

Universidad Nacional Estatal a Distancia

Programa de Postgrado en Ciencias de la Salud

Maestría en Administración de Servicios de Salud Sostenibles

**Gestión de los recursos humanos de Enfermería en los Servicios de
Pediatria y Neonatología del Hospital Dr. Escalante Pradilla en el
proceso de modernización de la Caja Costarricense de Seguro Social.
San José, Costa Rica 2002**

Realizado por :

Licda. Odette Chaves Morales

Tutora del Proyecto:

M.Sc. Ligia Murillo Castro

San José

Octubre, 2002

INDICE DE CONTENIDOS

	Página
INTRODUCCIÓN.....	4
CAPÍTULO I: MARCO CONTEXTUAL.....	10
1.1. ANTECEDENTES.....	10
1.1.1. <i>La Reforma del Sistema de Salud Costarricense.....</i>	<i>10</i>
1.1.2. <i>Gestión de los Recursos Humanos.....</i>	<i>14</i>
1.1.3. ALGUNOS ELEMENTOS HISTÓRICOS DEL DESARROLLO DE LA ENFERMERÍA EN.....	15
COSTA RICA.....	15
1.1.4. <i>Capacidad Gerencial y Administrativa de los Recursos Humanos.....</i>	<i>18</i>
<i>de la Caja Costarricense de Seguro Social.....</i>	<i>18</i>
1.1.5. <i>Investigaciones realizadas sobre los diversos componentes de.....</i>	<i>20</i>
<i>reforma del sector salud en Costa Rica.....</i>	<i>20</i>
1.2. JUSTIFICACION.....	21
1.3. FORMULACIÓN Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	25
1.4. OBJETIVO GENERAL.....	26
1.5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	26
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	29
2.1. PROCESO DE MODERNIZACIÓN DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL.....	29
2.2.2. <i>Estrategias</i>	<i>32</i>
2.3. GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO EN EL PROCESO DE MODERNIZACIÓN DE LA CAJA.....	37
COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL.....	37
2.4. ASPECTOS LABORALES DEL RECURSO HUMANO EN ENFERMERÍA.....	43
CAPITULO III: DISEÑO METODOLOGICO.....	47
3.1 TIPO DE ESTUDIO.....	48
3.2. AREA DE ESTUDIO.....	49
3.3 SELECCIÓN DE MUESTRA.....	49
3.4 MOMENTOS METODOLÓGICOS.....	50
3.4.1 <i>Primer Momento: Preparatorio de la evaluación.....</i>	<i>50</i>
3.5 COMPONENTES DE ANÁLISIS SEGÚN VARIABLES E INDICADORES.....	52
.....	59
IV: DESCRIPCION, ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.....	60
4.1. DESCRIPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA Y CARACTERÍSTICAS GENERALES.....	60
4.2. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	61
4.2.2. GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERÍA.....	72
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	82
A. CONCLUSIONES.....	82
GENERALIDADES DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA.....	82
GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO DE ENFERMERÍA.....	85
B. RECOMENDACIONES	86
CAPITULO VI: ALCANCE Y LIMITACIONES.....	92
CAPÍTULO VII: BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS.....	95

ANEXO 1.....	102
GLOSARIO DE TERMINOS.....	102
.....	

INTRODUCCIÓN

Los cambios políticos, sociales y económicos que están experimentando los países de América, han tenido un fuerte impacto sobre la situación de la salud de sus poblaciones, que ha originado la transformación de los sistemas y servicios de salud. Las crisis económicas, los programas de ajuste estructural, los procesos de democratización y las reformas del Estado, han servido de marco para el desarrollo de los actuales procesos de reforma sectorial.

Las restricciones financieras que sufrieron los sectores sociales durante la década de los noventa, hicieron cada vez más evidente la ineficiencia de las instituciones para la gestión de sus recursos, situación que adquirió mayor relevancia debido a la tendencia al incremento acelerado de los costos de los servicios. A esto se agregó la falta de credibilidad del sector público, por la escasa correspondencia entre la cantidad y la calidad de los servicios ofrecidos y las expectativas de la población.

La reforma del sector salud se ha convertido en un tema mundial con impactos sustanciales, dramáticos y quizá revolucionarios sobre los sistemas de atención de salud en América Latina. Estos procesos se han sustentado en la distribución de recursos económicos y humanos, basada en: a) la reducción de costos y el aumento de la calidad de la atención, b) el mejoramiento de la administración de la atención de salud, c) la reorganización de los sistemas de salud, y d) la medición de la productividad de la atención de salud.

La mayoría de países en América Latina están tratando de responder a las demandas de población, mediante el énfasis de cinco conceptos claves: calidad, equidad, eficiencia, sostenibilidad y participación social. Este énfasis es consistente con el marco de referencia para la evaluación del progreso en el cumplimiento de las metas de la reforma del sector salud, proporcionado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Un elemento sustancial en la reforma de salud en Costa Rica, consiste en redefinir los roles del gobierno central, gobiernos regionales y locales en la gestión del sistema y de los servicios de salud y el fortalecer al Ministerio de Salud como ente rector.

El proceso de la reforma en nuestro país busca el modo de ejercer las funciones de rectoría, organización, provisión y financiamiento del sistema de salud. En materia de organización, se plantea la redefinición del modelo de atención con énfasis en la integralidad y la desconcentración.

Para garantizar la sostenibilidad financiera del gasto en salud, la reforma trata de ajustar el nivel de gasto y su financiamiento a las posibilidades de la economía nacional, manteniendo la filosofía de la equidad financiera, entendiendo cómo están los mecanismos de financiamiento que distribuyen adecuadamente los costos y beneficios. Además, trata de que el financiamiento público reasigne los

recursos hacia actividades, servicios, programas y grupos sociales, que fomenten la equidad y sean costo–efectivos.

No se puede perder de vista que el objetivo de la reforma es lograr una transformación permanente de la salud, que incluye la adopción de un enfoque de atención integral y continua de la salud de las personas y el ambiente, a partir de la ejecución de un conjunto de reformas políticas, institucionales y operacionales, con el fin de fortalecer la capacidad de dirección, planificación sectorial y mejorar la cobertura, accesibilidad, oportunidad, calidad y ámbito de acción de los servicios, acorde con las necesidades de la población y en función de las condiciones económicas del país.

Con este marco de acción la Caja Costarricense de Seguro Social inició un proceso de modernización, cuyos componentes básicos son: la readecuación del modelo de atención, el establecimiento de un nuevo modelo de asignación de recursos financieros y el fortalecimiento institucional.

El desarrollo de estos procesos ha implicado cambios en la normativa jurídica, entre ellos, la aprobación de la Ley de Desconcentración Administrativa de Hospitales y Clínicas de la CCSS y diversas normas y reglamentos de carácter institucional, los cuales tienen implicaciones en el campo de los recursos humanos, obligando a ampliar y redefinir la estructura temática del desarrollo de estos recursos e incorporando aspectos como: procesos de trabajo y la gestión

en los servicios. Bajo esta perspectiva, la educación, el trabajo y las diversas formas de intervención (regulación, planificación, gestión, negociación, evaluación, etc), se entienden como procesos y acontecimientos sociales, relacionados y definidos por actores sociales.

En este nuevo contexto, se hace necesario responder no sólo a los problemas y a las demandas de formación, capacitación y planificación tradicionalmente relevantes, sino también a los problemas de utilización del personal en los servicios de salud.

Por tanto, el análisis de la gestión en los recursos humanos es objeto de atención prioritaria debido a: la incorporación de nuevas formas de contratación, remuneración e instrumentos de evaluación del desempeño.

El proceso de reforma del sector salud y, en particular, el proceso de modernización de la Caja Costarricense del Seguro Social, han despertado mi interés como profesional de enfermería, en investigar cómo ha incidido el proceso de modernización de los recursos humanos de Enfermería en el nivel local, específicamente en los servicios hospitalarios considerados especializados, como son Pediatría y Neonatología del Hospital Dr. Escalante Pradilla, centro hospitalario de tipo Regional, que se encuentra ubicado en el cantón de Pérez Zeledón de la Región Brunca, al sur del país.

Esta investigación describe y explora la situación actual en la gestión de los recursos humanos de enfermería en el nivel local, a la luz de los cambios que se han generado en el proceso de modernización en materia de la aplicación de la normativa y protocolos de atención, de la práctica y de la gestión.

Las conclusiones y recomendaciones producto de esta investigación, contribuirán al desarrollo y fortalecimiento de la gestión del personal de enfermería a nivel local, regional y nacional.

CAPITULO I
MARCO CONTEXTUAL

CAPÍTULO I: MARCO CONTEXTUAL

1.1. ANTECEDENTES

1.1.1. La Reforma del Sistema de Salud Costarricense

Los sistemas de salud están experimentando una transformación radical, como resultado de tres factores convergentes: político-ideológico, financiero y epidemiológico. Para Barillas (1996), lo más importante es el factor político-ideológico, que habla del papel del Estado en el cuidado de la salud. En la mayoría de los procesos de reforma, se le ha asignado al Estado el papel de financiar y regular y su papel de servicio se ha limitado.

El factor financiero implica invertir en capital humano para disminuir costos de producción, elevar productividad nacional (competitividad) y permitir el desarrollo completo del potencial de la creatividad humana.

Desde comienzos de los años ochenta, Costa Rica inició un proceso sostenido de reforma del Estado, pasando de un Estado benefactor a un modelo regulador. Como parte de este proceso se está generando un marco jurídico que sustenta la regulación y la dinamización de las acciones del Estado. Sin embargo, es incipiente la capacidad de éste para conducir y regular el nuevo modelo, en especial en temas como ambiente, telecomunicaciones, generación de energía, desarrollo de recursos humanos y los servicios de salud.

En el proceso de reforma del Estado se observa una tendencia a la disminución del personal estatal y la incorporación de un marco desregulador en las relaciones laborales, que se expresa en la inclusión de la flexibilidad laboral externa (forma de contratación interna y diferentes formas de organizar el trabajo).

En el campo de la salud, lejos de revertir los principios de la Seguridad Social costarricense, la reforma del sector salud está orientada hacia el fortalecimiento de la solidaridad, universalidad, equidad y obligatoriedad del sistema, mediante la introducción de cambios en el financiamiento y prestación de los servicios de salud, que garantizarán la sostenibilidad del sistema.

Si bien el sistema de salud y los principios de la Seguridad Social costarricense han ayudado al país a alcanzar y mantener niveles de salud entre los mejores de la región, la presente estructura no permite a las instituciones atender adecuadamente los problemas de salud de la población. En el Informe del Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (1997), se dilucida que durante la década de los noventa, se acentuaron las desigualdades en la accesibilidad y calidad de los servicios de salud, los cambios en el perfil epidemiológico, producto de la transición demográfica y un modelo de atención con predominio de los servicios médicos-hospitalarios, un desequilibrio entre las instituciones del sector en virtud del debilitamiento del Ministerio de Salud como rector y de la duplicación de servicios y estructuras administrativas y un deterioro de la capacidad preventiva y resolutiva, consecuencia de la baja eficiencia de los

servicios de atención y el incremento del gasto en salud, alcanzando niveles del 7.4% del PIB público a casi un 10% del PIB en total.

Tal panorama conllevó a que las autoridades del país plantearan una reforma del sector salud, para enfrentar los principales problemas que incentivaron el deterioro del sector. Según los estudios realizados, las deficiencias más relevantes incluían:

- Un concepto de salud con énfasis curativo y en atención hospitalaria.
- Un sistema de planificación normativo que parte de la atención de servicios de salud existentes, en lugar de las necesidades de salud de la población.
- La insatisfacción de los usuarios con los servicios, en relación a la calidad de la atención y el trato.
- La falta de mecanismos de contención del gasto, como resultado de un modelo de asignación de recursos con base histórica.
- Una débil capacidad de gestión.
- Un marco legal rígido para la gestión presupuestaria, de recursos humanos y de adquisición de suministros.
- Una organización centralizada en la toma de decisiones y dilución de la responsabilidad y autoridad.

Con el propósito de atacar las debilidades identificadas del sector, se planteó un conjunto de acciones tendientes a la búsqueda de soluciones y a una reorganización del sector. Los objetivos básicos del proceso de modernización incluyen:

- Implementar un modelo de atención readecuado, basado en las prioridades nacionales de salud.
- Fortalecer la capacidad financiera de la Caja Costarricense de Seguro Social, en la recaudación y asignación de recursos.
- Fortalecer la capacidad de gestión de servicios descentralizados del primer nivel de atención y los hospitales de la Caja Costarricense Seguro Social.
- Establecer reformas en el nivel central para la implementación de medidas de desconcentración y descentralización.

El logro de estos objetivos por medio de los instrumentos identificados, asegurará que el sistema de salud costarricense puede garantizar la cobertura universal con calidad y eficacia a todos los ciudadanos, en un marco de sostenibilidad financiera (VII Informe del Estado de la Nación: 2000).

La reforma sectorial y los procesos de desconcentración, obligan a una redefinición del fortalecimiento de la gestión de recursos humanos en los servicios de salud, los cuales evidencian una serie de problemas que plantean nuevos desafíos para su solución. La evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), realizada por la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud, con la participación de expertos provenientes de una amplia gama de instituciones nacionales, revela entre otras cosas, que las debilidades del sistema tienen que ver con el desarrollo de los recursos humanos y la capacidad de investigación, así como con el control institucional y la capacidad de mejoras en los servicios, factores que parecen estar muy relacionados entre sí.

1.1.2. Gestión de los Recursos Humanos

La gestión de los recursos humanos enfrenta varios desafíos que se desprenden de las demandas de carácter histórico, externo e interno, que afectan a las organizaciones y a las personas que la integran.

Para enfrentar el mejoramiento continuo de las organizaciones, tanto públicas como privadas, se requiere fundamentalmente de una gestión del recurso humano que responda a las características y necesidades de la sociedad.

Para realizar esta función, los gerentes operativos y los departamentos de Recursos Humanos necesitan alcanzar objetivos múltiples, que en ocasiones pueden ser contradictorios. Los objetivos de carácter social, corporativo, funcional y personal, deben lograrse, pero sólo de manera que estén en consonancia con la organización a la que sirven. Estos objetivos se logran mediante diversas actividades enfocadas a obtener, utilizar, evaluar y retener una fuerza de trabajo eficiente.

Históricamente se han desarrollado varios enfoques de gestión y administración de los recursos humanos, para cumplir con los objetivos de la organización o instituciones, entre los cuales se enuncian:

- ❖ Enfoque estratégico: La administración de los recursos humanos se enfoca al éxito estratégico de la organización. Si las actividades de los gerentes operativos y del departamento del personal no contribuyen a que la organización alcance sus objetivos, los recursos no se están maximizando de manera eficiente.
- ❖ Enfoque Administrativo: la administración es responsabilidad de cada uno de los gerentes de división. El departamento de personal existe para asesorar y apoyar con sus conocimientos y acciones la labor de los gerentes.
- ❖ El desempeño y bienestar de cada funcionario son una responsabilidad del supervisor del trabajador.
- ❖ Enfoque de Sistemas: la administración forma parte de un sistema, que es la organización. Por ello, la actividad de los diversos departamentos debe evaluarse en función de la contribución que aporta cada parte de la organización a la productividad general.
- ❖ Enfoque Productivo: la administración puede incrementar su contribución a la organización con la participación de los funcionarios, mediante la anticipación de los desafíos que van a enfrentar.

1.1.3. Algunos elementos históricos del desarrollo de la Enfermería en Costa Rica.

En el año 1972 se conformó la Comisión Nacional para la realización del análisis de la situación de salud en Costa Rica. Esta comisión estaba integrada por representantes de servicios, docencia, Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, el

Colegio de Enfermeras y la Asociación Nacional de Enfermeras Obstétricas. La gran tarea fue definir las estrategias para dar respuesta a las necesidades y recursos de Enfermería del país. Producto de las jornadas de trabajo de este grupo se concretó el macrodiagnóstico, donde se llegó a la conclusión de que con el personal de Enfermería de esa época no era posible alcanzar la meta de proporcionar a la población una mayor y mejor atención. Como factores sobresalientes, Enfermería destacó los siguientes:

- ❖ El derecho de todos los costarricenses a la salud y a la adopción del enfoque de atención primaria.
- ❖ Priorizar la atención en un alto porcentaje en el grupo de tercera edad.
- ❖ La cobertura universal y la estrategia de atención primaria exige la incorporación del personal auxiliar, grupos locales y voluntarios de la comunidad.
- ❖ Para abordar los problemas de salud, se deberá incorporar la contribución de diversas profesiones en salud, especialistas y médicos generales, profesionales en enfermería, trabajo social, educación para la salud, microbiología, odontología, farmacia, ingeniería y otros.

Ante los factores citados, la profesión de Enfermería promulgó las directrices que la disciplina había de cumplir a fin de concretar su indiscutible aporte a la salud de la población, entre las cuales destacan las siguientes:

- Atender necesidades de salud de grupos poblaciones prioritarias; proporcionar atención de Enfermería basada en conocimientos amplios y profundos de las ciencias de salud pública; atención integral de los problemas de salud con intervención clínica y epidemiológica intra y extra-mural.
- Someter a prueba nuevas formas y esquemas para la atención de Enfermería.
- Intervenir a nivel familiar, según los diferentes niveles de complejidad, en la atención de salud; coordinar sus acciones con otras disciplinas.
- Coordinar funcionalmente las acciones de Enfermería entre el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense del Seguro Social.
- Como parte del equipo, la comunidad participará en estudio y desarrollo de planes de solución a los problemas de salud ambiental, con acciones preventivas prioritariamente.
- Responder a las demandas de atención de los diferentes grupos de edad, ocupacionales y especiales, de acuerdo con sus riesgos, asignándoles los recursos de Enfermería según requerimientos (por ejemplo, minusválidos, tercera edad).
- Ampliar la atención de enfermería en los períodos perinatal, infantil, escolar, adolescencia y adulto joven, para protegerse contra accidentes, enfermedades crónicas y sus efectos inhabilitantes.
- Garantizar la participación de la enfermera en todas las etapas del proceso de extensión de cobertura de servicios básicos de salud, así como en los

programas para formación y capacitación del recursos de Enfermería, sin dejar de lado el control y la evaluación de la práctica.

- Involucrar más a los miembros de la profesión de Enfermería en actividades multidisciplinares.
- Participar en los procesos políticos del país, así como en el desarrollo de políticas de salud que permitan redefinir la participación de la enfermera en los diferentes programas de atención a las personas y al ambiente.

1.1.4. Capacidad Gerencial y Administrativa de los Recursos Humanos de la Caja Costarricense de Seguro Social

En este apartado se mencionan algunas de las valoraciones generales sustraídas del informe final sobre el mejoramiento hospitalario, realizado por los consultores MEE. Ronny García, Licda Patricia Salgado e Inq Manuel Ruiz, contratados por el Banco Mundial y la Caja Costarricense de Seguro Social, en enero de 1995. Sobresale de este informe: ***“la detección de la ineficiencia en la gestión de los recursos humanos en los centros hospitalarios de la Caja Costarricense de Seguro Social”***, lo que les permitió emitir algunos criterios más concretos, relacionados con la gestión de los recursos humanos, entre ellos:

- Inadecuada selección del personal al incorporarse a la institución.
- Deficiencia en la inducción, capacitación y evaluación del personal de la institución.
- Carencia de instrumentos gerenciales modernos.
- Inadecuado sistema de incentivos en la gestión.

- La gestión o administración de los centros hospitalarios está regulada por instrumentos jurídicos, establecidos por la hegemonía de la medicina y, en algunos casos, estos profesionales carecen de formación y capacitación en gerencia.
- La evaluación gerencial en las prácticas no funciona, dado que el nombramiento de muchos cargos de jefatura de la Caja Costarricense de Seguro Social son por tiempo indefinido.
- Algunos estímulos institucionales propician el desarrollo de necesidades de poder en sus funcionarios, en vez de orientarlos hacia la satisfacción de metas, logros profesionales y personales.
- Las oficinas de recursos humanos de los hospitales, se consumen en gran medida, en trámites de planillas y pago de salarios, siendo casi nulo el desarrollo de actividades de planificación, inducción, capacitación, motivación, salud ocupacional y desarrollo organizacional.

Actualmente la Caja Costarricense de Seguro Social ha implementado una propuesta que define el nuevo rol de la dirección de recursos humanos a nivel central, como ente asesor normativo, asignando mayores ámbitos y responsabilidades al nivel local (Reglamento de la Ley de Desconcentración Administrativa: 1998).

Sin embargo, todavía no se ha evaluado tal proceso y, en forma general, no se aprecian avances significativos. Se requiere por tanto de una visión y una

propuesta global, que atienda simultáneamente las áreas estratégicas prioritarias de la institución, que contribuyan al logro de los objetivos del proceso de modernización de la Caja Costarricense de Seguro Social, en pro de satisfacer las necesidades de salud de la población.

1.1.5. Investigaciones realizadas sobre los diversos componentes de reforma del sector salud en Costa Rica

En Costa Rica se han realizado estudios referentes a los diferentes componentes de la reforma del sector salud y el proceso de modernización. Sin embargo, no existe una investigación en el nivel hospitalario en materia de gestión de los recursos humanos de enfermería.

A continuación se presentan algunos extractos de investigaciones nacionales:

- José Miguel Murillo (1996) realizó una investigación denominada **“La Administración del recurso humano para la salud”**, en la cual destaca la importancia de alcanzar la potencialidad del ser humano, en un proceso secuencial, hacia los objetivos institucionales, reconociendo las necesidades y las expectativas de los individuos que conforman las organizaciones.
- Rocío Sánchez y Miriam León (1997), realizaron un estudio sobre **“la equidad, eficiencia, cobertura y calidad de los Servicios de Salud”**, que constituye la base de comparación que permitirá en el futuro evaluar el impacto del nuevo modelo de Asignación de recursos financieros (SARF) y se establece la línea base de comparación en tres Areas de Salud (Chacarita, Barranca y Esperanza).

- Carlos Zamora (1998), realizó una propuesta a la CCSS denominada **“Modelo de la Producción Hospitalaria”**. Tal propuesta busca una nueva forma de adjudicación presupuestaria, partiendo de los presupuestos históricos a una asignación de presupuesto basada en la producción de los hospitales.
- Claudio Arce (1996) investigó la **“Productividad y Eficiencia del Tercer Nivel de Atención de la Salud en la C.C.S.S.”**, la cual parte de la definición de los conceptos de eficiencia, técnica o asignativa y de producción aparente. Indica que probablemente la utilización de los recursos en los hospitales de la institución revela carencias en estos aspectos
- Noemy Gutiérrez y Flory Hidalgo (1994) investigaron la **“Satisfacción Laboral en el Personal Profesional Farmacéutico de los Hospitales Nacionales Desconcertados”**. Para el análisis de la satisfacción laboral, se utilizó el modelo propuesto por Stephen Robbins, el cual toma en cuenta factores individuales, de grupo y organizacionales, así como la influencia que ellos ejercen sobre la misma.
- Leonor Angulo y Ramón Castro (2000), investigaron los **“Factores Organizativos incidentes en el Cumplimiento Laboral”**. Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla. Este estudio identificó factores sociolaborales, de desempeño, culturales, de liderazgo de relación entre las metas personales y del Hospital e idoneidad.

1.2. JUSTIFICACION

El personal de enfermería constituye el grupo más numeroso de los recursos humanos de salud en la mayoría de los países de América Latina. Al igual que para Enfermería y otros sectores laborales de la salud, la implementación de la

reforma del sector salud que dio inicio durante la década pasada, ha implicado un serio reto, debido a los cambios profundos que se presentaron en el entorno organizacional, económico y jurídico.

Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud hace referencia a que ***“el modelo de salud se ha enfocado hacia el cuidado preventivo, la atención primaria y paralelamente, al cambio de la atención institucional hacia la comunidad, lo que ha dejado como resultado la readecuación del modelo de atención a la salud .”***
O.P.S. (1996:34)

Tales cambios han generado el desarrollo de una mayor exigencia de eficiencia, eficacia y productividad, así como el desarrollo de una práctica basada en la evidencia, la incorporación de nuevas técnicas de investigación, trabajo en equipo multidisciplinario, conocimiento y experiencia en sistemas de cómputo, adquisición de alta tecnología y responsabilidades con el cliente y la comunidad.

Este proceso está orientado a dar respuesta a las necesidades de la población. Al mismo tiempo, las iniciativas para mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud, están unidas al desarrollo de la concientización del individuo sobre el cuidado de su salud.

Para lograr la interrelación de todos estos procesos, se requiere de recursos humanos calificados en las instituciones de salud.

El personal de enfermería posee características y está capacitado para facilitar el desarrollo individual del usuario (a) y de la comunidad. Sin embargo, estas acciones o actividades en que se desarrolla la Enfermería, demanda dedicación.

Este recurso humano representa el grupo más numeroso en la contratación en el sector, por lo tanto consume un alto porcentaje del presupuesto operativo de las instituciones de salud. Este impacto en los costos ha originado que se hayan desarrollado políticas institucionales y sectoriales presupuestarias dirigidas al personal de enfermería, como el medio y el fin para disminuir costos.

En Costa Rica y América Latina no existen estudios sobre el impacto o beneficios para la población de la práctica de este grupo ocupacional y profesional, en comparación con otros sectores ocupacionales y profesionales, que en proporción son menores y consumen igual o superior presupuesto.

Otro de los inconvenientes que ha enfrentado el personal de enfermería en los procesos de reformas, es que carece de indicadores que midan las actividades que se realizan cuantitativamente y cualitativamente, sobre todo porque existe una dicotomía entre el alto valor social humanístico propio del cuidado de enfermería y las limitaciones impuestas por un modelo de salud basado en principios económicos.

Es importante mencionar que los instrumentos técnicos utilizados para medir las actividades, carecen de elementos cualitativos, lo cual pone en desventaja la posibilidad de medir la productividad total del este grupo y compararla con otros sectores. Según Forbes, Bott y Tauton (1997), el ambiente de trabajo sigue cambiando dramáticamente y el personal de enfermería experimenta expansión en sus roles y responsabilidades, el explorar la percepción de las enfermeras (os) y los técnicos acerca de su práctica y el control sobre la misma, se vuelve más crítico. De lo anterior se logra identificar que las características actuales de la práctica, gestión y administración de enfermería, son consecuencia y no causa de la situación vigente.

Por tanto, un análisis de las causas que explican estas características ayudaría a identificar formas más apropiadas para la definición del problema.

La importancia de desarrollar este trabajo de investigación, radica en identificar los cambios en la gestión de prestación de servicios de Enfermería, generados en la implementación del proceso de modernización de la Caja Costarricense de Seguro Social. Pretende analizar la gestión de los recursos humanos, mediante la descripción y exploración de la situación actual y funcional de la organización en el nivel local. Se han seleccionado los Servicios de Pediatría y Neonatología del Hospital Dr. Escalante Pradilla, por tratarse de servicios de atención especializada.

La selección de este Centro Hospitalario se sustentó en primera instancia, en la oportunidad de contar con la información requerida, anuencia de la directora y del personal de enfermería para la realización de la investigación y el deseo del departamento de enfermería de tener insumos para mejorar y fortalecer la prestación de los servicios que brinda. En este Hospital se incorporó el compromiso de gestión en 1998 e inició su proceso de desconcentración administrativa en el año 2001, constituyendo uno de los centros piloto para la implementación del proceso de modernización institucional.

1.3. Formulación y Delimitación del Problema

Un análisis completo y exhaustivo de la reforma del sector salud, debe incluir la evaluación del impacto o efectos en los recursos humanos. Sin embargo, a nivel internacional y en Costa Rica, han sido pocas las investigaciones dirigidas a este fin y las realizadas han redundado en la medición de resultados económicos, utilizando indicadores de eficiencia, productividad y costos.

Dado que la enfermería representa gran parte de los recursos humanos en el sector salud, en este proceso es esencial obtener información sobre la gestión, administración y los cambios en sus roles y funciones.

El desarrollo de este estudio permitirá evidenciar la situación actual que refleja la gestión del personal de enfermería en los servicios de Pediatría y Neonatología del Hospital Dr. Escalante Pradilla, el cual se encuentra inmerso en el proceso

de modernización de la Caja Costarricense de Seguro Social y más recientemente, en el proceso de desconcentración administrativa.

Ante tal situación, el presente estudio pretende dar respuesta a la siguiente interrogante:

¿Cómo se está desarrollando la gestión del recurso humano en enfermería en los servicios de Pediatría y Neonatología del Hospital Dr. Escalante Pradilla, en el marco del proceso de modernización de la Caja Costarricense de Seguro Social?

1.4. OBJETIVO GENERAL

Analizar la situación actual de la práctica y gestión del recurso humano de enfermería, en el marco del proceso de modernización de la CCSS, en los Servicios de Pediatría y Neonatología del Hospital Dr. Escalante Pradilla, en el primer semestre del año 2002.

1.5. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar algunos elementos del proceso de modernización relacionados con la práctica de enfermería en dos servicios especializados del centro hospitalario.
- Describir aspectos relacionados con la gestión del recurso humano de enfermería en los servicios de Pediatría y Neonatología, en el marco del proceso de modernización de la CCSS.

- Recomendar acciones para el fortalecimiento de la gestión de los recursos humanos en enfermería.

CAPITULO II
MARCO TEORICO

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Proceso de Modernización de la Caja Costarricense de Seguro Social

En el marco de la Reforma del Sector Salud, en 1994 la Caja Costarricense de Seguro Social inició un Proceso de Modernización, cuyos componentes básicos son: un nuevo modelo de asignación de recursos financieros, la readecuación del modelo de atención y el fortalecimiento institucional.

Para la implementación de dichos componentes, se plantearon algunas estrategias esenciales, como: la adecuación de la organización de los niveles administrativos (central, regional y local), que incluye, entre otros, la garantía de la calidad, el fortalecimiento y redefinición del proceso de planificación institucional; la separación de las funciones de financiamiento, compra y provisión de los servicios; la introducción del compromiso de gestión como instrumento para vincular la actividad con los recursos y trasladar el riesgo a los proveedores de servicios; el desarrollo de la capacidad gerencial y la desconcentración administrativa de los recursos humanos, presupuesto y contratación.

A continuación se describen algunos de los aspectos fundamentales de los componentes del Proceso de modernización, así como algunas de las estrategias propuestas.

2.2.1. Componentes del Proceso de Modernización

Nuevo modelo de asignación de recursos: en el ámbito del nuevo modelo de asignación de recursos financieros de la CCSS (SARF), los cambios propuestos se desglosan en el siguiente esquema:



Fuente: Hacia un nuevo modelo de asignación de recursos financieros, CCSS. 1998.

Readecuación del modelo de atención: se caracteriza por una atención integral y continua de la salud de las personas y el ambiente, bajo un enfoque biopsicosocial del proceso salud - enfermedad, cuyo énfasis está en las acciones de promoción y prevención, fundamentada en la estrategia de atención primaria. El

sujeto de la atención deja de ser exclusivamente el individuo, para dirigirla principalmente a la familia, comunidad y ambiente. Empero, para asegurar este cambio en el enfoque y tipo de atención, se deberá contar con, al menos:

- Un sistema de planificación basada en las necesidades y prioridades locales de salud.
- La asignación de un equipo responsable de familias, que evite la discontinuidad y fragmentación de la atención.
- Un proceso de capacitación de los recursos humanos, con base en los principios y contenidos de la salud familiar y comunitaria.
- Desarrollo de un proceso de gerencia estratégica local.

Fortalecimiento Institucional: Este componente pretende fortalecer y desarrollar la estructura y organización funcional de la CCSS, para que pueda cumplir eficientemente su misión, mediante la readecuación de su organización y estructura, el desarrollo de sistemas operativos y funcionales adecuados a las principales funciones institucionales y, finalmente, mediante el desarrollo de una estrategia de cambio y modernización, que garantice una producción de servicios de calidad y eficiencia para la población beneficiaria.

Los principios generales que guían la transformación son: a) la eficiencia organizacional, b) desconcentración administrativa, c) atención integral, d) administración integral, e) transparencia en la administración financiera y

recaudación, f) especialización funcional, g) calidad total en la prestación de los servicios.

2.2.2. Estrategias

Para la cristalización del proceso de modernización, se hace necesaria la implementación de algunas estrategias, entre ellas:

a) Sistema de mejoramiento continuo de garantía de la calidad:

El concepto de garantía de calidad, significa asegurar que las condiciones bajo las cuales se brinda la atención de la salud, tenga como objeto que la población reciba el máximo beneficio al menor riesgo y costo.

La mayoría de los cambios que introduce el nuevo modelo están orientados a mejorar la calidad de los servicios; esto es ratificado por Carvajal (1995). Sin embargo, hace referencia que se debe diseñar e implementar un sistema que permita garantizarla, sobre la base de criterios predeterminados de racionalidad y lógica científica, tales como oportunidad, suficiencia, integralidad, continuidad y atención personalizada, así como un proceso de planificación de los servicios de salud.

La planificación deberá transformarse en un proceso integral y participativo, que involucre a todos los actores sociales y a los niveles administrativos; cada uno de ellos con ámbitos de responsabilidad bien definidos.

Deberá poseer además, un enfoque estratégico tal que permita identificar prioridades, actuar sobre ellas, evaluar los resultados específicos y que subordine los objetivos inmediatos a los de mediano y largo plazo.

Se requiere que la planificación sea flexible y adaptable a cada realidad local, que se desarrollen los instrumentos y tecnologías necesarios para que pueda ser asumida por los niveles regional y local en sus respectivas áreas de competencia, transformándose en la base de la formulación presupuestaria. Para Henderson (2001), la planificación en el modelo de atención propuesto debe incluir, al menos, los componentes de diagnóstico, priorización de problemas, identificación de sus factores condicionantes, diseño y costo de opciones de solución, programación estratégica, presupuesto, análisis de menor costo y de costo/efectividad.

También es preciso incluir en ese proceso, el seguimiento, control y evaluación de la gestión, que involucra aspectos tales como: la producción, el rendimiento, la satisfacción, la calidad y el impacto de los programas.

b) Formas de entrega de los servicios:

En el nuevo modelo de atención, la entrega de los servicios se realizará en la red pública y privada de establecimientos; de esta manera se elimina la duplicidad existente, mediante el uso racional de todo el recurso físico, humano y tecnológico disponible en el país.

Lo anterior implica, entre otras cosas, ofrecerle a las personas nuevas opciones de atención, de la administración y modalidades de la gestión de los servicios públicos.

c) Compromisos de gestión:

Según la revista de Gestión, editada por la Caja Costarricense de Seguro Social (1997), el compromiso de gestión es una herramienta administrativa que vincula la actividad productiva del centro de salud con el presupuesto que se le asigna cada año en el nivel central. Los objetivos de los compromisos de gestión resaltan: la transparencia en las obligaciones y objetivos definidos para cada centro; el promover la autonomía; la desconcentración en la gestión y la eficiencia de los centros de salud, así como la posibilidad de establecer una cooperación y competencia interna planificadas.

En el sistema de salud el compromiso de gestión y su rol están directamente relacionados con la separación de funciones y la formalización de las relaciones entre los diferentes actores del sistema de salud. Los tres actores principales en el entorno del modelo de salud son: el Financiamiento o asegurador, el Comprador, actuando en una forma colectiva para adquirir servicios de salud para la población, y el Proveedor, siendo el responsable por la gestión y producción de los servicios de salud.

Se espera que una organización que esté vinculada con este tipo de gestión, se disponga a:

- Orientar los recursos disponibles hacia los objetivos de salud.
- Premiar a los proveedores eficientes y penalizar a los ineficientes.
- Vincular la financiación de los centros con los pacientes que atienden y lograr con ello el fortalecimiento del papel del ciudadano.
- Hacer más transparente, y por tanto más auditable, el sistema en sus diversas dimensiones: actividad, costos, productividad y otros.

El compromiso de gestión contiene objetivos generales y específicos, que deben ser cumplidos por los proveedores de servicios, los cuales se muestran en la tabla 1.

TABLA 1
CONTENIDOS DEL COMPROMISO DE GESTIÓN

Cláusulas Generales:	Cláusulas Específicas
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Objetivos del contrato ▪ Acceso a los servicios ▪ Gestión de los servicios ▪ Derechos de los usuarios ▪ Promoción de la calidad ▪ Condiciones económicas ▪ Facturación de los servicios ▪ Gestión de los ingresos ▪ Evaluación y control ▪ Vigencia y Renovación 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Actividad Contratada ▪ Objetivos de Calidad ▪ Objetivos Organizativos ▪ Objetivos Asistenciales <p>Addendum de los centros desconcentrados</p>

d) Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas:

La Ley de Desconcentración Administrativa de Hospitales y Clínicas Caja Costarricense de Seguro Social (1998), permite una mayor autonomía en la gestión presupuestaria, la contratación administrativa y el manejo de los recursos humanos.

La CCSS, por medio de su Junta Directiva, podrá ampliar la desconcentración a los centros de salud, previa realización de los estudios técnicos que la justifiquen. De acuerdo con las necesidades del centro y su población, le designará las siguientes responsabilidades en materia de recursos humanos a las unidades locales:

- Definir y establecer modalidades alternativas de contratación, aplicables al sistema de empleo público o de contratación administrativa de servicios.
- Reclutamiento y selección de personal, aplicando directamente el proceso de selección legal o reglamentario que corresponda.
- La creación y desarrollo de los programas de capacitación y formación de personal para sus servidores.
- La resignación individual de puestos.

La Dirección de Recursos Humanos a nivel central, será responsable del diseño técnico de las políticas institucionales y de su adecuada planificación, así como de las propuestas de reglamentación.

Por otra parte, serán de carácter obligatorio los programas de orientación e inducción y los de evaluación del desempeño, a fin de que los servidores se identifiquen con las funciones, alcances, deberes de sus competencias y con la misión y visión de la institución.

En este nuevo escenario, los (as) funcionarios (as) necesitarán orientarse hacia la gestión gerencial, para lo cual se tendrá que vincular y evaluar las actividades

clínicas y los recursos financieros, tratando de hacer hincapié en el manejo del presupuesto y de los recursos en general.

Estas direcciones fomentarán una participación más activa de los profesionales y los clientes y ofrecerán más oportunidad de influir en el tratamiento y en la expansión de la función de los agentes de la salud. Es indispensable racionalizar las acciones y maximizar los recursos.

2.3. Gestión del Recurso Humano en el proceso de modernización de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Los cambios propuestos anteriormente obligan a una redefinición y al fortalecimiento de la función de gestión de Recurso Humano en los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Estos servicios de salud presentan desde hace tiempo una serie de problemas, a los cuales se ha hecho difícil dar solución. Entre ellos se mencionan: desequilibrios en la estructura y mala distribución de la fuerza de trabajo; bajo nivel de desempeño del personal e insuficiencia de criterios e instrumentos de evaluación; conflictividad laboral, que interfiere con la productividad; fragmentación y complejidad creciente de los procesos de trabajo; y aumento de los costos del trabajo.

Brito, Pedro y otros (1996) establecieron que, ante el nuevo reto que plantea el proceso de desconcentración de las unidades proveedoras de servicios y,

considerando los problemas antes mencionados, ***se debe considerar al Recurso Humano no como un objeto, sino como sujeto protagonista en la gestión del proceso de atención, asumiendo un papel protagónico entre la población y el servicio.***

Asimismo, en materia de Recursos Humanos, Dussault (2000), opina que dicha gestión debe comprender todas aquellas actividades gerenciales ligadas al trabajo de las personas en una organización. Esta dimensión de la gestión se refiere a acciones que favorecen la creación de condiciones de trabajo favorables para que el personal produzca servicios de calidad.

Las acciones de gestión de personal son de naturaleza variable y muestran la intención de ayudar a las personas, respetando y reconociendo el valor de su trabajo, a orientar su actividad laboral hacia los objetivos de la organización.

De lo planteado se puede derivar un conjunto de áreas de acción en la gestión de Recursos Humanos y que deben definirse considerando el contexto y el nivel de decisiones en que se dan. Estas áreas son las siguientes:

- *Organización del trabajo:* requiere de una definición clara de los resultados esperados del proceso de producción de servicios, en términos cuantitativos y cualitativos. Se basa en el conocimiento de la situación de salud, el desempeño del servicio, la satisfacción de los usuarios y las condiciones de trabajo del

personal y su organización. Además, precisa del equipamiento o dotación individual y colectiva de los instrumentos necesarios para que su trabajo consiga los resultados esperados. Incluye el equipo, métodos de trabajo, recursos financieros, incentivos, entre otros.

- Administración de personal: requiere de servicios descentralizados y de nuevas modalidades de contratación de personal. Para ello, es necesaria una capacidad de reclutamiento y selección fuerte, activa y, sobre todo, una interacción con las unidades de producción de servicios para que la asignación y utilización sean adecuadas. Incorpora además, la redefinición de la visión normativa y nuevas formas de evaluación del desempeño, la capacitación y funcionamiento en equipo.
- Negociación de conflictos y relaciones laborales: tradicionalmente se enfrentan los conflictos en forma reactiva. Se requiere orientar la administración de los diversos regímenes de personal, armonizando las relaciones entre profesionales y entre categorías, así como el establecimiento de espacios de negociación de las condiciones del empleo , la prevención y manejo de conflictos.
- Capacitación del personal: la función educativa del personal adquiere relevancia en tres aspectos: a) como instrumento para que cada trabajador pueda desarrollar sus capacidades; b) para la mejora continua del desempeño (individual y en equipo) y c) como estrategia para desarrollar una nueva cultura

institucional que permita cambios en los estilos de trabajo y una relación más comprometida con la población usuaria. La idea de educación permanente como instrumento para la gestión, adquiere relevancia si se desea conseguir el éxito en la gestión empresarial.

Toda organización tiene la responsabilidad ineludible, mediante un programa moderno y eficiente para la administración del personal, de brindar a los (as) trabajadores (as) la oportunidad de satisfacer sus necesidades básicas de subsistencia y sus deseos de progreso en los aspectos materiales y espirituales, agentes inherentes al ser humano como totalidad.

Las organizaciones han basado su funcionalidad a lo largo del tiempo, en elementos que han sido denominados primordiales y entre éstos se encuentra la motivación. Partiendo de dicha premisa, Abraham Maslow (Marriner, 1982) propone un modelo mediante el cual se logra incidir para resolver las necesidades del trabajador o funcionario dentro de las organizaciones. Este jerarquizó las necesidades del ser humano de la siguiente manera:

- ***Necesidades fisiológicas (primarias):*** la alimentación, las relaciones sexuales, el descanso, el vestido, el alojamiento y todas aquellas que son primordiales para la existencia.
- ***Necesidades relacionadas con la seguridad física y psicológica:*** la protección contra posibles peligros actuales y futuros en un ambiente

confiable, ordenado y previsible, y la posesión de un credo o ideología que permita comprender el mundo.

- **Necesidades de pertenencia y de amar y ser amado:** básicamente el tener la oportunidad de ofrecer amor y de recibir un trato semejante, y de pertenecer a un grupo con cuyos miembros es posible "sentirse bien".
- **Necesidades de estimación:** enorgullecerse de lo que se es y de lo que se hace, sentirse fuerte e independiente y con capacidad para alcanzar las metas previstas. Dentro de este grupo, además, se incluyen las necesidades de respeto y admiración de parte de los otros, el prestigio y un adecuado estatus social.
- **Necesidades de autorrealización:** tener la oportunidad de emplear y desarrollar todo el potencial y las aptitudes que se poseen, de crecer y progresar en todos los planos: personales y laborales.

En forma complementaria, se deben incorporar otros elementos, como son los deseos del trabajador; los cuales a su vez dependen de factores como:

- **El salario:** contribuye a la satisfacción de las necesidades fisiológicas y de seguridad y de algunas relacionadas con el ego del individuo.
- **La estabilidad en el trabajo:** puede ser uno de los aspectos que más preocupan al empleado, máxime en una época como la actual, caracterizada por una permanente crisis económica con secuela de desempleo y en la que los cambios tecnológicos exigen nuevos conocimientos y aptitudes.

- **La aceptación social:** este deseo es producto de la inclinación social del ser humano y la empresa puede contribuir a desarrollarla y a fortalecerla, mediante actividades sociales y culturales y programas de inducción, e integrando grupos de trabajo en sus diversas áreas de actividad.
- **El reconocimiento por una buena ejecución de las tareas:** el supervisor tiene la obligación de estimular de alguna manera el buen desempeño del trabajador. Una buena actuación merece un elogio y un incentivo. Esta actividad - muy positiva - contribuye a satisfacer necesidades del ego de las personas.
- **El contenido laboral del puesto:** Un cargo significativo y estimulante (con tareas que no sean ni rutinarias ni monótonas), es la clave de una de las satisfacciones primordiales del empleado. Toda personal desea contribuir al progreso y al éxito de la compañía, el orgullo por el trabajo y los esfuerzos realizados, se convierte en una de las fuerzas motivadoras más importantes.
- **La posibilidad de progresar en la empresa:** es un factor poderoso de motivación el que los empleados tengan la seguridad de que podrán progresar, de acuerdo con sus méritos, en su vida laboral y que la compañía actúa con justicia: libertad, oportunidad y autorrealización son los componentes de este motivador.
- **Las condiciones y el medio laboral:** las buenas condiciones de trabajo, tales como una adecuada seguridad e higiene, el equipo y los materiales indispensables y un buen clima laboral (con relaciones humanas

convenientes y alta moral y motivación), constituyen una vía segura para la satisfacción de los empleados (as).

- **Las jefaturas competentes y justas:** es un error creer que el común de los trabajadores anhela un supervisor que les permita estar todo el día sin hacer nada y que además les conceda privilegios especiales sin ningún esfuerzo de su parte. Todo lo contrario: los trabajadores respetan y obedecen al supervisor que es capaz, que actúa con justicia y que muestra un interés sincero por sus colaboradores (as).
- **La responsabilidad social de la institución o empresa:** los trabajadores se sentirán orgullosos de pertenecer a una organización que es admirada en la comunidad por sus esfuerzos en pro del bienestar social, no sólo de los trabajadores de su planta, sino de la sociedad en general.

2.4. Aspectos laborales del recurso humano en enfermería.

A continuación se ha referencia de algunos aspectos generales de la situación de enfermería en el campo laboral :

a) Formas organizativas de Enfermería:

Se puede afirmar que las organizaciones hacen parte de los mecanismos reguladores de una profesión en sus instancias científicas y gremiales, que en su aparente autonomía permiten evidenciar la institucionalización de estos organismos, en tanto se afinan mecanismos de confluencia en las estructuras jerárquicas superiores, sin que en la base logren integrarse para presentarse como totalidad. Es por ello que los elementos de análisis son provistos desde arriba hacia abajo.

Por lo tanto, es necesario profundizar en el tema integración docencia - servicio-gremio. Asimismo, es necesario impulsar desarrollos técnicos del liderazgo, tanto en su formación como en su práctica; se deben fortalecer los mecanismos de información y educación continua, con el fin de retroalimentar el proceso para incrementar la calidad, eficiencia y efectividad del mismo.

b) El mercado de trabajo en enfermería:

El personal de enfermería interviene en los fenómenos económicos en dos formas: como factores de producción de servicios de salud y como objetivo de un proceso de formación. Al análisis de esta doble intervención podemos denominarle “Economía de los Recursos Humanos”.

La profundización en el estudio de los elementos que influyen en la capacidad de trabajo del personal de enfermería en la sociedad, caracteriza su papel productor y reproductor, entendiendo que este papel está permeado por una política social y de estatización, para responder a un modelo de desarrollo en América Latina.

Desentrañar la verticalidad en la estructura del mercado de trabajo en salud, reconocer los factores que están presentes en la formación del profesional o técnico de enfermería y el analizar las consecuencias del mercado laboral en términos de subempleo, desempleo abierto y multiempleo, son elementos críticos en América Latina.

c) Movilidad de los recursos humanos de enfermería:

La participación de los recursos humanos de enfermería en el proceso de salud y enfermedad, implica una dinámica particular que hasta la fecha ha sido descrita, más no interpretada.

Es por ello que se habla de la distribución de recursos humanos por áreas geográficas (rural y urbana), por sectores estatales (seguridad social y privado), y por áreas de desempeño (asistencia, docencia). De igual forma, existen otras categorías que no han sido descritas aún, como lo son: la distribución en instancias de decisión, participación en las estructuras de poder, migraciones de profesionales a países con mayor desarrollo económico y social.

d) El ejercicio independiente de la profesión en Enfermería:

A nivel mundial, las organizaciones de Enfermería se han dado a la tarea de analizar teóricamente el cambio del Sistema de Salud y las posibles propuestas o planteamientos en que Enfermería debe contribuir al desarrollo y fortalecimiento del Sistema de Salud en el país y en el resto de la región. Estas áreas y acciones son:

- Hacer el mejor uso de los recursos disponibles para prestar a todos (as) la mejor atención de salud posible.
- Los servicios generales y especializados de Enfermería deben prestar atención eficaz y eficiente en: atención preventiva, curativa, con pacientes crónicos, de rehabilitación y atención en casos de dependencia completa y terminal.

Dentro de los aspectos que se definen para el cumplimiento de las acciones citadas, debe destacarse la necesidad de contar con una normalización adecuada, que permita proporcionar las directrices para asegurar la calidad en la prestación de los servicios en las siguientes áreas:

- En el área asistencial se deben desarrollar normas de la práctica clínica, que proporcionen garantía, calidad y seguridad a los cuidados prestados a los pacientes.
- En el área docente se deben normalizar los conocimientos teóricos y las capacidades técnicas, necesarias para el desarrollo profesional y personal.
- En el área de investigación se deben desarrollar protocolos de investigación para los distintos focos de interés, en la mejora de la calidad de la prestación de los servicios.
- En el ámbito de la gestión, se deben normalizar los distintos procesos administrativos que ayuden a sustentar las prácticas asistenciales en las que interviene Enfermería y las que ayudan a sostener la propia estructura organizativa de la institución.

Todo esto se debe dar en un ámbito de flexibilidad y capacidad de adaptarse a los cambios constantes en el proceso de modernización del sector salud. Además, se requiere desarrollar un fuerte liderazgo para que las acciones encomendadas se realicen de la mejor manera posible y en función de las necesidades de población.

CAPITULO III
DISEÑO METODOLOGICO

3.1 Tipo de estudio

El estudio es de tipo descriptivo exploratorio. Se define en primer término como de tipo **“exploratorio”**, según señala Carlos E. Méndez A (1995) por cuanto:

“Permite al investigador familiarizarse con el fenómeno que se investiga. Es el punto de partida para la formulación de otras investigaciones con mayor nivel de profundidad”.

- No se tiene conocimiento de otras investigaciones formales realizadas en el país sobre la Gestión de los Recursos Humanos de Enfermería, en el Proceso de Modernización de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- Al no contar con un modelo específico referido a este problema de investigación, se efectuó una recopilación de tipo teórica acerca de los conceptos relacionados con el tema de investigación.
- Al no existir otros estudios referentes al tema, la CCSS puede utilizar como base estos datos para realizar nuevas investigaciones.

En segundo término, se definió como **descriptivo** porque ***“Identifica características del universo de investigación, establece comportamientos concretos, descubre y comprueba asociación de variables de investigación”*** (Méndez, Carlos. 1995)

Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de cualquier fenómeno que sea sometido a análisis. Su propósito es la delimitación de los hechos que conforman el problema de investigación, tales como: describir y comprobar la asociación de las variables de investigación).

- Se propone identificar los elementos y características del problema de investigación, entre ellos indicadores del Proceso de Modernización de la Caja Costarricense de Seguro Social y los indicadores establecidos en la gestión de los recursos humanos de Enfermería, relacionados con la prestación de los Servicios de Neonatología y Pediatría del Hospital Dr. Escalante Pradilla.

3.2. Area de estudio

El estudio se realizó en los Servicios de Neonatología y Pediatría del Hospital Dr. Escalante Pradilla, Centro Hospitalario Regional perteneciente a la Región de Servicios de Salud Brunca, situada en el Sur del país. Este hospital cuenta con un área de atracción directa, constituida por dos Areas de Salud y cuatro Hospitales Periféricos, conformando la red de servicios de la CCSS en la Región Brunca (Anexo 2).

3.3 Selección de Muestra

La muestra estuvo conformada por:

- a.- El personal de Enfermería de los Servicios de Neonatología y de Pediatría del Hospital Escalante Pradilla (Profesionales, Auxiliares y Asistentes de pacientes) y la

Supervisora de Area, responsable de la gestión de los recursos humanos. Se excluyó al personal que se encontraba ausente por vacaciones, permisos o días libres.

b.- Familiares de los (as) usuarios (as) externos (as) de los Servicios de Neonatología y Pediatría. Se entrevistaron a los (as) familiares de los (as) niños (as) que se encontraban internados en ese momento en los servicios. De un total de 37 internados, se logró entrevistar a 33 familiares.

3.4 Momentos metodológicos

3.4.1 Primer Momento: Preparatorio de la evaluación

A partir de la elaboración del anteproyecto, se realizaron las siguientes actividades:

a.- Revisión del Proceso de Reforma de Salud en Costa Rica. Posteriormente se seleccionó como una de las variables del estudio, el Proceso de Modernización de la Caja Costarricense de Seguro Social y aquellos indicadores directamente relacionados con la prestación de los servicios de salud. Se excluyeron del estudio los indicadores vinculados con la gestión y administración del Centro Hospitalario, así como los de tipo económico-financiero.

b.- Para la valoración de la variable de la Gestión del Recurso Humano en Enfermería, se seleccionaron indicadores que miden la práctica, condiciones laborales, así como acciones y técnicas administrativas desarrolladas en función de la prestación del servicio establecida en el Proceso de Modernización de la CCSS.

3.4.2. Segundo Momento: Construcción del marco conceptual de la evaluación.

Con la elaboración del proyecto y el marco conceptual del proceso de evaluación, se seleccionaron las fuentes de información, para cumplir los objetivos y buscar los mecanismos para relacionar las actividades con los productos esperados.

Se emplearon fuentes primarias y secundarias, las cuales se describen a continuación:

- Fuentes primarias:
 - Entrevista estructurada dirigida a familiares de los usuarios directos de los Servicios de Neonatología y Pediatría del Hospital Dr. Escalante Pradilla.
 - Cuestionario previamente codificado, dirigido al personal de Enfermería de estos Servicios.
 - Lista de cotejo para Supervisora de Area de Enfermería.

- Fuentes secundarias:
 - Revisión documental de la Reforma del Sector Salud Costarricense, referencias bibliográficas empleadas para la recopilación de los marcos contextual y teórico (leyes, reglamentos y normas).
 - Revisión documental elaborada por Organismos Nacionales e Internacionales sobre la práctica, administración y gestión de la prestación de los Servicios de Enfermería en el Sector Salud.

3.4.3. Tercer Momento : *Elaboración de instrumentos para el trabajo de campo.*

Con base en los objetivos, variables, dimensiones, indicadores, técnicas y fuentes de información, se diseñaron los siguientes instrumentos:

- Cuestionario de recolección de datos para la construcción del análisis de la situación actual del ambiente laboral (anexo 3).
- Entrevista estructurada dirigida a familiares de los usuarios, para determinar la calidad de la prestación de los Servicios de Neonatología y Pediatría (atención por parte del personal y evaluación de la planta física) (Anexo 4).
- Lista de cotejo dirigida a la Supervisora de Area, para la recolección de datos estadísticos de los Servicios (Anexo 5).

3.4.4. *Cuarto Momento: Trabajo de campo*

3.5 Componentes de análisis según variables e indicadores

Para la recolección de los datos y el análisis e interpretación de la información, se hizo una selección de variable e indicadores, según se indica a continuación:

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores
Proceso de modernización de la CCSS	Se refiere al proceso que incluye la adopción de un enfoque de atención integral y continua de la salud de las personas, a partir de la ejecución de un conjunto de reformas políticas institucionales y operacionales, con el fin de fortalecer la capacidad de dirección, planeación y calidad de los servicios.	Existencia y aplicación de programas, normas y protocolos y proyectos de mejoramiento continuo de la calidad (MCC).	Número de programas, protocolos o normas específicos para el manejo del paciente hospitalizado Porcentaje del personal de Enfermería que conoce y aplica los programas y normas establecidas en los Servicios de Pediatría y Neonatología

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores
	<p>Incluye las acciones que se llevan a cabo en los Servicios de Pediatría y Neonatología del Hospital Escalante Pradilla para brindar la atención integral, oportuna, eficiente y con calidad, acorde al cumplimiento de planes, programas e instrumentos de gestión.</p>	<p>Participación del personal de Enfermería en la elaboración y ejecución de planes e instrumentos de la gestión de los servicios de Enfermería.</p> <p>Diseño y ejecución de programas de educación para la</p>	<p>Número de proyectos específicos para el mejoramiento continuo de la calidad (MCC) basados en áreas críticas de los Servicios de Pediatría y Neonatología</p> <p>Porcentaje de funcionarios de Enfermería que participan en la elaboración y ejecución de proyectos de MCC</p> <p>Porcentaje de funcionarios de Enfermería que conocen los objetivos y metas pactadas en el compromiso de gestión del Hospital Escalante Pradilla</p> <p>Porcentaje del personal de Enfermería que participa en la elaboración del Plan Anual Operativo de los Servicios de Pediatría y Neonatología</p> <p>Porcentaje de funcionarios de Enfermería que participan en la elaboración del Presupuesto de los Servicios de Pediatría y de Neonatología</p> <p>Porcentaje del personal de Enfermería que participa en el análisis del avance físico de metas de los Servicios mencionados</p> <p>Número y tipo de programas de educación para la salud elaborado</p>

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores
		salud, dirigidos a familiares de los pacientes hospitalizados en los Servicios de Pediatría y Neonatología	en los Servicios mencionados
		Análisis de los datos básicos de producción de los Servicios de Pediatría y de Neonatología del Hospital Escalante Pradilla	<p>Porcentaje de egresos de los Servicios en el primer trimestre del año 2001 y primer trimestre del 2002</p> <p>Comparación de los porcentajes de egresos en el primer trimestre del 2001 y primer trimestre del 2002</p> <p>Porcentaje de fallecidos en los Servicios de Pediatría y Neonatología en el año 2001 (por trimestres) y primer trimestre del 2002</p> <p>Porcentaje de egresos de neonatos vivos en el primer trimestre del año 2001 y comparación con los del primer trimestre del año 2002</p> <p>Porcentaje de ocupación de los Servicios de Pediatría y de Neonatología en el primer trimestre del 2001 y primer trimestre del 2002</p> <p>Estancia media en los Servicios mencionados (primer trimestre de 2001 y primer trimestre de 2002)</p> <p>Porcentaje de cumplimiento de la producción pactada (UPH) en los Servicios de</p>

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES
		Análisis de la satisfacción de los usuarios de los servicios	Pediatría y Neonatología (pactadas y logradas en el 2001). Resultados de la encuesta a usuarios del Servicio (muestra de familiares de los pacientes hospitalizados)
Gestión de recursos en Enfermería	Se refiere al conjunto de actividades gerenciales ligadas al trabajo del personal de Enfermería como grupo y como parte de un equipo de trabajo, enfocado a identificar y mejorar las áreas críticas, condiciones de trabajo (espacio físico, clima organizacional, equipo y suministros), para mejorar la calidad y oportunidad de las acciones administrativas y técnicas desarrolladas, en función de la misión y visión de la CCSS en el marco del proceso de modernización institucional.	Análisis de las condiciones de la planta física de los Servicios de Pediatría y Neonatología del Hospital Escalante Pradilla	Cumplimiento de criterios: ventilación, iluminación, limpieza, organización y distribución del espacio físico *(excelente, muy buena, buena, regular, mala, muy mala)

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores
		<p data-bbox="774 226 1032 562">Disponibilidad y calidad de los recursos materiales y suministros en los Servicios de Pediatría y de Neonatología del Hospital Escalante Pradilla</p> <p data-bbox="774 730 1032 1098">Análisis de la administración de los recursos humanos, organización del trabajo, negociación de conflictos, relaciones laborales y capacitación</p>	<p data-bbox="1045 226 1377 394">Opinión de los funcionarios sobre el equipo disponible para la atención en los Servicios mencionados</p> <p data-bbox="1045 426 1358 667">Mecanismos de control del equipo existente Número y tipo de funcionarios de Enfermería de los Servicios de Pediatría y Neonatología</p> <p data-bbox="1045 730 1329 930">Porcentaje de funcionarios que han recibido inducción en cuanto a misión, objetivos, normas y funciones del servicio</p> <p data-bbox="1045 961 1374 1234">Porcentaje de funcionarios de Enfermería que recibió información y motivación para la implementación del proceso de modernización de la CCSS.</p>

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores
		<p>Normas y procedimientos para la mejora de la gestión del recurso humano de Enfermería</p>	<p>Porcentaje de funcionarios de enfermería que conocen la misión de la Caja y objetivo general del servicio</p> <p>Existencia de un plan de incentivos al personal de enfermería de los Servicios</p> <p>Número y tipo de actividades de capacitación efectuadas</p> <p>Porcentaje de individuos capacitados</p> <p>Calificación de las relaciones interpersonales</p> <p>Existencia de un plan interno de manejo de conflictos</p> <p>Satisfacción general con el equipo de trabajo</p> <p>Existencia de manual de funciones en los Servicios de Pediatría y Neonatología</p> <p>Porcentaje de funcionarios de Enfermería que conocen las funciones de su puesto de trabajo.</p> <p>Resultados de la encuesta a funcionarios de Enfermería en los aspectos generales del desempeño del equipo: calidad de reuniones, seguimiento de acuerdos, congruencia entre metas,</p>

Variables	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores
			<p>posibilidad de progreso y desarrollo, realimentación en sus funciones.</p> <p>Reconocimiento del desempeño, expresión de sentimientos, emociones y opiniones; liderazgo, confianza y motivación; relaciones entre la Dirección de Enfermería, Jefatura y el equipo de trabajo; desempeño como equipo; ambiente, respeto y apoyo entre departamentos; consistencia en el trato; actitud ante aprendizajes innovadores y creatividad.</p>

3.6. Análisis de la información:

El análisis de la información recolectada se realizó sobre la base de la revisión de los tres instrumentos (entrevista, cuestionario y lista de cotejo). Para el procesamiento de la información se confeccionó una base de datos en el programa SPSS.

La presentación de la información se realizó por medio de cuadros estadísticos, con base en la tabulación de los datos previamente establecida.

CAPITULO IV

**DESCRIPCION, ANALISIS E
INTERPRETACION DE
RESULTADOS**

IV: DESCRIPCION, ANÁLISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

4.1. Descripción del personal de Enfermería y características generales

La composición del personal de Enfermería de los servicios de Pediatría y Neonatología, es congruente con la tendencia a nivel nacional e internacional, donde prevalece el sexo femenino en un 68%, frente a un 32% del sexo masculino.

En cuanto a la clasificación del puesto, el personal en su mayoría está compuesto por personal auxiliar de enfermería (52%) y asistentes de pacientes (28%). Es llamativo que sólo el 20% de los funcionarios se encuentran contratados como profesionales, a pesar que igual porcentaje de profesionales laboran como personal técnico, siendo estos servicios especializados y donde debe prevalecer el “saber” por el “quehacer”, considerando que las actividades de enfermería integran el conjunto de servicios colectivos, servicios que son parte del sector terciario de la economía, donde representan una alternativa importante para la absorción de fuerza de trabajo en el sector salud, con características y valores preestablecidos atribuidos por el colectivo social a lo femenino, lo cual ejerce una influencia en los procesos económicos, al ser la mano de obra de menor costo y de calidad, en relación con otros sectores de la economía formal e informal.

En relación al nivel educativo, sobresale el nivel profesional en un 40%; el 16% del personal refirió sólo tener estudios de primaria o secundaria incompleta. El 24% dijo tener estudios técnicos y un 8% tiene otro tipo de estudios.

En el ámbito laboral el personal de enfermería interviene en el mercado en dos formas: como factores de producción de servicios y como objeto de formación, lo cual ha tenido un fuerte impacto en términos de desempleo, subempleo y multiempleo. Llama la atención que en los últimos años en Costa Rica y en el resto de América Latina se ha dado una discusión sobre la contratación de aquellos profesionales de enfermería como técnicos y dónde su desempeño debe realizarse según las responsabilidades de su formación académica, siendo esto ventajoso para las instituciones que contratan personal calificado y una explotación de este tipo de funcionarios.

Con respecto al tiempo en el puesto y la oportunidad de ascenso, se observa que el 28% tiene 16 años o más en el puesto, el 52% tiene 16 o más años de pertenecer a la Caja y sólo el 32% del equipo de Enfermería ha ascendido de puesto, mientras que el 68% no ha ascendido (anexo 6). La posibilidad de progresar en una organización, es un factor determinante de motivación; el que los funcionarios tengan la seguridad de que podrán ascender, de acuerdo a sus méritos y formación en su vida laboral y que la institución actuará con justicia, libertad y oportunidad, son elementos fundamentales para satisfacer las necesidades de autorrealización.

4.2. Análisis e interpretación de resultados.

Con base en la información recopilada para establecer la relación entre el proceso de modernización de la CCSS y la gestión de enfermería en el nivel local, se realiza el siguiente análisis:

4.2.1. Proceso de modernización

El análisis de la práctica de Enfermería a la luz del proceso de modernización, permite identificar algunas de las acciones relevantes que han incidido en el quehacer de los funcionarios (as), considerando aspectos de organización, producción, administración, educación para la salud, proyectos de mejoramiento continuo de la calidad y satisfacción de los usuarios de los servicios.

a) Existencia y aplicación de normas, programas y protocolos:

Los servicios de Pediatría y Neonatología cuentan actualmente con normas, programas y protocolos de manejo clínico. Además, ambos servicios tienen normas administrativas de perfiles, funciones, división del trabajo y trámites administrativos para el manejo del personal de Enfermería.

Así, el Servicio de Pediatría cuenta con 2 normas, 2 programas y 5 protocolos, mientras que el Servicio de Neonatología tiene 2 normas, 2 programas y 8 protocolos, lo cual ha incidido en mejorar la organización y prestación de los servicios. En el proceso de modernización se estableció como estrategia, que los centros desconcertados deben contar con protocolos, normas y programas para unificar la atención a nivel nacional, contando con flexibilidad y ajustándose a las necesidades de la población. Sin embargo, esta práctica en enfermería obedece más a la formación académica; en planificación y administración de los recursos humanos.

CUADRO 1
 CONOCIMIENTO Y APLICACIÓN DE PROGRAMAS.
 SERVICIOS DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA, HOSPITAL ESCALANTE
 PRADILLA. 2002

Tipo de respuesta	Conocen		Aplican	
	No.	%	No.	%
Ns/Nr	6	24	6	24
SI	11	44	10	40
NO	8	32	9	36
Total	25	100	25	100

Fuente: datos propios del estudio.

En cuanto a los programas, en el cuadro 1 se muestra que 11 funcionarios respondieron afirmativamente al conocimiento de los mismos (44%), mientras que 8 de ellos dijeron no conocerlos (32%) y 6 no respondieron (24%). De los 25 entrevistados, 10 contestaron que sí aplican los programas (40%), 9 no los aplican (36%) y 6 no respondieron la pregunta.

La readecuación del modelo atención se caracteriza por un enfoque biopsicosocial del proceso salud y enfermedad y para asegurar este tipo de cambio se definió que los programas en el proceso de modernización deben dirigirse al personal, con base en los principios y contenidos de la salud familiar y comunitaria.

En el compromiso de gestión, que es la herramienta administrativa que vincula las actividades con el presupuesto, se establecen los objetivos de promoción de la salud y los programas buscan mejorar la calidad técnica de la atención; por ejemplo, el programa de infecciones intrahospitalarias.

En la ley de desconcentración administrativa y su reglamento, en materia de recursos humanos se hace referencia a la creación y desarrollo de los programas de capacitación dirigidos al personal en el nivel local.

Históricamente los programas que han estado bajo la dirección de los profesionales de enfermería, han sido conducidos en forma satisfactoria. No obstante, los programas dirigidos al personal profesional y técnico, tienen siempre una gran limitación: las programaciones se interrumpen por la escasez del personal y es el único grupo laboral que no puede dejar para otro período las actividades que realiza, por la cercanía con el o la usuaria (o). Sin embargo, en los servicios estudiados los resultados reflejan el compromiso que la dirección de enfermería ha asumido en el proceso de modernización, a pesar de los inconvenientes que se presentan en la jornada cotidiana.

b) Proyectos específicos para el mejoramiento continuo de la calidad:

Uno de los aspectos fundamentales de la implementación del proceso de modernización, consiste en el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud.

Como estrategia para lograr esto, se han dictado políticas y estrategias institucionales, como la conformación de comités de mejoramiento continuo de la calidad (MCC) en los establecimientos de salud y el desarrollo de proyectos específicos de MCC en los servicios.

En relación con este apartado, los servicios de Pediatría y Neonatología han venido desarrollando proyectos en función de la identificación de áreas críticas. Actualmente Pediatría tiene 2 proyectos y Neonatología 3. Sin embargo, al consultar a los funcionarios de ambos servicios sobre su participación en la elaboración y ejecución de dichos proyectos, sólo 7 personas dijeron haber participado en su elaboración y ejecución (28%), mientras que 17 de ellos respondieron que no han tenido participación alguna (68%) y 1 menciona que no existen proyectos (4%).

Estos resultados contrastan con lo que ha sido el fundamento en el proceso de planificación de los servicios de salud, en el cual se estableció que la planificación deber transformarse en un proceso integral, participativo y democrático, que involucre a todos los actores que prestan atención en los servicios de salud. Sin embargo, antes y después del proceso de modernización, continúan detectándose deficiencias en la participación y democratización en la toma de decisiones, en donde la poca o nula participación se han institucionalizado, minimizando el potencial de las personas que conforman los grupos.

CUADRO 2
PARTICIPACIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA EN LA ELABORACIÓN DEL
PAO, PRESUPUESTO Y ANÁLISIS DEL AVANCE FÍSICO DE METAS.
SERVICIOS DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA.
HOSPITAL DR. ESCALANTE PRADILLA, AÑO 2002.

Participación	PAO		Presupuesto		Avance físico de metas	
	No.	%	No.	%	No.	%
Ns/Nr	1	4	2	8	2	8
SI	3	12	3	12	5	20
NO	21	84	20	80	18	72
Total	25	100	25	100	25	100

Fuente: datos propios del estudio.

En lo referente a la participación del personal de Enfermería en la elaboración del plan anual operativo (PAO) de los servicios, sólo un 21% respondió haber participado, mientras que el 84% no participa en su elaboración. Lo anterior es congruente con la participación del personal en la elaboración del presupuesto y en el análisis del avance físico de metas, ya que el 80% dijo no haber participado en la elaboración del presupuesto y un 72% no ha participado en el análisis del avance de las metas. Sólo un 12% mencionó afirmativamente su participación en la elaboración del presupuesto y un 20% en el análisis de las metas.

Cabe mencionar que los funcionarios que participan tanto en la elaboración del PAO como del presupuesto y el análisis del avance de las metas, son la supervisora y dos enfermeras de los servicios de Pediatría y Neonatología (cuadro 2) En este escenario, los resultados refuerzan que los procesos se han socializado en los niveles de mandos medios y de altos. Sin embargo, habría que explorar con otro tipo de funcionarios (as) que laboran en la institución, por la historia de exclusión de enfermería en la toma de decisión, por los que mantienen y preservan el poder hegemónico en el sector salud.

Se parte de la premisa de que todos (as) los (as) funcionarios (as) del centro desconcentrado, sin distinción de puesto, profesión u ocupación tendrán que vincular y evaluar las actividades clínicas y los recursos financieros, tratando de hacer hincapié en el manejo del presupuesto y de los recursos en general.

La poca participación de los funcionarios (as) de la institución tendría que ser abordada en otros estudios, para determinar los efectos que están incidiendo en el cumplimiento de los objetivos y metas propuestas por la Caja Costarricense de Seguro Social.

c) Diseño y ejecución de programas de educación para la salud, dirigidos a los familiares de los pacientes hospitalizados:

Otro aspecto fundamental del proceso de modernización de la Caja, lo constituye el modelo readecuado de atención, el cual promueve las acciones de prevención y promoción, dentro de las que destaca la educación para la salud.

Este tipo de información fue considerada relevante para evaluar la proyección de los servicios de Pediatría y Neonatología hacia los usuarios y familiares; además, permitió conocer parcialmente la relación de los funcionarios de Enfermería con los usuarios (as). Al respecto, se evidenció que cada servicio cuenta con un programa de educación para la salud. El programa educativo del servicio de Pediatría contiene los siguientes ejes temáticos: derechos del niño (a), normas de estancia, derechos y deberes de los usuarios, prevención de accidentes, prevención de problemas respiratorios y diarreas.

Sin embargo, estos programas continúan siendo informativos y direccionados en función de favorecer la gestión de los funcionarios (as) y de no integrar a los (as) familiares al manejo y construcción de estilos saludables y el prevenir un posible reingreso de los niñas (os) del cantón o la región Brunca.

El programa de Neonatología contiene los derechos y deberes del niño (a), cuidados generales del recién nacido, vacunación, lactancia materna, cuidado del ombligo y prevención por problemas diarreicos y respiratorios.

d) Análisis de la producción hospitalaria:

En relación al análisis de la producción hospitalaria, el cual constituye un elemento importante para determinar la eficiencia y calidad de los servicios de salud, según lo establecen los compromisos de gestión, se obtuvieron los siguientes resultados:

El porcentaje de egresos en el servicio de Pediatría en el primer trimestre del 2001, fue de 99.6% y en el primer trimestre del 2002 fue de 99.8%, lo cual revela que se mantuvo un porcentaje similar de egresos en ambos períodos.

El servicio de Neonatología mostró un 96% de egresos en el primer trimestre del 2001, mientras que en el mismo período del año 2002 obtuvo un 98% de egresos, mostrando similitud en ambos períodos estudiados. En relación a los resultados, se debe considerar que el tipo de usuarias (os), cuando presentan problemas de mayor complejidad, se trasladan al Hospital Nacional de Niños (HNN).

En relación al porcentaje de fallecimientos, el servicio de Pediatría tuvo un 0.3% en el primer trimestre del 2001, mientras que en mismo período del 2002 obtuvo un 0.18%, presentando una leve reducción. El servicio de Neonatología presentó un 0.78% en el primer trimestre de 2001 y un 0.96% en el mismo período del 2002, mostrando un leve aumento. La razón podría ser que durante este período

2001-2002, se inauguró la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal, lo que ha capacitado al hospital en el manejo de neonatos (as) que presentan complicaciones graves o moderadas (grado 1 o 2) , los cuales históricamente se trasladaban al HNN.

Con respecto al índice o porcentaje de ocupación, el cual mide el grado de utilización de las camas de los centros hospitalarios(no debe ser menor del 75% ni mayor del 90%), el servicio de Pediatría mostró un índice ocupacional de 84.4% en el primer trimestre del 2001 y de 73% en el primer trimestre del 2002, lo cual evidencia una disminución notable.

Este fenómeno podría estarse dando debido a que la Ley de Desconcentración Administrativa y el compromiso de gestión, mediante la herramienta de medición denominada unidad productiva hospitalaria (UPH), fomenta a nivel local, el mejoramiento del nivel de resolución, para justificar las actividades que se realizan con el presupuesto asignado al centro hospitalario.

El servicio de Neonatología, mostró en el primer trimestre del 2001 un 55.2% de ocupación y en el mismo período del 2002 un 66.6%. Este servicio, si bien obtuvo un aumento en el porcentaje de ocupación en el presente año, el porcentaje obtenido en ambos períodos es inferior al establecido.

Finalmente, en lo referente al porcentaje de cumplimiento de la producción pactada (UPH) en el compromiso de gestión, no fue posible obtener esta información, debido a que está centralizada por el Director Médico, los diferentes Jefes de servicios médicos y el Administrador del centro hospitalario (información fragmentada y centralizada).

Este hecho refleja el desconocimiento o la desestimación por parte de las jefaturas, de lo medular que es el hecho de que las (os) funcionarios (as) de los dos servicios conozcan los resultados que se han obtenido y el que éstos puedan vincular o relacionar sus aportes en la consecución de los objetivos pactados en el compromiso de gestión.

Por otra parte, estos resultados reafirman que los procesos en que se encuentra inmersa la C.C.S.S, no son democráticos, que existe escasa participación de los funcionarios (as) en la toma de decisiones en los servicios, así como la nula realimentación de los resultados obtenidos por el hospital y el imposible acceso a la información por los propios funcionarios (as) de los servicios.

e) Análisis de la información en cuanto a la satisfacción de los usuarios:

Se entrevistó a un total de 33 familiares, constituyendo el 89% de la población infantil internada en ambos servicios (Pediatria y Neonatología), durante la semana en que se realizó el estudio, obteniendo los siguientes resultados:

La relación interpersonal entre el personal de Enfermería y el usuario constituye una herramienta valiosa para lograr la recuperación de la salud del niño (a). Por ello se seleccionaron algunos aspectos, como la presentación del personal con el familiar, información sobre los derechos del niño (a), información sobre el horario de visita, enfermedad y/o padecimiento del niño (a), educación sobre cuidados generales y atención de consultas o dudas. Los resultados obtenidos revelan que el 94% de los entrevistados refirió que el personal de Enfermería se presentó con ellos cuando ingresaron con el paciente; el 85% respondió que el personal preguntó su nombre directamente, mientras el 85% de los familiares entrevistados fue informado sobre el horario de visita. Asimismo, el 73% contestó que el personal de Enfermería le explicó sobre el padecimiento del niño (a); un 52% refirió que se le brindó educación sobre los cuidados generales del niño (a) y el 24% de los entrevistados manifestó que el personal de Enfermería tomó parte de su tiempo para atender consultas o dudas.

CUADRO 3
OPINIÓN DE LOS FAMILIARES DE USUARIOS SOBRE LA CONDICIÓN DE LAS
INSTALACIONES. SERVICIOS DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA. HEP, 2002

Condición	Comodidad		Orden		Limpieza		Ventilación		Iluminación	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Malo	2	6	1	3	2	6	1	3	0	0
Regular	2	6	4	12	5	15	2	6	0	0
Bueno	10	30	9	27	11	33	16	49	17	52
Muy bueno	19	58	19	58	15	46	13	39	15	45
Excelente	0	0	0	0	0	0	1	3	1	3
Total	33	100	33	100	33	100	33	100	33	100

Fuente: datos propios del estudio.

En el cuadro No.3 se muestra la opinión de las (os) usuarias (as) acerca de las instalaciones físicas de los servicios estudiados. El 88% de los entrevistados calificó la comodidad de los servicios como buena o muy buena. Un 85% considera que los servicios son ordenados, calificándolos de bueno o muy bueno. El 79% calificó la limpieza de los servicios como buena o muy buena, mientras que el 88% y 97% consideró la misma calificación para la ventilación y la iluminación (respectivamente). Los resultados obtenidos reflejan que la infraestructura, la distribución y el orden son consideradas por un mayor porcentaje de los entrevistados como buenas o muy buenas, lo cual fortalece el nivel de confianza en las instalaciones físicas. Esta sensación de seguridad en los servicios y el poder expresarlo, favorece la imagen institucional. Sin embargo, llama la atención que la mayoría de los entrevistados no califica las instalaciones como excelentes. El estudio no permite realizar una valoración asociativa que establezca un punto de comparación con estándares de otros centros de atención.

4.2.2. Gestión de los recursos humanos de Enfermería

El análisis de esta variable permitió identificar las acciones y las condiciones de trabajo. Las acciones del personal de enfermería están orientadas a los objetivos de la institución, en brindar servicios de calidad con calidez y las condiciones de los servicios están dirigidas al logro de la comodidad del usuario (a) interno y externo.

a) Opinión de los funcionarios sobre la disponibilidad y calidad de los recursos físicos, materiales y suministros:

El cuadro No.4 muestra los resultados de la opinión de los funcionarios sobre las instalaciones de los servicios estudiados. El 80% de los (as) entrevistados (as) calificó de buena o muy buena la comodidad y un 92% consideró la misma calificación para el orden de los servicios. En relación a la limpieza, el 92% la consideró entre regular y buena, mientras que la ventilación (84%) y la iluminación (76%) fueron calificadas en las mismas categorías. Cabe destacar que, al igual que los familiares de los usuarios, la categoría de excelente no fue considerada por la mayoría de los entrevistados.

CUADRO 4
OPINIÓN DEL LOS FUNCIONARIOS DE ENFERMERÍA SOBRE LA CONDICIÓN DE LAS INSTALACIONES. SERVICIOS DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA. HEP, 2002

Condición	Comodidad		Orden		Limpieza		Ventilación		Iluminación	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Malo	1	4	0	0	1	4	1	4	2	8
Regular	4	16	1	4	10	40	8	32	5	20
Bueno	5	20	7	28	13	52	13	52	14	56
Muy bueno	15	60	16	64	1	4	3	12	4	16
Excelente	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0
Total	25	100	25	100	25	100	25	100	25	100

Fuente: datos propios del estudio.

Por su distribución del trabajo y su horario rotativo, Enfermería requiere de servicios o unidades que reúnan condiciones satisfactorias en cuanto a materiales y equipos, para el bienestar del usuarios (as) y la higiene mental y física de los (as) funcionarios (as) que prestan los servicios. Al respecto, en los servicios de Pediatría y Neonatología sí existen los mecanismos de control de los equipos e instrumental y se realiza el monitoreo de la utilización, mantenimiento y obsolescencia, por parte

de la Supervisora de los servicios, contribuyendo así con la mejora de la calidad de los mismos.

b)Análisis de la administración y gestión de los recursos humanos:

Se consideraron, entre otros, los siguientes aspectos: el proceso de inducción sobre la misión y objetivos de los servicios, conocimiento de funciones, normas, presentación de los nuevos funcionarios con el resto de sus compañeros, conocimiento de la misión de la institución, capacitación e información sobre el proceso de modernización, existencia de un plan de incentivos, actividades de capacitación, relaciones interpersonales, manejo de conflictos y satisfacción de los funcionarios con el equipo de trabajo. Se obtuvieron los siguientes resultados:

El 48% de los entrevistados no respondió la pregunta sobre inducción a la misión y objetivos de los servicios. El 36% afirmó haber recibido la inducción, mientras que el 16% refirió no haberla recibido. Llama la atención que siendo la misión y los objetivos elementos de dirección y de compromiso, un alto porcentaje de funcionarios desconocen hacia dónde van dirigidos los esfuerzos del centro hospitalario y de la institución. Esto podría estarse reforzándose por la cultura institucional, en que ha prevalecido la poca socialización de los procesos.

En relación a la inducción de las funciones, el 60% de los entrevistados refirió haber recibido la inducción, el 24% no respondió la pregunta y el 16% dijo no haberla

recibido. Sin embargo, la Dirección de Recursos Humanos ha establecido una directriz donde son de carácter obligatorios, los programas de orientación e inducción y los de evaluación del desempeño, a fin de que los servicios se identifiquen con las funciones, alcances y deberes de sus competencias, con la misión y visión de la institución.

Los resultados obtenidos son poco satisfactorios, porque no se logra relacionar los factores que han incidido y el por qué algunos funcionarios no hayan respondido las preguntas planteadas.

Sobre las normas de los servicios de Pediatría y Neonatología, el 60% refirió haber recibido inducción sobre las normas del servicio, mientras que el 32% no respondió la pregunta y el 8% dijo no haber recibido inducción sobre las normas. Sin embargo, el 84% de los funcionarios de Enfermería aplica las normas de los servicios, lo cual parece estar vinculado más a la práctica que a un aspecto administrativo de rutina.

Por otra parte, el 52% dijo habersele presentado con sus compañeros cuando ingresó a laborar en el servicio, mientras que el 40% no respondió la pregunta y el 8% dijo no haber sido presentado. La presentación del nuevo funcionario a los compañeros contribuye a que ésta (e), puedan incorporarse y disminuir la ansiedad.

En cuanto a la capacitación e información sobre el proceso de modernización, un elevado porcentaje del personal de Enfermería entrevistado (56%), refirió no haber recibido capacitación e información sobre el proceso de modernización de la CCSS, mientras que el 40% dijo haber recibido algún tipo de información y un 4% no respondió la pregunta. Este resultado llama la atención, debido a que todos los procesos de cambio a nivel local, regional y nacional están fundamentados en los lineamientos que emite el proceso de modernización institucional y la función de capacitación del personal adquiere relevancia en tres aspectos: a) como instrumento para que cada trabajador pueda desarrollar sus capacidades; b) para la mejora continua de su desempeño (individual y en equipo) y, c) como estrategia para desarrollar una nueva cultura institucional, que permita cambios en los estilos de trabajo y una relación más comprometida con la población usuaria.

Un nuevo elemento que se incorpora en este nuevo modelo de gestión, es el plan de incentivos. Al respecto, se preguntó a los entrevistados si existía un plan de incentivos para el desempeño del trabajo (individual y grupal). El 24% no respondió la pregunta, mientras que el 40% respondió que no existe un plan de incentivos y el 36% respondió afirmativamente sobre su existencia. Es llamativo que la Supervisora entrevistada refirió que no existe un plan de incentivos.

Sin embargo, factores como: el realizar una labor de mucha aceptación social; la estabilidad laboral; las condiciones de la infraestructura de los servicios; el medio laboral; el contar con jefaturas competentes y justas; y el pertenecer a una

institución con la responsabilidad social y prestigio nacional con que cuenta la Caja Costarricense de Seguro Social, es de mucha satisfacción para los funcionarios entrevistados.

Por otra parte, se preguntó a los entrevistados sobre el grado de satisfacción en cuanto al manejo de conflictos y la existencia de un plan referente a este tema. El 80% dijo estar satisfecho con la forma en que se manejan los conflictos, mientras que el 12% la consideró regular. Un 8% no respondió la pregunta. La Supervisora de Enfermería del Area respondió que existe un plan de manejo de conflictos en ambos servicios. Uno de los elementos esenciales para mantener y fortalecer una adecuada relación interpersonal en el manejo de los conflictos, es tener un plan actualizado y sus posibles intervenciones en las diferentes áreas. Tradicionalmente, en la institución los conflictos se han abordado en forma reactiva. Sin embargo, en los servicios en estudios la administración de enfermería ha realizado esfuerzos para armonizar las relaciones entre profesionales y entre las diferentes categorías que componen el personal de Enfermería.

CUADRO 5
ASPECTOS GENERALES DEL DESEMPEÑO DEL EQUIPO DE ENFERMERÍA.
SERVICIOS DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA. HOSPITAL ESCALANTE
PRADILLA, 2002

Proceso	Porcentajes				
	Ns/Nr	Insatisfac- torio	Regular	Muy bueno	Excelente
Formulación de estrategias con compromiso de todo el personal	24	20	28	28	0
Calidad de reuniones	20	16	20	44	0
Seguimiento a	24	20	24	30	0

Proceso	Ns/Nr	Insatisfactorio	Regular	Muy bueno	Excelente
cumplimiento de acuerdos					
Congruencia entre metas del equipo y metas personales	24	16	24	36	0
Retroalimentación	28	12	28	32	0
Posibilidades de progreso y desarrollo individual y colectivo	28	20	20	32	0
Reconocimiento del buen desempeño	12	40	28	16	4
Expresión real de sentimientos, emociones y opiniones	24	32	20	24	0
Liderazgo, confianza y motivación del equipo	16	20	16	48	0
Relaciones entre Dirección de Enfermería y el equipo	12	16	28	52	4
Relaciones entre jefatura del servicio y el equipo	16	4	12	68	0
Desempeño como equipo ante el resto de la organización	24	0	8	64	4
Ambiente de equipo, respeto y apoyo mutuo	20	0	24	56	0
Consistencia en el trato y relaciones humanas del equipo	12	4	24	56	4
Actitud abierta al aprendizaje, innovación y creatividad	20	0	16	64	0

Fuente: Datos propios del estudio.

En el cuadro No.5 se presenta los aspectos generales del desempeño del equipo de Enfermería. Uno de los aspectos a resaltar es que un porcentaje significativo de funcionarios entrevistados no respondió a las preguntas formuladas sobre el desempeño del equipo. Dicho porcentaje osciló entre el 12 y el 28%. Además, los aspectos que obtuvieron un mayor porcentaje de insatisfacción fueron el reconocimiento al buen desempeño (40%).

La administración moderna enfatiza que la principal fortaleza para dar repuesta a la demandas y a la competencia en el mercado, es un recurso humano motivado y éste debe sentirse funcional y determinante con su participación en el aporte para el desarrollo y futuro de la empresa.

Los porcentajes obtenidos en el reconocimiento del buen desempeño, de la expresión real de sentimientos, emociones y opiniones, se relacionan con la insatisfacción expresada por la inexistencia de un plan de incentivos, las posibilidades de ascenso (el 68% no ha ascendido en el puesto que desempeña) y el reconocimiento por el buen desempeño individual y colectivo (40%).

En este sentido, llama la atención que a pesar de no estar satisfechas las necesidades de estimación y autorrealización, consideradas fundamentales para progresar en los planos personal y laboral, existe un alto porcentaje (64%) de satisfacción con el desempeño como equipo ante el resto de la organización, así como con las relaciones interpersonales (96%), la consistencia en el trato y las relaciones humanas del equipo (56%), el manejo de conflictos (80%), la satisfacción por pertenecer al equipo (58%) y las relaciones con la Dirección de Enfermería (52%) y con la Jefatura de Area (68%).

Entre los aspectos relacionados con la evaluación de la gestión administrativa, destacan que un 28% de los entrevistados consideraron que la formulación de

estrategias con el compromiso de todo el personal es muy bueno, mientras que un 28% lo consideró regular. El 20% opinó que es insatisfactorio. Asimismo, el 44% consideró que la calidad de las reuniones es muy buena; un 20% la consideró regular y un 20% insatisfactoria.

En relación al seguimiento del cumplimiento de acuerdos, el 30% lo calificó de muy bueno, el 24% como regular y un 20% insatisfactorio. Estos porcentajes concuerdan, tanto con la opinión sobre la congruencia entre metas del equipo y las metas personales (un 36% la consideró muy buena, un 24% regular y un 16% como insatisfactoria), así como con las posibilidades de retroalimentación mutua (el 32% la calificó de muy buena, un 28% regular y un 12% insatisfactoria).

Finalmente, dentro de los puntos positivos a destacar en este equipo de Enfermería, es que existe una actitud abierta al aprendizaje, innovación y creatividad, expresada con un 64% de funcionarios que la consideró muy buena y un 48% que calificó de muy bueno el liderazgo, confianza y motivación del equipo.

CAPITULO V

**CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES**

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

A. CONCLUSIONES

Generalidades del equipo de Enfermería

- La conformación del personal de enfermería en los servicios de Neonatología y Pediatría, es predominantemente femenino, manteniéndose así la tendencia nacional e internacional.
- El grupo ocupacional que tiene mayor presencia es el de Auxiliares de Enfermería. Estos resultados reflejan que el país apostó, al igual que el resto de Latinoamérica, a la mano de obra barata y calificada para aspectos generales. Este grupo ocupacional, a través de su práctica y la rutina, ha venido desarrollando modificaciones técnicas en forma gradual, ajustándose en forma empírica a las necesidades de las instituciones del sector salud, en especial en las áreas clínicas.
- El personal de Enfermería, profesional y técnico, carece de posibilidades de movilización o superación laboral, debido a la rigidez de formación, perfiles, leyes, reglamentos, normas y a la distribución histórica del trabajo, lo cual ha impedido la aplicación de mecanismos de ascenso por méritos y por su capacidad e idoneidad comprobada en sus labores.
- Predomina la formación universitaria en los entrevistados. Sin embargo, los resultados reflejan la tendencia a la subcontratación de personal profesional en labores técnicas. A pesar de ser contratados como auxiliares de enfermería, éstos tienen responsabilidades civiles ante cualquier situación

que se presente en la prestación de sus servicios, como profesionales de enfermería. Esta situación laboral tiende a complicarse, debido a la tendencia en el crecimiento de las universidades privadas y a la única posibilidad de superación que el personal técnico tiene para mejorar sus condiciones sociales en el sector público o privado.

Proceso de modernización

Los resultados encontrados en el nivel operativo en los diferentes proyectos, programas y actividades en los servicios donde se realizó el estudio, reflejan una desarticulación en lo que está escrito sobre la democratización en la toma de decisiones y lo que se está dando en el nivel local, a pesar de que existen estrategias, directrices implícitas en las diversas leyes o reglamentos institucionales, que establecen la participación de todos (as) los (as) funcionarios (as) para lograr los objetivos propuestos en el proceso de modernización.

- En la elaboración del Plan Anual Operativo, presupuesto y avance físico de metas, la participación del personal de enfermería es muy limitada. Esta labor está exclusivamente a cargo del personal administrativo (Jefaturas y Supervisoras).
- El acceso a la información sobre la productividad (U.P.H), por parte de los funcionarios de los servicios estudiados, es nula, debido a que la información se encuentra centralizada y no se han empleado alternativas novedosas para dar a conocer aspectos fundamentales como: a) si se lograron los objetivos que pactó la dirección médica y administrativa en los compromisos de

gestión; b) si existen evaluaciones de los diferentes indicadores y su impacto con la salud de la población a la cual brindan sus servicios; c) si se han definido e implementado medidas de contingencia para lograr lo pactado el próximo año; d) si serán premiados o castigados presupuestariamente por el cumplimiento o incumplimiento de las metas.

- En relación a los familiares de los (as) usuarios (as) de los servicios, la mayoría son del sexo femenino, lo cual coincide con la tendencia mundial, en la cual la mujer es la encargada de cuidar a los niños en la salud y en la enfermedad.
- En cuanto a los indicadores evaluados de la relación interpersonal entre los (as) funcionarias (os) Enfermería, los (as) usuarios (as) y sus familiares, los resultados muestran satisfacción en el trato y la información que se les brinda sobre el horario de visitas. Sin embargo, existe inconformidad por el poco tiempo que el personal de enfermería dedica para atender consultas y dudas por las labores que deben realizar.
- En relación a la ubicación, organización, distribución, iluminación y ventilación de los servicios, estos aspectos son considerados como buenos y muy buenos por los familiares de los (as) usuarios (as) . Sin embargo, en la calificación emitida ninguno (a) de los (as) entrevistados (as) calificó las instalaciones como excelentes.

Gestión del recurso humano de Enfermería

- Los (as) funcionarios (as) de Enfermería refieren que, de acuerdo a la calidad de los recursos materiales y suministros, se le imposibilita brindar servicios con calidad y eficiencia. A pesar de esto, manifiestan conformidad con el material e instrumental disponible para ejecutar las labores diarias.
- En relación a la inducción sobre los objetivos del servicio, un alto porcentaje de los (as) funcionarios (as) no respondieron. Una situación diferente se dio cuando se preguntó sobre la inducción de sus funciones en el equipo de trabajo, siendo las respuesta afirmativa en su mayoría.
- En cuanto a la existencia de un plan de incentivos individual y grupal, la mayoría refiere que no existe, por lo cual el grupo manifiesta un alto grado de insatisfacción por el no reconocimiento de su desempeño como funcionarios (as) .
- Los resultados del estudio hacen visible la poca posibilidad que tiene el personal de enfermería de ascender en los diversos puestos establecidos en el escalafón de la ley 7085. Esta realidad laboral de la poca o nula posibilidad de ascenso, se debe a múltiples aspectos, entre los cuales se enuncian: a) la rigidez de la norma jurídica en materia de concursos; b) existe poca flexibilidad en materia presupuestaria y administrativa; c) los límites establecidos en la división del trabajo entre los técnicos y profesionales en el equipo de Enfermería y; d) la inexistencia de una política por parte de la CCSS, para el desarrollo de los recursos humanos.

- En relación a la evaluación de la gestión administrativa de Enfermería en los servicios en estudio, un alto porcentaje de los entrevistados considera que la formulación de las estrategias por parte de la administración y los compromisos que adquiere el personal, no se cumplen y, por lo tanto, no son buenas. Asimismo, considera que la calidad de las reuniones no son satisfactorias.
- Sin embargo, refieren que las relaciones interpersonales en los equipos de Neonatología y Pediatría, han incidido para tener un buen desempeño como equipo ante el resto de la organización hospitalaria.
- La consistencia en el trato, el manejo de conflictos, la relación cordial con la Directora de Enfermería y Jefatura del Area, han propiciado un ambiente laboral satisfactorio.
- Finalmente, entre los puntos destacables del equipo de Enfermería de los servicios de Pediatría y Pediatría, se mencionan los siguientes: a) existe una actitud abierta al aprendizaje, innovación y creatividad; b) prevalece una percepción de un liderazgo bueno y sano, que propicia la confianza, motivación del equipo y satisfacción con pertenecer al centro hospitalario y, en especial, a los servicios de Pediatría y Pediatría.

B. RECOMENDACIONES

- La Dirección Médica, en coordinación con la Dirección de Enfermería, deben implementar técnicas de capacitación e información sobre el proceso de modernización de la institución y los logros obtenidos en la evaluación del

compromiso de gestión, dirigidas tanto al personal de los servicios, como a los usuarios de los mismos.

- La Dirección y Jefaturas de Enfermería deben propiciar una participación efectiva del equipo de Enfermería en la elaboración del Plan anual operativo, Presupuesto y análisis del avance físico de metas de los servicios.
- La Dirección Médica debe desarrollar mecanismos y técnicas que propicien el mejoramiento de la información y comunicación entre las Jefaturas Médicas y Administrativas con el equipo de trabajo de Enfermería.
- La Dirección y Jefaturas de Enfermería deben crear una cultura de autoevaluación, con revisiones periódicas de los procesos y actividades de Enfermería, para propiciar el análisis e identificación de fortalezas y debilidades, permitiendo al propio personal ejecutar acciones tendientes al mejoramiento continuo y premiar la labor realizada a través de un plan de incentivos no económicos.
- Las Jefaturas de Enfermería deben efectuar encuestas periódicas de opinión de los familiares de los usuarios y de los funcionarios de los servicios, que fortalezcan las acciones correctivas para el mejoramiento de la calidad de los servicios prestados.
- La Sección de Enfermería del nivel central de la CCSS, debe definir objetivos y metas de calidad de la práctica de Enfermería en los servicios, así como el diseño de indicadores que faciliten el seguimiento y la evaluación del cumplimiento de éstos.

- Es necesario que la Enfermería disponga de un lenguaje común que dirija la práctica a nivel nacional, lo cual debe ser conducido por la Sección de Enfermería del nivel central. Uno de los instrumentos para mejorar esta deficiencia, es la normalización. Para la elaboración de estos instrumentos, se deben tomar en cuenta aspectos generales; además, los criterios que se utilicen deben ser flexibles para: a) que se adapten a las necesidades locales; b) permitan la evaluación de resultados sobre la prestación del servicio y; c) logren vincular las actividades del personal de enfermería con el presupuesto que se asigna al centro.
- Las Jefaturas de Enfermería deben desarrollar protocolos de investigación, previa identificación de las áreas críticas de la gestión de Enfermería.
- El Colegio de Enfermeras, la Asociación Nacional de Profesionales en Enfermería (ANPE) y la Sección de Enfermería de la CCSS, deben diseñar mecanismos para el fortalecimiento de las estructuras y procesos administrativos en la gestión de Enfermería, mediante un proceso de participación conjunta con los niveles regionales y locales.
- En los procesos educativos en pre y posgrado, la formación y capacitación de los recursos humanos en Enfermería deben enfocarse a dar respuesta a las necesidades de la población y a los requerimientos institucionales. Esta debe ser una tarea de consenso entre el Colegio de Enfermera, la ANPE, las Universidades públicas y privadas, así como la Sección de Enfermería de la CCSS, a través del Consejo Nacional de Enfermería (CONE).

- La institución, a través de la Gerencia Corporativa de Recursos Humanos, debe desarrollar una cultura de trabajo en equipo, acorde a las tendencias del modelo de atención integral de salud a las personas.
- El Colegio y la ANPE deben garantizar que Enfermería elabore sus propias políticas dirigidas a las diversas organizaciones de la comunidad, con el fin de adaptar los procedimientos de salud a las necesidades y valores de la comunidad.
- Los niveles de dirección de enfermería requieren de formación y capacitación, que a corto y mediano plazo, les permitan incorporar técnicas novedosas en gerencia.
- Las tendencias a la tecnificación y las complejas especializaciones académicas para brindar cuidados de salud, implican la necesidad de: a) entrenamiento del personal en el uso de computadoras, b) desarrollo de nuevos procesos educativos, como el aprendizaje a distancia (telemedicina, teleenfermería).
- El Colegio de Enfermeras y la ANPE deben participar y demostrar liderazgo, para asegurar que la transformación del trabajo en el sistema de salud, no sacrifique los valores humanos.
- Este estudio debe socializarse a nivel político de la C.C.S.S, en especial con las Gerencias Médica y de Modernización, debido a que éste describe cómo se están percibiendo los cambios propuestos por la institución en el nivel local y el posible impacto en la aplicación de las diversas estrategias utilizadas, además de los cambios y modificaciones en la legislación.

- Además, la Subgerencia Corporativa de Recursos Humanos de la CCSS, debe establecer como una prioridad, la elaboración de políticas de contratación y definir mecanismos periódicos de evaluación sobre la satisfacción del personal que labora para la institución.
- Este estudio le permite a la Asociación Nacional de Profesionales en Enfermería y al Colegio de Enfermeras, realizar un estudio más integral que logre evidenciar la situación real de todo el grupo laboral que conforma la disciplina en enfermería.
- Las fortalezas de Enfermería deben dirigirse a mejorar las condiciones de la práctica y salvaguardar los intereses de los usuarios, asegurando la calidad de la atención, lo cual sólo es posible mediante una adecuada utilización de los recursos, con visión a futuro.

CAPITULO VI
ALCANCE Y LIMITACIONES

CAPITULO VI: ALCANCE Y LIMITACIONES

ALCANCE

El presente estudio constituye el primer estudio de esta índole que se realiza en el país, considerándolo como un aporte para el desarrollo de otros estudios tendientes a evaluar el impacto del proceso de modernización de la Caja, sobre la práctica y la gestión del recurso humano de Enfermería en dos servicios hospitalarios de nivel Regional, lo cual se puede extender a otros profesionales y técnicos de la institución.

LIMITACIONES

- Existe poca documentación relacionada con estudios similares efectuados en otros países.
- Se encontró cierta resistencia para el desarrollo de la investigación en materia de recursos humanos, por parte de las autoridades del Hospital San Juan de Dios, centro seleccionado inicialmente.
- Existió dificultad para recolectar la información referente a los datos de las UPH pactadas y ejecutadas en el compromiso de gestión; esto por cuanto dicha información se encuentra centralizada en las Jefaturas Médica y Administrativa y no es de fácil acceso.
- En relación a la participación del personal de Enfermería de los servicios estudiados, no fue posible entrevistar a la totalidad de funcionarios (as), por encontrarse algunos fuera de los servicios durante el período de estudio (por vacaciones, incapacidad, permiso, días libres).

- No se contó con un espacio físico conveniente para realizar las entrevistas a familiares y funcionarios (as), pues se careció de privacidad para el desarrollo de las mismas.
- En algunas de las preguntas formuladas en la entrevista a funcionarios (as) de los servicios, no fue posible obtener respuesta por parte de los mismos, por razones que se desconocen. Sin embargo, esta situación no se dio en la entrevista a familiares de los (as) usuarios (as).

CAPITULO VII
BIBLIOGRAFIA Y ANEXOS

CAPÍTULO VII: BIBLIOGRAFÍA Y ANEXOS

BIBLIOGRAFÍA

1. Acuña, José Alberto. Financiamiento de los servicios de salud: una visión económica. En: Revista de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social. EDNASS 2 (1). San José, 1994. p. 15-20.
2. Aguirre G, Héctor. Calidad de la Atención Médica. Conferencia Interamericana de Seguridad Social. Serie Estudios 2. 1993. P. 172-181.
3. Andersen Consulting y Consorcio Hospitalario de Catalunya. Propuesta Técnica del Proyecto de Reforma del Sector Salud. CCSS, 1995.
4. Andersen Consulting. Marco Conceptual para la asignación de recursos. Documento B1, julio de 1996.
5. Andersen Consulting. El modelo de asignación de recursos al primer nivel. Documento C1-C5, agosto, 1996.
6. Angulo, Leonor y Castro, Ramón. Hospital Dr. Fernando Escalante Pradilla. Factores organizativos incidentes en el cumplimiento laboral. En: Revista de Ciencias Administrativas y Financieras de Seguridad Social. Costa Rica, 2000 1 (8): p.14-24
7. Arce R, Claudio. Productividad y eficiencia del tercer nivel de atención de la salud en la CCSS. En: Revista de Ciencias Administrativas y Financieras de Seguridad Social. Costa Rica, 1996 2 (4): p.18-26
8. Arce R, Claudio. La externalización de bienes y servicios de salud y de apoyo al sector privado: la experiencia de la CCSS, 1970-1997. En: Revista

de Ciencias Administrativas y Financieras de Seguridad Social. Costa Rica, 1998 1 (6): p. 14-29.

9. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento, Instituto de Desarrollo Económico, Ministerio de Salud, CCSS. Seminario sobre Reforma del Sector Salud en Costa Rica: su viabilidad política y sostenibilidad financiera. San José, Costa Rica, 1-3 octubre, 1997.
10. Barillas, E. Health-Care Reform: Global Economic and Social Trends. In proceedings of Health-Care Reform in the Americas: Trends and implications. Manuscrito no publicado. The University of Texas School of Nursing at Galveston, Texas. 1996
11. Bodenheimer, T; Sullivan, K. How large Employers are Shaping the Health-Care Marketplace: First of two parts. The New England Journal of Medicine, 338, 1003-1007. 1998
12. Brito Q, Pedro; Campos, Francisco; Novick, Marta. Gestión de recursos humanos en las reformas sectoriales en salud: cambios y oportunidades. OPS-OMS. Washington, D.C., 1996.
13. Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Anuario (Programa 2000 – Servicios Médicos). Dirección Financiero Contable. Sección Costos Hospitalarios, 1996.
14. CCSS. Antología de gestión de servicios de Enfermería. CENDEISS. San José, Costa Rica, 2001.
15. CCSS: Compromiso de Gestión de Hospitales Regionales y Periféricos. San José, Costa Rica, 2001.

16. CCSS. Fichas Técnicas de Compromisos de Gestión 2001. San José, Costa Rica, 2001.
17. CCSS. Compromiso de Gestión de Hospitales Regionales Desconcentrados. San José, Costa Rica, 2002.
18. CCSS. Fichas Técnicas de Compromisos de Gestión de Hospitales Regionales 2002. San José, Costa Rica, 2002.
19. CCSS. Informe Estadístico de Recursos y Servicios de Salud. Sección Biomédica-Costa Rica, 1998.
20. CCSS. Hacia un nuevo modelo de asignación de recursos. Gerencia de Modernización y Desarrollo. 1998.
21. CCSS. Hacia un nuevo modelo de atención integral de la salud. Gerencia de Modernización y Desarrollo. 1998.
22. CCSS. Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la CCSS y su reglamento. 1999.
23. CCSS. Plan Estratégico 1994-1998. EDNASS, San José, 1994.
24. Canales, F.H. y Alvarado, E. Métodos de Investigación en el Sector Salud. En: Antología de Investigación, UNED. 2001.
25. Carvajal, Xinia y otros. Garantía de la Calidad de los Servicios de Salud (propuesta). San José, Costa Rica, agosto de 1995.

26. Castro, Carlos y Sáenz, Luis B. La reforma del Sistema Nacional de Salud: estrategias, avances y perspectivas. Ministerio de Planificación y Política Económica. San José, Costa Rica, 1998.
27. Consejo Internacional de Enfermería (CIE). El valor de la Enfermería en un mundo cambiante. Ginebra, Suiza, 1996.
28. Donabedian, Abedis. La Calidad de la Atención Médica (Definición y metas de evaluación). La Prensa Médica Mexicana, octubre 1993.
29. Durán, Fabio y otros. El gasto público en salud durante el período 1980-1993. En: Revista de Ciencias Administrativas y Financieras de Seguridad Social. Costa Rica, 1994 2 (2): p.15-23.
30. Proyecto Estado de la Nación. Estado de la Nación en desarrollo humano sostenible. 7º Informe. San José, Costa Rica, 2000.
31. Forbes, S.A, Bott, M and Taunton, R. Control Over Nursing Practice: A construct coming of age. Journal of Nursing Measurement, 5, 179-190. 1997.
32. Gutiérrez R, Noemy e Hidalgo S, Flory. Satisfacción laboral en el personal profesional farmacéutico de los hospitales nacionales desconcentrados. En: Revista de Ciencias Administrativas y Financieras de Seguridad Social. Costa Rica, 1994 2 (2): p. 27-31.
33. Henderson, Allan. Antología sobre Investigación de Operaciones. UNED, San José, Costa Rica, 2001.
34. Instituto Superior de Acreditación para el Desarrollo de la Enfermería y otras Ciencias de la Salud (ISECS). Las Normas de Enfermería. Madrid, España, 2001.

35. Manfredi, M. Health-Care Reform in the Americas: Trends and implications. In proceedings of Health-Care Reform in the Americas. Manuscrito no publicado. The University of Texas, School of Nursing at Galveston, Texas. 1996.
36. Marriner A. Contemporary nursing management. CV Mosby. St. Louis, Missouri, 1982.
37. Méndez A, Carlos E. Metodología. Editorial McGraw-Hill. México, 1995. P.131.
38. Moya, Ligia. Introducción a la estadística de la salud. 1 ed. Editorial de la Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica, 1986. P. 91-93, 106-110.
39. Murillo, José Miguel. La administración del recurso humano para la salud. En: Revista de Ciencias Administrativas y Financieras de Seguridad Social. Costa Rica, 1996 2 (4): p.27-39.
40. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Boletín de Enfermería, gestión, liderazgo y educación. Washington, D.C., 1999.
41. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Factor crítico de la reforma sectorial en salud. Informe Reunión Regional. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos (HSR), San José, Costa Rica, 1997.
42. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). La reforma del sector salud y sus implicaciones para la práctica, la regulación y la educación de Enfermería: un estudio de cinco países. Programa Desarrollo de Recursos Humanos (HSR). Abril de 2001.

43. Revista de Ciencias Administrativas y Financieras de Seguridad Social. Compromisos de Gestión. Costa Rica, 1997 5: p. 09-49.
44. Sánchez, Rocío y León, Miriam. Determinación de la equidad en el modelo tradicional de asignación de recursos comparado con el nuevo modelo. CCSS. San José, Costa Rica, 1997.
45. Zamora, Carlos. Modelo de medición de la producción hospitalaria. La propuesta costarricense para la CCSS. En: Revista de Ciencias Administrativas y Financieras de Seguridad Social. Costa Rica, 1998 1 (6): p. 43-51.

ANEXOS

ANEXO 1

GLOSARIO DE TERMINOS

Cama hospitalaria: Aquella dispuesta en un hospital para el alojamiento de un paciente durante las 24 horas del día. Se consideran camas hospitalarias, las dedicadas a la atención regular de los pacientes internados, de cuidados intensivos, cuidados mínimos de aislamiento, las cunas e incubadoras de Pediatría y Neonatología, las camas de observación cuando están equipadas para que un mismo paciente permanezca en ellas más de 24 horas. Las cunas de alojamiento de los recién nacidos sanos que permaneces después del parto o durante el tratamiento de la madre, no se consideran camas hospitalarias.

Dotación normal de camas: Es el número fijo de camas hospitalarias regularmente mantenido durante un período de operación normal en áreas destinada para el alojamiento y cuidado permanente de los pacientes internados.

Egreso hospitalario: Es el retiro de un paciente de los servicios de internamiento de un hospital. Puede ser por alta o por defunción. Este concepto no incluye los traslados internos de un servicio a otro del mismo hospital, ni los recién nacidos sanos en el mismo.

Estancia hospitalaria: Constituye el número de días que permanece internado un paciente en el hospital. Los recién nacidos sanos en el hospital no cuentan. Cuando un paciente permanece internado 24 o menos horas, se considera un día paciente. Se calcula con base en los egresos hospitalarios, restando la fecha de ingreso a la de egreso.

Giro de camas: Es una razón entre el número de egresos hospitalarios y el número de camas de dotación normal. Puede calcularse en un Servicio, hospital, región o país, generalmente por períodos anuales. En hospitales de corta estancia, el giro total de camas debe oscilar entre 30 y 35 egresos por cama por año. En el Servicio de Obstetricia este valor es mayor.

Porcentaje de mortalidad por servicio: Representa la probabilidad de muerte de las personas internadas en un servicio determinado del hospital. Se calcula dividiendo el número de defunciones en el servicio “i” entre el número de egresos del servicio “i” en un período determinado y se multiplica por 100.

Porcentaje de ocupación de las camas hospitalarias: Llamado también índice ocupacional, mide el grado de utilización de las camas y no debe ser menor del 75% ni mayor del 90%. Puede calcularse por servicio, relacionando las camas ocupadas en un día (días paciente) con el total de camas de dotación normal.

ANEXO 3

ENCUESTA DE OPINION A LOS FUNCIONARIOS DE ENFERMERIA SERVICIO DE PEDIATRIA Y NEONATOLOGÍA HOSPITAL DR. ESCALANTE PRADILLA

Fecha: _____ Servicio: _____ No. de formulario: _____

El presente cuestionario tiene como objetivo conocer cuál es la opinión del personal de Enfermería que labora en los Servicios de Pediatría y del Hospital Dr. Escalante Pradilla en cuanto a algunos aspectos de calidad y gestión del servicio. Su opinión es muy importante para valorar los servicios brindados y la gestión del recurso humano, con el fin de mejorar la calidad de la atención y del desarrollo profesional y técnico. Agradecemos de antemano su colaboración para responder el presente cuestionario, asegurándole que la información que nos brinde será tratada confidencialmente.

A. Datos generales del entrevistado (a):

A1. Sexo: 1 Masculino 2. Femenino

A2. ¿Cuál es su edad en años cumplidos? _____

A3. ¿Cuál es el último grado o nivel de educación que usted completó?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Primaria incompleta | <input type="checkbox"/> 5. Universitaria |
| <input type="checkbox"/> 2. Primaria completa | <input type="checkbox"/> 6. Técnica |
| <input type="checkbox"/> 3. Secundaria incompleta | <input type="checkbox"/> 7. Otra: _____ |
| <input type="checkbox"/> 4. Secundaria completa | |

A4. ¿Cuál es el puesto o labor que desempeña actualmente?

1. Enfermera profesional 2. Auxiliar de Enfermería 3. Asistente de pacientes

A5. ¿Cuánto tiempo tiene usted de laborar en este Servicio? _____

A6. ¿Cuánto tiempo tiene usted de laborar en la CCSS? _____

A7. Desde su ingreso a la institución, ¿cuántas veces ha ascendido de puesto?

1. No ha ascendido 2. Una vez 3. Dos veces
4. Tres veces 5. Más de tres

A8. Cuando usted llegó por primera vez al Servicio (puede marcar más de una opción):

1. Le dieron a conocer la misión y los objetivos del Servicio.
2. Le entregaron por escrito una lista de las funciones que le corresponden.
3. Le presentaron ante el resto de sus compañeros (as).
4. Le entregaron las normas que rigen el Servicio.
5. Ninguna de la anteriores.

B10. ¿Considera usted que se le ha dado suficiente información y capacitación para el desempeño de su trabajo?

1. SI 2. NO

B11. ¿Ha recibido capacitación e información sobre el proceso de modernización de la CCSS?

1. SI 2. NO

B12. El equipo instrumental y material con que cuenta el Servicio le permite realizar su trabajo:
(puede marcar más de una opción)

1. Con calidad 2. En forma eficiente 3. Con satisfacción 4. Ninguna

B13. Su nivel de satisfacción general por pertenecer a este equipo es:

- () 1. Excelente
- () 2. Muy bueno
- () 3. Bueno
- () 4. Regular
- () 5. Insatisfactorio

B14. ¿Cómo considera usted que son las relaciones interpersonales de su grupo de trabajo?

1. Excelentes 2. Muy buenas 3. Buenas 4. Regulares 5. Malas

B15. Su nivel de satisfacción con respecto al manejo de conflictos es:

1. Excelente 2. Muy bueno 3. Bueno 4. Regular 5. Malo

C. Instalaciones físicas del Servicio:

C1. A continuación se mencionan algunos aspectos sobre las instalaciones físicas del Servicio de Neonatología. Marque con una X según considere: 0 significa muy malo y 5 excelente

0= Muy malo 1= Malo 2= Regular 3= Bueno 4= Muy bueno 5= Excelente

ASPECTO	0	1	2	3	4	5
C1.1. Organización y distribución del espacio físico						
C1.2. Orden						
C1.3. Limpieza						
C1.4. Ventilación						
C1.5. Iluminación						

D. Aspectos generales del desempeño del equipo:

A continuación se incluye una lista de procesos a evaluar mediante una escala de 1 a 5, que se detalla a continuación: (marque con X)

(5) (4) (3) (2) (1) (0)
 Excelente Muy bueno Regular Insatisfactorio Muy insatisfactorio No contesta

Procesos	Valor	SUGERENCIAS PARA MEJORAR (Anote ideas en las secciones que considere relevantes)
Formulación de estrategias con compromiso de todo el personal		
Calidad de reuniones: periodicidad, conducción y participación		
Seguimiento a cumplimiento de los acuerdos		
Congruencia entre metas de equipo y metas personales		
Apertura y cultura de realimentación mutua		
Posibilidades de progreso y desarrollo individual y colectivo		
Reconocimiento de sus superiores por el buen desempeño del trabajo		
Expresión real de sentimientos, emociones y opiniones		
Liderazgo, confianza y motivación de nuestro equipo		
Relaciones entre la Dirección de Enfermería y el resto del equipo		
Relaciones entre la Jefatura del Servicio y el resto del equipo		
Desempeño como equipo ante el resto de la organización		
Ambiente de equipo, respeto y apoyo mutuo entre departamentos		
Consistencia entre nosotros en el trato y en la relación humana con todo el personal		
Actitud abierta al aprendizaje, la innovación y la creatividad		
Existencia de un plan de incentivos para el buen desempeño del trabajo (individual y grupal)		

ANEXO 4

FORMULARIO DE ENCUESTA DE OPINION DE LOS USUARIOS SERVICIOS DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA HOSPITAL DR. ESCALANTE PRADILLA (Familiares)

Fecha: _____ Servicio: _____ No. de formulario: _____

El presente cuestionario tiene como objetivo conocer cuál es la opinión de los usuarios con respecto a los servicios de salud que ofrecen los Servicios de Pediatría y Neonatología del Hospital Dr. Escalante Pradilla. Su opinión como familiar directo del niño (a) que actualmente está internado (a) en este Servicio es muy importante para valorar los servicios brindados, con el fin de mejorar la calidad de la atención. Agradecemos de antemano su colaboración para responder el presente cuestionario, asegurándole que la información que nos brinde será tratada confidencialmente.

A. Datos generales del entrevistado (a):

A1. Género: 1 Masculino 2. Femenino

A2. ¿Cuál es su edad en años cumplidos? _____

A3. ¿Cuál es el último grado o nivel de educación que usted completó?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 5. Ninguno | <input type="checkbox"/> 6. Universitaria incompleta |
| <input type="checkbox"/> 6. Primaria incompleta | <input type="checkbox"/> 7. Universitaria completa |
| <input type="checkbox"/> 7. Primaria completa | <input type="checkbox"/> 8. Otra (especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> 8. Secundaria incompleto | |
| <input type="checkbox"/> 9. Secundaria completa | |

B. Instalaciones físicas del Servicio:

B1. A continuación se mencionan algunos aspectos sobre las instalaciones físicas del Servicio de Pediatría ó Neonatología. Marque con una X según considere: 0 significa muy malo y 5 excelente
0 = Muy malo 1 = Malo 2 = Regular 3 = Bueno 4 = Muy bueno 5 = Excelente

ASPECTO	0	1	2	3	4	5
B1.1 Comodidad						
B1.2. Orden						
B1.3. Limpieza						
B1.4. Ventilación						
B1.5. Iluminación						

C. Aspectos del personal de Enfermería:

Marque con una X la o las acciones del *personal de Enfermería* (puede marcar más de una opción):

- C1.1. Se presentó con usted
- C1.2. Le preguntó su nombre
- C1.3. Le saluda cuando usted visita el Servicio
- C1.4. Le informó sobre los derechos del niño (a)
- C1.5. Le informó sobre el horario de visita
- C1.6. Le ha explicado sobre el padecimiento del niño (a)
- C1.7. Le ha dado educación sobre los cuidados generales del niño (a)
- C1.8. Le ha preguntado si usted tiene alguna inquietud
- C1.9. Ha dedicado tiempo a explicarle si usted tiene alguna consulta o duda
- C1.10. No ha realizado ninguna actividad de las mencionadas

D. Aspectos generales del servicio:

D1. ¿Cuántas veces ha visitado el Servicio de Pediatría ó Neonatología?

1. Una vez 2. Dos veces 3. Tres veces 4. Cuatro o más

D2. Considera usted que la atención que se brinda a los niños (as) en este Servicio es:

1. Excelente 2. Muy buena 3. Buena 4. Regular 5. Mala

D3. A continuación se incluye una serie de aspectos para los cuales deseamos que usted califique cada uno de ellos de 0 a 5, donde 0 significa muy malo y 5 excelente. Marque con una X según su opinión sobre cada uno de los aspectos:

0 = Muy malo 1 = Malo 2 = Regular 3 = Bueno 4 = Muy bueno 5 = Excelente

ASPECTO	0	1	2	3	4	5
3.1. Ubicación del Servicio						
3.2. Horario de visita						
3.3. Trato que brinda el personal médico a los niños (as)						
3.3. Trato que brinda el personal de Enfermería a los niños (as)						
3.4. Información que se da a los familiares sobre el padecimiento del niño (a)						
3.5. Educación a los familiares sobre los cuidados del niño (a)						
3.6. Información general sobre el Servicio de Neonatología						

ANEXO 5

LISTA DE COTEJO PARA EVALUACION DEL PROCESO DE MODERNIZACION Y DE LA GESTION. SERVICIOS DE PEDIATRIA Y NEONATOLOGIA HOSPITAL DR. ESCALANTE PRADILLA (Abril de 2002)

Variables	Dimensiones	Indicadores	Medición	Resultado
Proceso de modernización	Existencia y aplicación de programas, normas y protocolos	Número de programas, protocolos o normas específicos para el manejo del paciente hospitalizado	Número de programas Número de protocolos Número de normas	
		Porcentaje del personal de Enfermería que aplica las normas, programas y protocolos establecidos en el Servicio	<u>Numerador:</u> Número de personas que aplican normas y programas <u>Denominador:</u> Total de funcionarios del Servicio <u>Porcentaje de personal</u>	
		Número de proyectos específicos para el mejoramiento continuo de la calidad (MCC) basados en áreas críticas del Servicio	Número de proyectos de MCC del Servicio	
	Participación del personal de Enfermería en la programación y administración del Servicio	Porcentaje de funcionarios de Enfermería que participan en la elaboración y ejecución de proyectos de MCC	<u>Numerador:</u> número de funcionarios de Enfermería que participan en la elaboración y ejecución de proyectos de MCC <u>Denominador:</u> total de funcionarios de Enfermería del Servicio <u>Porcentaje de personal</u>	
		Porcentaje de funcionarios de Enfermería que conocen los objetivos y metas pactadas en el compromiso de gestión del HEP	<u>Numerador:</u> Número de funcionarios que conocen los objetivos y metas del C de G <u>Denominador:</u> Total de funcionarios de Enfermería del Servicio	

Variables	Dimensiones	Indicadores	Medición	Resultado
			<u>Porcentaje de personal</u>	
		Porcentaje de funcionarios de Enfermería que participan en la elaboración del Plan Operativo del Servicio	<u>Numerador:</u> número de personas que participan en el PAO del servicio <u>Denominador:</u> Total de personal del Servicio <u>Porcentaje</u>	
		Porcentaje del personal de Enfermería que participa en la elaboración del presupuesto del Servicio	<u>Numerador:</u> número de personas que participan en la elaboración del presupuesto del servicio <u>Denominador:</u> Total de personal del Servicio <u>Porcentaje</u>	
		Porcentaje de personal de Enfermería que participa en el análisis del avance físico de metas (AFM)	<u>Numerador:</u> número de personas que participan en el análisis del AFM del servicio <u>Denominador:</u> Total de personal del Servicio <u>Porcentaje</u>	
	Diseño y ejecución de programas de educación para la salud dirigidos a familiares de los pacientes hospitalizados en el Servicio	Número y tipo de programas de educación para la salud elaborados en el Servicio	Número de programas de educación para la salud del Servicio Tipo de programas de educación para la salud	
	Análisis de los datos básicos de producción del Servicio	Porcentaje de egresos del Servicio en el primer trimestre del año 2001 y primer trimestre	<u>Numerador:</u> número de egresos hospitalarios <u>Denominador:</u> número de ingresos del Servicio <u>Porcentaje de egresos del Servicio</u>	2001 2002 2001 2002 2001 2002

Variables	Dimensiones	Indicadores	Medición	Resultado
		Porcentaje de ocupación del Servicio en el I trimestre del 2002	<u>Numerador:</u> Número de camas ocupadas <u>Denominador:</u> total de camas del Servicio <u>Porcentaje</u> de ocupación	
		Estancia media en el Servicio	<u>Numerador:</u> sumatoria del número de días de estancia de los pacientes <u>Denominador:</u> número de egresos del servicio	
		Porcentaje de cumplimiento de la producción pactada (UPH) en C de G (2001) en el Servicio	<u>Numerador:</u> Número de UPH logradas <u>Denominador:</u> Número de UPH pactadas <u>Porcentaje</u>	
	Análisis de la satisfacción de los usuarios del Servicio	Encuesta de satisfacción de usuarios del Servicio (familiares de pacientes hospitalizados)	Resultados de la encuesta	
Gestión de RRHH en Enfermería	Análisis de las condiciones de la planta física del Servicio	Cumplimiento de criterios de iluminación, ventilación, limpieza, organización y distribución del espacio físico	Iluminación: Ventilación: Limpieza: Organización y distribución del espacio	Categorías Exc MB B R M
	Disponibilidad y calidad de los recursos materiales en el servicio	Opinión de los prestatarios sobre el equipo disponible en el Servicio	Relación entre el equipo e instrumental del Servicio son la oportunidad de realizar su trabajo	Con calidad Eficiente Satisfacción Ninguna
		Existencia de mecanismos de control del equipo (utilización, mantenimiento y	Existencia de mecanismos de control:	SI NO

Variables	Dimensiones	Indicadores	Medición	Resultado
		obsolescencia)		
	Análisis de la administración de los RRHH, organización del trabajo, negociación de conflictos, relaciones laborales y capacitación	Encuesta a funcionarios de Enfermería del Servicio	Resultados de la encuesta	
		Porcentaje de funcionarios de Enfermería que conocen sus funciones	<u>Numerador:</u> número de funcionarios de Enfermería que conocen sus funciones <u>Denominador:</u> total de funcionarios de Enfermería del Servicio <u>Porcentaje de funcionarios:</u>	
		Porcentaje y tipo de funcionarios de Enfermería que han recibido inducción	<u>Numerador:</u> número de funcionarios de Enfermería que han recibido inducción <u>Denominador:</u> total de funcionarios de Enfermería del Servicio <u>Porcentaje de funcionarios</u>	
		Porcentaje de funcionarios de Enfermería que recibieron información y motivación para la implementación del proceso de modernización	<u>Numerador:</u> número de funcionarios de Enfermería que han recibido información y motivación del proceso de modernización <u>Denominador:</u> total de funcionarios de Enfermería del Servicio <u>Porcentaje de funcionarios</u>	
		Existencia de un plan de incentivos al	Existencia del plan de incentivos al personal de	SI

Variables	Dimensiones	Indicadores	Medición	Resultado
		personal de Enfermería del Servicio	Enfermería del Servicio	NO
		Número y tipo de actividades de capacitación efectuadas	Tipo de capacitación: Número de capacitaciones efectuadas	Número Lista
		Porcentaje de individuos capacitados	<u>Numerador:</u> número de funcionarios capacitados <u>Denominador:</u> total de funcionarios del Servicio <u>Porcentaje de funcionarios capacitados</u>	
		Existencia de un plan interno de manejo de conflictos	Existencia del plan interno de manejo de conflictos	SI NO
	Normas y procedimientos para la mejora de la gestión del RRHH de Enfermería	Existencia de manual de funciones del personal de Enfermería	Existencia de manual de funciones	SI NO
		Porcentaje de funcionarios de Enfermería que conocen las funciones de su trabajo	<u>Numerador:</u> número de funcionarios de Enfermería que conocen las funciones <u>Denominador:</u> total de funcionarios de Enfermería del Servicio Porcentaje de funcionarios que conocen las funciones	

ANEXO 6

COMPOSICIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA. SERVICIOS DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA. HOSPITAL ESCALANTE PRADILLA, 2002

Aspecto	Número	Porcentaje
Sexo	25	100
Masculino	8	32
Femenino	17	68
Tipo de puesto	25	100
Profesionales en Enfermería	5	20
Auxiliares de Enfermería	13	52
Asistentes de pacientes	7	28
Edad de los funcionarios (en años cumplidos)	25	100
18-25	3	12
26-40	10	40
41-59	12	48
Nivel educativo	25	100
Primaria incompleta	1	4
Primaria completa	1	4
Secundaria incompleta	2	8
Secundaria completa	3	12
Universitaria	10	40
Técnica	6	24
Otra	2	8
Tiempo en el puesto	25	100
NS/NR	1	4
Menos de 1 año	5	20
1 a 3 años	6	24
4 a 6 años	4	16
7 a 10 años	1	4
11 a 15 años	1	4
16 o más años	7	28
Tiempo con la Caja	25	100
NS/NR	1	4
1 a 5 años	5	20
6 a 10 años	3	12
11 a 15 años	3	12
16 o más años	13	52
Ascenso	25	100
No ha ascendido	17	68
1 vez	7	28
3 veces	1	4

ANEXO 7

COMPOSICIÓN DE LOS FAMILIARES ENTREVISTADOS. SERVICIOS DE PEDIATRÍA Y NEONATOLOGÍA. HOSPITAL DR. ESCALANTE PRADILLA, 2002

Aspecto	Número	Porcentaje
Sexo	33	100
Masculino	28	85
Femenino	5	15
Edad de los familiares (en años cumplidos)	33	100
Ns/Nr	1	3
15-25	14	42
26-40	15	46
41-50	2	6
51 o más	1	3
Nivel educativo	33	100
Ninguna	5	15
Primaria incompleta	6	18
Primaria completa	5	15
Secundaria incompleta	4	13
Secundaria completa	5	15
Universitaria incompleta	5	15
Universitaria incompleta	3	9