: Compromiso de directivos con los valores y ética de la organización en el Hospital “San Luis de Otavalo”

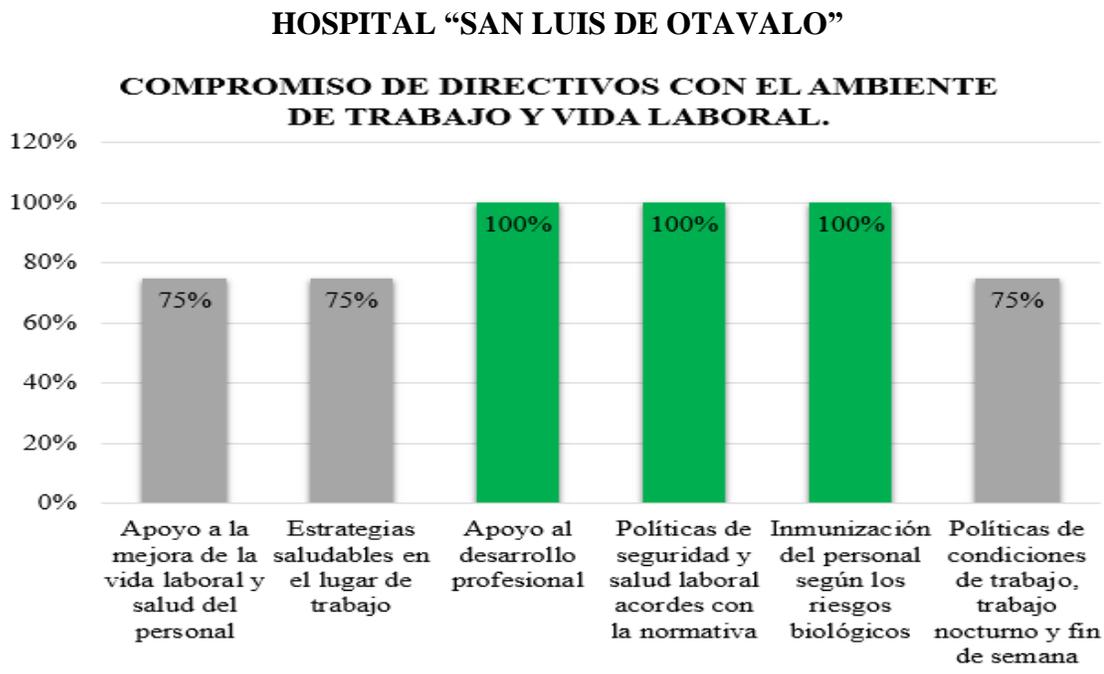


Fuente: Encuesta (Qmentu) Internacional Canadá.

Elaborado por: Investigadoras.

ANÁLISIS: En el Hospital “San Luis de Otavalo” referente a compromiso de directivos con los valores y ética de la organización; en el proceso de toma de toma de decisiones ante conflictos éticos adquiere en la Escala Likert 4 equivalente al 100% y según Acreditación Canadá un nivel diamante. En participación de líderes en la defición y actualización de valores, obtiene en la Escala Likert 3 equivalente al 75% y según Acreditación Canadá un nivel platino. Y en procedimiento de revisión y aprobación de proyectos califican en la Escala Likert 1 equivalente al 25% y según Acreditación Canadá por debajo de oro, debido a que en la verificación de los estándares no presenta por escrito procedimiento de revsión y criterios para orientar la toma de decisiones sobre problemas éticos.

Gráfico 6: Compromiso de directivos con el ambiente de trabajo y vida laboral en el Hospital “San Luis de Otavalo”

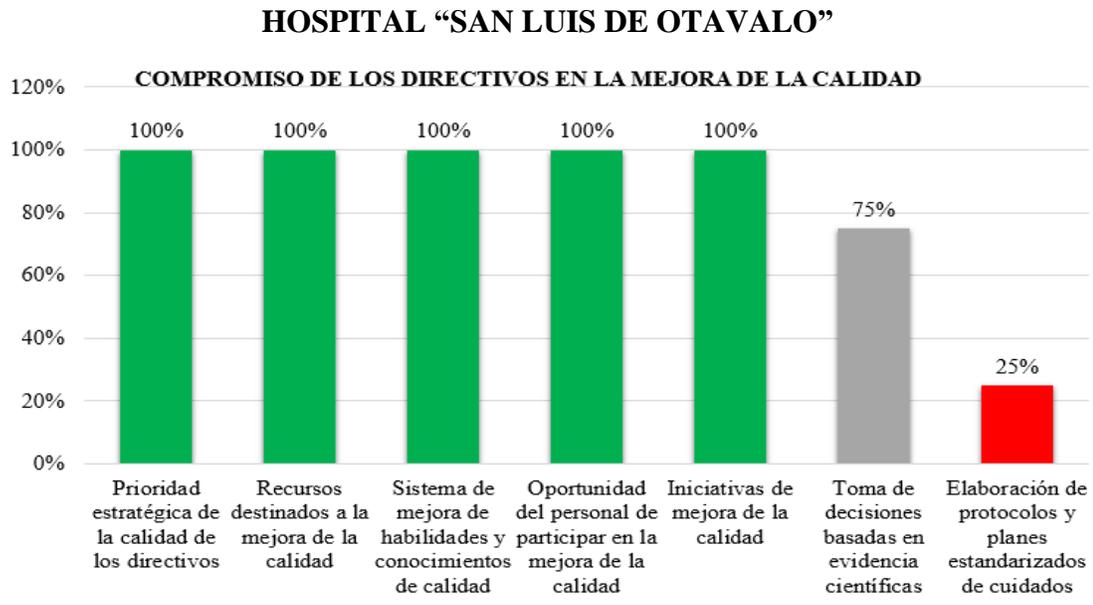


Fuente: Encuesta (Qmentu) Internacional Canadá.

Elaborado por: Investigadoras.

ANÁLISIS: En cuanto al compromiso de directivos con el ambiente de trabajo y vida laboral, podemos apreciar que el Hospital “San Luis de Otavalo”; en apoyo al desarrollo profesional, políticas de seguridad e inmunización del personal según los riesgos biológicos obtienen en la Escala Likert 4 equivalente al 100% (Desarrollado) y según Acreditación Canadá un nivel diamante, debido a que en la verificación de los estándares presentan partidas presupuestarias para cursos y conferencias para desarrollar habilidades, políticas de seguridad laboral, y presentan partes de vacunación del personal. Y en apoyo a la mejora de la vida laboral, estrategias saludables en el lugar de trabajo y políticas de condiciones de trabajo obtienen en la Escala Likert 3 equivalente al 75% (Elaborado) y según Acreditación Canadá un nivel Platino.

Gráfico 7: Compromiso de directivos en la mejora de la calidad en el Hospital “San Luis de Otavalo”

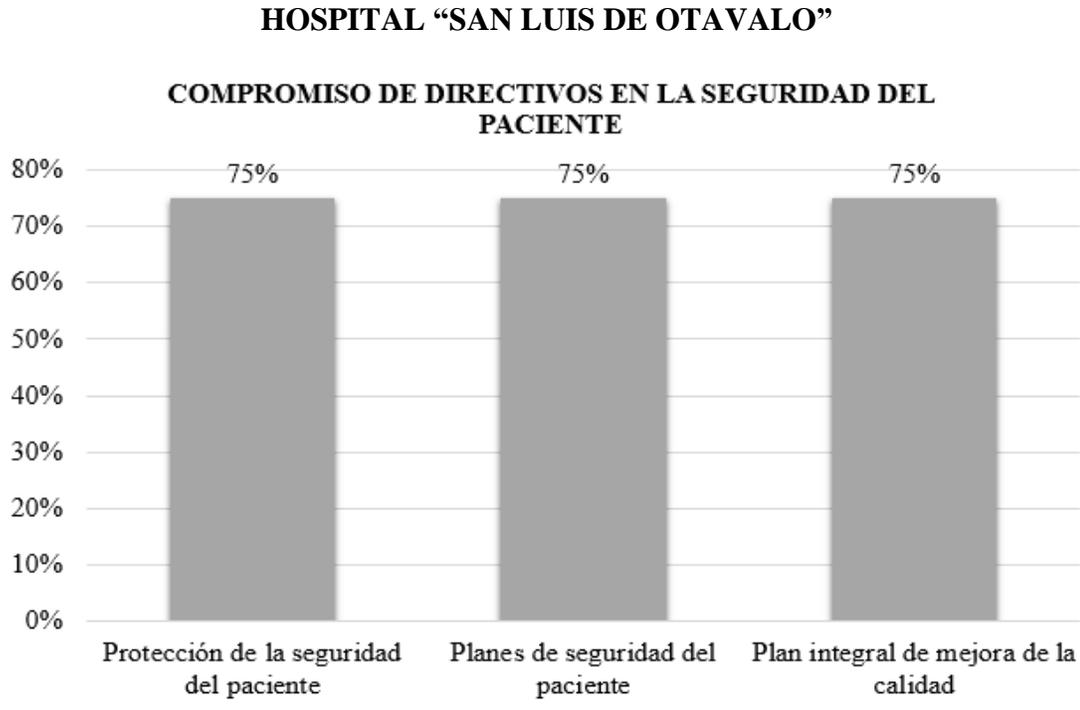


Fuente: Encuesta (Qmentu) Internacional Canadá.

Elaborado por: Investigadoras.

ANÁLISIS: En cuanto al compromiso de directivos en la mejora de la calidad, podemos observar que el Hospital “San Luis de Otavalo”, en prioridad estratégica de la calidad de los directivos, recursos destinados a la mejora de la calidad, sistema de mejora de habilidades, oportunidad del personal de participar e iniciativas de mejora de la calidad obtienen en la Escala Likert 4 equivalente al 100% (Desarrollado) y según Acreditación Canadá un nivel diamante. En toma de decisiones basadas en evidencia científica logran en la Escala Likert 3 equivalente al 75% (Elaborado) y según Acreditación Canadá un nivel Platino. Y en elaboración de protocolos y planes estandarizados del cuidado califican en la Escala Likert 1 equivalente al 25% (Ausencia) y según Acreditación Canadá un nivel debajo de oro, debido a que en la verificación de los estándares no existe protocolos y planes estandarizados de los cuidados.

Gráfico 8: Compromiso de directivos en la seguridad del paciente en el Hospital “San Luis de Otavalo”

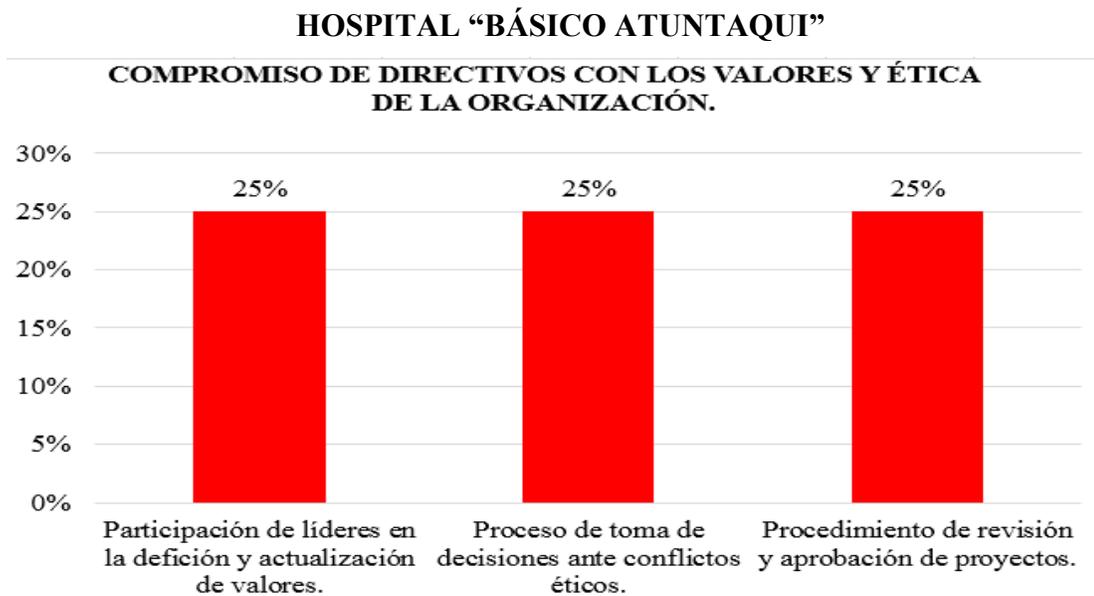


Fuente: Encuesta (Qmentu) Internacional Canadá.

Elaborado por: Investigadoras.

ANÁLISIS: El Hospital “San Luis de Otavalo” con respecto al compromiso de directivos en la seguridad del paciente obtienen en la Escala de Likert 3 equivalente al 75% (Elaborado) y según Acreditación Canadá un nivel platino, debido a que en la verificación de los estándares presentan un promedio superior a medida en planes de protección, seguridad del paciente y plan integral de mejora de la calidad.

Gráfico 9: Compromiso de directivos con los valores y ética de la organización en el Hospital “Básico Atuntaqui”

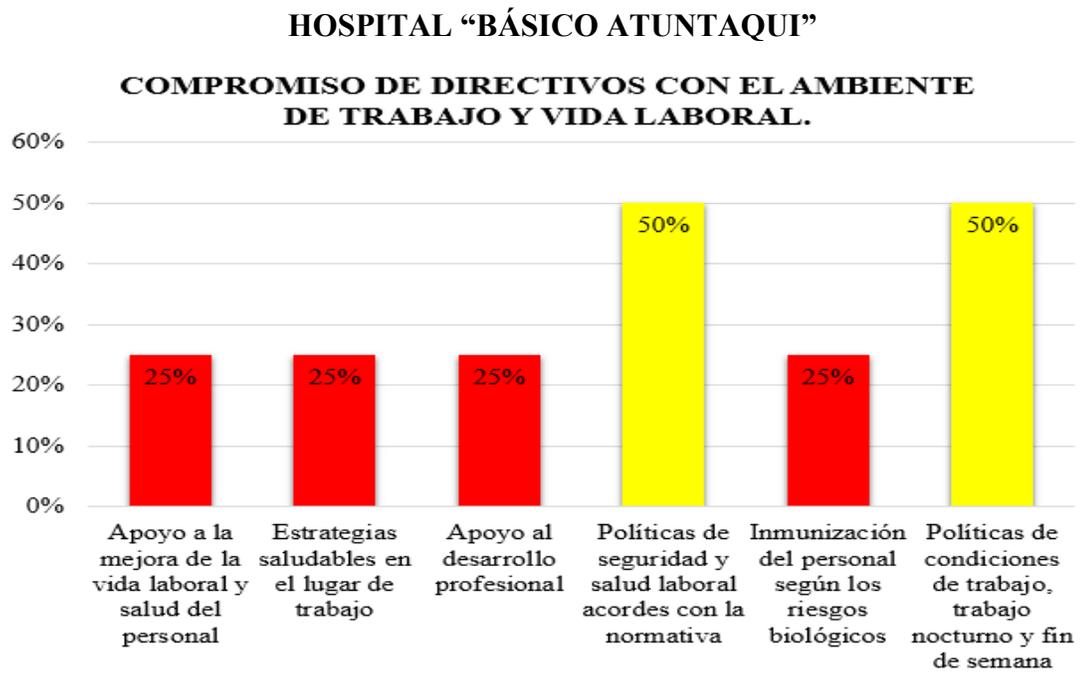


Fuente: Encuesta (Qmentu) Internacional Canadá.

Elaborado por: Investigadoras.

ANÁLISIS: El Hospital “Básico Atuntaqui” tiene ausencia de las evidencias relacionadas con el compromiso de los directivos con los valores y ética de la organización por lo que obtienen en la Escala de Likert 1 equivalente al 25% y según Acreditación Canadá por debajo de oro, debido a que en la verificación de los estándares no presenta actas de asistencia para la revisión de los valores para la organización, los procesos de toma de decisiones ante conflictos éticos y no existe procedimientos implementados para la revisión y aprobación de proyectos de investigación.

Gráfico 10: Compromiso de directivos con el ambiente de trabajo y vida laboral en el Hospital “Básico Atuntaqui”

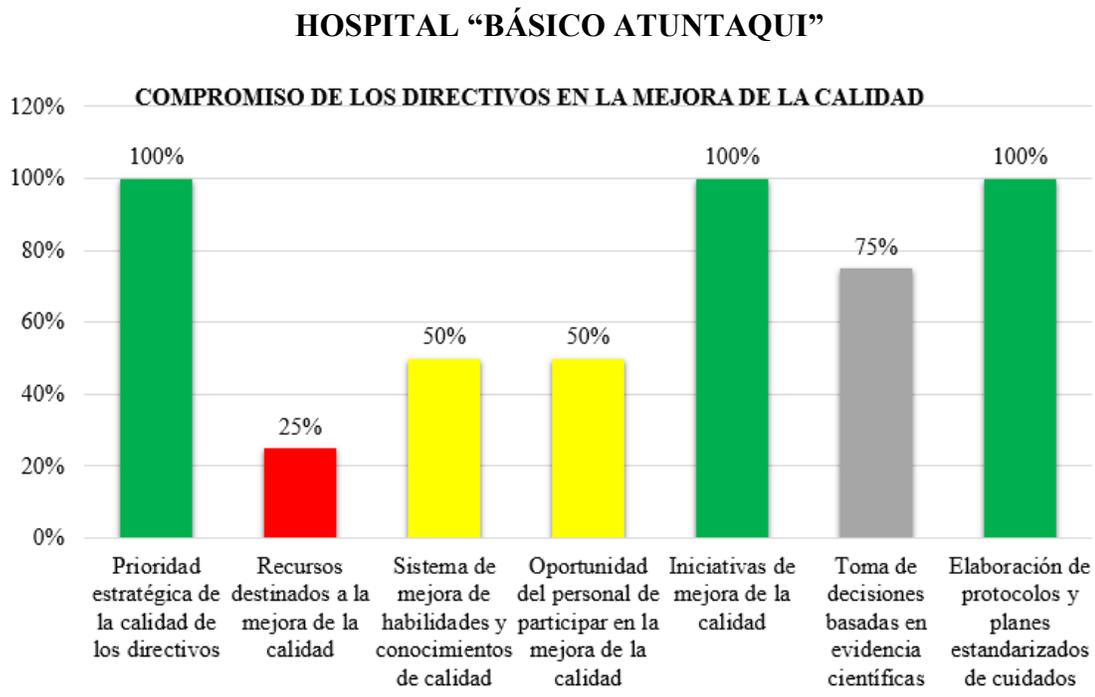


Fuente: Encuesta (Qmentu) Internacional Canadá.

Elaborado por: Investigadoras.

ANÁLISIS: En cuanto al compromiso de directivos con el ambiente de trabajo y vida laboral, evidenciamos que el Hospital “Básico Atuntaqui”; en políticas de seguridad laboral y políticas de condiciones de trabajo obtienen en la Escala Likert 2 equivalente al 50% (En proceso) y según Acreditación Canadá un nivel Oro. Y en apoyo a la mejora de la vida laboral, estrategias saludables en el lugar de trabajo, apoyo al desarrollo profesional e inmunización del personal según los riesgos biológicos califican en la Escala Likert 1 equivalente al 25% (Ausencia) y según Acreditación Canadá un nivel por Debajo de oro, debido a que en la verificación de los estándares no presentan planes de mejora de vida laboral, estrategias saludables, partidas presupuestarias para conferencias para el personal y partes de vacunación.

Gráfico 11: Compromiso de los directivos en la mejora de la calidad en el Hospital “Básico Atuntaqui”

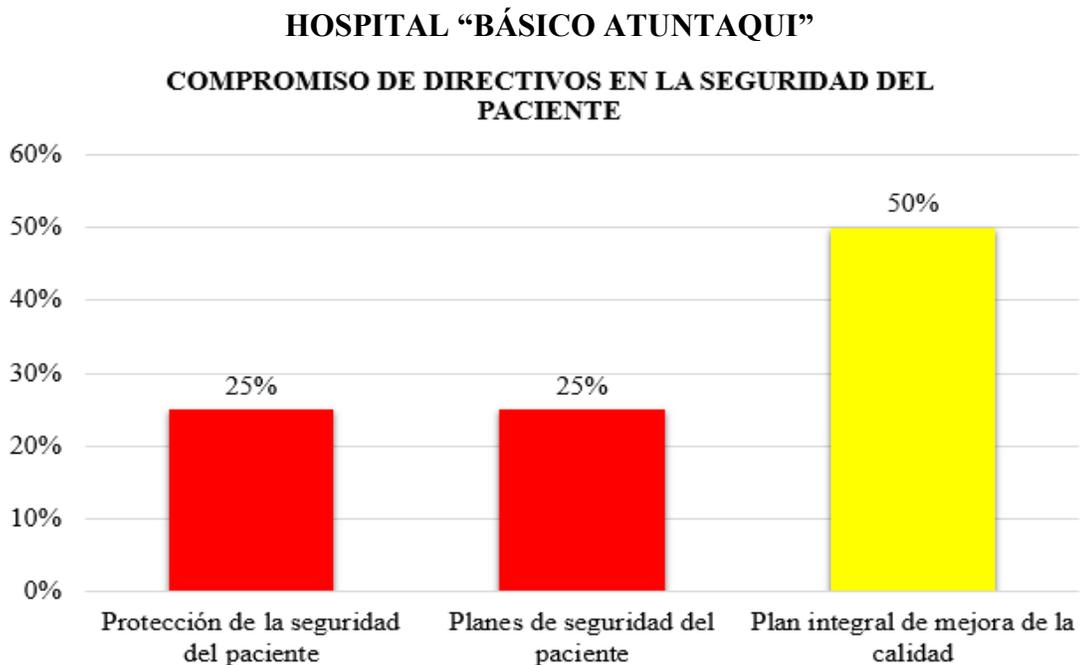


Fuente: Encuesta (Qmentu) Internacional Canadá.

Elaborado por: Investigadoras.

ANÁLISIS: En el gráfico se observa el compromiso de directivos en la mejora de la calidad, en el Hospital “Básico Atuntaqui”, en prioridad estratégica de la calidad, iniciativas de la mejora y elaboración de protocolos y planes estandarizados obtienen en la Escala Likert 4 equivalente al 100% (Desarrollado) y según Acreditación Canadá un nivel Diamante. En toma de decisiones basadas en evidencia científica obtiene en la Escala Likert 3 equivalente al 75% (Elaborado) y según Acreditación Canadá un nivel platino. En sistema de mejora de habilidades de calidad y oportunidad del personal de participar en la mejora logra en la Escala Likert 2 equivalente al 50% (En proceso) y según Acreditación Canadá un nivel oro. Y en recursos destinados a la mejora de la calidad califican en la Escala Likert 1 equivalente al 25% (Ausencia) y según Acreditación Canadá un nivel por debajo de oro, debido a que en la verificación de los estándares no presentan partidas presupuestarias para la asignación de recursos financieros y de personal.

Gráfico 12: Compromiso de directivos en la seguridad del paciente en el Hospital “Básico Atuntaqui”

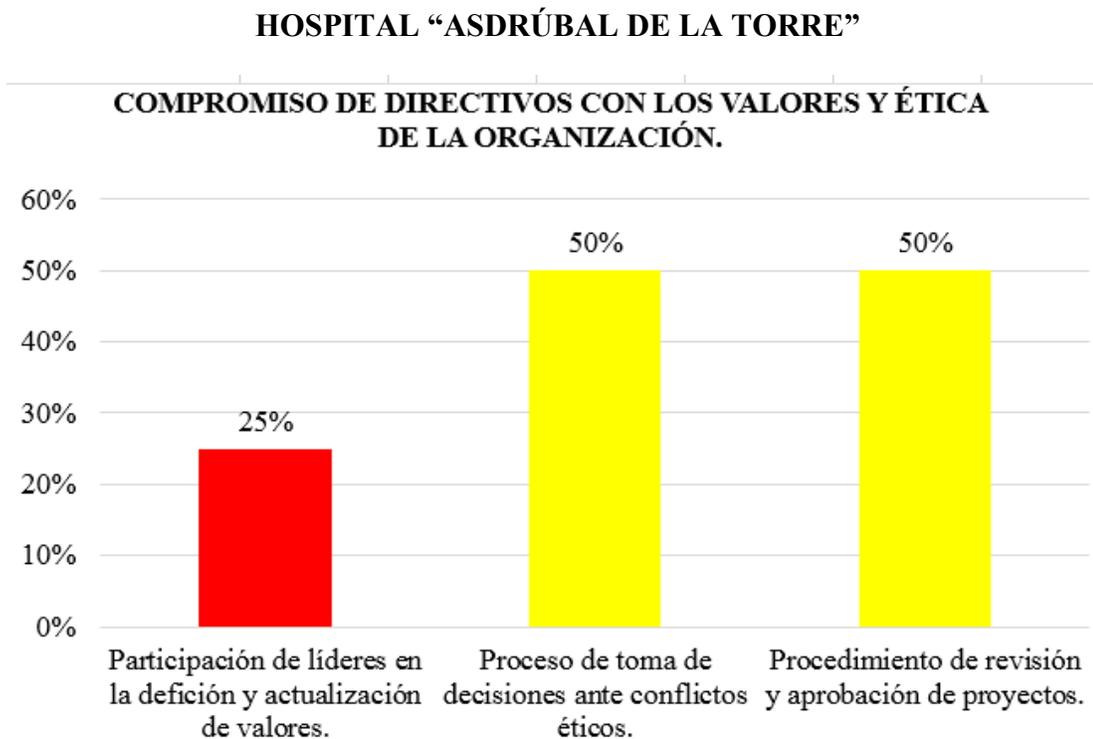


Fuente: Encuesta (Qmentu) Internacional Canadá.

Elaborado por: Investigadoras.

ANÁLISIS: El Hospital “Básico Atuntaqui” con respecto al compromiso de directivos en la seguridad del paciente, en plan integral de mejora de la calidad obtiene en la Escala Likert 2 equivalente al 50% (En proceso) y según Acreditación Canadá un nivel oro, debido a que el plan integral de mejora de la calidad se encuentra en proceso. En protección de la seguridad del paciente y planes de seguridad califican en la Escala Likert 1 equivalente al 25% y según Acreditación Canadá por debajo de oro, debido a que en la verificación de los estándares no presenta plan escrito de protección de la seguridad.

Gráfico 13: Compromiso de directivos con los valores y ética de la organización en el Hospital “Asdrúbal de la Torre”

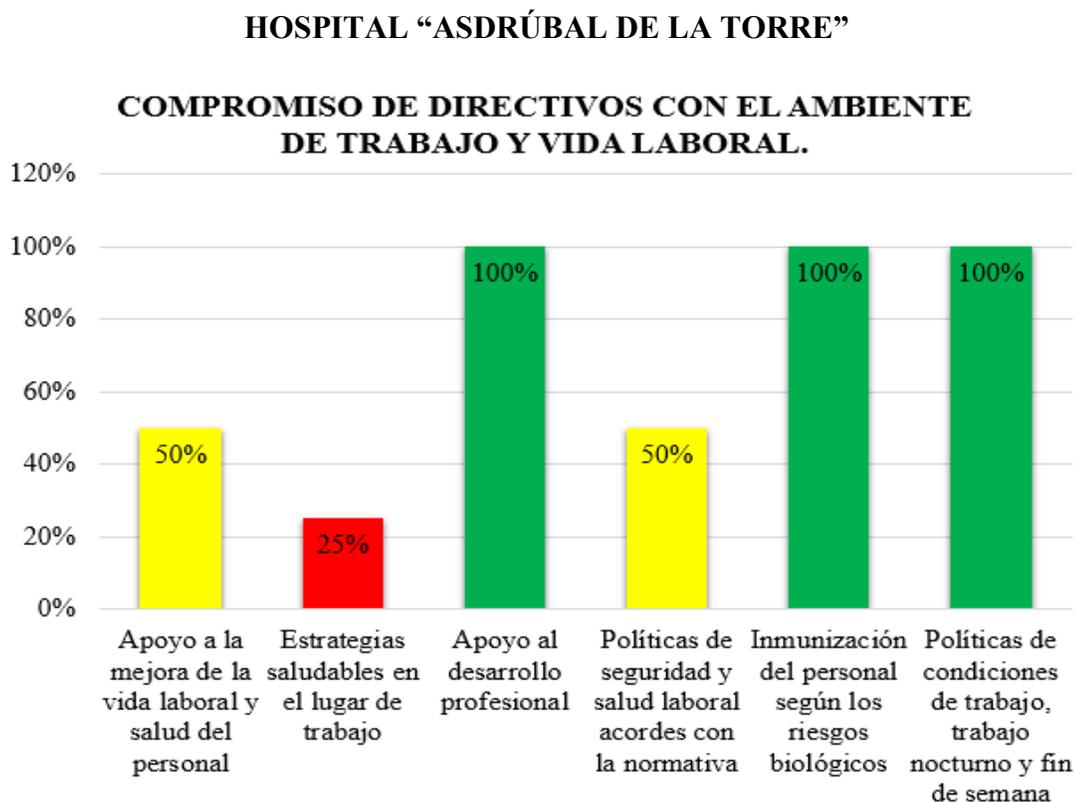


Fuente: Encuesta (Qmentu) Internacional Canadá.

Elaborado por: Investigadoras.

ANÁLISIS: El Hospital “Asdrúbal de la Torre ” con respecto al compromiso de directivos con los valores y ética en la organización, en el proceso de toma de desiciones ante conflictos éticos y procedimiento de revisión y aprobación de proyectos califican en la Escala Likert 2 equivalente al 50% (En proceso) y según Acreditación Canadá un nivel Oro.Y en participación de líderes en la defición y actualización de valores califican en la Escala Likert 1 equivalente al 25% y según Acreditación Canadá por debajo de oro, debido a que en la verificación de los estándares no presenta acta de asistecia de la última reunión en donde se actualizan los valores de la institución.

Gráfico 14: Compromiso de directivos con el ambiente de trabajo y vida laboral en el Hospital “Asdrúbal de la Torre”

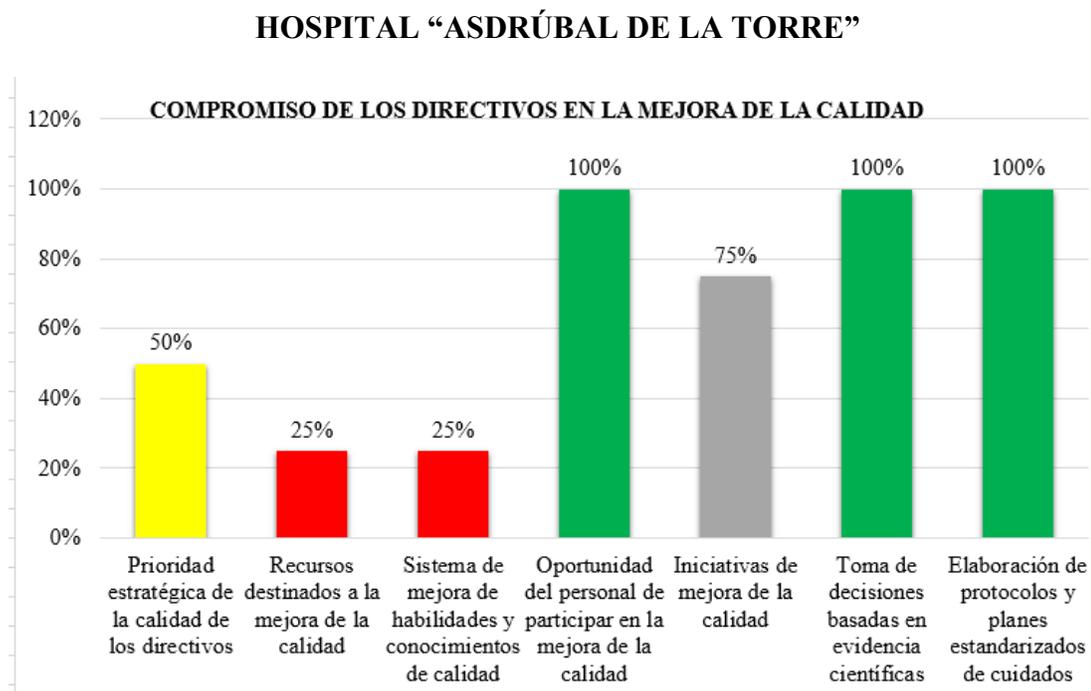


Fuente: Encuesta (Qmentu) Internacional Canadá.

Elaborado por: Investigadoras.

ANÁLISIS: En el gráfico se observa el compromiso de directivos con el ambiente de trabajo y vida laboral, en el Hospital “Asdrúbal de la Torre”; en apoyo al desarrollo profesional, inmunización del personal y políticas de condiciones de trabajo obtienen en la Escala Likert 4 equivalente al 100% (Desarrollado) y según Acreditación Canadá un nivel diamante. En apoyo a la mejora de vida laboral y políticas de seguridad califican en la Escala Likert 2 equivalente al 50% (En proceso) y según Acreditación Canadá un nivel Oro. Y en estrategias saludables en el lugar de trabajo logra en la Escala Likert 1 equivalente al 25% (Ausencia) y según Acreditación Canadá un nivel por debajo de oro, debido a que en la verificación de los estándares no presentan un documentos de estrategias saludables que incluyen salud física, emocional y mental.

Gráfico 15: Compromiso de los directivos en la mejora de la calidad en el Hospital “Asdrúbal de la Torre”

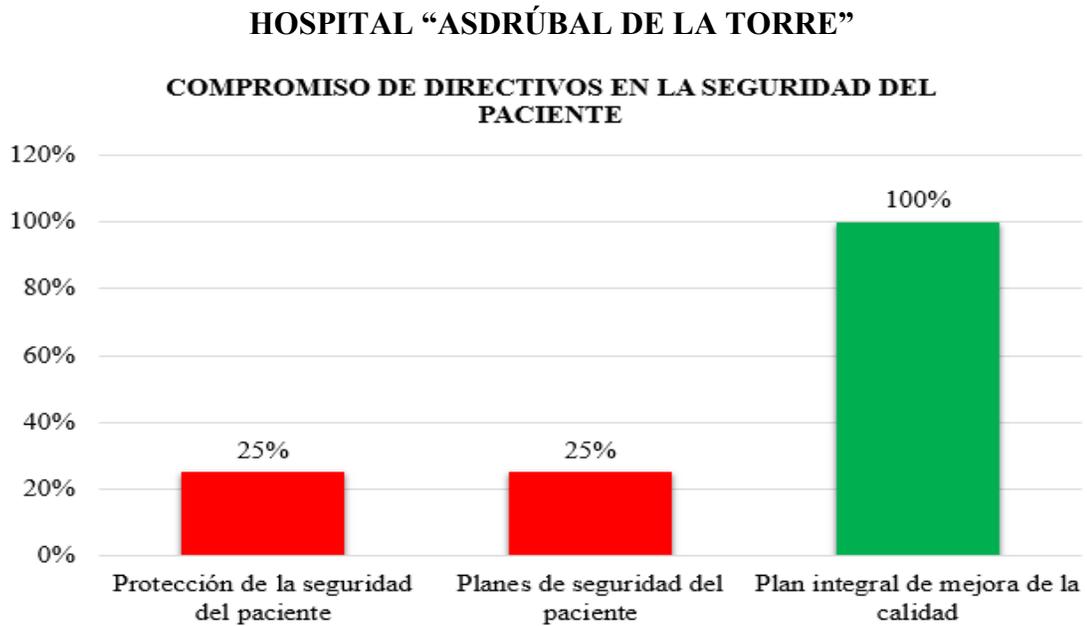


Fuente: Encuesta (Qmentu) Internacional Canadá.

Elaborado por: Investigadoras.

ANÁLISIS: En el gráfico se observa el compromiso de directivos en la mejora de la calidad, en el Hospital “Asdrúbal de la Torre”, en oportunidad del personal de participar en la mejora de la calidad, toma de decisiones basadas en evidencia científica y elaboración de protocolos estandarizados califican en la Escala Likert 4 equivalente al 100% (Desarrollado) y según Acreditación Canadá un nivel diamante. En iniciativas de mejora de la calidad obtiene en la Escala Likert 3 equivalente al 75% (Elaborado) y según Acreditación Canadá un nivel platino. En prioridad estratégica de la calidad logra en la Escala Likert 2 equivalente al 50% (En proceso) y según Acreditación Canadá un nivel oro. Y en recursos destinados a la mejora y sistema de mejora de habilidades de calidad califican en la Escala Likert 1 equivalente al 25% (Ausencia) y según Acreditación Canadá un nivel por debajo de oro, debido a que en la verificación de los estándares no presentan partidas presupuestarias para la asignación de recursos financieros y planes de capacitación permanente.

Gráfico 16: Compromiso de directivos en la seguridad del paciente en el Hospital “Asdrúbal de la Torre”



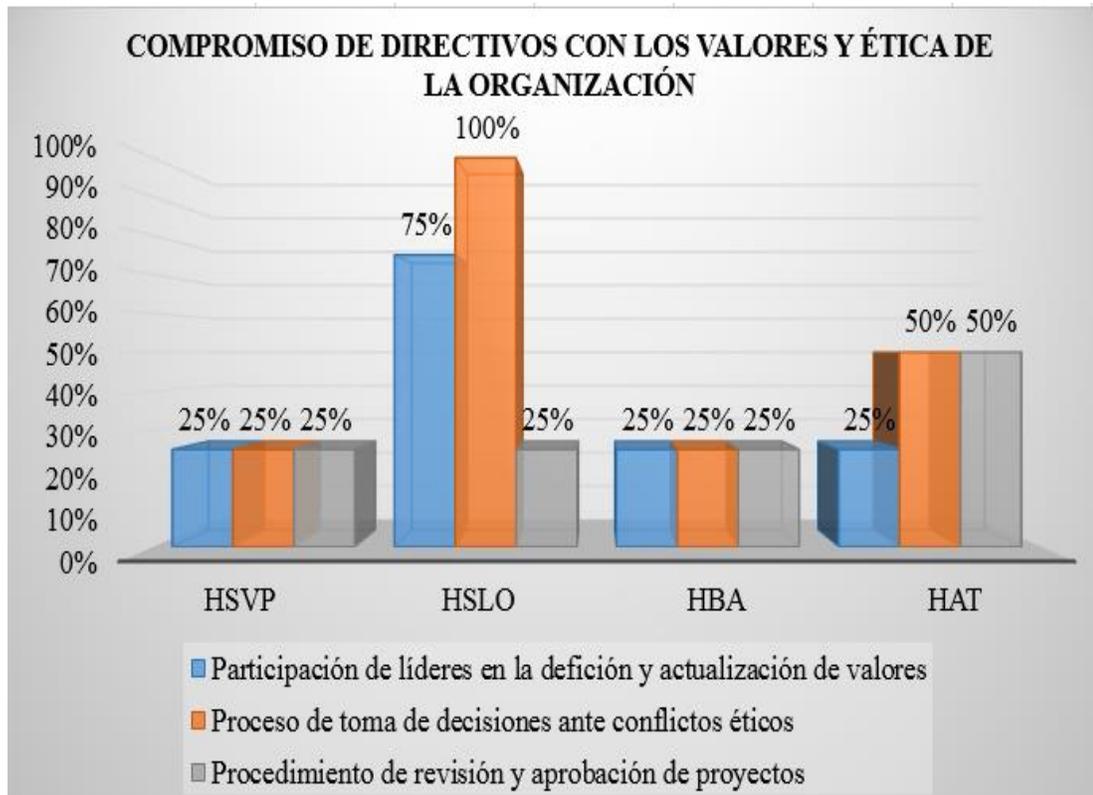
Fuente: Encuesta (Qmentu) Internacional Canadá.

Elaborado por: Investigadoras.

ANÁLISIS: El Hospital “Asdrúbal de la Torre” con respecto al compromiso de directivos en la seguridad del paciente, en plan integral de mejora de la calidad obtiene en la Escala Likert 4 equivalente al 100% (Desarrollado) y según Acreditación Canadá un nivel diamante. En protección de la seguridad del paciente y planes de seguridad califican en la Escala Likert 1 equivalente al 25% y según Acreditación Canadá por debajo de oro, debido a que en la verificación de los estándares no presenta plan escrito de protección de la seguridad.

Gráfico 17: Compromiso de directivos con los valores y ética de la organización en los Hospitales de la Provincia de Imbabura

HOSPITALES DE LA PROVINCIA DE IMBABURA



Fuente: Encuesta (Qmentu) Internacional Canadá.

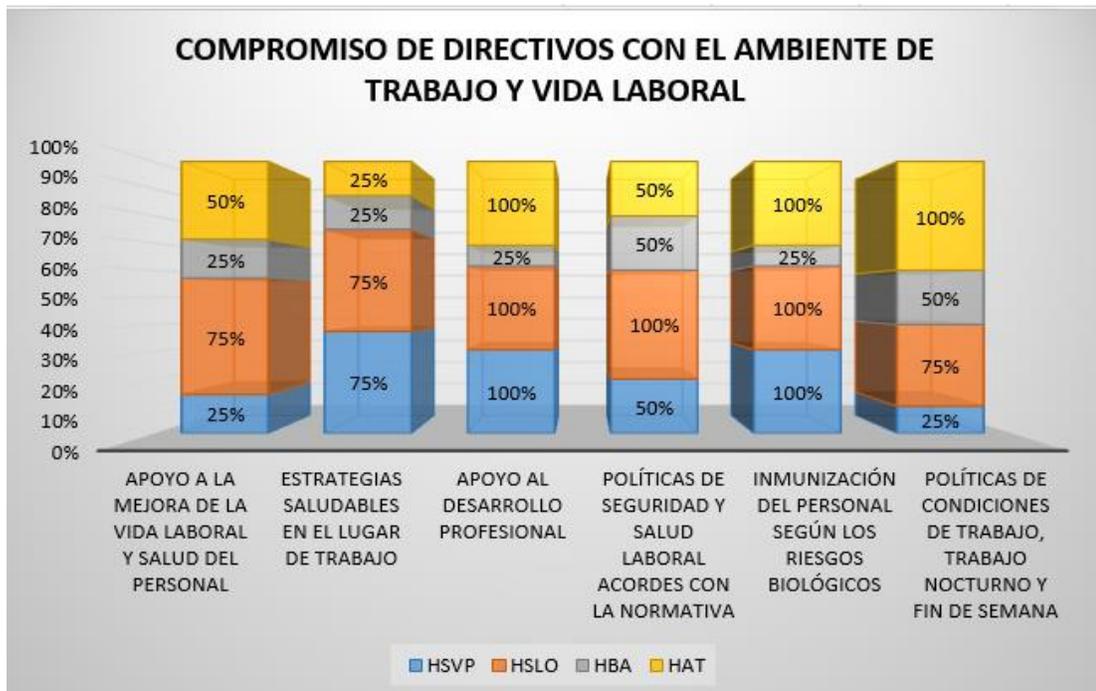
Elaborado por: Investigadoras.

ANÁLISIS: En Hospital “San Luis de Otavalo” referente a compromiso de directivos con los valores y ética de la organización, podemos evidenciar que en el proceso de toma de toma de decisiones ante conflictos éticos adquiere en la Escala de Likert 4 equivalente al 100% y según Acreditación Canadá un nivel diamante. En la participación de líderes en la defición y actualización de valores obtiene en la Escala Likert 3 equivalente al 75% y según Acreditación Canadá un nivel platino. Y en procedimiento de revisión y aprobación de proyectos consigue en la Escala Likert 1 equivalente al 25% y según Acreditación Canadá por debajo de oro. En el Hospital

“Asdrúbal de la Torre”, en el proceso de toma de decisiones ante conflictos éticos y procedimiento de revisión y aprobación de proyectos califican en la Escala de Likert 2 equivalente al 50% (En proceso) y según Acreditación Canadá un nivel oro. Y en participación de líderes en la defición y actualización de valores califican en la Escala de Likert 1 equivalente al 25% y según Acreditación Canadá por debajo de oro. Los Hospitales “Básico Atuntaqui” y “San Vicente de Paúl “ tienen en la Escala Likert 1 equivalente al 25% y según Acreditación Canadá por debajo de oro, debido a que en la verificación de los estándares no presenta actas de asistencia para la revisión de los valores para la organización, los procesos de toma de decisiones ante conflictos éticos y no existe procedimientos implementados para la revisión y aprobación de proyectos de investigación.

Gráfico 18: Compromiso de directivos con el ambiente de trabajo y vida laboral en los Hospitales de la Provincia de Imbabura

HOSPITALES DE LA PROVINCIA DE IMBABURA



Fuente: Encuesta (Qmentu) Internacional Canadá.

Elaborado por: Investigadoras.

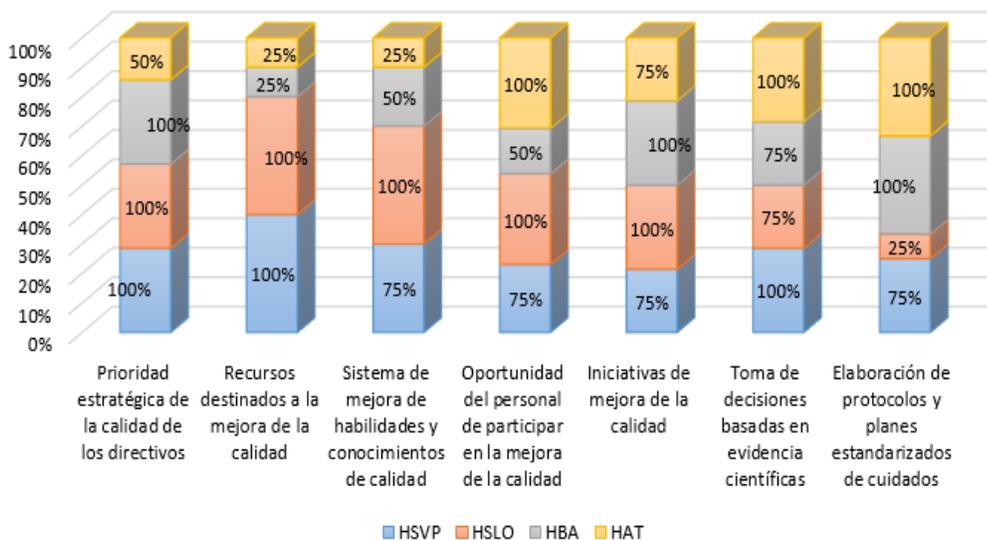
ANÁLISIS: Con respecto al compromiso de directivos con el ambiente de trabajo y vida laboral se observa que el Hospital “San Vicente de Paúl”; en apoyo al desarrollo profesional e inmunización del personal según los riesgos biológicos adquiere en la Escala Likert 4 equivalente al 100% (Desarrollado) y según Acreditación Canadá un nivel Diamante. En apoyo a la mejora de la vida laboral y salud del personal; y políticas de condición de trabajo califican en la Escala de Likert 1 equivalente al 25% (Ausencia) y según Acreditación Canadá por debajo de oro, debido a que en la verificación de estándares no presentan por escrito planes de seguridad, ni políticas de trabajo del personal. En el Hospital “San Luis de Otavalo”; en apoyo al desarrollo profesional, políticas de seguridad e inmunización del personal según los riesgos biológicos

obtienen en la Escala Likert 4 equivalente al 100% (Desarrollado) y según Acreditación Canadá un nivel diamante. Y en apoyo a la mejora de la vida laboral, estrategias saludables en el lugar de trabajo y políticas de condiciones de trabajo obtienen en la Escala Likert 3 equivalente al 75% (Elaborado) y según Acreditación Canadá un nivel Platino. En el Hospital “Básico Atuntaqui”; en apoyo a la mejora de la vida laboral, estrategias saludables en el lugar de trabajo, apoyo al desarrollo profesional e inmunización del personal según los riesgos biológicos califican en la Escala Likert 1 equivalente al 25% (Ausencia) y según Acreditación Canadá un nivel por debajo de oro. Y el Hospital “Asdrúbal de la Torre”; en apoyo al desarrollo profesional, inmunización del personal y políticas de condiciones de trabajo obtienen en la Escala Likert 4 equivalente al 100% (Desarrollado) y según Acreditación Canadá un nivel Diamante. Y en estrategias saludables en el lugar de trabajo logra en la Escala Likert 1 equivalente al 25% (Ausencia) y según Acreditación Canadá un nivel por debajo de oro, debido a que en la verificación de los estándares no presentan un documentos de estrategias saludables que incluyen salud física, emocional y mental.

Gráfico 19: Compromiso de los directivos en la mejora de la calidad en los Hospitales de la Provincia de Imbabura

HOSPITALES DE LA PROVINCIA DE IMBABURA

COMPROMISO DE LOS DIRECTIVOS EN LA MEJORA DE LA CALIDAD



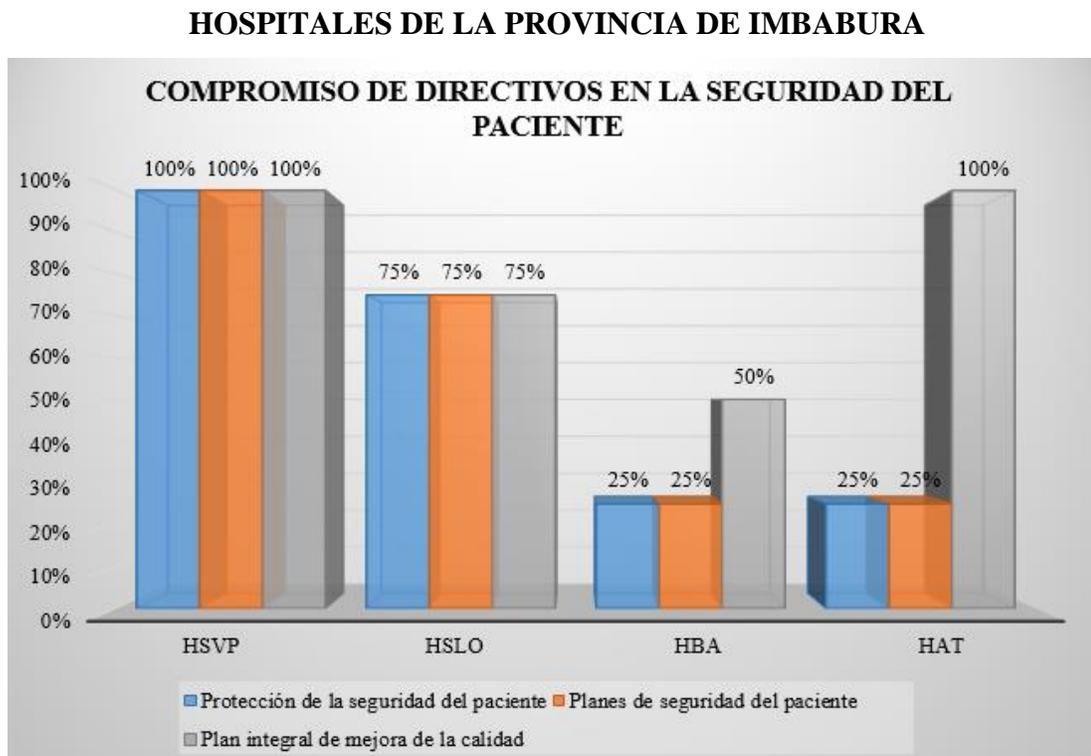
Fuente: Encuesta (Qmentu) Internacional Canadá.

Elaborado por: Investigadoras.

ANÁLISIS: Con respecto al compromiso de directivos en la mejora de la calidad se evidencia que el Hospital “San Vicente de Paúl”, en prioridad estratégica de la calidad de los directivos, recursos destinados a la mejora de la calidad y toma de decisiones basadas en evidencia científica obtienen en la Escala Likert 4 equivalente al 100% (Desarrollado) y según Acreditación Canadá un nivel Diamante, debido a que presentan documentos en donde se evidencian planes estratégicos, partidas presupuestarias y tiempo para revisar evidencia científica. En el sistema de mejora de habilidades, oportunidad e iniciativas del personal de participar en la mejora de la calidad y elaboración de protocolos y planes estandarizados del cuidado obtienen en la Escala Likert 3 equivalente al 75% (Elaborado) y según Acreditación Canadá un nivel platino, ya que si desarrollan en mayor medida las capacitaciones e iniciativas para mejorar la calidad a partir de los protocolos institucionales establecidos. En el Hospital

“San Luis de Otavalo”, en prioridad estratégica de la calidad de los directivos, recursos destinados a la mejora de la calidad, sistema de mejora de habilidades, oportunidad del personal de participar e iniciativas de mejora de la calidad obtienen en la Escala Likert 4 equivalente al 100% (Desarrollado) y según Acreditación Canadá un nivel diamante. Y en elaboración de protocolos y planes estandarizados del cuidado califican en la Escala Likert 1 equivalente al 25% (Ausencia) y según Acreditación Canadá un nivel debajo de oro, debido a que en la verificación de los estándares no existe protocolos y planes estandarizados de los cuidados. El Hospital “Básico Atuntaqui”, en prioridad estratégica de la calidad, iniciativas de la mejora y elaboración de protocolos y planes estandarizados obtienen en la Escala Likert 4 equivalente al 100% (Desarrollado) y según Acreditación Canadá un nivel Diamante. Y en recursos destinados a la mejora de la calidad califican en la Escala Likert 1 equivalente al 25% (Ausencia) y según Acreditación Canadá un nivel por debajo de oro, debido a que en la verificación de los estándares no presentan partidas presupuestarias para la asignación de recursos financieros y de personal. Y el Hospital “Asbrúbal de la Torre”, en oportunidad del personal de participar en la mejora de la calidad, toma de decisiones basadas en evidencia científica y elaboración de protocolos estandarizados califican en la Escala Likert 4 equivalente al 100% (Desarrollado) y según Acreditación Canadá un nivel diamante. Y en recursos destinados a la mejora y sistema de mejora de habilidades de calidad califican en la Escala Likert 1 equivalente al 25% (Ausencia) y según Acreditación Canadá un nivel por debajo de oro, debido a que en la verificación de los estándares no presentan partidas presupuestarias para la asignación de recursos financieros y planes de capacitación permanente.

Gráfico 20: Compromiso de directivos en la seguridad del paciente en los Hospitales de la Provincia de Imbabura



Fuente: Encuesta (Qmentu) Internacional Canadá.

Elaborado por: Investigadoras.

ANÁLISIS: Con respecto al compromiso de directivos en la seguridad del paciente se observa, en el Hospital “San Vicente de Paúl”; obtiene en la Escala Likert 4 equivalente al 100% (Desarrollado) y según Acreditación Canadá un nivel Diamante, debido a que en la verificación de los estándares presentan por escrito planes de protección, seguridad del paciente y plan integral de mejora de la calidad. En el Hospital “San Luis de Otavalo” califican en la Escala de Likert 3 equivalente al 75% (Elaborado) y según Acreditación Canadá un nivel Platino, debido a que en la verificación de los estándares presentan un promedio superior a medida con respecto al indicador. El Hospital “Básico Atuntaqui”; en plan integral de mejora de la calidad obtiene en la Escala Likert 2 equivalente al 50% (En proceso) y según Acreditación Canadá un nivel oro, y en protección de la seguridad del paciente y planes de seguridad califican en la Escala Likert 1 equivalente al 25% y según Acreditación Canadá por debajo de oro.

Y el Hospital “Asbrúbal de la Torre”, en plan integral de mejora de la calidad obtiene en la Escala Likert 4 equivalente al 100% (Desarrollado) y según Acreditación Canadá un nivel diamante. En protección de la seguridad del paciente y planes de seguridad califican en la Escala Likert 1 equivalente al 25% y según Acreditación Canadá por debajo de oro, debido a que en la verificación de los estándares no presenta plan escrito de protección de la seguridad.

4.5 Discusión:

De acuerdo a la presente investigación se observó el compromiso de directivos con los valores y ética de la organización en los Hospitales de la Provincia de Imbabura, ya que una organización se compone de seres humanos, por lo que en ellas existe un procedimiento aceptado, a través del cual se toman decisiones, de suerte que el responsable de las decisiones tomadas, no es cada uno de los individuos de la organización, sino la organización en su conjunto (Ferrer Soto & Colmenares Acevedo, 2010).

En esta variable se evidencia que el Hospital “San Luis de Otavalo” logra un nivel superior a la media equivalente al 100% en proceso de toma de decisiones ante conflictos éticos. A diferencia de los Hospitales “San Vicente de Paúl” y “Básico Atuntaqui” obtiene un nivel inferior a la media equivalente al 25% ; debido a que en la verificación de los estándares no presentan actas de asistencias para la revisión de los valores para la organización, procesos de toma de decisiones ante conflictos éticos y no existen procedimientos implementados para la revisión y aprobación de proyectos de investigación. Frente a un estudio realizado en Chile en los estudiantes de gineco-obstetricia, muestra que existe capacitación y actualización permanente de los profesionales en el campo de la bioética, para contribuir analizar y solucionar con prudencia los conflictos que se presenten, considerando que la atención en salud debe estar enmarcada por el respeto a los derechos y dignidad de las personas (Montero & González, 2010).

A diferencia de un estudio realizado en Universitarias Venezolanas donde el 85% responden a iniciativas puntuales sin ninguna forma de planificación; y también se denota falta de seguimiento de los proyectos de investigación en relación Universidad con los grupos de interés, incluyendo comunidades, lo cual revela que no se está formando un compromiso real de los proyectos involucrados para el cambio, particularmente del estudiante como la generación más propicia para generarlos (Ferrer Soto & Colmenares Acevedo, 2010).

En lo que se refiere al compromiso de directivos con el ambiente de trabajo y vida laboral se demuestra que los Hospitales “San Vicente de Paúl” y “San Luis de Otavalo” presentan un nivel superior a la media equivalente al 100%, en apoyo al desarrollo profesional e inmunización del personal según los riesgos biológicos. Mientras que los Hospitales “Básico Atuntaqui” y “Asdrúbal de la Torre” presentan un nivel inferior a la media equivalente al 25% en estrategias saludables en el lugar de trabajo, debido a que en la verificación de los estándares no disponen por escrito de estrategias saludables que incluyen salud física, emocional y mental. En Argentina un estudio muestra mediante la revisión teórica, donde la mayoría de empresas no establecen políticas, objetivos, estructura organizacional y recursos para el desarrollo de programas de promoción y prevención de riesgos profesionales, además las actividades de prevención están centradas en la prevención secundaria y son menos las de primaria las de prevención terciaria son casi inexistentes (Tulcán., 2012).

En el compromiso de los directivos en la mejora de la calidad se observa que en los Hospitales “San Vicente de Paúl” y “San Luis de Otavalo” logran un nivel superior a la media equivalente al 100% en recursos destinados a la mejora de la calidad y prioridad estratégica de la calidad de los directivos. Mientras que en los Hospitales “Básico Atuntaqui” y “Asdrúbal de la Torre” presentan un nivel inferior a la media equivalente al 25% en recursos destinados a la mejora de la calidad, debido a que en la verificación de los estándares no presentar partidas presupuestarias para la asignación de recursos financieros y de personal.

En este sentido se han publicado estudios que ponen de manifiesto la relación entre la atención prestada por los directivos de enfermería y la seguridad del paciente. Estudios llevados a cabo en Estados Unidos y Canadá sugieren que una provisión adecuada de personal de enfermería y un apoyo sobre liderazgo organizacional a las enfermeras/as son clave para mejorar la calidad del cuidado del paciente (Díaz Álvarez & Altarribas Bolsa, 2010).

Con respecto al compromiso de directivos en la seguridad del paciente, los Hospitales “SanVicente de Paúl” logra un nivel superior a la media equivalente al 100%, en protección de la seguridad del paciente, planes de seguridad del paciente y plan integral de mejora de la calidad. A diferencia del Hospital “Básico Atuntaqui” que obtiene un nivel inferior a la media equivalente al 25%, en protección de seguridad del paciente y planes de seguridad del paciente.

La seguridad del paciente constituye una actividad compleja, ya que en ella se conjugan aspectos inherentes al sistema de salud y acciones humanas. La seguridad de la atención en salud es un proceso que se centra en el conocimiento de los riesgos de efectos adversos, la eliminación de los riesgos innecesarios y la prevención de aquellos eventos que son evitables a partir de intervenciones basadas en evidencia científica con demostrada efectividad. (Delgado Bernal & Márquez Villarreal, 2011).

Otros estudios refieren que la seguridad de los pacientes requiere enunciar cada uno de los procesos que intervienen en el mejoramiento de su salud, permitiendo así entender la dinámica en la cual actúan cada uno de los componentes del proceso de atención en salud, pues la vigilancia y el control del buen funcionamiento de cada uno de ellos contribuirán finalmente a que se brinde una atención segura (Mondragón Cardona & Gómez Ossa, 2012).

Conclusiones

1. Una vez finalizada la investigación, se puede concluir que el tema es complejo, novedoso; y a la vez con un valor relevante donde se analiza la importancia de: valores y ética profesional; ambiente de trabajo y vida laboral; condicionante necesarios en la mejora de la calidad y seguridad del paciente.
2. Se analizó que, referente al compromiso de los directivos con los valores y ética de la organización en los Hospitales “San Vicente de Paúl” y “Básico Atuntaqui” existe ausencia de sus indicadores. En cuanto al compromiso de los directivos con el ambiente de trabajo y vida laboral se observa que el Hospital “San Luis de Otavalo” si desarrolla un apoyo a la mejora de vida laboral y salud del personal, política de seguridad e inmunizaciones del personal según riesgos biológicos. En el Hospital “Asdrúbal de la Torre” referente al compromiso de los directivos con la mejora de la calidad hay ausencia de recursos destinados a la mejora de la calidad y sistema de mejora de habilidades y conocimientos.
3. Se evaluó el grado de cumplimiento de los indicadores: valores y ética de la organización encontrando que, solo en el Hospital “San Luis de Otavalo” desarrolla el proceso de toma de decisiones ante conflictos éticos y el resto de Hospitales se sitúan en un porcentaje menor a la media referente a estos indicadores.
4. Se revisó evidencias relacionadas con el compromiso de los directivos con el ambiente de trabajo y vida laboral, en el trabajo investigativo se evidenció que tienen elaborados los indicadores, frente a otro estudio realizado en Argentina en el año 2010 sobre Salud en el trabajo, demuestra que desarrollan indicadores pero no los ejecutan al igual que en el presente estudio.

5. Se encontró un promedio superior a la media referente a compromiso de los directivos en mejora de la calidad y seguridad del paciente ya que el Hospital “San Vicente de Paúl” desarrolla todos los indicadores es decir según Acreditación Canadá califica con un nivel platino y diamante, siendo este Hospital el que refleja un promedio alto frente a los otros Hospitales.

6. Se elaboró una guía de liderazgo para fomentar el trabajo en equipo, expuesta a profesionales líderes y administrativos de los Hospitales de Imbabura y estudiantes de primer semestre de la Carrera de Enfermería, se logró concientizar la importancia del trabajo en equipo para la mejora continua de la calidad.

Recomendaciones

1. Los directivos y líderes de los Hospitales estudiados deben promover y gestionar la realización de actas en las que se evidencie la actualización de valores y ética de la organización; y con respecto a mejora de la calidad desarrollar planes de capacitación permanente para optimizar las iniciativas del personal de salud y por ende mejorar la calidad de atención.
2. A los directivos de las Instituciones de Salud de los Hospitales de Imbabura, se recomienda ejecutar planes de mejora de vida laboral, donde se ponga en práctica el trabajo en equipo y sobre todo escuchar las sugerencias del personal para implantar nuevos métodos encaminados a mejorar el ambiente de trabajo y salud laboral, de esta manera el personal se sentirá más entusiasmado y satisfecho con su trabajo.
3. Los representantes de las instituciones de salud deben tramitar partidas presupuestarias, planes, estrategias y protocolos estandarizados de salud, que conduzcan al mejoramiento de la práctica profesional e incentivar al personal a desarrollar habilidades para de esta manera mejorar de calidad de atención en los Hospitales estudiados.

CAPITULO V

5. Propuesta

GUÍA DE LIDERAZGO PARA FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO EN EL PERSONAL DE ENFERMERÍA DE LOS HOSPITALES DE IMBABURA.

INTRODUCCIÓN

Toda organización de trabajo se basa en una actividad grupal o de equipo, la complejidad de los procesos laborales, el uso de una tecnología más sofisticada obliga a dividir los sistemas de producción, necesitando la colaboración de distintos profesionales, expertos en distintos campos y con formación diferente. El área de salud no podría sustentarse a este principio general, siendo los hospitales los primeros que entienden la importancia del trabajo en equipo.

Por lo tanto el equipo de salud se construye para conseguir una mayor eficiencia de los recursos humanos, considerando que se debe atender no solamente al individuo, sino a la familia y a la comunidad.

El trabajo en equipo implica compromiso por parte de cada uno de los integrantes del equipo. El objetivo planteado no podrá ser logrado sin la colaboración de cada uno de sus miembros. A la vez, para que el trabajo en equipo funcione de forma óptima, es necesario que sea gestionado por un líder, que además de tener la última palabra sobre las estrategias, procedimientos, y resolución de problemas, motivará al equipo creando el ambiente adecuado mediante su liderazgo.

El liderazgo es la capacidad de un jefe para guiar y dirigir adecuadamente una organización. Una empresa puede tener una planeación adecuada, control y procedimiento de organización y no sobrevivir debido a la falta de un liderazgo apropiado. Debe convertirse en una cualidad necesaria para la supervivencia de cualquier organización (Botero Botero, 2011).

OBJETIVOS:

General:

Fomentar el liderazgo para optimizar el trabajo en equipo con el personal de enfermería de los Hospitales de Imbabura.

Específicos:

- a) Determinar estrategias de motivación para mejorar el trabajo en equipo.
- b) Mejorar las habilidades en el personal de enfermería para trabajar de manera eficiente en equipo.
- c) Socializar la guía de liderazgo para fomentar el trabajo en equipo, al personal de enfermería de los Hospitales de Imbabura.

LIDERAZGO PARA FOMENTAR EL TRABAJO EN EQUIPO

¿Qué es el líder en salud?

Es aquella persona del sector salud con cualidades de personalidad, carácter, habilidades de comunicación y que a la vez tiene aceptación, reconocimiento y confianza de quienes le rodean por sus acciones y decisiones, que apoyadas por un grado de conocimiento técnicos y de experiencia, le permitan guiar o conducir a un grupo y lograr los propósitos de mejorar la salud de la institución.



¿Qué es el liderazgo?

Constituye el arma fundamental en la conducción de un equipo de salud, dentro de una organización, fuera de ella con la población, constituye el éxito de la participación comunitaria.

¿Qué es equipo?

Conjunto de personas que se comprometen con el trabajo del equipo y con los integrantes de éste, que se atienden y se apoyan unos a otros, que tienen una fuerte convicción de que los equipos son el camino a seguir y donde se crea una atmósfera que brinda confianza.



¿Qué es trabajo en equipo?

Se contrasta con el trabajo en grupo, porque en el primero todos se sienten responsables por la meta común; en el trabajo en grupo la tendencia es a fragmentar la responsabilidad.

Es un método de trabajo colectivo coordinado en el que los participantes intercambian sus experiencias, respetan sus roles y funciones, para lograr objetivos comunes al realizar una tarea conjunta.

Elementos básicos del equipo:

- a) Habilidades
- b) Responsabilidad
- c) Compromiso
- d) Resultados del desempeño
- e) Crecimiento personal
- f) Productos del trabajo colectivo.



Papel del liderazgo en el trabajo en equipo

La comunicación, honestidad, lealtad hacia el equipo, y hacer que se sientan respaldados frente a terceros, es lo que determina la entrega incondicional del equipo. Y es ese sentimiento de pertenencia al equipo lo que produce el alto rendimiento, distinguiendo a las empresas exitosas. Un buen liderazgo se ejerce siempre desde el ejemplo. El equipo necesita ver en los demás lo que buscan en ellos.

Cómo fomentar el trabajo en equipo



Desde el papel de líder, es responsable del buen funcionamiento del equipo, y eso incluye el trabajo en equipo, que permitirá mejores resultados a través de la cohesión del personal a tu cargo y su sinergia. Lejos de lo que pudiera parecer, un equipo no funcionará mejor por la homogeneidad de sus miembros, si no que será a través de

la diversidad como se obtendrán los mejores resultados.

Una de las principales funciones del liderazgo es favorecer el trabajo en equipo, motivar a los miembros del equipo para que entre todos obtengáis los mejores resultados, ejerciendo a la vez de líder.

Características del trabajo en equipo:

- Excelente comunicación.
- Según la posibilidad que tiene el tipo de equipo se estimula la sensación de pertenencia. Favorece la integración y la orientación a resultados.
- La pertinencia del grupo tiene que estar directamente relacionada con la tarea.
- Los roles varían en los integrantes en ocasiones se favorece la rotación de roles. Estímulo al rol de liderazgo.
- El protagonismo es resultado de la producción del equipo.



Aspectos necesarios para un adecuado trabajo en equipo:

Escuchar a los miembros, crear un ambiente de confianza y apertura, eliminar temores, valorar diversidad, dar el ejemplo, comunicar el objetivo y misión al equipo,



aconsejar, guiar estimular creatividad, toma de riesgos y mejoramiento continuo de todo por todos, compartir información, motivar, crear las condiciones para que las personas sean más capaces de hacer su trabajo y servir al cliente mejor, más rápido y con calidad.

Liderazgo efectivo, es decir contar con un proceso de creación de una visión del futuro que tenga en cuenta los intereses de los integrantes de la organización, desarrollando una estrategia racional para acercarse a dicha visión.

Condiciones que deben reunir los miembros del equipo en salud.

- a. Ser capaces de poder establecer relaciones satisfactorias con los integrantes del equipo.
- b. Ser leales consigo mismo y con lo demás.
- c. Tener espíritu de autocrítica y de crítica constructiva.
- d. Tener sentido de responsabilidad para cumplir con los objetivos.
- e. Tener capacidad de autodeterminación, optimismo, iniciativa y tenacidad.
- f. Tener inquietud de perfeccionamiento y superación.



Reglas para lograr el trabajo en equipo:



- ** Ambiente cómodo
- ** Comparta la información
- ** Comparta responsabilidades
- ** Comparta los beneficios

- ** Fomento de la creatividad
- ** Mantener el interés de los miembros
- ** Buen manejo del tiempo
- ** Mucho compromiso y participación
- ** Honestidad, tolerancia, respeto
- ** Mentes abiertas

Dinámica listones (Trabajo en equipo)

- 1) Primero necesitamos listones o cintas de diversos colores y los necesarios según las personas que estén en la dinámica.
- 2) Luego hacemos varios equipos y estos se colocaran en círculo con las manos sujetadas entre sí, después explicamos los equipos la dinámica.
- 3) Después se deben de pasar los listones por el cuerpo uno a uno sin soltarse de las manos y el equipo q acabe primero será el ganador y así lograremos ver quien es líder y como trabajan en equipo.

Ventajas del trabajo en equipo

Unifica conceptos y técnicas, Educación para la salud de una forma coordinada, Mayor satisfacción laboral a los miembros del equipo, Afrontar los problemas desde una óptica multicaule, Evita contradicciones entre los distintos profesionales, Mejor utilización de recursos humanos y materiales, Mayor cohesión a los programas de salud, logrando una mayor eficiencia de los mismos, Permite el intercambio de conocimientos y pautas de actuación.



Comunicación efectiva interpersonal enfermero-paciente.



El personal de enfermería en todo momento causa un impacto personal mediante su comunicación. Por ello se requiere de competitividad profesional y de multihabilidades para una

relación armónica en relación enfermero-paciente.

Para comprender mejor a los usuarios, el profesional de enfermería, tiene que dar atención a lo que hace y a lo que dice; son tan importantes las conductas que parecen ser inconscientes, como aquellas que dependen del pensamiento reflexivo. Por tanto para una comunicación efectiva es necesario tratar de comprender que conductas inconscientes pueden ser expresiones no deseadas.

Habilidades que el personal de enfermería debe desarrollar para una comunicación interpersonal efectiva:

1. Comportamiento visual: Es la habilidad más importante en el impacto personal, va más allá de una mirada casual y requiere de atención.
2. Postura y movimiento: La confianza generalmente se expresa a través de una excelente postura. La recomendación es mantener erguida la parte superior del cuerpo.
3. El vestir y el aspecto: El uniforme es una forma de identidad para los pacientes, las características del mismo reflejan valores como: responsabilidad, limpieza y confianza.

4. Voz y variedad vocal: La voz es una herramienta valiosa para el trabajo de enfermería, puede transmitir: confianza, seguridad, energía, emoción, entusiasmo al paciente.
5. Lenguaje: Explique con lenguaje claro y sencillo los cuidados que se proporcionan al paciente.
6. Atención: Fortalecer un ambiente de confianza para expresar sus dudas, sentimientos y emociones, atendiendo así de inmediato la solicitud de ayuda o apoyo y explicándole en su caso las situaciones que pudieran retrasar la misma.

Juegos de liderazgo

Son dinámicas que tratan los diferentes estilos de liderazgo que se dan en los grupos, permiten asumir un liderazgo, observar características en otros y someterse a un estilo de liderazgo para posteriormente reflexionar sobre lo que se ha vivido.



Dinámica sobre comunicación y liderazgo

- La dinámica consiste en hacer dos grupos de trabajo, un equipo se le venda los ojos y al otro se les tapa la boca, esto con el fin de que experimenten las sensaciones de no poder ver ni hablar.
- Luego se simulara un puente por donde tienen que pasar sin caerse y ayudándose mutuamente para lograr el objetivo.

BIBLIOGRAFIA

- Alexandra Giraldo Osorio, M. Y. (2010). La promoción de la salud con estrategia para el fomento de estilos de vida saludable. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v15n1/v15n1a09.pdf>:
- Altisent, R. (2010). La ética del desarrollo profesional continuado en la promoción de la calidad asistencial Scielo.
- Badillo, L., & López, L. (30 de Enero de 2012). Valores laborales prioritarios en el personal de enfermería. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriamss/eim-2012/eim122c.pdf>
- Balseiro Almario, C., & Zárate Grajales, R. (2012). Inserción laboral, desarrollo profesional y desempeño institucional de las (os) egresadas (os) del Plan Único de Especialización en Enfermería. Scielo.
- Barrera, Y. G. (2013). Estrategia comunicativa para mejorar la calidad de los servicios de salud. monografias.com.
- Belkys Galindo, L. A. (2011). Seguridad de las vacunas y su repercusión en la población. Scielo.
- Botero Botero, J. A. (2011). Propuesta de un juego de rol para evaluar la competencia del liderazgo. Obtenido de <http://www.bdigital.unal.edu.co/4804/1/71772386.2011.pdf>
- Boulin, J. Y. (2001-2015). Las políticas de tiempo de trabajo. Dialnet.
- Bruna Parnov, L. G. (2012). Conflictos en las instituciones de salud. Scielo .
- Cabezas, C. (2010). Necesidad de la investigación en salud para contribuir a la equidad, la salud y el desarrollo. Scielo.

- Camargo, G., & Queiroz, A. (2015). Cultura de la seguridad del paciente en la atención sanitaria: un estudio bibliométrico. Scielo.
- Campo, R., & Klijin, P. (2011). Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. scielo.
- Canelo, J. A. (Diciembre-Octubre de 2010). Metodología de la investigación. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v56n221/aula.pdf>
- Cano, M. d. (2011). El Liderazgo ético del directivo de enfermería en una institución que aspira a Colectivo Moral. Scielo.
- Carmona Lovera, C., & Carranza Marimon, L. (2011). Nivel de participacion y liderazgo en la gestion del cuidado de enfermeria. Obtenido de <http://siacurn.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/574/NIVEL%20DE%20PARTICIPACI%C3%93N%20Y%20LIDERAZGO%20EN%20LA%20GESTI%C3%93N%20DEL%20CUIDADO.pdf?sequence=1>
- Castañeda Hidalgo, H. (2013). Percepción de la cultura de la seguridad de los pacientes por personal de enfermería. Scielo.
- Cogollo Milanes, Z., & Gómez Bustamante, E. (2010). Condiciones laborrales en enfermeras de Cartagena, Colombia. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v28n1/v28n1a04.pdf>
- Delgado Bernal, M., & Márquez Villarreal, H. (2011). La seguridad del paciente: eje toral de la calidad de la atención.
- Díaz Álvarez, C. L., & Altarribas Bolsa, E. (2010). Estándares de calidad de los cuidados para la seguridad del paciente.
- Dra. Leonor Jiménez Cangas, D. R. (2010). Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. Scielo Revista Cubana de Salud Pública.

Ecuador, C. d. (2015).

http://www.ecuadorencifras.gob.ec/LOTAIP/2015/DIJU/abril/LA2_ABR_DIJ_U_Constitucion.pdf. Obtenido de http://www.ecuadorencifras.gob.ec/LOTAIP/2015/DIJU/abril/LA2_ABR_DIJ_U_Constitucion.pdf.

Elizabeth Magdalena Bastías, J. S. (2014). Una revisión de los estilos de vida de estudiantes universitarios. Scielo.

Elma Campos Pavone, M. C. (Mayo-Junio de 2013). Valores de la enfermería como práctica social. Obtenido de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n3/es_0104-1169-rlae-21-03-0695.pdf

enfermeras., C. i. (2015). Las enfermeras, una fuerza para el cambio. Obtenido de http://www.uma.es/media/files/Las_enfermeras_una_fuerza_para_el_cambio.pdf.

Esther Jean Langdon, F. B. (Mayo-Junio de 2010). Antropología, salud y enfermedad. Obtenido de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_23.pdf

ética, P. g. (2010). Obtenido de <http://www.uchile.cl/portal/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-bioetica/documentos/76256/principios-generales-de-etica>

ética, P. g. (s.f.). Universidad de Chile. Obtenido de Centro interdisciplinario de estudios de bioética: <http://www.uchile.cl/portal/investigacion/centro-interdisciplinario-de-estudios-en-bioetica/documentos/76256/principios-generales-de-etica>

Ferrer Soto, J., & Colmenares Acevedo, F. (2010). Un líder ético para el cambio. Scielo.

Firmino Bezerra, S. T. (2013). Promoción de la salud: la calidad de vida en las prácticas de enfermería. Scielo.

- Formación, C. I. (14 de 03 de 2010). Centro Interamericano Para el Desarrollo del Conocimiento en la Formación. Obtenido de <<http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/youth/>>
- Freitas, J. S. (2014). Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del. scielo.
- Freitas, J. S. (2014). Calidad de los cuidados de enfermería y satisfacción del paciente atendido en un hospital de enseñanza. Rev. Latino-Am. Enfermagem.
- GAD. (2015). <http://www.imbabura.gob.ec/>.
- García, O., & Lorenzo, R. (2010). Atribuciones del poder administrador en materia presupuestaria. Scielo.
- Garrido Avila, P. B. (2013). <http://siacurn.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/handle/123456789/616>. Obtenido de <http://siacurn.curnvirtual.edu.co:8080/xmlui/handle/123456789/616>.
- Gómez Ramírez, O. J., & Soto Gámez, A. (2011). Una mirada actual de la cultura de seguridad del paciente. Artículo de revisión de tema.
- Gómez Vélez, M. A. (Julio-Diciembre de 2010). Revista Ciencias Estrategias. Obtenido de Calidad de vida laboral en empleados temporales.: <http://www.redalyc.org/pdf/1513/151316944005.pdf>
- Gonnet, J. P. (2013). Valores compartidos y conflictos. Scielo.
- González Pérez, A., & Villazón Castro, N. (2011). Gestión de cuidados con calidad desde la formación del profesional de Enfermería. Scielo.
- GONZÁLEZ, M. A. (2011). El proceso de enfermería hace parte de la calidad del cuidado. Scielo.

Jessica Cortés González, M. P. (2012). Estilos de liderazgo en jefes de Servicio de Enfermería. Obtenido de Estilos de liderazgo en jefes de Servicio de Enfermería: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2013/ene132f.pdf>

Jimenez, B. M. (s.f.). Recuperacion de los factores psicosociales en la salud laboral . Obtenido de http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Salud%20Laboral/olvido_recuperac.pdf: http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Salud%20Laboral/olvido_recuperac.pdf

Liderazgo en Enfermería: su importancia para el desarrollo de la disciplina. (2012). Revista Medica Electronica .

Lina Maria Alvares cano, M. B. (2010). Calidad de Atencion de Enfermeria.

Lizet VeLiz Rojas, T. P. (2012). Coaching educativo como estrategia para fortalecer el liderazgo en enfermería.Scielo.

López., I. M. (2013). Cuidados de enfermería y percepcion del paciente. Obtenido de <http://enfermeriacomunitaria.org/web/attachments/article/804/TESIS%20MARIBEL%20MA%CC%81RMOL.pdf>

Luis Souza, A. F. (2013). El liderazgo en la visión de Enfermeros Líderes. Scielo.

Marqués Andrés, S. (2011). Formación continuada: herramienta para la capacitación. scielo.

Martha Díaz Flores, D. C. (2012). Valores profesionales de enfermería:. Scielo.

Matabanchoy, S. M. (2012). Salud en el trabajo. Scielo.

Mejía, C. P. (2011). Liderazgo personal e interpersonal en los cordinadores yprofesionales en enfermeria que laboran en las ips de 3er. nivelde atencion de cartagena. Obtenido de <http://core.ac.uk/download/pdf/11054188.pdf>.

- Metodología., M. P. (Febrero-Junio de 2011). Indicadores UNESCO en cultura para el desarrollo. Obtenido de Manual Preliminar de Metodología. :
<https://redbgc.files.wordpress.com/2013/05/143987550-cultura-y-desarrollo-indicadores-1.pdf>
- Ministerio de Sanidad, P. S. (2011). Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Obtenido de
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENS SR.pdf>
- Mondragón Cardona, Á., & Gómez Ossa, R. (2012). La seguridad del paciente: un componente de las políticas de salud que hay que fortalecer en América Latina. Scielo.
- MSc. Alejandra González Pérez, L. N. (2011). Gestión de cuidados con calidad desde la formación del profesional de Enfermería. SCIELO.
- Msc. Ercilia Lugo Angulo, L. G. (2013). La cultura en salud bucal como problema actual de la sociedad. Scielo.
- MSP. (2015). <http://hsvp.gob.ec/>. Obtenido de <http://hsvp.gob.ec/>.
- Muñoz Sánchez, A. I., & Castro Silva, E. (2010). Promoción de la salud en los lugares de trabajo. Scielo.
- Óscar Vera, V. E. (2015). Rol y condiciones estratégicas del médico dentro del Sistema de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional. Scielo.
- Pardo, M. C. (2011). Liderazgo personal e interpersonal en los coordinadores y profesionales en enfermería que laboran en las ips de 3er. nivel de atención de cartagena. Obtenido de <http://core.ac.uk/download/pdf/11054188.pdf>.
- Pediatría, S. A. (2011). Guía para elaborar un proyecto de investigación. Scielo.

- Pérez., M. A. (2011). Gestión de cuidados con calidad desde la formación del personal de enfermería. Scielo.
- Perú, M. d. (2014). Plan de Seguridad del Paciente.
- Real, H. G. (2015). Protocolos de Enfermería. Obtenido de <http://www.hgucr.es/areas/area-de-enfermeria/protocolos-de-enfermeria/>.
- Rica, S. J. (27-30 de Mayo de 2014). The Institute for Business and Finance Research. Obtenido de Estudio experimental de la calidad de vida laboral en MIPYMES TUISTICAS:
http://www.researchgate.net/profile/Hugo_Neftali_Padilla/publication/271139247_FACTORES_QUE_INCIDEN_EN_EL_DESARROLLO_Y_PERMANENCIA_DE_LA_MICRO_PEQUEA_Y_MEDIANA_EMPRESA_EN_EL_PASO_CASO_DE_ESTUDIO_NAVOJOA/links/54bf3f7f0cf2f6bf4e04e02d.pdf#page=400
- Rodríguez Cabacas, C. (2012). Significado de la experiencia de la gestión del cuidado de enfermeras. Obtenido de <http://www.bdigital.unal.edu.co/7092/1/539490.2012.pdf>
- Rodríguez, C. (Octubre de 2011). Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v10n24/revision2.pdf>
- Salud, L. O. (22 de Diciembre de 2006). Obtenido de http://www.cicad.oas.org/fortalecimiento_institucional/legislations/PDF/EC/ley_organica_de_salud.pdf
- Samper, M. R. (2010). Gestión del cuidado en enfermería . Scielo.
- Sanabria, M. V. (2014). Experiencias exitosas de liderazgo en enfermería. Cuidarte.
- Sánchez, J., & Hernández, I. (2010). Frecuencia de reacciones adversas y factores asociados tras la administración de la vacuna. Scielo.

- Silves Gonzales, J., & Fernandes del Freitas, G. (2011). Cultura de los cuidados.
Obtenido de <http://www.editorial-club-universitario.es/pdf/4554.pdf>
- Soule, B. M. (2011).
<http://www.nexpin.com.ar/public/documentos/0000000180.pdf#page=13>.
Obtenido de
<http://www.nexpin.com.ar/public/documentos/0000000180.pdf#page=13>.
- Souza, L. P., & Ferreira, A. L. (2013). El liderazgo en la visión de Enfermeros Líderes. Scielo.
- Tomey, A. M. (2009). Guía de gestión y dirección de enfermería (octava ed.).
España.
- Trabajo, I. N. (2015-2020). Estrategia española de seguridad y salud en el trabajo.
Obtenido de
http://insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/ESTRATEGIA%20SST%2015_20.pdf:
- Umpiérrez, A. F. (2013). La gestión del cuidado en la legislación profesional: algunas consideraciones para su regulación. Scielo.
- Verona, M., & Santana, R. (2012). Un problema ético en la gestión de empresas.
Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/870/87025385003.pdf>
- Villarreal Cantillo, E., & Visbal Llera, G. (2012). Dilemas Éticos. Scielo.
- Vivir, P. N. (2013-2017). Obtenido de <http://www.buenvivir.gob.ec/objetivo-3.-mejorar-la-calidad-de-vida-de-la-poblacion#tabs2>

ANEXOS

5.1 Anexo 1.Hoja de recogida de datos

GESTIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

Versión Noviembre 2014

HOSPITAL

Variables sociodemográficas del centro hospitalario

Tipo de centro	General	Básico		
Equipo directivo	Gerente	Director de Hospitalización	Dirección de Enfermería	Otros
Plantilla de personal	#Lic. Enfermería	#Lic. En Medicina	#Auxiliar de Enfermería	Otros
		Especialistas (describir)		
Población	#Usuarios/años	# camas	Tasa de estancia media	Unidades Básicas que atiende
Capacidad resolutive	Definir			
Estructura de gestión de la calidad	Comisiones de Calidad	Responsables de Calidad	¿??	
Datos sobre primer nivel de atención	Referencia y contrarreferencia			

Instrucciones:

Señalar por unidad si cumple con el símbolo y si no cumple con el símbolo

Unidad A: Hospitalización

Unidad B: Pediatría

Unidad C: Emergencias

Unidad D: Farmacia/ Dirección

En **observaciones** se indican las incidencias de los descriptores o dudas aparecidas durante el proceso de cumplimiento del descriptor concreto.

Según la valoración anterior de cada descriptor de los indicadores de calidad medidos, se debe tener en cuenta que si la mitad no se cumple, se establecerá un 1 en la escala Likert, si la mitad + 1 se cumple se señalará con un 2, si se documenta pero no se ha implantado o difundido se señalará con un 3 y si se cumplen con la totalidad se puntuará con un 4.

Señalar en la escala Likert según la siguiente numeración:

1. Ausencia
2. En proceso
3. Elaborado
4. Desarrollado
5. Clasificación Canadá (O: Debajo de oro; O: oro; P: Platino; D: Diamante).

VARIABLES DE LIDERAZGO Y CULTURA DEL CUIDADO

Compromiso de directivos con los valores y ética de la organización		Clasificación Estándar Calidad				O, P, D, NO					
		Unidad					2	3	4	1	C
Indicador		A	B	C	D	Observaciones					
Participación de los líderes en la definición y actualización de los valores de la organización											
	Presentar el acta de asistencia de la última reunión en donde se actualizaron o se definieron los valores de la institución										
Proceso de toma de decisiones ante conflictos ético											
	Presentar por escrito el proceso de toma de decisiones ante conflictos éticos										
Procedimiento de revisión y aprobación de proyectos de investigación											
	Presentar por escrito procedimiento de revisión y aprobación de investigaciones										
	El proceso incluye criterios para orientar las discusiones y toma de decisiones sobre problemas éticos										
Compromiso de directivos con el ambiente de trabajo y vida laboral		Clasificación Estándar Calidad				O, P, D, NO					
		Unidad					2	3	4	1	C
Indicador		A	B	C	D	Observaciones					
Apoyo a la mejora de la vida laboral y salud del personal											
	Presentar por escrito plan de mejora de la vida laboral y salud del personal										
	En el plan se identifica un ambiente de trabajo sano y seguro como prioridad estratégica										

Estrategias saludables en el lugar de trabajo														
	Disponen por escrito de estrategias saludables que incluyen salud física, emocional y mental, educación sobre la vida y sus determinantes, fomento de estilos de vida saludables													
	Cuenta con programas de asistencia al empleado: servicios de asesoramiento legal													
Apoyo al desarrollo profesional														
	Partida presupuestaria para cursos y conferencias para el personal para desarrollar sus habilidades													
Políticas de seguridad y salud laboral acordes con la normativa														
	Presentar por escrito las políticas de seguridad laboral y la normativa													
Inmunización del personal según los riesgos biológicos.														
	Presentar partes de vacunación del personal													
	Documento de requerimiento de biológicos para vacunación del personal													
Políticas de condiciones de trabajo, trabajo nocturno y fin de semana														
	Presentar por escrito políticas de trabajo, turnos nocturnos y de fin de semana													
	La política define la duración máxima del trabajo por turnos y por semana, condiciones de trabajo previsto, incluidos los que pueden afectar la salud y bienestar del personal como turnos en la noche y la exposición a materiales infecciosos o peligrosos													

Compromiso de los directivos en la mejora de la calidad		Clasificación Estándar Calidad				O, P, D, NO					
		Unidad									
Indicador		A	B	C	D	Observaciones	2	3	4	1	C
Prioridad estratégica de la calidad de los directivos											
	Documento en donde se evidencia el plan estratégico de la calidad										
Recursos destinados a la mejora de la calidad											
	Existe una partida presupuestaria para la asignación de recursos financieros y de personal										
Sistema de mejora de habilidades y conocimientos de calidad											
	Plan de capacitación permanente en el sistema de mejora de habilidades y conocimientos de calidad										
Oportunidad del personal de participar en la mejora de la calidad											
	El personal de salud está implicado en las políticas de mejora de la calidad del hospital										
	El personal de salud conoce la política de calidad del hospital										
Iniciativas de mejora de la calidad											
	Existen iniciativas del personal de salud para la mejora de la calidad										
Toma de decisiones directivas basadas en la evidencia científica											
	Asignación de tiempo para analizar evidencia científica, retroalimentación y reflexión colectiva tales como sesiones informativas										
	Los directivos basan sus decisiones en la última evidencia científica para implementar medidas de mejora de la calidad										

Elaboración de protocolos y planes estandarizados de cuidados													
	Existencia de protocolos y planes estandarizados de los cuidados												
	Se conocen por las enfermeras los planes de cuidados o protocolos desarrollados												
Compromiso de directivos en la seguridad del paciente		Clasificación Estándar Calidad					O, P, D, NO						
		Unidad					2	3	4	1	C		
Indicador		A	B	C	D	Observaciones							
Protección de la seguridad del paciente													
	Cuenta con plan escrito de protección de la seguridad del paciente que puede estar en el plan estratégico, informe anual												
Planes de seguridad del paciente													
	Disponen de plan de seguridad del paciente												
Plan Integral de Mejora de la Calidad													
	Documento escrito del plan integral de mejora de la calidad												
	Se está aplicando el plan de mejora integral de la calidad												

5.2 Anexo 2. Evidencias

4.2 1 Grupo de trabajo del Macro proyecto Gestión de Calidad



Figura 1: Grupo de trabajo del macro proyecto gestión de la calidad de los servicios de salud, fotografía obtenida por Nataly Erazo y Susana Imbaquingo. (Hospital “Básico Atuntaqui”, Cantón Antonio Ante, Provincia de Imbabura. 2015)



Figura 2: Personal de salud e investigadores del macro proyecto gestión de la calidad de los servicios de salud, en la identificación de los lugares a estudio, fotografía obtenida por Nataly Erazo y Susana Imbaquingo. (Provincia de Imbabura. 2015)

4.2.2 Trabajo de campo



Figura3: Investigador aplicando encuesta al director del Hospital, fotografía obtenida por Nataly Erazo y Susana Imbaquingo. (Hospital “Básico Atuntaqui”, Cantón Antonio Ante, Provincia de Imbabura. 2015)



Figura 4: Investigador aplicando encuesta al director del Hospital, fotografía obtenida por Nataly Erazo y Susana Imbaquingo. (Hospital “Básico Atuntaqui”, Cantón Antonio Ante, Provincia de Imbabura. 2015)



Figura 5: Investigador aplicando encuesta a la secretaria general del Hospital, fotografía obtenida por Nataly Erazo y Susana Imbaquingo. (Hospital “San Luis de Otavalo”, Cantón Otavalo, Provincia de Imbabura. 2015)



Figura 6: Investigador verificando datos obtenidos del instrumento, fotografía obtenida por Nataly Erazo y Susana Imbaquingo. (Hospital “Básico Atuntaqui”, Cantón Antonio Ante, Provincia de Imbabura. 2015)

4.2.3 Guía de observación para constatar existencia de indicadores



Figura 7: Publicidad de los líderes en la definición y actualización de valores de la organización a cerca del Código de ética, fotografía obtenida por Nataly Erazo y Susana Imbaquingo. (Hospital “San Vicente de Paul”, Cantón Ibarra, Provincia de Imbabura. 2015)



Figura 8: Actualización de conocimiento al personal de salud acerca de enfermedades, fotografía obtenida por Nataly Erazo y Susana Imbaquingo. (Hospital “San Vicente de Paul”, Cantón Ibarra, Provincia de Imbabura. 2015)

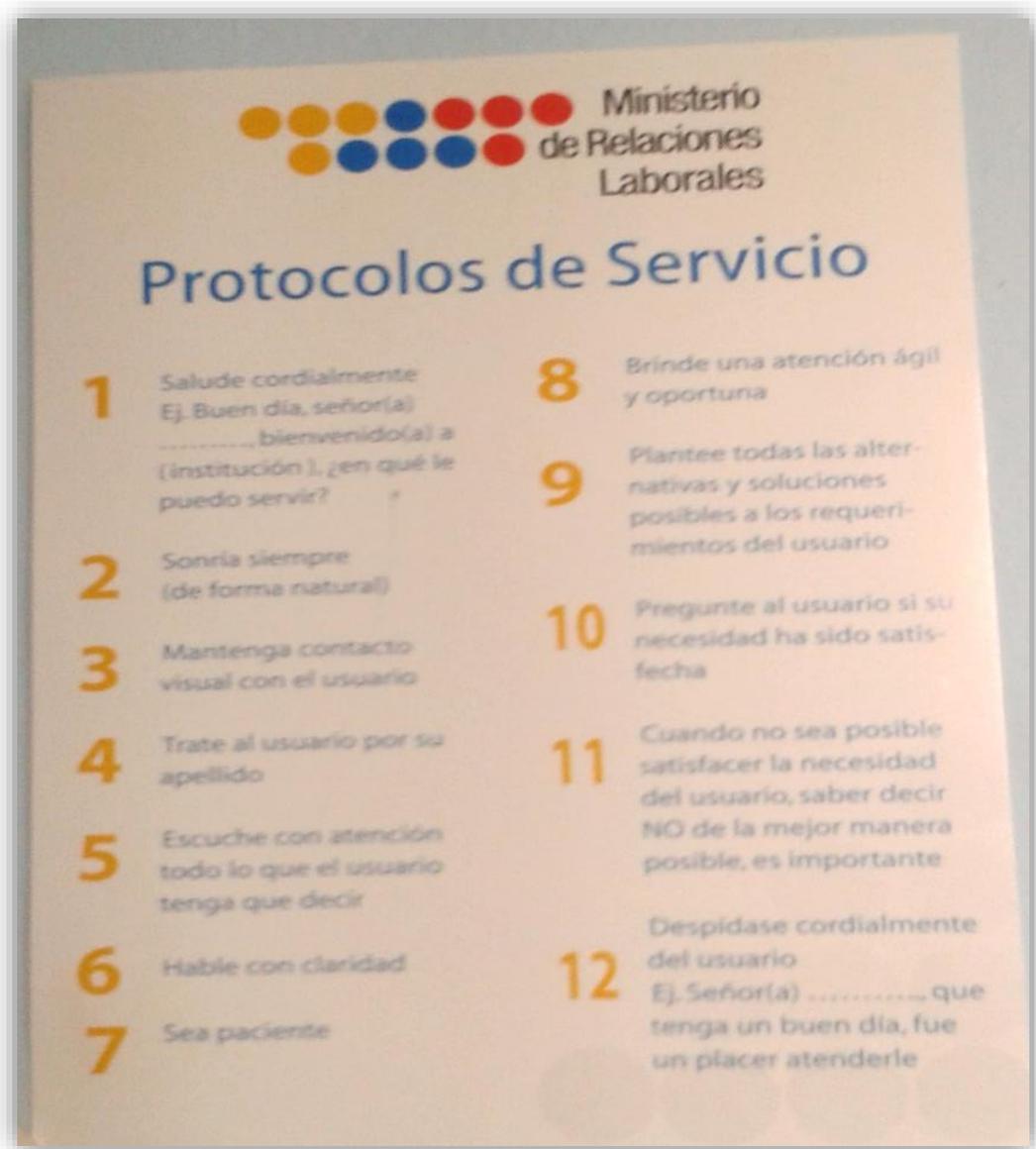


Figura 9: Actualización de protocolos y planes de los cuidados al personal de salud, fotografía obtenida por Nataly Erazo y Susana Imbaquingo. (Hospital “San Vicente de Paul”, Cantón Ibarra, Provincia de Imbabura. 2015)




HOSPITAL SAN VICENTE DE PAUL
COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD LABORAL - SALUD OCUPACIONAL

Equipos de Protección

Los E.P.P comprenden todos aquellos dispositivos, accesorios y vestimentas de diversos diseños que emplea el trabajador para proteger, alguna parte o todo su cuerpo, de posibles lesiones ante riesgos específicos del trabajo.

- El uso de los E.P.P. tiene por objeto interponer una última barrera entre el Riesgo y el Trabajador/a mediante equipos que deben ser utilizados por él o ella.
- No elimina el Riesgo sino que pretenden minimizar sus consecuencias por lo que su función preventiva es LIMITADA.
- La utilización E.P.P. se justifica cuando:
 - a) Es imposible eliminar el Riesgo.
 - b) Es imposible instalar una Protección Colectiva eficaz.
 - c) Existe un riesgo residual tras haber instalado la protección colectiva.

Son considerados E.P.P:

- Cascos y gorras de Protección
- Tapones para los oídos y Protectores Auditivos
- Lentes o pantallas faciales
- Mascarillas y equipos respiratorios
- Guantes o Ropa de Protección
- Calzado de seguridad
- Equipos Anti – Caídas
- Cremas barrera

CLASIFICACION DE LOS EQUIPOS DE PROTECCION PERSONAL

1. Protección a la Cabeza (cráneo)
2. Protección de Cara y Ojos.
3. Protección a los Oídos.
4. Protección de las Vías Respiratorias.
5. Protección de Manos y Brazos.
6. Protección de Pies y Piernas.
7. Ropa de Protección.
8. Cinturones de Seguridad para trabajo en Altura.
9. Cremas Protectoras

OBLIGACIONES DEL EMPLEADOR

- Evaluación del peligro.
- Determinar las Características. que deben reunir los E.P.P.
- Selección de los E.P.P.
- Formación y Educación.
- Supervisión
- Mantenimiento y Reparación.

OBLIGACIONES DEL EMPLEADO

- Uso y Cuidado correcto de los E.P.P.
- Almacenar el E.P.P luego de su utilización en el lugar indicado para ello.
- Informar de inmediato a su superior jerárquico directo de cualquier defecto, anomalía o daño apreciado en el E.P.P. que, pueda determinar pérdida de su eficacia protectora.

Figura 11: Publicidad sobre el apoyo a la mejora de vida laboral y salud del personal, fotografía obtenida por Nataly Erazo y Susana Imbaquingo. (Hospital “San Vicente de Paul”, Cantón Ibarra, Provincia de Imbabura. 2015)

SUMMARY

In the present study, the leadership and culture of care were analyzed, in the management of nursing in hospitals of Imbabura. This was a non-experimental, observational, descriptive cross-sectional study with mixed approach, because it described the situation of the leadership and culture of care, presented in the health institutions in a determined time and using qualitative-quantitative methodology. It was attended with a sample of 48 people working in the administrative area.

The leadership and culture of care were appreciated through the implementation of the survey instrument. For sorting, grouping, analysis and interpretation of data, it used the descriptive statistics, reflecting the results according to each variable with their respective indicators, it was an array reference, and for the graphic presentation, it was designed charts (semantic tables) detailing the results.

Among the major results related to the leadership and culture of care in hospitals of Imbabura, it became a proper handling of the skills of patient safety, occupational health, immunization staff, strategies and initiatives to improve the quality; but such functions are not efficient without a good interaction with the members of the team and the ethical goals of organizations.

Ethical, efficient and attentive leadership to the positive norms and values of the organization can avoid serious problems in organizations, such as the labor situation of aggression. When the organization has a flexible and effective leadership, the organization is more competent to apply ethical values and mutual respect, it could be directed to the welfare and happiness.

Keywords: Leadership and culture of care.



Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS FINAL URKUND.pdf (D15834522)
Submitted: 2015-10-23 21:07:00
Submitted By: natyerazo19@hotmail.com
Significance: 9 %

Sources included in the report:

GESTION DE LA CALIDAD EN LA INFORMACION AL PACIENTE EN INSTITUCIONES
 PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD EN LA PROVINCIA DE IMBABURA 2015.pdf
 (D15794452)
 TESIS DE EE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL - IBARRA CORRECCIÓN.docx (D12942114)
 TESIS DE EE HOSPITAL SAN VICENTE DE PAÚL - IBARRA CORRECCIÓN.docx (D12335992)
 Práctica clínica basada en evidencia.docx (D15378138)
 Práctica clínica basada en evidencia.docx (D15392532)
[http://www.paho.org/chi/index.php?](http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=150&Itemid=)
<http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v27n4/enf09411.pdf>
<https://mmujica.files.wordpress.com/2007/03/procedimiento-para-la-presentacion-del-pr.pdf>
[http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/](http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/promocion_salud_lugar_trabajo/revista_medicina_seguridad_trabajo.pdf)
<http://fr.slideshare.net/andreabelduma9/caratula-de-proyecto-de-biologia>
http://www.iutpec.com/descargas/inv_aprobatutor.doc
<http://fr.slideshare.net/dariorobles90/proyecto-biologia-31046385>
<http://www.conasa.gob.ec/docscosavi/exposiciones/001.pdf>
<http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v56n221/aula.pdf>
http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_23.pdf
http://www.researchgate.net/profile/Hugo_Neftali_Padilla/publication/271139247_FACT
[http://www.nexpin.com.ar/public/documentos/0000000180.pdf#page=13.](http://www.nexpin.com.ar/public/documentos/0000000180.pdf#page=13)

Instances where selected sources appear:

92