

**REPÚBLICA DE CUBA  
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA LIDIA DOCE**

**SISTEMA DE INDICADORES PARA EVALUAR LA EFICACIA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA  
EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO**

Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en  
Ciencias de la Enfermería

LÁZARO LUIS HERNÁNDEZ VERGEL

La Habana  
2022

**REPÚBLICA DE CUBA  
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA LIDIA DOCE**

**SISTEMA DE INDICADORES PARA EVALUAR LA EFICACIA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA  
EN EL CONTEXTO HOSPITALARIO**

Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en  
Ciencias de la Enfermería

Autor: Lic. Lázaro Luis Hernández Vergel, MsC.

Tutor: Prof. Tit., Lic. Carlos Agustín León Román, Dr. C.  
Prof. Tit., Dr. Boris Klaindorf Shainblatt, Dr. C. †

La Habana  
2022

## AGRADECIMIENTOS

Agradecer a todas las personas que contribuyeron a la terminación de esta obra y la Influencia que tuvieron, se corre el riesgo de omitir algunos, pero no se puede dejar de mencionar a aquellos que no escatimaron esfuerzos, para apoyarme en mi formación académica.

A el Dr. C. Carlos Agustín León Román, por su tiempo, paciencia, comprensión y apoyo incondicional, haciendo esta obra tan suya como mía.

A el Dr. C. Boris Klaindorf Shainblatt y la MSc. Dulce María Zequeira Betancourt, aunque ya no están físicamente, con su ejemplo profesional, visión y ánimo, me guiaron para avanzar en el camino de la ciencia e hicieron que defendiera con tenacidad mi meta propuesta.

A la enfermera Isabel Bofill Duquesne, que con su ejemplo profesional, visión y ánimo, me inculcó el amor que le profeso a la Enfermería y me guió en los primeros pasos que di en esta humana profesión.

A mi familia, por el apoyo incondicional y la comprensión de tantas horas no dedicadas, no compartidas, por la confianza y estímulo oportuno para poder llevar a feliz término este empeño.

Un agradecimiento especial a los consultores y auditores de ESAC, *Bureau Veritas*, *Lloyd's Register* y AENOR, pues sus valiosas contribuciones, ayuda y orientación, me dieron pautas a seguir en el cumplimiento de los objetivos que perseguía al realizar este estudio.

A los directivos, personal y compañeros de trabajo de la Clínica Central "Cira García" y de la Facultad de Enfermería Lidia Doce, por el apoyo y comprensión que me brindaron durante estos años que duró el estudio y sus invaluable contribuciones.

No puedo dejar de mencionar a la Junta de Gobierno de la SOCUENF y a los miembros del Grupo Nacional de Enfermería, por su instructiva, acertada y valiosa ayuda, pues sin ella, me hubiera sido difícil concluir esta investigación doctoral.

En fin, a todas las personas que de una forma u otra, han aportado su colaboración para la culminación de esta obra, mis más sinceros agradecimientos.

## **DEDICATORIA**

**A mi familia, por el constante estímulo  
y apoyo en el logro de este empeño.**

## SÍNTESIS

La evaluación de la eficacia de los procesos, constituye una preocupación de los sistemas de salud para incrementar la calidad de los servicios y la seguridad de las personas que requieren de ellos. Ante esta situación, el autor se trazó como objetivo proponer un sistema de indicadores para evaluar la eficacia del Proceso de Enfermería en el contexto hospitalario. Para ello, se realizó una investigación de desarrollo, con diseño mixto del tipo secuencial exploratorio (QUAL-cuan), entre el 2016 y 2021 en la Clínica Central "Cira García". Se utilizaron indagaciones teóricas y empíricas, mediante consulta a informantes clave, grupo focal, encuestas a especialistas y expertos para su validación mediante la técnica *Delphi*, así como auditorías de calidad. Como métodos estadísticos, se emplearon frecuencias absolutas y relativas, el coeficiente Alfa de *Cronbach* y *V de Aiken*. Como referente teórico, se emplearon: Modelo de calidad de Avedis Donabedian, la Teoría general de sistema de Ludwig Von Bertalanffy y la Teoría la enfermería moderna de Florence Nightingale, como referente metodológico, la Norma Española de Sistemas de Gestión de Calidad para la implantación de sistemas de indicadores, lo que permitió el diseño de un sistema integrado por 14 indicadores, uno de estructura, 11 de proceso y dos de resultados. Su aplicación en los escenarios prácticos, permitió evaluar la eficacia del Proceso de Enfermería, además, favoreció la gestión de los directivos de enfermería, en la identificación de procesos susceptibles de mejoras, la aplicación de medidas y cambios en aras de alcanzar mayores niveles de calidad.

## ÍNDICE

	Pág.
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>CAPÍTULO I. REFERENTES TEÓRICOS QUE SUSTENTAN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA EN SU DIMENSIÓN EFICACIA</b>	11
1.1. Calidad en los servicios de salud: definiciones, enfoques	11
1.1.1. Definiciones de calidad de los servicios de Enfermería	13
1.1.2. Evolución de la calidad en el ámbito de los servicios de salud	14
1.2. Modelo de la calidad de Avedis Donabedian	17
1.2.1. Dimensiones de la calidad asistencial	20
1.2.2. Eficacia como dimensión de la calidad	22
1.3. Indicadores de la calidad: atributos, enfoques	24
1.4. Teoría general de sistemas: definición, elementos principales	26
1.5. Teoría de Florence Nightingale: La enfermería moderna y su relación con el modelo de calidad de Avedis Donabedian y la Teoría general de sistemas de Ludwig Von Bertalanffy	28
1.6. Integración de la Teoría de Florence Nightingale, el Modelo de calidad de Avedis Donabedian y la Teoría general de sistemas en la concepción de indicadores para evaluar la eficacia del Proceso de Enfermería	33
<b>CAPÍTULO II. REFERENTES METODOLÓGICOS PARA EL DISEÑO DEL SISTEMA DE INDICADORES PARA EVALUAR LA EFICACIA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA</b>	37
2.1. Tipo de estudio	37
2.2. Estrategia metodológica del estudio	37
2.3. Procedimientos metodológicos de la etapa 1. Identificación de referentes teóricos y metodológicos	38
2.4. Procedimientos metodológicos de la etapa 2. Diseño de los indicadores	38
2.5. Procedimientos metodológicos de la etapa 3. Evaluación del resultado de la implementación del sistema de indicadores	51
2.6. Concepción general del procesamiento y análisis de la información	56
2.7. Aspectos éticos de la investigación	57
<b>CAPÍTULO III. DISEÑO DE UN SISTEMA DE INDICADORES PARA EVALUAR LA EFICACIA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA</b>	59
3.1. Resultados de la fase: Estudio de las fuentes de información y revisión de la literatura	59
3.1.1. Obtención de criterios con informantes clave	60
3.2. Resultados de la fase: Obtención de la información y diseño de indicadores	60
3.3. Resultados de la fase: Valoración de los indicadores	61
3.4. Aprobación por el primer grupo de especialistas de la propuesta de indicadores a ser validada	61
3.5. Resultados de la fase: Validación de la propuesta de indicadores por criterio de jueces expertos mediante el método <i>Delphi</i>	62
<b>CAPÍTULO IV. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL SISTEMA DE INDICADORES A PARTIR DE SU IMPLEMENTACIÓN EN LA PRÁCTICA</b>	73
4.1. Resultados de la fase: Capacitación a involucrados en la implementación	73
4.1.1. Adopción de la estrategia de capacitación	74
4.2. Resultados de la fase: Implementación del sistema de indicadores en los escenarios	74

prácticos	
4.2.1. Modificaciones a los indicadores después de su implementación en los escenarios prácticos	75
4.2.2. Validación de la propuesta de modificación de los indicadores por criterio de jueces expertos mediante el método <i>Delphi</i>	77
4.3. Resultados de la fase: Evaluación de la eficacia del Proceso de Enfermería	77
4.3.1. Auditorias de calidad y No conformidades	95
<b>CONCLUSIONES</b>	99
<b>RECOMENDACIONES</b>	100
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	101
<b>BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA</b>	
<b>ANEXOS</b>	

## INTRODUCCIÓN

La preocupación por la calidad de la asistencia sanitaria, es tan antigua como el propio ejercicio médico. Su origen se encuentra en los papiros egipcios, en el Código de Hammurabi o en el tratado La Ley de Hipócrates, centrados en buscar lo mejor para la persona objeto de atención. <sup>(1-3)</sup>

Las formas de control de la calidad asistencial se han transformado con el tiempo, en la etapa de la revolución industrial, existió la tendencia a la inspección mediante normas y medidas. Con posterioridad, entre los años 1939 y 1949, se utilizó el control estadístico. En la etapa del 1950 al 1979, centró la mirada en los programas; a partir de la década de los 80, del pasado siglo, se planteó que la calidad se administra y a principios de la década de los 90, de este mismo siglo, se implantaron los conceptos de “Buenas Prácticas” y comenzó a establecerse la gestión de la calidad total y la serie de Normas de la Organización Internacional de Normalización (ISO). <sup>(4)</sup>

Investigadores, entre los que se destacan Vuori <sup>(5)</sup> y Donabedian, <sup>(6)</sup> realizaron grandes aportes a las formas de control de la calidad asistencial. Éste último, considerado el fundador del estudio de la calidad en el sistema sanitario, la definió como: *“actividades encaminadas a garantizar servicios accesibles y equitativos, con prestaciones profesionales óptimas, teniendo en cuenta los recursos disponibles, logrando la adhesión y satisfacción del usuario con la atención recibida”*

Este concepto, se utilizó como referente en la investigación, porque se ajusta a la práctica asistencial de Cuba y a la política del Sistema Nacional de Salud (SNS), que ha logrado la accesibilidad a los servicios de salud para todas las personas, ha garantizado los recursos humanos y materiales necesarios para cada nivel de atención, una formación de profesionales y técnicos competentes, con el propósito de mejorar el estado de salud de la población con satisfacción.



Como se expresa en el concepto, evaluar la calidad asistencial es una tarea difícil, en ella, concurren aspectos determinados por políticas de salud de cada país, así como factores objetivos y subjetivos; sin embargo, lo más frecuente es hacerlo por dimensiones. En ese sentido, para medir la eficacia como dimensión de la calidad de los procesos que forman parte de los Sistemas de Gestión de la Calidad (SGC), se requiere de un sistema de indicadores que permita identificar aspectos claves, críticos, relevantes, pertinentes y necesarios, para el logro de los objetivos institucionales, útiles en la toma de decisiones y el mejoramiento de la calidad. <sup>(7)</sup>

Un sistema de indicadores, permite la posibilidad de comprender mejor el Proceso de Enfermería (PE) en instituciones hospitalarias cubanas, al objetivar situaciones relacionadas con la seguridad clínica, reducir riesgos a los que se expone el paciente y emplear metodologías o acciones para mejorarlos.

Por otra parte, los indicadores aportan orden al proceso de producir información y datos con los cuales se toman decisiones de mejoramiento. Su éxito depende entonces de: una adecuada definición, estructuración, validación, análisis y uso. Esta gestión de la información mediante indicadores sistémicos, constituye un valioso aporte en las actividades y metodologías de autoevaluación, acreditación y certificación de SGC en salud.

Autores como Vuori<sup>(5)</sup> y Salas Padilla, <sup>(8)</sup> han expresado que lo más conveniente para evaluar la calidad es su observación por componentes o dimensiones, destacan entre estos, los siguientes: efectividad, eficiencia, eficacia, adecuación, calidad científico-técnica, satisfacción, accesibilidad y continuidad, entre otras. En este sentido, Donabedian, <sup>(9)</sup> *Joint Commission of Accreditation* <sup>(10)</sup> y Diego Ayuso, <sup>(11)</sup> también reconocieron varias dimensiones de la calidad.

Aunque existe acuerdo sobre el carácter multidimensional del concepto de calidad y la necesidad de su control, no todos los autores sitúan el énfasis en las mismas dimensiones. Sin embargo, aunque

todas las dimensiones son importantes, se desea destacar que una de ellas puede tener impacto en las demás, como en este caso la eficacia, que puede ser visualizada como la mejor actuación posible, en las condiciones más favorables, según el estado del paciente y en unas circunstancias inalterables. <sup>(9,12)</sup> Por lo tanto, esta dimensión es determinante para el logro de los objetivos deseados. <sup>(11)</sup>

En la sistematización realizada sobre la eficacia, como dimensión de la calidad, se evidenció que ha sido un tema muy abordado por investigadores en el contexto internacional, algunos de ellos, centraron su atención en la importancia de contar con indicadores adecuados que permitan una evaluación efectiva, <sup>(13-15)</sup> mientras que otros, señalaron que la atención eficaz y de calidad, además de buen trato, calidez y humanismo en la atención, requiere recursos materiales y capacidad real de resolver problemas. <sup>(16,17)</sup> Un estudio realizado en Perú, encontró deficientes recursos materiales e inadecuadas estructuras hospitalaria como limitantes de la eficacia del sistema. <sup>(16)</sup> En otro artículo, <sup>(18)</sup> se reportaron mejores resultados de eficacia en hospitales privados que en los públicos.

En una revisión integradora sobre el tema, <sup>(19)</sup> se reflejó que la investigación de la evaluación de la calidad de la atención en salud mediante indicadores, ha tenido un escaso desarrollo, sobre todo en Enfermería. Los indicadores de eficacia pesquisados, han sido desarrollados en su gran mayoría en algunos países europeos, pero sin reportar bases conceptuales claras y sin asegurar la solidez científica y factibilidad de las medidas.

En el contexto cubano, las referencias revisadas sobre el tema permitieron valorar que la calidad y sus dimensiones ha sido un tema muy estudiado; sin embargo, estudios sobre indicadores para evaluar la eficacia del PE son muy limitados, en los identificados, <sup>(20,21)</sup> se reportó sobre la relación necesaria entre indicadores de eficacia y calidad del servicio, se reconoció la importancia de estos indicadores para valorar los resultados en relación con las metas y cumplimiento de los objetivos

organizacionales, así como la necesidad de un balance entre indicadores de eficacia, eficiencia, estructura, proceso y resultados. En otro estudio, <sup>(22)</sup> se publicó indicadores y estándares para evaluar calidad de la atención de Enfermería en servicios pediátricos.

Unido a estos resultados, se debe plantear como parte de la justificación del estudio, que la construcción de un sistema de indicadores sobre la eficacia del PE en Cuba, debe ir acompañado de un amplio análisis dentro de las instituciones asistenciales del SNS, sobre los conceptos de calidad y de eficacia del quehacer de Enfermería, que permita cimentar las bases para crear una cultura de la evaluación de dicho proceso.

La relación entre indicadores de calidad y los resultados en la eficacia del PE en Cuba, no se ha investigado y en consecuencia, es preciso estudiarla a profundidad. Sin embargo, puede afirmarse, que la ausencia de un sistema de indicadores, impide de manera pertinente y justa, poder evaluar y mejorar la calidad de la atención de Enfermería en su dimensión eficacia.

Es posible que no estén detectados los aciertos y deficiencias en los procesos de planeación, enseñanza, investigación, gestión y compromiso social, que permitan tomar mejores decisiones dentro del sistema de salud, para entregar a la sociedad, cuidados de Enfermería de mayor calidad.

Frente a toda la problemática enunciada, sumada al vacío existente en la literatura de un sistema de indicadores para evaluar y mejorar el PE en las instituciones hospitalarias, es importante investigar desde las perspectivas de los directivos, gestores de los servicios de Enfermería y evaluadores expertos, cuál es el sistema de indicadores de calidad asociado a los resultados de salud y a los aportes de acreditación por alta calidad.

La experiencia del autor en la práctica de la profesión por más de 38 años, su trayectoria y accionar vinculado con el tema por 29 años y de ellos, 10 como jefe de la Unidad Organizativa de la Calidad de la Clínica Central "Cira García", le permitió identificar las siguientes limitaciones y dificultades: los

indicadores que se emplean, no son emanados de investigaciones científicas y carecen de un adecuado nivel de evidencia científica; se adolece de indicadores centrados en la eficacia para evaluar el PE en el contexto hospitalario.

Unido a ello, la investigación surge como respuesta a la necesidad del Ministerio de Salud Pública (MINSAP), de implementar y certificar SGC como requisito indispensable para exportar bienes y servicios. Además, por acuerdo del Consejo de Dirección de la Clínica Central “Cira García” de realizar los procesos de acreditación y certificación.

Las consideraciones anteriores, permitieron reconocer como contradicción, la que se manifiesta entre los indicadores que se aplican para evaluar la calidad del PE y la demanda de requisitos regulatorios generados por el SGC sobre indicadores que faciliten la evaluación de la eficacia del PE en el contexto hospitalario.

Esta contradicción, unida a los antecedentes expuestos, posibilitaron que el autor identificara el siguiente **problema científico**: La Clínica Central “Cira García”, presenta limitaciones para evaluar la eficacia del Proceso de Enfermería, que garantice un mejor desempeño en el contexto hospitalario.

De las consideraciones expresadas con anterioridad, surgió la interrogante científica ¿Cómo contribuir a la evaluación de la eficacia del Proceso de Enfermería en el contexto hospitalario de la Clínica Central “Cira García”?

Por lo que el **objeto de estudio**, es la evaluación de la calidad del PE en el contexto hospitalario y la investigación se enmarca dentro del **campo de acción** de la dinámica del mejoramiento de los indicadores de calidad del PE en el contexto hospitalario.

Con esta lógica, el **objetivo general** de la investigación se encaminó a: Proponer un sistema de indicadores para evaluar la eficacia del Proceso de Enfermería en el contexto hospitalario de la Clínica Central “Cira García”.

A partir del problema científico y del objetivo general, el autor se planteó cuatro **interrogantes científicas**:

1. ¿Cuáles son los referentes teóricos y metodológicos que sustentan la evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería en su dimensión eficacia?
2. ¿Qué elementos permitirán diseñar los indicadores para evaluar la eficacia del Proceso de Enfermería en el contexto hospitalario?
3. ¿Cuáles son los indicadores que permiten evaluar la eficacia del Proceso de Enfermería en el contexto hospitalario?
4. ¿Qué resultados se obtendrán después de la implementación práctica de los indicadores para evaluar la eficacia del Proceso de Enfermería en el contexto hospitalario?

Para dar solución al problema científico y el cumplimiento del objetivo general, se plantearon los siguientes **objetivos específicos**:

1. Identificar los referentes teórico metodológicos que sustentan la evaluación de la eficacia del Proceso de Enfermería en el contexto hospitalario.
2. Diseñar un sistema de indicadores que permitan evaluar la eficacia del Proceso de Enfermería en el contexto hospitalario.
3. Evaluar los resultados del sistema de indicadores diseñados para evaluar la calidad del Proceso de Enfermería a partir de su implementación en la práctica.

Concepción general de la investigación:

Se realizó una investigación de desarrollo, que se le dio salida mediante un estudio mixto del tipo secuencial exploratorio (QUAL-cuan), <sup>(23)</sup> realizado en la Clínica Central “Cira García” en el período comprendido desde enero de 2016 a diciembre de 2021. En las dos primeras etapas del estudio, se recabaron y analizaron los datos cualitativos, para ello, se aplicó la revisión documental y

sistemática, recolección de documentos, consulta a informantes clave, a especialistas, a expertos, grupo focal, intervención capacitante y análisis conjunto de resultados e integración con los referentes teóricos, que permitió diseñar un sistema de indicadores para evaluar la eficacia del PE, que se validó mediante el método *Delphi*.

En la secuencia, como plantea el tipo de estudio mixto empleado, en la tercera etapa, que consistió en evaluar el resultado de la implementación del sistema de indicadores en los escenarios prácticos, se tuvo mayor énfasis en la evaluación de datos cuantitativos.

La investigación se sustenta en la concepción dialéctico-materialista y en su desarrollo, se tuvo en cuenta diferentes procedimientos lógicos del pensamiento, como el análisis y la síntesis, procesos de deducción inducción, partió de lo concreto a lo abstracto y de lo general a lo particular; requirió de manera articulada de métodos del nivel teórico, empírico y estadísticos.

Métodos del nivel teórico empleados:

Análisis documental: proporcionó información sobre el estado del arte de la calidad en los sistemas de salud, la evaluación de la calidad, los PE y los sistemas de indicadores para evaluar calidad en el contexto hospitalario, además, permitió profundizar en documentos normativos del MINSAP y la Oficina Nacional de Normalización (ONN) relacionados con el tema.

Análisis histórico-lógico: permitió precisar el progreso sociohistórico de la calidad, la evaluación de la calidad en los PE, el desarrollo de indicadores de calidad y de los SGC, lo que posibilitó una aproximación al análisis del problema investigado.

Inducción – deducción: posibilitó analizar los resultados y realizar las adecuaciones propuestas al sistema de indicadores para evaluar la calidad del PE, de manera que, a partir de sus elementos particulares, se arribara a generalidades y que su determinación, permitiera llegar a sus relaciones y características particulares.

Modelación: se empleó desde la abstracción del autor en el diseño del sistema de indicadores para la evaluación de la calidad del PE y su concreción práctica en el contexto hospitalario.

Sistematización: facilitó organizar los referentes a partir del comportamiento del fenómeno objeto de estudio y sus categorías, desde la literatura consultada, para la estructuración y organización de los conocimientos, para relacionar las fuentes de información y establecer regularidades.

Enfoque de sistema: permitió identificar los indicadores de evaluación de la calidad; así como establecer las relaciones entre los componentes del sistema de indicadores que se propone.

Sistémico estructural funcional: posibilitó encontrar interrelaciones, nexos entre los indicadores de calidad que conforman el sistema y la evaluación de la eficacia del PE, además, facilitó establecer la relación estructural correcta y de forma dialéctica entre la base teórica y su desempeño en función de la transformación del objeto de estudio.

De los métodos del nivel empírico se utilizaron:

Técnica de grupo focal: utilizada con el primer grupo de especialistas que diseñó los indicadores.

Consulta a expertos: se empleó para validar el sistema de indicadores propuesto. La validación se realizó con el método *Delphi*.

Encuestas: se aplicaron al segundo grupo de especialistas, a los expertos y pacientes que participaron en la investigación.

Auditorías de calidad: se aplicaron para evaluar la eficacia del sistema de indicadores implementado.

Métodos estadísticos matemáticos: Se realizó análisis estadístico descriptivo con frecuencias absolutas y relativas, expresadas en tablas de contingencia. La encuesta SERVQUAL, se validó con el coeficiente Alfa de *Cronbach* y *V de Aiken*.

Actualidad, novedad y aportes científicos de la investigación:

La **actualidad** de la investigación, se expresa en su relación con el proceso de optimización de los recursos en salud y la necesidad de elevar la calidad de los servicios. Está en correspondencia con los objetivos de trabajo, indicadores y propósitos del MINSAP, <sup>(24)</sup> la constitución de la República de Cuba <sup>(25)</sup> y los Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución. <sup>(26)</sup>

La **novedad científica**, radica en ser el primer estudio detallado que propone un sistema de indicadores para evaluar la eficacia del PE (SIEEPE), desde la relación existente entre los indicadores y la adecuada calidad de la atención de Enfermería, sustentada en el Modelo de calidad de Avedis Donabedian, <sup>(6)</sup> la Teoría general de sistema de Ludwig Von Bertalanffy <sup>(27)</sup> y la Teoría la enfermería moderna de Florence Nightingale. Así como la inclusión en el contexto cubano del indicador cuidados perdidos de Enfermería.

La **significación práctica**, se concreta en la conducción del proceso evaluativo de la calidad del PE, que se reconoce en un sistema de indicadores con un enfoque globalizador, el sistema de instrumentos para la obtener información válida y fiable, y en las recomendaciones que se ofrecen para implementar la metodología en la práctica de Enfermería.

**Aportes teóricos:** Haber establecido los vínculos entre la Teoría general de sistemas, el Modelo de calidad y la Teoría de la enfermería moderna, así como su integración en el estudio para diseñar el SIEEPE. La propuesta de las definiciones, calidad de los servicios de enfermería y eficacia del PE, así como la validación en el contexto cubano de la encuesta SERVQUAL para evaluar la satisfacción de los usuarios.

**Aportes metodológicos:** la investigación aporta un algoritmo metodológico basado en un estudio de tipo secuencial exploratorio (CUAL-cuan), diseñado a través del empleo de métodos mixtos y la triangulación de múltiples fuentes de datos, que incluye además, la integración de tres perspectivas



teóricas para abordar y dar solución al fenómeno estudiado, que puede constituir un referente para el desarrollo de investigaciones enfocadas al diseño de indicadores de calidad. Una vez que los resultados de la investigación se publiquen, el sistema de indicadores propuesto, se convertirá en un valioso aporte para la acreditación y certificación de la calidad en los servicios de Enfermería.

El **aporte social** del estudio, se orienta a tres dimensiones:

- Para la institución de salud: contar con un sistema de indicadores que proporciona la evaluación de la eficacia del PE y la implementación de mejores prácticas, como parte del Sistema de Acreditación Institucional centrada en la alta calidad y seguridad del paciente.
- Para Enfermería: contar con un sistema de indicadores propio, que permita tomar decisiones, normalizar y autorregular su práctica profesional, por lo que se convierte en una fuente de información para el personal de Enfermería que se desempeña en las áreas administrativas, asistenciales, docentes e investigativas. Fomenta además, una mayor responsabilidad social de la profesión por los resultados de su propia actuación.
- Para el paciente: recibir cuidados de salud en un contexto hospitalario, que responden a indicadores de calidad y seguridad.

La tesis está estructurada en introducción, cuatro capítulos, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos. En el capítulo I, se sistematizan los referentes teóricos que sustentan la evaluación de la calidad de los servicios de Enfermería en su dimensión eficacia. En el capítulo II, se muestran los referentes metodológicos empleados en el estudio. En el capítulo III, se presenta el diseño de la propuesta de sistema de indicadores que permitan evaluar la eficacia del PE en el contexto hospitalario. En el capítulo IV, se muestra la evaluación de los resultados del sistema de indicadores diseñados para evaluar la eficacia del PE a partir de su implementación en la práctica.

**CAPÍTULO I. REFERENTES TEÓRICOS QUE SUSTENTAN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE  
LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA EN SU DIMENSIÓN EFICACIA**

## **CAPÍTULO I. REFERENTES TEÓRICOS QUE SUSTENTAN LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA EN SU DIMENSIÓN EFICACIA**

El propósito del presente capítulo, es abordar los referentes teóricos, a través del análisis de las definiciones, enfoques y tendencias, relacionadas con la calidad en los servicios de salud y su evaluación. En tal sentido, se presenta la Teoría de Florence Nightingale: La enfermería moderna y su relación con otros enfoques teóricos empleados en el estudio.

### **1.1. Calidad en los servicios de salud: definiciones, enfoques**

La calidad, fue reflejada en la NC ISO 9000: 2015, como: *“grado en el que un conjunto de características inherentes de un objeto cumple con los requisitos”*. El término calidad, puede utilizarse acompañado de adjetivos tales como pobre, buena o excelente. <sup>(28)</sup>

En el campo de la atención a la salud, se ha definido a la calidad a través de los siguientes criterios básicos: Prestar atención de acuerdo al estado actual de la ciencia; Prestar los cuidados apropiados a las necesidades; Otorgar en forma idónea la atención de salud de que se es capaz; Lograr cuidados que satisfagan al paciente. De acuerdo a estos criterios, los parámetros de la atención a la salud deben establecerse por la comunidad científica, el profesional, el paciente y la sociedad. <sup>(29)</sup>

Avedis Donabedian, <sup>(6)</sup> definió la calidad de la atención como: *“el modelo de asistencia esperado para maximizar el nivel de bienestar del paciente, una vez tomado en cuenta el balance de beneficios y pérdidas esperados en todas las fases del proceso asistencial”*. Reflejó que la calidad, tanto en el campo de la salud, como en otras áreas del conocimiento, se aplica a la excelencia de una disciplina, a la perfección de un proceso, a la obtención de buenos resultados de una técnica o de un procedimiento, en otras palabras, “hacer bien las cosas correctas”.

Por su parte, la *Joint Commission on Accreditation*, <sup>(10)</sup> estableció su propia definición: “*grado en el cual la atención al usuario incrementa la posibilidad de alcanzar los resultados deseados y reduce la probabilidad de los resultados indeseados, de acuerdo al estado actual de los conocimientos*”.

Otros conceptos relacionados con la calidad, son el de calidad total y control de calidad. El control de calidad, hace referencia a los procesos relacionados con la comprobación de la conformidad del producto, con respecto a sus especificaciones de diseño. Cuando se incorpora la calidad a todas las fases del proceso y se implican a todos los que intervienen, entonces se habla de calidad total. <sup>(30)</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS), elaboró una definición más amplia de la calidad: “*asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados, para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso*”. <sup>(31)</sup> Es así, como el término calidad, significa comparar, evaluar y establecer mejoras en la prestación de servicios en salud. <sup>(32)</sup> Sin embargo, la intención de hallar una definición amplia y excluyente de otras, es un intento de difícil cumplimiento. En este sentido, Donabedian, sugirió que una sola definición no es posible, por lo que propuso tres visiones distintas: absoluta, focalizada y social. <sup>(6)</sup>

Por lo tanto, la calidad en la atención sanitaria, se puede representar como el grado de aproximación entre lo que el paciente espera (en función de sus necesidades, expectativas, los riesgos y beneficios de la atención, tratamiento o procedimiento) y lo que el paciente debe recibir (en función de los conocimientos, tecnología existente y recursos disponibles).

### **1.1.1. Definiciones de calidad de los servicios de Enfermería**

La calidad en la atención de enfermería, es un concepto complejo que incluye el de la asistencia, el cual, debe concordar con los avances de la ciencia, a fin de implementar cuidados que satisfagan las

necesidades de los pacientes y asegure su continuidad. <sup>(33,34)</sup> En este sentido, los principales componentes del cuidado son: carácter firme, fiabilidad, rapidez, competencia, cortesía, credibilidad, seguridad, accesibilidad, oportunidad, comunicación y conocimiento de la situación del paciente. <sup>(35,36)</sup>

La Comisión Permanente de Enfermería, instancia rectora de la profesión en México, definió la calidad de los servicios de Enfermería como: *"...la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de Enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicios, lo cual requiere de una planeación óptima, para que el cuidado sea efectivo y seguro"*. <sup>(37,38)</sup>

Según Kérouac y cols., <sup>(39)</sup> la calidad del servicio de Enfermería, significa centrarse en el cuidado a la persona que en continua interacción con el entorno vive experiencias de salud. Los elementos abordados hasta aquí, permiten resaltar que la práctica del cuidado de Enfermería, va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, lo que demanda un amplio sustento científico.

La calidad del cuidado, según Cárdenas y cols., <sup>(40)</sup> se define como el proceso para lograr cuidados con un grado de excelencia, al proporcionarlo, implica conocimientos sobre satisfacción de necesidades del paciente y de planeación del cuidado. Así como el control y seguimiento la eficiencia, eficacia y continuidad del cuidado de Enfermería. Palomino y cols., <sup>(41)</sup> abordaron que la calidad de atención de Enfermería, no se puede resumir a meros aspectos técnicos mecanizados, sino que, implica cuidado humano e interés hacia el dolor y sufrimiento del otro, esta empatía, es el motor de la práctica de la enfermera, que se acerca a la integración de valores y de conocimientos científicos. <sup>(41)</sup>

Por otra parte, Ortega y cols., <sup>(38)</sup> reflejaron que la Enfermería es una profesión con profundas raíces humanísticas, preocupada por las personas que se confían a su cuidado; es una actividad formal

que aprecia y valora la conciencia colectiva del gremio. Sus fundamentos dan sustento a una práctica que ha evolucionado con el avance científico y tecnológico de las ciencias de la salud.

Añadieron además que, acorde con su propósito de superación, se acoge a la corriente que tiende a garantizar la calidad en los sistemas de los servicios de salud, que busca satisfacer las necesidades de atención que tiene la sociedad en su conjunto. Así, la calidad, se ha convertido en un requerimiento que se ha reconocido como elemento esencial de los servicios de Enfermería.

La sistematización realizada al concepto de calidad, las vivencias acumuladas por el autor durante 36 años de ejercicio en la profesión, su trayectoria y su accionar vinculado con el tema, así como su desempeño actual como directivo de una unidad organizativa de la calidad, le permite definir la calidad de la atención de Enfermería como: Los resultados, productos o efectos del Proceso de Enfermería que satisfacen los requisitos razonables de la persona objeto de cuidado, los legales y reglamentarios aplicables, así como las necesidades y expectativas de las partes interesadas, de acuerdo a una práctica profesional competente y responsable.

### **1.1.2. Evolución de la calidad en el ámbito de los servicios de salud**

Se reconoce que la calidad de la atención sanitaria, surgió con los primeros estados esclavistas, con la aparición de la profesión médica, hechos históricos así lo señalan. En la Edad Antigua, en Babilonia, el Código Hammurabi, en 1750 a.n.e, regulaba el trabajo médico. En Egipto y la India, existieron funcionarios que observaban el cumplimiento de las normas sanitarias. <sup>(12,42)</sup>

Otro hecho de mucha importancia, fueron las regulaciones que estableció la primera escuela de medicina del mundo, en Salerno, Italia (XIII D.n.e.), que contenían elementos de auditoria. Según Cordera, <sup>(43)</sup> mucho tiempo después, en Francia, se recogió el antecedente del médico y estadístico Louis, quien aseguraba que los resultados de la atención médica eran medibles y, por consiguiente, podían ser analizados y comparados para ser modificados o mejorados.

Por su parte Florence Nightingale, planteó que las leyes de la enfermedad, podían cambiar, si se relacionaban los resultados con el tratamiento. Este hecho, ha sido considerado como el antecedente más remoto, de lo que en la actualidad se conoce por garantía de la calidad. <sup>(37, 38, 43)</sup>

La época del control de calidad de la atención médica, comenzó en EE.UU. en 1912, según Lembecke, <sup>(44)</sup> o en 1914, según Moraes, <sup>(45)</sup> con las reformas de los hospitales, en especial en la formación médica y la acreditación hospitalaria, después del informe de Abraham Flexner en 1910, que evidenció las malas condiciones de la docencia y la calidad de los servicios hospitalarios.

Los avances sobre el control de la atención médica, fueron realizados por el colegio americano de cirujanos, en especial por Codman en 1912, cuando surgió el programa de estandarización o acreditación de hospitales, que estudiaba los aspectos de las estructuras de los servicios. <sup>(39, 45, 46)</sup>

Con posterioridad, G. Ward en 1918, introdujo la auditoría, que fue ampliada por T. Ponton (1928), con la creación de los comités hospitalarios, para evaluar el proceso de la atención. <sup>(46)</sup>

En los años 30 del siglo XX, Lee y Jones, influyeron de manera significativa en el control de la calidad de la atención médica; ellos, establecieron las bases para conceptualizar la calidad y sus premisas. <sup>(47)</sup> Según Ishikawa, las ideas del control total de calidad y su enfoque integral en el control de la calidad, fue del doctor Feigenbaum, junto a otros científicos como Deming, con sus principios y ciclo de calidad, y de Juran, con su trilogía y funciones de los gerentes altos y medios, hicieron posible desarrollar el control total de calidad en Japón, el cual aún se utiliza como referencia. <sup>(39)</sup>

El control de la calidad de la atención médica, se implantó en otros países de América, sobre todo en Canadá; con posterioridad, se introdujo en Latinoamérica, por ejemplo, en Colombia, en lo referente a la acreditación de hospitales, en Argentina y México, a la auditoría médica. Europa, quedó a la zaga de este desarrollo respecto a la atención médica; no obstante, a partir de 1974, se incrementó el interés por el tema, cuando surgió el Programa de garantía de la calidad en los Países Bajos, el

cual, se extendió por el viejo continente, debido a los buenos resultados alcanzados. En Holanda, el Programa de garantía de la calidad, se convirtió en un ejemplo internacional para seguir, no solo en Europa, sino también en Canadá y otros países. En los EE.UU., debido a las deficiencias detectadas en la calidad de hospitales, se puso en práctica como programa nacional en 1992, sobre la base de la mayoría de las premisas holandesas. <sup>(42)</sup>

Las nuevas concepciones para la administración del control de calidad y el enriquecimiento de su proceso, crearon también confusión en sectores como el de los servicios de salud, caracterizado por la variedad, complejidad de conceptos y procedimientos. Así, aparecieron y en la actualidad coexisten propuestas como: el control de calidad, el mejoramiento continuo de calidad, la calidad total, la garantía de calidad, el sistema ISO entre otros. <sup>(42)</sup>

En Cuba, antes de 1959, existen algunos hechos aislados sobre el control de la calidad de la atención médica, donde en 1943 en algunas clínicas privadas y en el Hospital General "Calixto García", se incluyeron en el reglamento de organización del hospital los Comités Médicos, la programación y sobre todo la eficiencia hospitalaria con normas mínimas por departamentos. En 1962, comenzó a desarrollarse un verdadero sistema nacional de control de calidad en los servicios de atención, en ese sentido, se estableció las supervisiones integrales. <sup>(42)</sup>

Entre los años 1961 y 1962, se dieron a conocer los primeros documentos del MINSAP, sobre el control de calidad para los hospitales: el Reglamento General de Hospitales de 1961, actualizado en 1963, 1973, 1985 y 2007 y el Comité de Evaluación de las Actividades Científicas (CEAC) en 1962.

<sup>(42)</sup> En 1984, se estableció el primer Programa de Prevención y Control de la Infección Hospitalaria, en 1986, el Comité Médico Auditor y en 1988 el Consejo Científico.

En el año 1992, se elaboró el Programa de Garantía de la Calidad de la Atención Médica Hospitalaria. Ese propio año, se inició la implementación del Manual de Acreditación Nacional de



Hospitales, (actualizado en 2001 y 2016). <sup>(48)</sup> En el año 2007, se implementó el Programa de Perfeccionamiento Continuo de los Servicios Hospitalarios, que estableció la organización y funcionamiento de la Unidad Organizativa de Calidad y los Comités Hospitalarios. <sup>(49)</sup> En el año 2011, se reflejó el sustento de la evaluación de la calidad, en la Norma del Sistema de Control Interno, de la Contraloría General de la República de Cuba. <sup>(50)</sup>

Con posterioridad, en la conceptualización del modelo económico y social cubano de desarrollo socialista y los Lineamientos de la Política Económica y Social del Partido y la Revolución para el período 2021-2026, <sup>(26)</sup> se incorporaron acciones que responden a la Estrategia Nacional de Gestión de la Calidad en el Sistema Nacional de Salud 2021-2025.

En la actual Constitución de la República de Cuba, <sup>(25)</sup> se abordó en el artículo 72, "La salud pública es un derecho de todas las personas y es responsabilidad del Estado garantizar el acceso, la gratuidad y la calidad de los servicios de atención, protección y recuperación. Más reciente, fue aprobado el Decreto Ley 8/2020, Reglamento de Normalización, Metrología, Calidad y Acreditación, <sup>(51,52)</sup> en el que se declaró elementos esenciales sobre la calidad.

## **1.2. Modelo de la calidad de Avedis Donabedian**

Donabedian, en 1966, <sup>(53)</sup> sistematizó la evaluación de la calidad de la atención en el sector de la salud y la conceptualizó como una triada compuesta por "la estructura, el proceso y el resultado", lo que impactó en la evolución conceptual y metodológica de la calidad.

El término "estructura", comprende las características relacionadas con la estabilidad de los proveedores de la atención, los instrumentos y recursos que tienen a su alcance, así como los lugares físicos donde trabajan. Incluye también los recursos humanos y financieros, la distribución y cualificación profesional, así como el número, dotación y la localización geográfica de los dispositivos asistenciales, el origen del financiamiento, la organización formal e informal de la

prestación de los servicios y el sistema retributivo. La manera habitual en la que se asegura una estructura adecuada es mediante la acreditación. <sup>(53)</sup>

El "proceso", hace referencia a la forma de organizar, planificar, diseñar y prestar una determinada asistencia a un paciente. Se basa en la suposición de que es más probable obtener un buen resultado, si se aplica el conocimiento disponible y la tecnología en forma racional y planificada. De esta manera, se pretende disminuir en la medida de lo posible la variabilidad de la práctica clínica, evitar que se produzcan diferencias al establecer una indicación terapéutica, en la oportunidad de la misma, en todo el proceso subsiguiente, o en las diferentes formas de abordar un mismo problema. La mejor forma de asegurar su calidad, es basarse en evidencias científicas y en sistematizar la información mediante protocolos y guías de práctica. <sup>(53, 54)</sup>

Los "resultados", hacen referencia a los logros, tanto en materia de salud como en cuanto a resultados económicos o de valoración por el paciente y el profesional de lo que se alcanzó tras una prestación de servicio determinada. <sup>(55)</sup> La evaluación y monitorización de resultados presentan múltiples dificultades, en especial por la escasa información disponible sobre los mismos. <sup>(56)</sup>

Habría que considerar que no sólo se miden resultados técnicos, también es importante saber si el paciente quedó satisfecho. <sup>(56)</sup> La atención médica debe prestarse de forma tal que procure no sólo el bienestar del paciente, sino que sea compatible con sus preferencias y expectativas. <sup>(57)</sup>

Para la mejora de la calidad, es necesario un conocimiento previo de la realidad. El primer paso es decidir qué es lo que se quiere medir (criterios), qué herramienta (indicador) utilizar y qué valores considerar como aceptables (estándares). En segundo lugar, buscar aquellas fuentes de datos que se consideran más fiables. Una vez recogidos y analizados estos datos, se tendrá una información que permitirá conocer hasta qué punto se está dentro del nivel que se había fijado como aceptable, y poner en marcha acciones de mejora.

Entre las técnicas más usadas para la evaluación de la calidad se reconocen: Auditoría médica, Círculos de calidad, Comités técnicos de evaluación de la calidad, Evaluación del riesgo en los servicios clínicos, Comisiones clínicas, Programas de mejora a nivel de Servicio / Unidad Asistencial, Vías clínicas o críticas, Protocolos de actuación, Satisfacción del usuario, entre otros. <sup>(58)</sup> Es importante destacar que cualquiera que sea la técnica o método de evaluación de la calidad utilizado, requiere de parámetros de comparación e indicadores.

Otro elemento fundamental es la gestión de calidad, consistente en un conjunto de acciones y herramientas que tienen como objetivo evitar posibles errores o desviaciones en el proceso de producción, servicios o productos obtenidos mediante el mismo. Con ellos, no se quiere identificar los errores cuando ya se han producido, sino evitarlos antes de que ocurran. <sup>(58)</sup>

Por ello, se recomienda implantar un SGC con el rigor suficiente como para que se pueda evaluar de forma continua el proceso productivo. Esto, solo se puede conseguir con auditorías periódicas que permitan realizar las comprobaciones adecuadas a las posibles desviaciones, sobre todo con herramientas que faciliten la implementación del SGC de manera satisfactoria y eficaz. <sup>(58)</sup>

Según Normas ISO, <sup>(7, 28)</sup> un SGC, comprende actividades mediante las que la organización identifica sus objetivos, determina los procesos, los recursos requeridos para lograr los resultados deseados, gestiona los procesos que interactúan, los recursos que se requieren para proporcionar valor y lograr los resultados para las partes interesadas pertinentes, además, posibilita a la alta dirección, optimizar el uso de los recursos al considerar las consecuencias de sus decisiones a largo y corto plazo, proporciona los medios para identificar las acciones para abordar las consecuencias previstas y no previstas, en la provisión de productos y servicios.

En el proceso de producción, no sólo es necesario controlar de forma puntual los errores y desviaciones que surjan, también, es fundamental aprender de ellos para conseguir anticiparse, e

implementar de esta manera, un SGC, que repercute en mayores beneficios para la organización, derivados entre otras cosas, de una reducción de los costes monetarios y de tiempo.

Un SGC, recoge una serie de normas y estándares que deben cumplirse. La norma ISO 9001, <sup>(7)</sup> se ocupa de establecer los requisitos para certificar que una organización cuenta con un SGC conforme a los estándares que se contemplan.

La mejora continua de la calidad, es una filosofía que implica un proceso lento de cambio en la cultura organizacional. Varios son los modelos utilizados, el de calidad total (Modelo Deming, 1951-Japón, Modelo Malcom Balrigde, 1987-EE UU, Modelo EFQM de Excelencia, 1988-Europa, <sup>(59)</sup> Norma ISO 9000, <sup>(28)</sup> y los estándares internacionales de acreditación para hospitales de la *Joint Commission International*), <sup>(10)</sup> que se han desarrollado como una estrategia o modelo de gestión.

Uno de los requisitos de los SGC es el enfoque de procesos. Según ISO, <sup>(7)</sup> la organización tiene procesos que pueden definirse, medirse y mejorarse. Estos procesos interactúan para proporcionar resultados coherentes con los objetivos de la organización y cruzan límites funcionales. Se reconocen procesos estratégicos, que controlan el sistema, los claves, que responden a la razón de ser de la organización y los de apoyo, que garantizan los recursos requeridos para prestar el servicio. <sup>(58)</sup>

### **1.2.1. Dimensiones de la calidad asistencial**

Para evaluar la calidad en los servicios de salud, se tiene como referencia obligatoria la propuesta de Donabedian, quien en 1966 estableció dos dimensiones interrelacionadas e interdependientes: la técnica y la interpersonal. La dimensión técnica, se refiere a la aplicación de la ciencia y la tecnología médica, de manera que rinda un máximo de beneficio para la salud, sin aumentar con ello sus riesgos. La dimensión interpersonal, mide el grado de apego a valores, normas, expectativas y aspiraciones de los pacientes. Con posterioridad, reconoció una tercera dimensión, denominada de

confort o amenidades, referida al entorno en el que se desarrolla la asistencia, la que consiste en el control del contexto de atención, los medios de confort, la accesibilidad, condiciones ambientales, instalaciones y hostelería. <sup>(53, 60)</sup>

Donabedian, al profundizar sus estudios de calidad como parte del enriquecimiento y consolidación de su modelo, publicó el artículo: Los siete pilares de la calidad, en el que trazó siete dimensiones complementarias a las ya reconocidas (eficacia, efectividad, eficiencia, optimización, aceptabilidad, legitimidad y equidad), las que se relacionan a continuación: <sup>(9)</sup>

Eficacia: capacidad de la ciencia y el arte de la atención sanitaria para conseguir mejoras en la salud y el bienestar. Significa la mejor actuación posible, en las condiciones más favorables, según el estado del paciente y en unas circunstancias inalterables.

Efectividad: es la mejora de salud alcanzada o que se espera conseguir en las circunstancias normales de la práctica cotidiana. Es el grado en que la atención cuya evaluación de la calidad se realiza, alcanza el nivel de mejora de salud, que los estudios de eficacia han fijado como alcanzable.

Eficiencia: es el coste que representa cualquier mejora en salud. Es la relación entre el servicio recibido con el efecto deseado, con un mínimo posible de esfuerzo, gasto o material desechable.

Optimización: se convierte en un tema importante, cuando los efectos de la atención no se valoran en términos absolutos, sino relativos al coste de la asistencia. Está relacionada con la relación coste-beneficio que fomenta la cultura de la mejora, busca mejorar los procesos.

Aceptabilidad: es la adaptación de la atención a los deseos, expectativas y a los valores de los pacientes y sus familias. Implica la adaptación de los pacientes y sus familias al tratamiento.

Legitimidad: está relacionada con el respeto y la responsabilidad que tiene la organización ante la sociedad. En esta dimensión, cabe esperar que todas las características de la atención importantes para el individuo, sean también asuntos de relevancia social.

Equidad: es el principio por el que se determina qué es justo en la distribución de la atención y sus beneficios entre los miembros de una población.

Se consideran dimensiones de calidad, aquellos elementos que integrados forman parte de la calidad. Aunque las dimensiones de la calidad pueden variar de una organización a otra, así como entre investigadores, al revisar la literatura disponible sobre el tema, se encuentra una rica variedad de dimensiones, pero fueron presentadas las referidas por Donabedian, por haber sido su perspectiva teórica la asumida en la investigación. <sup>(60-62)</sup> Por la importancia que tiene para el estudio, a continuación, se abordarán algunas consideraciones sobre la dimensión eficacia.

### **1.2.2. Eficacia como dimensión de la calidad**

En la actualidad, existe un creciente interés en las instituciones de salud por evaluar la calidad de la atención. Según Puchi Gómez y cols., <sup>(19)</sup> instituciones como la OMS, el Instituto de Medicina de Estados Unidos y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), sugirieron que un sistema de salud, para obtener buenos resultados, debe considerar mejoras en seis áreas o dimensiones de la calidad, entre las que se encuentra la eficacia.

En las teorías clásicas de la organización, se aceptan tres posibles unidades de análisis para definir y evaluar el concepto de eficacia organizativa: el individuo, el grupo y la organización. La eficacia individual, es un concepto ligado al desempeño individual en el puesto de trabajo o rol desempeñado, el cual revela el significado de la interacción entre la acción única de un individuo sobre su entorno. La eficacia del grupo, es un esquema de cooperación entre individuos basados en el rendimiento de cada persona. La eficacia de la organización, es el resultado de las sinergias obtenidas del hecho de que los individuos coordinen sus esfuerzos en grupos y los grupos se coordinen para desempeñar roles, conforme a unas normas, constituir redes organizacionales y

perseguir objetivos que son compartidos por todos. <sup>(63)</sup> Desde esta perspectiva, la definición de eficacia, está ligada a la consecución de determinados objetivos de la organización.

En el proceso de indagación, autores la conceptualizaron de manera independiente y otros la resaltaron dentro de la definición de eficacia organizativa, por su fuerza y aportaciones. Dentro de esos autores, Etzioni, <sup>(64)</sup> reflejó que la eficacia comprende el grado que una organización realiza sus metas. En ese mismo sentido, Hannan y Freeman, <sup>(65)</sup> la conceptualizaron como el grado de congruencia entre objetivos organizacionales y resultados observables. Por su parte, Pfeffer y Salancik, <sup>(66)</sup> consideraron que las organizaciones eficaces, son aquellas que perciben de manera correcta modelos de interdependencia de recursos y demandas, y luego, responden a esas demandas hechas por esos grupos y controlan las interdependencias más críticas. Mientras que otros, <sup>(67-75)</sup> coinciden en que eficacia se refiere al desempeño alcanzado por la organización en el logro de sus metas.

Es importante destacar que en NC ISO 9000: 2015, <sup>(28)</sup> eficacia fue definida como el grado en el que se realizan las actividades planificadas y se logran los resultados planificados, este término, fue asumido en esta investigación, por ser la Norma que se empleó para certificar el SGC de la institución donde se desarrolló el estudio.

En la sistematización realizada, se pudo observar que la dimensión eficacia de los servicios de Enfermería ha sido poco abordada, al respecto el CIE, <sup>(76)</sup> publicó que en relación con las enfermeras, la eficacia en los cuidados significa hasta qué punto se resuelven los problemas de salud y hasta qué punto se obtienen resultados.

A partir de los referentes anteriores, el autor propone la definición de eficacia del Proceso de Enfermería como: grado en el que se realizan actividades interrelacionadas para ofrecer los cuidados de Enfermería planificados sobre la base de la mejor evidencia científica y producir los

resultados intencionados para satisfacer necesidades y evitar, mitigar o resolver problemas de salud de la persona objeto de cuidado. Esta definición tiene en cuenta las características y particularidades del PE, que es muy diferente a los demás procesos y las de eficacia contextualizada al cuidado como esencia de la Enfermería. Aspectos que reforzaron su empleo en el estudio a nivel operativo.

### **1.3. Indicadores de la calidad: atributos, enfoques**

La medida cuantitativa que se ha utilizado por excelencia para lograr la medición de la calidad, ha sido el indicador. La calidad de la atención en salud, ha sido medida en distintos países mediante diferentes métodos, con más frecuencia a través de resultados clínicos u *outcomes* e indicadores simples, desarrollados sin un marco teórico claro y que solo tributan a algunas dimensiones de la calidad de la atención en salud. <sup>(19, 77-79)</sup> Se reconoce que un indicador, es un dato o conjunto de datos que ayudan a medir con objetividad la evolución de un proceso o de una actividad. También, se define un indicador de calidad, como una característica, parámetro o una situación de la atención sanitaria, que reviste la suficiente importancia como para ser determinante de esa calidad. <sup>(80)</sup>

Los indicadores, son instrumentos de medición, basados en hechos y datos, que permiten evaluar la calidad de los procesos, productos y servicios, para asegurar la satisfacción de los clientes, es decir, miden el nivel de cumplimiento de las especificaciones establecidas para una determinada actividad o proceso. Resulta ideal que sean pocos, aunque representativos de las áreas prioritarias o que requieren supervisión constante de la gestión. Los indicadores de calidad en el área de salud, permiten objetivar aspectos importantes de la práctica asistencial e intentan reducir los riesgos a los que se expone el paciente en el sistema sanitario. <sup>(78)</sup>

Además, dan la posibilidad de comparación, al disponer de estándares de cumplimiento que determinan si los resultados obtenidos del servicio son correctos o no y permiten realizar acciones



de mejora. <sup>(78)</sup> Para su mejor comprensión e implementación, se deben adecuar a los enfoques de estructura, proceso y resultados.

Los atributos que debe poseer un indicador para evaluar la asistencia sanitaria son: validez, sensibilidad, especificidad, confiabilidad o comparabilidad en el tiempo y en el espacio, así como sencillez de su proceso de cálculo. <sup>(78)</sup> Los indicadores, aunque sean adecuados en estructura, cumplan con sus atributos, respondan a los objetivos organizacionales; por separados, no permiten a los gestores obtener una justa dimensión de la calidad del servicio o producto que ofrecen, una forma de lograrlo es con el diseño e implementación de un sistema de indicadores.

El grado de desarrollo del sistema de indicadores, es un reflejo del nivel de madurez de las organizaciones, ya que la calidad de los indicadores es muy importante para la gestión y para la toma de decisiones. De hecho, la calidad de las decisiones tiene relación directa con la calidad de la información utilizada. Un sistema de indicadores, permite a la organización planificar e implementar los procesos de seguimiento, medición, análisis y mejora necesaria para demostrar la conformidad del producto o servicio, asegurarse de la conformidad de los procesos y mejorar de forma continua la eficacia del SGC. <sup>(78)</sup>

Con relación a la NC ISO 9001:2015, <sup>(7)</sup> un sistema de indicadores, permite el seguimiento de la eficacia del SGC, de la satisfacción del cliente, de las auditorías internas, del producto y de los procesos (entre otros conceptos). Por ello, existe una relación directa entre los indicadores y la medición, análisis y mejora.

#### **1.4. Teoría general de sistemas: definición, elementos principales**

La Teoría general de sistemas, tiene su origen a fines de la década del 20, del pasado siglo, con la investigación del fisiólogo Walter Cannon, en el campo de la regulación y el equilibrio en los

organismos vivos; desde fines de la década de los 30, de ese mismo siglo, esta teoría fue planteada en el campo de la biología por Ludwig Von Bertalanffy. <sup>(27, 81)</sup>

Se puede señalar que el concepto más amplio y aceptado de sistema es: "conjunto de elementos interrelacionados que persiguen un fin común". <sup>(27, 81)</sup> Sin embargo, la definición anterior, carece de un matiz importante. Por otro lado, un sistema es un conjunto de elementos interrelacionados y que presentan un cierto carácter de totalidad, más o menos organizada. De este modo, se puede destacar tres características estructurales básicas de todo sistema: los elementos que lo componen, las relaciones entre esos elementos y los límites del propio sistema que determinan que elementos pertenecen al mismo y cuáles no. <sup>(27, 81, 82)</sup>

Es importante mencionar que se distinguen varios tipos de sistemas, los más relevantes son: 1) Sistemas abiertos y sistemas cerrados. Determinados por el grado de interacción que tienen con su entorno o medio ambiente. 2) Sistemas naturales y sistemas hechos por el hombre. Establecidos por su naturaleza u origen. 3) Sistemas permanentes y sistemas estacionarios. Determinados por su duración en el tiempo. 4) Sistemas estáticos y sistemas dinámicos. Determinados por la frecuencia de los cambios en sus comportamientos. 5) Subsistema, sistema y suprasistema. Determinados por el alcance de sus comportamientos. <sup>(83,84)</sup> Sobre la base de estos criterios, el autor declara que la propuesta realizada en la investigación es un sistema abierto, hecho por el hombre, estacionario y dinámico.

Todo objeto de estudio, visto como sistema, tiene los siguientes componentes o elementos principales: 1) Estructura. Son los mecanismos o partes que forman el sistema, 2) Comportamientos. Son las relaciones entre los mecanismos o partes del sistema. 3) Medio ambiente o Entorno. Es todo aquello que está fuera del sistema. 4) Marco de referencia o Frontera. Son los límites del sistema y

su entorno. 5) Objetivo. Son los propósitos o fines del sistema, 6) Atributos. Son las propiedades de los mecanismos o partes del sistema. <sup>(83,84)</sup>

Desde un punto de vista funcional, las principales características de un sistema son su corriente de entrada, su proceso de transformación o conversión, su corriente de salida y como elemento de control, la comunicación de retroalimentación. Se debe entender a la relación de retroalimentación, como la interacción que tiene un mecanismo o parte del sistema consigo mismo. <sup>(83,84)</sup>

También es característico de los sistemas la entropía, que se refiere al grado de desorganización existente en un sistema, es una fuerza que lleva al sistema hacia un máximo desorden, hacia una falta de transformación de sus recursos, empujándolo a su desaparición. Para contrarrestar esta fuerza, existe la neguentropía, que resulta el paso de un estado de desorden aleatorio a otro estado de orden previsible. <sup>(83, 84)</sup>

La homeostasis, también llamada equilibrio dinámico, se expresa a través de la adaptabilidad de las fuerzas del ambiente que buscan un funcionamiento eficaz del sistema. Mientras que la equifinalidad, se da cuando el sistema logra el mismo estado final por diferentes caminos y en otras condiciones iniciales. <sup>(83, 84)</sup>

Es importante destacar que la Teoría general de sistema, ha sido muy recurrente en las investigaciones de ciencias de la salud. A principios de la década de los 80, del pasado siglo, Donabedian, formuló una base general para analizar la calidad en el campo de la atención de la salud. Este modelo, se basó en esta teoría y se utilizó con éxito en las instituciones de salud. También la Teoría general de sistema, ha sido sustento de varios modelos y teorías de la profesión Enfermería, entre las que se distinguen Betty Neuman, Dorothy E. Johnson, Imogene M. King, Martha E. Rogers, Ramona T. Mercer y Sor Callista Roy. <sup>(85)</sup>

### **1.5. Teoría de Florence Nightingale: La enfermería moderna y su relación con el Modelo de calidad de Avedis Donabedian y la Teoría general de sistemas de Ludwig Von Bertalanffy**

En el estudio se utilizó como referente la teoría de Florence Nightingale, titulada: La enfermería moderna, que se ha clasificado en la actualidad como una Filosofía de Enfermería. A la que se le develaron nexos con los supuestos teóricos de otras disciplinas, que permitió una perspectiva integradora en la comprensión, descripción, prescripción y control del fenómeno estudiado.

En este sentido, se debe destacar que Florence Nightingale, fue la primera en reconocer a la Enfermería con un cometido diferente de la medicina, en ese sentido reflejó: *"...no solo significa la administración de medicinas y cataplasmas..."* y realizó una serie de observaciones que la llevaron a reconocer el valor peculiar del cuidado y definir la Enfermería como: *"Poner al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él"*.<sup>(86)</sup>

La teoría de Nightingale, está relacionada con su orientación filosófica sobre la interacción del paciente con su entorno. En ella, definió y describió los conceptos de ventilación, temperatura, ruido, iluminación, dieta e higiene, elementos que han sido reconocidos como del entorno.<sup>(87)</sup> Al revisar su obra, *Notas sobre Enfermería: Qué es y qué no es*,<sup>(88)</sup> se identificaron elementos esenciales que hoy conforman los actuales modelos de calidad y seguridad del paciente.

Nightingale, reflejó que para aplicar cuidados de Enfermería adecuados, era necesario crear entornos saludables. Describió con detalle qué se debía modificar del entorno y cómo realizarlo. Todos sustentados con criterios científicos y los beneficios que le reportaban al paciente.<sup>(87)</sup>

Dentro de los elementos del entorno, abordó con gran interés la ventilación adecuada del paciente, así como el control de la temperatura del paciente y del entorno. Dentro de este último aspecto, ideó un sistema para medir la temperatura del paciente y calcular la pérdida de calor,<sup>(87,88)</sup> convirtiéndose así en el primer procedimiento de Enfermería descrito.

Estableció además, un sistema para el acceso al agua pura, por sus beneficios para la salud. Incluyó el concepto de tranquilidad, en este sentido, orientaba a la enfermera a que evaluara la necesidad de tranquilidad e interviniera si era necesario. El concepto de iluminación también era importante para Nightingale, enseñaba a las enfermeras, a colocar a los pacientes de forma que estuvieran en contacto con la luz solar. En relación a la dieta, orientó a valorar no sólo la ingesta alimenticia, sino también el horario de las comidas y su efecto sobre el paciente. <sup>(87, 88)</sup>

La higiene, fue otro elemento fundamental de la teoría y la orientó al entorno físico, al paciente y a la enfermera. En relación al primero, observó que un entorno sucio era una fuente de infección por la materia orgánica que contenía. Reflejó que las ropas de la cama deben de cambiarse o ventilarse para evitar humedad, piel muerta que ocasione enfermedades al paciente. <sup>(87-89)</sup> Estableció que las enfermeras mantuvieran su ropa limpia y que se lavaran las manos con frecuencia. <sup>(87)</sup>

Otros elementos dentro de la teoría, fueron nominados como el control de los detalles más pequeños, aspectos que los relacionaban con la administración de Enfermería. En este sentido, la enfermera tenía que controlar el entorno para proteger al paciente de daños físicos y psicológicos: evitar que el paciente recibiera noticias que pudieran perturbarlo, que recibiera visitas que perjudicaran su recuperación y que su sueño fuera interrumpido. <sup>(87, 88)</sup>

Los aspectos hasta aquí abordados, muestran evidencias de sus postulados al bienestar en el proceso salud-enfermedad, también reflejan indicios de calidad de cuidado y seguridad del paciente, al centrar su interés al entorno saludable. Aspectos relacionados con las dimensiones: bienestar, adecuación, seguridad, satisfacción, eficacia, eficiencia y efectividad.

Thomas, citado por Pfetscher en 2015, <sup>(87)</sup> reflejó que Nightingale, estableció para reclutar a las 34 enfermeras que la acompañaron a Scutari, requisitos que debían cumplir y que les permitiera llevar a

cabo su misión y proporcionar adecuada atención a los soldados heridos en la guerra de Crimea. Este aspecto devela la importancia que le otorgó a la cualificación del personal.

Otro aspecto que logró Nightingale, fue la estandarización de procesos, con la apertura de escuelas y difusión de su doctrina. <sup>(89)</sup> Los fundamentos sobre la formación de Enfermeras, estaban centrados en la instrucción de principios científicos y experiencia práctica. En ese sentido, evidenció que sólo se realizaría una buena práctica con una buena formación. (Dimensión: científico-técnica).

Un hecho que refuerza la idea de que Nightingale le brindaba importancia al control de la calidad y los elementos que la sustentan, se evidenciaron en el informe que presentó a la *British Royal Sanitary Commission*, <sup>(90)</sup> para probar la eficacia de su sistema y su organización de la Enfermería hospitalaria, donde reflejó las malas condiciones sanitarias en los pabellones de los hospitales. Se pudo apreciar que sus argumentos, para justificar las reformas realizadas, estaban centrados en dimensiones que hoy se reconocen como eficacia, eficiencia y efectividad.

Cohen, citado por Pfettscher en 2015, <sup>(87)</sup> expresó que se le reconoce como iniciadora del empleo del análisis matemático para medir con objetividad los fenómenos sociales. Manifestó que su habilidad para representar de manera gráfica los datos, se vio reflejada por primera vez en el diagrama del área polar, el tipo de gráfico que ella creó, para representar de manera explícita las muertes innecesarias en los hospitales militares británicos de Crimea. <sup>(87)</sup> Estos elementos constituyeron la base de muchos de los sistemas de medida implantados con posterioridad.

Como parte de la asistencia de Enfermería, estableció las rondas nocturnas de vigilancia a los pacientes. Determinó que las enfermeras debían realizar una atención continua, ser excelentes observadoras de los pacientes y de su entorno. Además, debían supervisar el trabajo de las demás enfermeras (Dimensiones: científico-técnica, continuidad). <sup>(87)</sup>

Nightingale, abordó de manera extensa el concepto de observación. Planteó que servía para guiar el cuidado de los pacientes y para medir la mejora o falta de respuesta a las intervenciones. <sup>(87,88)</sup> Por lo tanto, reconoció el papel de la observación y la medición de resultados, como un elemento básico para evaluar la calidad de la práctica. (Dimensiones: eficacia, eficiencia, efectividad).

En sus informes, resaltaba cómo los sistemas y los profesionales sanitarios deben promover la seguridad de los pacientes. Esta visión de seguridad, se puede apreciar en sus escritos. Según Vincent, citado por Pfetscher en 2015, <sup>(87)</sup> Nightingale reflejó: *“Parece un extraño principio enunciar, como requisito imprescindible, en un hospital: No dañéis a los enfermos”*.

Sus aportes, han sido el punto de partida para visualizar que el objetivo de la gestión del cuidado es brindar al paciente una atención de la forma más correcta posible (Dimensión: efectividad), con sustento teórico en correspondencia con el estado del conocimiento en la disciplina actual (Enfermería basada en evidencia), considerar los menores costes e inconvenientes para la persona y del propio sistema de salud (Dimensión: eficiencia).

Dentro de sus principales supuestos (reconocidos como metaparadigmas), reflejó que la Enfermería consistía en ser responsable de la salud de otra persona. Tenían que aprender principios científicos adicionales para aplicar en sus trabajos y tenían que ser más hábiles para observar e informar del estado de salud de sus pacientes mientras ofrecían cuidados de manera continua. Clasificó dos tipos de Enfermería (las de atención domiciliaria y las de hospitales), en este sentido, declaró que los objetivos de ambas era crear y mantener un entorno terapéutico que mejorase la comodidad y la recuperación del paciente, al mejorar sus condiciones de vida física y psicológica.

En este sentido, estableció un sistema de trabajo de Enfermería, donde declaró las tareas que Enfermería debía realizar para satisfacer las demandas o situaciones de salud del paciente y la necesidad de crear entornos saludables para aplicar cuidados de Enfermería adecuados.

Nightingale, consideró que las personas deseaban tener una buena salud, por ello, cooperaban con la enfermera y con la naturaleza en el proceso reparador, y que intentaban mejorar su entorno para evitar la enfermedad. Reconoció en cada paciente sus creencias, sus preferencias, elecciones y conductas personales. Realizó referencias al autocuidado del paciente siempre que fuera posible.

Definió la salud como la sensación de sentirse bien y la capacidad de utilizar al máximo las facultades para vivir. Contemplaba la enfermedad como un proceso reparador que la naturaleza imponía, debido a una falta de atención. Concibió el mantenimiento de la salud por medio de la prevención de la enfermedad mediante el control del entorno y la responsabilidad social.

En su definición de entorno, no se excluyó ningún elemento del mundo del paciente. En este sentido, Chinn y Kramer, citado por Pfettscher en 2015, <sup>(87)</sup> expresaron que la comprensión de los entornos físicos y de sus efectos sobre el estado de salud, se manifiesta cuando Nightingale declaró que la Enfermería es: *“ayudar a la naturaleza a curar al paciente. Esto se consigue controlando los entornos internos y externos de forma asistencial, compatible con las leyes de la naturaleza”*.

De acuerdo con los supuestos de Nightingale, el investigador considera que existen nexos con la Teoría general de sistemas, al tener la perspectiva de valorar a la persona y el entorno como un sistema abierto en constante interacción y armonía, al no separar los aspectos del entorno del paciente en aspectos físicos, emocionales y sociales. Por lo tanto, consideró a la persona como un ser biopsicosocial en constante interacción con un entorno cambiante.

Su visión, holística y sistémica, también se manifiesta en la relación establecida entre persona-salud-entorno, al considerar que los enfermos se beneficiarían de las mejoras del entorno a nivel corporal y mental. En este sentido, reflejó que la persona puede reaccionar por medio de respuestas a los cambios del entorno de forma positiva o negativa, lo que puede mantener o afectar su salud.



Cabe destacar en este análisis, que en el momento que surgió la Teoría de la enfermería moderna, no se contaba entre las corrientes del pensamiento existentes, la teoría general de sistemas, aspecto que brinda un mayor valor a la visión de Nightingale, que a criterio del investigador, contempló a la persona, salud, entorno y la propia Enfermería, como un conjunto de partes conectadas que funcionan como un todo para cumplir un fin común, a través de la interdependencia entre dichas partes.

El autor, considera que esta teoría, no solo abordó los elementos esenciales de un entorno saludable, pues dentro de sus supuestos, se encuentran elementos relacionados con la calidad y sus dimensiones, que permiten visualizar la actualidad y universalidad de sus aportes y principios a la ciencia y la práctica de la Enfermería contemporánea.

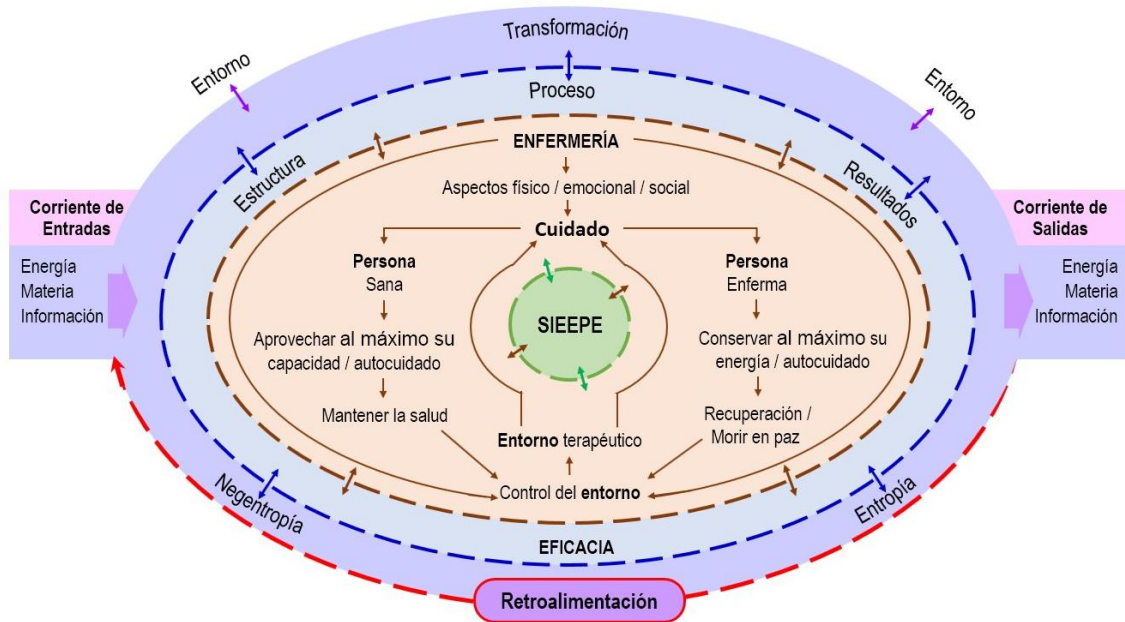
#### **1.6. Integración de la teoría de Florence Nightingale, el Modelo de calidad de Avedis Donabedian y la Teoría general de sistemas en la concepción de indicadores para evaluar la eficacia del Proceso de Enfermería**

La Enfermería como Ciencia Humana Práctica, está conformada por un conjunto organizado de conocimientos abstractos, avalados por la investigación científica y el análisis lógico. Cuenta con teorías y modelos que le proporcionan el marco teórico necesario para perfeccionar su práctica diaria. De esta manera sustenta su desarrollo, en la interrelación de fundamentos teóricos propios de la profesión, con los de otras ciencias afines que la enriquecen y ofrecen solidez a su accionar. <sup>(86)</sup>

En ese sentido, para el adecuado desarrollo de un SIEEPE en el presente estudio, se proponen integraciones, del Modelo de calidad de Avedis Donabedian, la Teoría general de sistemas de Ludwig Von Bertalanffy y la Teoría enfermería moderna de Florence Nightingale, a partir de las relaciones establecidas en los epígrafes anteriores. Para una mejor comprensión de la visión

integradora de los tres enfoques teóricos, en función del SIEEPE se presenta el siguiente diagrama.

(Figura 1)



**Figura 1.** Visión integradora de la Teoría general de sistemas de Bertalanffy, el Modelo de calidad de Donabedian y la Teoría enfermería moderna de Nightingale, en la concepción del sistema de indicadores

Las integraciones teóricas realizadas al SIEEPE que aparecen en la Figura 1, se basan en tres aspectos fundamentales, los cuales son: La integración e interdependencia de sus componentes; La constante interacción de sus componentes con el entorno cambiante; El enfoque de proceso.

Como se puede apreciar en el diagrama elaborado, son varios los nexos existentes entre estos tres supuestos teóricos. Ejemplo de ello, es la visión holística y sistémica, manifestado en el modelo de la calidad propuesto por Donabedian, organizados en estructura, proceso y resultados, como los elementos del entorno abordados en la teoría de Nightingale.

Esta visión, permitió analizar los indicadores para evaluar la eficacia del PE de manera totalitaria y su simultaneidad, es decir, verlos como un conjunto de partes interdependientes, conectados entre

sí, que funcionan como un todo y que se encuentran en constante interacción con un entorno cambiante.

El sistema de indicadores diseñado, al tener como propósito evaluar la eficacia del PE para alcanzar los objetivos de calidad del cuidado planificado y la seguridad del paciente, se articula con la teoría de Nightingale, en tanto, su propuesta visualiza la importancia de los sistemas de Enfermería para el logro de cuidados eficaces, dimensión también asumida en el Modelo de calidad de Donabedian, por la importancia que tiene para medir el cumplimiento de objetivos y conducir los procesos diseñados para brindar servicios de calidad.

Los indicadores seleccionados constituyen elementos vinculados entre sí, con un fin común (evaluar la eficacia del PE), esto hace que tengan delimitado el alcance y puedan considerarse un sistema, que en consecuencia se encuentra en un medio o entorno, constituyéndose en un vínculo con la propuesta teórica de Nightingale, quien concedió notable importancia al control del entorno y el rol de Enfermería para lograrlo, para lo cual, requiere de elementos de estructura como enfermeras con requisitos bien definidos, recursos materiales y organización de los servicios hospitalarios y de Enfermería; transformar los procesos de trabajo de Enfermería para obtener los resultados que respondan a los objetivos trazados, aspectos que lo vinculan con la obra de Donabedian.

El enfoque de proceso, constituye otro punto vinculatorio entre las tres perspectivas científicas abordadas y la concepción del SIEEPE, al manifestarse corrientes o elementos de entrada que se procesan para lograr una transformación, que permita tener corrientes de salida o resultados diferentes en función de lograr un PE eficaz, con mejoras de la calidad mediante cuidados oportunos en entornos seguros. Se visualiza además, la posibilidad que todo sistema tiene de presentar entropías y la necesidad de realizar acciones negentrópicas para mantenerlo, elementos esenciales que se tendrán en cuenta en el estudio.

La integración teórica realizada por el autor, ilustra las diferentes perspectivas filosóficas y científicas que se empleó como eje conductor del estudio. Este enfoque integrativo de elementos epistemológicos de la Enfermería y de otras disciplinas, permitió la propuesta en el estudio de un SIEEPE. En la indagación realizada, no se encontró evidencias sobre la integración de estos tres enfoques teóricos, en el diseño de indicadores para evaluar la eficacia del PE.

### **Consideraciones finales del capítulo**

En este capítulo, se presentó los referentes teóricos que sustentan un sistema de indicadores para evaluar la eficacia del Proceso de Enfermería. Las indagaciones realizadas permitieron mostrar las definiciones, enfoques, evolución y tendencias más relevantes de la calidad en los servicios de salud y su evaluación.

La sistematización, el análisis de referentes teóricos y las vivencias acumuladas por el autor, le permitió proponer las definiciones de calidad de la atención de Enfermería y de eficacia del Proceso de Enfermería.

La relación establecida entre los referentes analizados, permitió la integración de los tres enfoques teóricos que se emplearon como eje conductor del estudio en la concepción del sistema de indicadores propuesto y a la vez, se convierte en una contribución al cuerpo de conocimientos especializado de la Ciencia de la Enfermería, por brindar una mirada particular al fenómeno estudiado a partir de supuestos teóricos de varias disciplinas.

**CAPÍTULO II. REFERENTES METODOLÓGICOS PARA EL DISEÑO DEL SISTEMA DE  
INDICADORES PARA EVALUAR LA EFICACIA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA**

## **CAPÍTULO II. REFERENTES METODOLÓGICOS PARA EL DISEÑO DEL SISTEMA DE INDICADORES PARA EVALUAR LA EFICACIA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA**

El propósito de este capítulo, es mostrar los referentes metodológicos que sustentan el diseño del SIEEPE para instituciones hospitalarias, a través del análisis de las diferentes etapas diseñadas para el estudio.

### **2.1. Tipo de estudio**

Se realizó una investigación de desarrollo, que se le dio salida mediante un diseño mixto del tipo secuencial exploratorio (QUAL-cuan), <sup>(23)</sup> realizado en la Clínica Central “Cira García”, en el período comprendido desde enero de 2016 a diciembre de 2021.

El empleo de este diseño de estudio, permitió lograr una perspectiva amplia y profunda con una percepción más integral, completa y holística del fenómeno estudiado, además, produjo datos más ricos y variados mediante la multiplicidad de fuentes, lo que posibilitó incentivar, apoyar con mayor solidez y rigor, las inferencias científicas. Según Sampieri, <sup>(23)</sup> los diseños mixtos secuenciales, logran obtener una mayor variedad, riqueza interpretativa y perspectivas del fenómeno. <sup>(23)</sup>

### **2.2. Estrategia metodológica del estudio**

La investigación siguió una metodología diseñada de manera lógica y organizada en tres etapas: Identificación de referentes teóricos y metodológicos; Diseño de los indicadores; Evaluación del resultado de la implementación del sistema de indicadores, que permitió alcanzar los objetivos propuestos. (**Anexo 1**). El algoritmo elaborado, devela las fases, fuentes y técnicas empleadas en cada etapa, que se presentan en los siguientes epígrafes.

### **2.3. Procedimientos metodológicos de la etapa 1. Identificación de referentes teóricos y metodológicos**

En la primera etapa del estudio, la intensión investigativa estuvo centrada en la revisión y análisis de contenido de la bibliografía y documentos consultados, referente al tema de calidad en los servicios de salud y los distintos enfoques teóricos para su estudio, a través de la indagación realizada.

La información utilizada, fue recuperada a partir de fuentes documentales evaluadas, tales como: Artículos de revistas científicas, Monografías, Trabajos de diploma, Libros, Tesis de maestría y doctorales. El acceso a las fuentes, fue de manera electrónica o mediante consulta en centros de información. Se realizó búsqueda de información en las bases de datos *Web of Science* (WOS), Scopus, MRDLINE/PubMed, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), CUIDEN y EBSCOhost, para lo cual fue diseñada una estrategia basada en criterios trilingües (español, inglés, portugués), sin ventana temporal para la búsqueda. Así como revisión crítica de documentos y publicaciones realizadas por el MINSAP y la ONN. De esta manera, el autor pudo identificar los referentes teóricos que sustentan un SIEEPE, abordados en el capítulo anterior.

### **2.4. Procedimientos metodológicos de la etapa 2. Diseño de los indicadores**

En la segunda etapa de la investigación, se siguió la metodología diseñada de manera lógica y fue organizada en las siguientes fases: Estudio de fuentes de información; Obtención de la información y diseño de indicadores; Valoración de indicadores; Validación de indicadores. A continuación, se expone la descripción metodológica de cada una de esas fases.

#### **Estudio de fuentes de información**

Esta fase, se inició con la revisión y análisis de contenido de las fuentes de información consideradas indispensables, referentes al tema de indicadores de evaluación de la calidad en

enfermería en su dimensión eficacia. La información utilizada fue recuperada a partir de fuentes documentales antes declaradas en el epígrafe 2.3.

Se añadió a la fuente de información, elementos obtenidos por el autor en su participación en talleres e intercambios académicos que sobre calidad e indicadores de calidad, fueron realizados por el MINSAP, la ONN, Empresa de Servicios Profesionales y Técnicos (ESAC), *Bureau Veritas*, *Lloyd's Register* y Asociación Española de Normalización (AENOR) y por la Red Cubana de Enfermería y Seguridad de los Pacientes.

### **Obtención de criterios con informantes clave**

En la fase exploratoria del estudio, se detectaron 52 informantes clave a través de la muestra por oportunidad, <sup>(91)</sup> lo que permitió contar con diferentes perspectivas. Estos informantes, fueron individuos que requerimos y que se reunieron en eventos ajenos a la investigación, lo que proporcionó una oportunidad extraordinaria para reclutarlos. Estos eventos fueron: cinco talleres nacionales para determinar estándares e indicadores de evaluación de la calidad en el sistema de acreditación de instituciones de salud (14 informantes) y el I Simposio de calidad de los servicios de salud, desarrollado por el MINSAP (22 informantes). También se obtuvieron criterios relevantes de 16 informantes, durante los procesos de auditorías para la acreditación de la calidad de instituciones hospitalarias en todo el país, en las que el autor participó como auditor líder. A los informantes clave, se les asignó la nomenclatura "IC", con su numeración correspondiente.

### **Obtención de la información y diseño de indicadores**

Se partió de la premisa de diseñar indicadores que posibilitaran evaluar todas las dimensiones del PE. Por tal motivo, se tuvo en cuenta la visión holística del paciente (aspectos físicos, emocionales y sociales) y su relación con el entorno. Además, se abordó los enfoques de estructura, procesos y resultados. Se valoró como un sistema abierto y para ello, se analizaron otros elementos internos y



externos que tuvieran influencia sobre la eficacia del proceso; de esa manera, se cumplió con los principios establecidos por los referentes teóricos empleados en el estudio. (27, 53, 83-85, 88)

Unido a estas premisas, los indicadores diseñados, debían cumplir con los criterios de: ser aplicables para evaluaciones, auditorías internas, externas y ser aplicables en su gran mayoría en todos los servicios hospitalarios, sin importar el nivel de complejidad.

### **Selección del primer grupo de especialistas (para el grupo focal)**

Para desarrollar una propuesta de indicadores, se conformó un grupo focal, a partir del universo de profesionales de Enfermería que tuvieran experiencias en el trabajo como directivos y gestores de los servicios de Enfermería en la Clínica Central “Cira García”, a los que se envió una carta de invitación. **(Anexo 2)**

Se establecieron criterios que condicionaron la selección de los miembros del primer grupo de especialistas: tener 10 o más años de experiencia laboral, tener cinco o más años de labor como directivo o gestor de los servicios de Enfermería y estar vinculados al desarrollo del SGC en su entidad. La integración al grupo de un consultor y auditor de calidad de la empresa ESAC, que prestaba servicios de consultoría en la Clínica al momento de la investigación fue muy útil, dada su experiencia y competencias demostradas en el diseño e implantación de SGC.

El grupo focal, seleccionado a través del muestreo intencional basado en criterios, <sup>(91)</sup> quedó conformado por 11 integrantes, cifra impar (lo que imposibilitaría empates en caso de alguna votación), el investigador, la jefa de enfermeras de la Clínica, tres enfermeras supervisoras, cuatro jefas de sala, una jefa de departamento y el consultor. A los que se les asignó la nomenclatura “E”, con su numeración correspondiente.

El grupo focal (grupo de enfoque), es una reunión que se centra en la pluralidad y variedad de las actitudes, experiencias y creencias de los participantes, los que son seleccionados con el propósito

de discutir y comentar sobre un tema, esta técnica se seleccionó por resultar de uso frecuente en las etapas preliminares o exploratorias de una investigación cualitativa. <sup>(92)</sup>

Para el desarrollo de las sesiones del grupo focal, se elaboró una guía semiestructurada, en la confección de las preguntas, se tuvo como referente la propuesta realizada por Hernández Sampieri, <sup>(93)</sup> que surgieron a partir del concepto y dimensiones del tema. **(Anexo 3)** En las sesiones se utilizó la guía que cubrió todas las dimensiones del tema y se contó con todos los participantes, aspectos que brindó consistencia lógica (alta dependencia) en la recolección de los datos.

### **Elementos considerados para la construcción de los indicadores**

Para el diseño de los indicadores, el primer grupo de especialistas (a través del grupo focal) siguieron los principios establecidos por la Norma Española UNE 66175: Sistema de Gestión de Calidad. Guía para la implementación de indicadores, <sup>(80)</sup> así como determinados elementos aportados por la Guía Metodológica para la formulación de indicadores de Colombia. <sup>(94)</sup> **(Anexo 4)**

A continuación, se reflejan los conceptos de la Norma UNE 66175, y los aportados por el Departamento Nacional de Planeación de Colombia, que fueron utilizados para la construcción de los indicadores:

- Selección del indicador: para su selección, se formuló la siguiente pregunta: “¿Qué indicadores interesa poner en marcha?”. En el caso de existir una gran cantidad de respuestas, se establecieron prioridades sobre la base de los siguientes elementos: Grado de cumplimiento de los objetivos asignados y acciones derivadas; Evolución de los factores críticos de éxito de la organización o área evaluada; Evolución de las áreas, procesos, parámetros conflictivos, con problemas reales o potenciales; Coste de la información y recursos necesarios para establecer el análisis del indicador; Fiabilidad del proceso de captación de la información. <sup>(80)</sup>

Otra alternativa utilizada para discriminar entre posibles indicadores, fue la aplicación de la Metodología “CREMA” desarrollada por el Banco Mundial: Claro (Preciso e inequívoco); Relevante (Apropiado al tema en cuestión); Económico (Disponible a un costo razonable); Medible (Abierto a validación independiente); Adecuado (Ofrece una base suficiente para estimar el desempeño).<sup>(95)</sup>

- Denominación del indicador: El primer paso, fue definir la tipología del indicador, lo que permitió identificar que fue cuantificado a lo largo de la cadena de valor de la intervención, en consecuencia, pueden existir indicadores de estructura, proceso y resultados. Para denominar cada indicador se estudió sobre qué en particular se desea llevar a la medida.<sup>(80)</sup>

Para ello, se estableció el objetivo del indicador, en su conformación, se siguió la metodología sugerida por el Departamento Nacional de Planeación de Colombia,<sup>(94)</sup> donde se planteó que la estructura del objetivo del indicador debe contener al menos tres componentes 1) la acción que se espera realizar; 2) el objeto sobre el cual recae la acción; y 3) elementos adicionales de contexto o descriptivo. Esto implicó, que en su redacción, se incluyera al menos un verbo, un sujeto y una frase calificativa. El orden en que se redactó el objetivo, no afectó su estructura, siempre que éste se inicie con el verbo en infinitivo e incluyera a los otros dos componentes: (Verbo + objeto + frase calificativa). Con lo anterior, se garantizó que el objetivo cumpliera con las condiciones necesarias para facilitar la formulación del indicador y que permitan verificar su cumplimiento. El nombre dado a los indicadores, fue corto, preciso e inequívoco.

Al igual que el objetivo, el indicador debe mantener una estructura coherente, esta se compone de dos elementos: 1) el objeto a cuantificar y 2) la condición deseada del objeto; de manera adicional, puede incluirse un tercer componente, que incorpore elementos descriptivos, pero esta parte, no es indispensable y depende de la necesidad de tener mediciones más precisas. Para su formulación, es importante la secuencia de los dos elementos, en primer lugar, debe ir el objeto a cuantificar,

descrito por un sujeto y con posterioridad la condición deseada, definida con el verbo en pasado participio, que denote la característica deseada del sujeto (sujeto + verbo en participio pasado).

- Descripción del Indicador: este elemento, fue propuesto por el Departamento Nacional de Planeación de Colombia. <sup>(94)</sup> Su objetivo fue incorporar a la construcción del indicador una descripción de la información que este va a proporcionar.

- Forma de cálculo: este aspecto, es aplicable solo a aquellos indicadores de naturaleza cuantitativa, donde es necesaria la realización de un cálculo matemático para determinar el valor del indicador.

<sup>(80, 94)</sup> Los indicadores cuantitativos, pueden expresarse en forma de porcentajes, índices, recuento o una *ratio*. <sup>(80)</sup> En ese sentido, se mostró de manera clara la fórmula definida, así como la definición de cada uno de los elementos que se deben tener en cuenta para la ejecución del cálculo. Además, se incluyó la unidad de medida en la cual se expresó el indicador.

- Forma de representación: se establece la forma visual en que se representará el comportamiento del indicador en el tiempo; pueden emplearse tablas, gráficos y diagramas. <sup>(80)</sup>

- Definición de responsabilidades: se establecen las responsabilidades para: recogida de datos, determinación de los valores cuantitativos o cualitativos del indicador y comunicación de los resultados. <sup>(80)</sup>

- Definición de umbrales y objetivos: se establecen los valores o resultados estándares a alcanzar por cada uno de los elementos que son analizados con la aplicación de cada indicador. <sup>(80)</sup> En muchas ocasiones se definen rangos, planteándose un valor máximo y otro mínimo. A propuesta del autor, en esta investigación se incorporó Criterios de Medida, para evaluar el resultado del indicador. Se estableció un valor de referencia (VR) o estándar, el cual permitió comparar el desempeño deseado del indicador con el real. Se tuvo en cuenta que el VR puede ser de tipo cuantitativo (valor de un índice) o cualitativo (una condición, un estado observado).

- Periodicidad de la medición del indicador: Este elemento, fue propuesto por el Departamento Nacional de Planeación de Colombia. <sup>(94)</sup> Define con qué frecuencia se analiza cada uno de los indicadores. Con la información obtenida en los pasos descritos con anterioridad, se conformó la estructura de la ficha de indicador. **(Anexo 5)**

### **Secciones de trabajo del grupo focal**

El grupo focal, realizó cinco sesiones de trabajo, con una duración aproximada de dos horas cada una, se realizaron en un lugar confortable, silencioso y aislado donde los participantes se sintieran tranquilos y relajados, las sesiones fueron moderadas por el investigador, quien permitió libertad de participación y discusión activa. En cada reunión, dos personas recopilaron todos los criterios vertidos.

En la primera sesión, se presentó a cada uno de los especialistas que integran el grupo de enfoque, se estableció el objetivo fundamental de trabajo del grupo y se orientó el estudio de los antecedentes más recientes sobre indicadores para la evaluación de la eficacia del PE en el contexto hospitalario, en el entorno nacional e internacional; también se distribuyó a cada miembro, un ejemplar de las normas consideradas para la construcción de los indicadores reflejadas con anterioridad y la base de datos bibliográfica con todos los documentos y referencias sobre indicadores para la evaluación de la eficacia, recuperadas por el autor durante la etapa de revisión bibliográfica.

El objetivo del segundo encuentro, fue realizar propuestas de indicadores para evaluar la eficacia del PE en el contexto hospitalario. Los miembros del grupo, con anterioridad, habían estudiado los materiales que se les entregó en la primera reunión; lo que sirvió como base para poder alcanzar el propósito de esta sesión.

Con posterioridad, se procedió a analizar qué objetivo tendría el estudio de cada uno de los indicadores sugeridos, para identificar duplicidad entre las propuestas, y de esta forma, reducir su

número. Se aceptó la inclusión de nuevos elementos a través del desarrollo de los restantes encuentros. Al terminar el encuentro, se les comunicó a los especialistas, que en las siguientes reuniones, se trabajaría en función de definir y estructurar los componentes de la propuesta de indicadores realizada. El resto de los encuentros se desarrollaron con este objetivo. Finalizado el último encuentro, se elaboró un documento que contenía los indicadores aprobados, cada uno diseñado y descrito según lo planteado en los epígrafes anteriores.

### **Valoración de los indicadores a través de especialistas**

Antes de continuar con la siguiente fase, se presentó la propuesta a un segundo grupo de especialistas, conformado por directivos y gestores de los servicios de Enfermería de cuatro hospitales de La Habana, un pediátrico (William Soler), un obstétrico ginecológico (Ramón González Coro) un instituto (Instituto Nacional de Cardiología y Cirugía Cardiovascular) y un clínico quirúrgico (Hermanos Ameijeiras). Para su selección, se utilizó el muestreo intencional basado en criterios. <sup>(93)</sup> Para los centros: que fuesen hospitales de alto nivel de complejidad y constituyeran referentes metodológicos de Enfermería para el resto del país. Para los especialistas: tener 10 o más años de experiencia laboral, tener cinco o más años de labor como directivo o gestor de los servicios de Enfermería, desempeñarse en los hospitales antes seleccionados y que estuviesen de acuerdo en colaborar. Se contactó de manera presencial con las jefas de Enfermería de los hospitales seleccionados, se solicitó el consentimiento y disposición para participar en el estudio por medio de una carta de invitación. **(Anexo 6).**

El segundo grupo de especialista, quedó conformado por 83 directivos o gestores de los servicios de Enfermería. De ellos, 27 correspondieron al Hospital obstétrico ginecológico “Ramón González Coro” (la jefa de enfermeras del hospital, cuatro enfermeras supervisoras, 20 jefas de sala y dos jefes de áreas), 23 al Hospital pediátrico “William Soler” (la jefa de enfermeras del hospital, cuatro enfermeras

supervisoras, 14 jefas de sala y cuatro jefes de áreas), 18 al Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular (la jefa de enfermeras del hospital, cinco enfermeras supervisoras, 11 jefas de sala y un jefe de área) y 15 al Hospital “Hermanos Ameijeiras” (una jefa de enfermeras del hospital, cuatro enfermeras supervisoras, 10 jefas de sala).

A los integrantes del segundo grupo de especialista, se les entregó la propuesta de indicadores realizada y una encuesta resumen, (**Anexo 7**) para que emitieran su valoración sobre la base de una escala cualitativa (Muy Adecuado, Bastante Adecuado, Adecuado, Poco Adecuado, No Adecuado). Además, se les solicitó emitir críticas, ideas y recomendaciones a cada indicador; así como proponer nuevos indicadores. En función de las valoraciones emitidas se determinó el Porcentaje de Aceptación (PA):

Forma de cálculo:

$$PA = \frac{T_{ma}}{T_{esp}} \times 100$$

Donde:

PA: porcentajes de aceptación.

T<sub>ma</sub>: total de directivos que marcan la opción Muy Adecuado.

T<sub>esp</sub>: total de directivos.

Sí PA ≥ 80 %, se consideró la propuesta como aprobada por los directivos de Enfermería de hospitales seleccionados.

### **Aprobación por el primer grupo de especialistas de la propuesta de indicadores a ser validada**

Para determinar si la propuesta de indicadores estaba o no en condiciones de pasar a la fase de validación por expertos, se convocó a una última reunión a los miembros del primer grupo de especialistas (grupo focal), donde se les pidió que emitieran su aceptación o no al respecto.

Se solicitó a cada especialista, calificar en cada indicador los criterios “CREMA”, <sup>(95)</sup> con puntuaciones entre 1 a 5, se consideró que a mayor número, mayor cumplimiento del criterio. Con

posterioridad, en cada indicador, se calculó el promedio de las puntuaciones otorgadas por los especialistas, se aceptaron los indicadores con puntuación  $\geq 4,5$ .

### **Validación de la propuesta de indicadores por criterio de jueces expertos mediante el método *Delphi***

Para la validación de la propuesta de indicadores se empleó el método *Delphi*, el cual ha sido utilizado y reportado por la literatura científica. <sup>(96-102)</sup> Este método, se ha empleado para la investigación en varios campos de la ciencia. Su utilización como instrumento para la validación de indicadores, resultó recurrente en la literatura científica. <sup>(103-105)</sup>

Este método, contrasta, combina opiniones, argumentos individuales emitidos por expertos y evita tomar decisiones de manera unilateral por el investigador. <sup>(106, 107)</sup> Al aplicarse, se organiza un dialogo anónimo entre los expertos mediante cuestionarios, con el objetivo de obtener un consenso general o los motivos de la discrepancia. La confrontación de las opiniones se efectúa mediante interrogantes sucesivas. Se genera así un proceso interactivo, donde en cada cuestionario, se ofrecen los resultados del precedente, lo que permite al experto modificar sus respuestas primarias en función de juicios aportados por otros. Este método, permite el profundo análisis del tema que se estudia, un verdadero potencial creativo y una adecuada actitud hacia la discusión. <sup>(108)</sup>

Para el método *Delphi* se cumplió con los siguientes pasos:

Selección de los expertos: se empleó el muestreo intencional basado en criterios para seleccionar a los expertos potenciales. <sup>(109)</sup> En este sentido, el propósito del investigador no fue conseguir representatividad en el sentido estadístico, sino, garantizar la autoridad de los juicios y por consiguiente, la validez de la información.

Para ello, se convocó a 27 Licenciados en Enfermería con experiencia en dirección de los procesos de Enfermería, todos de hospitales e instituciones de salud de La Habana y a 12 consultores y



auditores de calidad de empresas consultoras, y certificadoras de SGC de Cuba, España, Colombia y México. En el listado de expertos potenciales, no se incluyó ninguno de los especialistas que estuvieron involucrados en el grupo que elaboró la propuesta de indicadores.

Se confeccionó y entregó por escrito a cada profesional seleccionado, una carta de invitación para solicitar su cooperación como experto (**Anexo 8**). De ellos, estuvieron dispuestos a participar 23 expertos potenciales, dedicados a la evaluación de la calidad y a la dirección de los PE en el contexto hospitalario (18 licenciados en Enfermería y cinco consultores y auditores). Para la selección definitiva de los expertos, se consideró como requisito indispensable su coeficiente de competencia (**Anexo 9**), el cual partió de las respuestas que los 23 potenciales expertos ofrecieron a las preguntas del instrumento adoptado a tal efecto. (**Anexo 10**).

En correspondencia con los resultados obtenidos en este proceso (**Anexo 11**), se seleccionaron 15 expertos para que realizaran la validación del sistema de indicadores. La distribución por especialidades e instituciones de los 15 expertos seleccionados, se desglosan a continuación:

- Un Licenciado en Enfermería dedicado a la administración de los servicios de Enfermería del MINSAP.
- Dos auditores de calidad, *International Register of Certificated Auditors* (IRCA) de la Oficina de *Bureau Veritas*, La Habana.
- Un auditor de calidad IRCA de la empresa ESAC.
- Un auditor de calidad IRCA de la Oficina de *Lloyd's Register*, La Habana.
- Un auditor de calidad IRCA de la Oficina de AENOR, México.
- Un Licenciado en Enfermería de la Facultad de Enfermería "Lidia Doce" de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.
- Ocho Licenciados en Enfermería con experiencia en administración de los servicios de Enfermería de instituciones hospitalarias de segundo y tercer nivel de La Habana.

Los expertos seleccionados, fueron en su mayoría Licenciados en Enfermería, se caracterizaron por poseer más de 15 años de experiencia de trabajo (21,66 de promedio), entre ocho y 25 años

vinculados a la calidad (11,20 de promedio), todos con categoría de profesor titular o auxiliar, doctor o máster en ciencias y entre una y 12 publicaciones científicas relacionadas con el tema (4,4 de promedio), entre ellos, los profesionales de Enfermería con un desempeño entre cinco y nueve años como directivos de servicios de Enfermería en instituciones hospitalarias. Se incorporaron cinco auditores de calidad (IRCA) con vasta experiencia en el tema. **(Anexo 12)**

### **Consenso entre los expertos con método *Delphi***

Al panel de expertos, se le envió por correo electrónico la propuesta de indicadores elaborada por el grupo de especialistas. Se les pidió realizar la validación por indicadores, para una vez alcanzado el consenso en cada uno de ellos por separado, validar la propuesta de forma integral. Acorde a esta estrategia, se realizaron  $N + 1$  procesos de validación, donde  $N$  es igual al número de indicadores propuestos, sumándose con posterioridad la validación de la propuesta en su conjunto.

A cada uno de los expertos, se le envió por correo electrónico dos documentos. El primero, contenía los indicadores a evaluar, que habían sido propuestos con toda la descripción (ficha del indicador) que de ellos se realizó en la propuesta de indicadores diseñados por el grupo de especialistas.

**(Anexo 13)** Mientras que el segundo, incluyó un cuestionario para que cada experto, valorase la propuesta de indicadores que se le había enviado. **(Anexo 14)**

Los elementos sobre los cuales se solicitó la valoración de los expertos para cada uno de los indicadores, fueron los criterios básicos de Moriyama: <sup>(110)</sup>

Razonable y comprensible: Comprensión y entendimiento de cada indicador.

Con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables: Posibilita determinar hasta qué punto es adecuada o no la inclusión del *ítem*.

Con componentes claramente definidos: Si cada elemento o *ítem* del indicador está bien definido.

Derivable de datos factibles de obtener: Si los datos del indicador son posibles de obtener.

La escala tipo *Likert* para que se expresara la valoración, fue (MA: Muy Adecuada, equivale a 5 puntos; BA: Bastante Adecuada, equivale a 4 puntos; A: Adecuada, equivale a 3 puntos; PA: Poco Adecuada, equivale a 2 puntos; NA: No Adecuada, equivale a 1 punto).

Estos elementos, han sido utilizados en varias investigaciones con la finalidad de ser utilizados por expertos en procesos de validación. <sup>(111-115)</sup> Además, el cuestionario contenía un acápite para que se hicieran las sugerencias, críticas o nuevas propuestas que cada evaluador considerara necesarias.

Para determinar la existencia de consenso entre los expertos, se determinó el Coeficiente de Concordancia (CfC). <sup>(116)</sup>

$$\text{Forma de cálculo: CfC} = 1 - (\text{Vn} / \text{Vt}) * 100\%$$

Donde:

- CfC: coeficiente de concordancia.
- Vn: votos negativos.
- Vt: total de votos.

Votos negativos: Cuando la media de las puntuaciones otorgadas por un experto a toda la variable resultó inferior a cuatro unidades. Se determinó la existencia de consenso cuando CfC, alcanzó valores iguales o mayores al 85 %, realizándose las rondas necesarias hasta alcanzar este criterio.

Este procedimiento fue ejecutado para cada uno de los indicadores de forma independiente. Como criterio adicional para la validación, el autor estableció la necesidad de que ningún *ítem* recibiera tres o menos unidades.

Una vez validados los indicadores por separado, se procedió a una validación de la propuesta en su conjunto. Para ello, se envió el cuestionario diseñado a cada uno de los expertos, **(Anexo 14)** así como un documento que contenía todos los indicadores.

Para determinar la existencia de consenso entre los expertos, se utilizó otra vez el CfC. En esta ocasión, se entendió como voto negativo, aquel donde la media de las puntuaciones dadas por el evaluador a los criterios de Moriyama de cada variable, fuera inferior a cuatro. Al recibir las

respuestas de la primera ronda, se interactuó con los expertos, con el objetivo de tener claridad y precisión de lo que expresó.

## **2.5. Procedimientos metodológicos de la etapa 3. Evaluación del resultado de la implementación del sistema de indicadores**

En la tercera etapa de la investigación, se siguió la metodología diseñada de manera lógica y fue organizada por las siguientes fases: Capacitación a involucrados en la implementación; Implementación del sistema de indicadores; Evaluación de la eficacia del PE. A continuación, se expone la descripción de los aspectos metodológicos de cada una de esas fases.

### **Capacitación a involucrados en la implementación**

La necesidad de formación de las personas involucradas antes de la implementación, es un elemento fundamental reflejado en el documento normativo que se utilizó como referente metodológico en el estudio. <sup>(80)</sup>

La selección de los profesionales que participaron, se realizó mediante muestreo intencional, <sup>(93)</sup> basado en los siguientes criterios: personal involucrado en la implementación del SIEEPE y ser auditor interno de calidad. De esta manera, quedó conformado por 15 cursistas, un directivo de Enfermería, cuatro supervisores de Enfermería, siete gestores de los servicios de Enfermería (jefes de sala y áreas) y tres auditores internos.

### **Adopción de la estrategia de capacitación**

Una vez identificadas las necesidades, las posibilidades, recursos existentes y sobre la base de los elementos esenciales de los indicadores, y su aplicación en el contexto clínico, se pasó a su diseño.

<sup>(117)</sup> El investigador seleccionó el curso para el desarrollo de la capacitación, basado la Resolución No. 140/19, correspondiente al Reglamento de la Educación de Posgrado de la República de Cuba,

<sup>(118)</sup> donde se reflejó que es una forma organizativa que contribuye al mejoramiento o reorientación

del desempeño. Para establecer la estructura y su ejecución, el autor utilizó como referentes, las resoluciones emanadas del Ministerio de Educación Superior. <sup>(119-121)</sup>

### **Implementación del sistema de indicadores en los escenarios prácticos**

La implementación del SIEEPE, se realizó en los escenarios prácticos hospitalario de la Clínica Central “Cira García”, previo consentimiento del jefe del PE y por acuerdo 54/2016 del Consejo de Dirección de la institución.

### **Modificaciones a los indicadores después de su implementación en los escenarios prácticos**

Se estableció en el estudio, un seguimiento continuo en el escenario práctico al proceso de implementación del SIEEPE, que permitió la retroalimentación y la identificación de áreas de mejora. En esta fase, surgieron modificaciones a los indicadores 13 (Índice de cuidados de Enfermería perdidos alcanzado) y 14 (Índice de satisfacción de pacientes y familiares con la calidad de la atención de Enfermería alcanzado), lo que demandó un proceso de análisis por parte del investigador, los involucrados en la implementación del SIEEPE y los especialistas.

Para realizar modificaciones al indicador 13, se convocó a una nueva roda al grupo focal, conformado por el primer grupo de especialistas, quienes valoraron las dificultades presentadas durante el proceso de implementación y propusieron ajustes en la formula del cálculo y en las fuentes de datos del indicador. Las modificaciones propuestas fueron registradas en la ficha del indicador. **(Anexo 15)**

En la implementación del indicador 14, relacionado con el Índice de satisfacción del paciente y acompañante con la calidad de la atención de Enfermería alcanzado, se identificaron dificultades con la fuente de datos, en tanto, el Índice de Calidad Percibida (ICP), que era el instrumento utilizado, resultó insuficiente al considerar solo la percepción de los usuarios y no tener en cuenta sus

expectativas, situación, que además, no cubría los requisitos de la NC ISO 9001:2015, <sup>(7)</sup> que identifica la satisfacción como la brecha existente entre percepción y expectativa.

En respuesta a esta situación, se realizó una revisión del tema, que evidenció el amplio uso del modelo SERVQUAL en instituciones de servicio; <sup>(122-126)</sup> sin embargo, en Cuba, las investigaciones de evaluación de la satisfacción de la calidad en los servicios de Enfermería con la escala SERVQUAL, son exiguos. Por lo que se adaptó el cuestionario SERVQUAL, elaborado y validado en el sector salud por Cabello E y cols., <sup>(122)</sup> La propuesta, fue aprobada en el Consejo Científico y el Consejo de Dirección de la Clínica Central “Cira García” y enviada al grupo de expertos para su validación, junto a las modificaciones solicitadas al indicador 13.

La encuesta SERVQUAL, quedó conformada por 22 *ítems*, antes de su aplicación, se le realizó un proceso de validación facial (lingüística), de contenido y de consistencia interna. La determinación de la validez facial, permitió determinar la comprensión y claridad de cada uno de los *ítems*. La consistencia interna, se realizó mediante un pilotaje, ejecutado en noviembre de 2018, en una muestra de 18 pacientes hospitalizados, seleccionados a través del método por conveniencia (pacientes que según la metodología del hospital le correspondía la encuesta de satisfacción), <sup>(93)</sup> previo consentimiento informado. **(Anexo 16)**

Los objetivos que orientaron la aplicación de la prueba piloto del cuestionario fueron: 1) probar su fiabilidad; 2) comprobar si el paciente entiende los *ítems*; 3) probar si se puede resolver en un tiempo razonable; 4) comprobar si es de interés para el paciente; 5) analizar si los *ítems* formulados responden a los objetivos para los que fueron diseñados. Con posterioridad, se les proporcionó un modelo que contenía los 22 *ítems*, se les solicitó calificarlo como: “se comprende” o “no se comprende” y la posibilidad de registrar observaciones. **(Anexo 17)**

Para la valoración de la consistencia interna se les aplicó una escala, a través del coeficiente Alfa de *Cronbach*, según las respuestas ofrecidas por los 18 pacientes. Autores consultados, <sup>(127,128)</sup> sugieren para evaluar los coeficientes de Alfa de *Cronbach*, las siguientes recomendaciones: Coeficiente alfa > 0,9 es excelente; > 0,8 es bueno; > 0,7 es aceptable; > 0,6 es cuestionable; > 0,5 es pobre y < 0,5 es inaceptable. Después de ser aplicado el instrumento, se realizó el procesamiento estadístico y se obtuvo un valor de Coeficiente Alfa de *Cronbach* por ítem y general. A partir de estas recomendaciones, el autor en la investigación asumió como aceptable los valores mayores > 0,8.

### **Validación de la propuesta de modificación de los indicadores por criterio de jueces expertos mediante el método *Delphi***

En un primer momento, los expertos del grupo *Delphi* realizaron la validación del instrumento SERVQUAL, a través de la encuesta adoptada con este objetivo. **(Anexos 18 y 19)** En la misma, expresaron su criterio respecto al instrumento, calificándolo de: Muy Adecuado; Bastante Adecuado; Adecuado; Poco Adecuado y No Adecuado, sobre la base de los aspectos que a continuación se expresan: Calidad; Pertinencia; Relevancia y Comprensión. Asimismo, se les dio la posibilidad de exponer críticas, ideas, recomendaciones u otro aspecto relacionado con la encuesta, además, proponer nuevos *ítems*, si así lo consideraban. Adjunto a la encuesta se entregaron las propuestas, lo que les permitió una mejor comprensión y posibilidad de emitir un juicio de valor al respecto.

La validez de contenido, se evaluó a través del coeficiente de *V de Aiken*, que combina la facilidad de cálculo y la evaluación de los resultados con la correspondiente prueba estadística, de esta manera, se garantizó la objetividad del procedimiento. <sup>(129)</sup>

El coeficiente de *V de Aiken*, asume valores de 0 a 1, donde el valor 1 es la máxima magnitud posible, que indica un perfecto acuerdo entre los expertos. Se consideró Si o 1, cuando el experto en la encuesta seleccionó las alternativas Muy Adecuado (MA), Bastante Adecuado o Adecuado (A). Se

consideró No o 0, cuando seleccionó las alternativas Poco Adecuado (PA) o No Adecuado (NA). La ecuación para el cálculo del coeficiente fue:

$$V = \frac{S}{(n(c - 1))}$$

Donde:

S = la suma de Si

si = valor asignado por el experto i.

n = número de expertos (en este caso es 15).

c = número de valores de la escala de valoración (en este caso es 2).

Este coeficiente, puede obtener valores entre 0 y 1. A medida que sea más elevado el valor computado, el *ítem* tendrá una mayor validez de contenido. En consecuencia: Si V=0, significa que hay total desacuerdo con los *ítems* y Si V=1, significa que hay total acuerdo con todos los *ítems*.

En un segundo momento, las modificaciones propuestas a los indicadores 13 (Índice de cuidados de Enfermería perdidos alcanzado) y 14 (Índice de satisfacción de pacientes y familiares con la calidad de la atención de Enfermería alcanzado), a partir de su implementación en los escenarios prácticos, demandó en el estudio, una nueva ronda con el grupo de expertos, para su validación y el diseño posterior de la versión final de estos indicadores. Para ello, se elaboró un documento con la ficha de los indicadores 13 y 14 (**Anexos 15 y 20**) que recogió los cambios propuestos, los que fueron enviados por correo electrónico a todos los expertos junto con el **Anexo 21**, con la finalidad de que valoraran la propuesta de modificación en estos indicadores.

### **Evaluación de la eficacia del Proceso de Enfermería**

La evaluación de la eficacia del PE, se realizó apegada a la NC ISO 9001: 2015, <sup>(7)</sup> certificada en la Clínica Central "Cira García". Para considerar el proceso eficaz, debió cumplirse en  $\geq 90,00$  % de las actividades del proceso con los estándares o umbrales de los indicadores y el proceso en su conjunto, debió alcanzar  $\geq 90,00$  % de cumplimiento de sus indicadores, para ello, a cada indicador, se otorgó una puntuación basada en los siguientes criterios: 5 puntos (Cumplimiento del indicador al



100,00 %); 4 puntos (Cumplimiento del indicador entre el 99,00 y 85,00 %); 3 puntos (Cumplimiento del indicador entre 84,00 y 70,00 %); 2 puntos (Cumplimiento del indicador menor de 70,00 %).  
Criterio de eficacia: Proceso eficaz: Si la suma total de los puntos obtenidos representa, al menos, el 90,00 % del total posible; Proceso no eficaz: No se cumple lo anterior.

### **Auditorías de calidad y No conformidades**

Para las auditorías internas, se seleccionaron tres auditores mediante un muestreo intensional, <sup>(93)</sup> basado en los siguientes criterios: estar certificado como auditor, haber realizado auditorías previas con evaluaciones positivas, haberse capacitado en el SIEEPE. Para su desarrollo, se utilizó el procedimiento de auditoría interna documentado, validado con anterioridad y aprobado en la Clínica.

#### **(Anexo 22)**

Para seleccionar a las personas que realizaron las auditorías externas, se utilizó una muestra por oportunidad, <sup>(91)</sup> al invitar a los auditores IRCA, pertenecientes a las entidades certificadoras que realizaban seguimiento y procesos de recertificación al SGC que se encontraba implementado en la Clínica Central "Cira García".

Para obtener valoraciones de los auditores sobre el SIEEPE, se les solicitó agregar al informe de auditoría sus criterios, con posterioridad, el autor realizó una revisión y síntesis de los informes, de donde emergieron los criterios. Para garantizar el anonimato, se les asignó la nomenclatura "A", con su numeración correspondiente.

### **2.6. Concepción general del procesamiento y análisis de la información**

El procesamiento y análisis de la información, se realizó bajo la premisa de que en la indagación cualitativa es conveniente la variedad de fuentes de información y de métodos de recolección de datos. El autor realizó una inmersión inicial y profunda en el campo, recolectó los datos con diferentes técnicas (revisión documental, grupos focales, consulta a expertos, especialistas,

informantes clave), realizó las tareas analíticas mediante continuas reflexiones de los datos recolectados, auxiliándose de diagramas, esquemas y matrices de análisis. Lo que le permitió realizar triangulaciones de datos y obtener resultados que posibilitaron dar significado al objeto de estudio, el análisis fue modelado por los datos que los participantes revelaron y lo que el investigador descubrió e interpretó. <sup>(130)</sup>

Con la triangulación de múltiples fuentes de datos realizada, se logró mayor riqueza, amplitud y profundidad de los análisis, por provenir de diferentes actores del proceso, de distintas fuentes y de una mayor variedad de formas de recolección. La triangulación empleada, ayudó a establecer la dependencia y la credibilidad de la investigación, confirió al estudio rigor, complejidad y permitió dar grados variables de consistencia a los hallazgos, reducir sesgos y aumentar la comprensión del fenómeno estudiado. <sup>(130)</sup>

Para el análisis cuantitativo se creó una base de datos, que permitió efectuar la tabulación de la información y con posterioridad, un análisis integral de los resultados. Los resultados se recogieron en bases de datos en IBM SPSS 21 para Windows en las que se realizó un análisis estadístico descriptivo con determinación de frecuencias absolutas y relativas. La información se resumió en textos y tablas estadísticas. En la validación de las modificaciones propuestas a la encuesta SERVQUAL, se empleó el coeficiente Alfa de *Cronbach* y el coeficiente *V de Aiken*.

## **2.7. Aspectos éticos de la investigación**

Previo al inicio de la investigación, se explicó a todos los sujetos que participaron en el estudio la esencia de la misma, sus objetivos y su utilidad científica. A través de la negociación y concertación previa con ellos, se les solicitó su consentimiento para participar en el estudio y su colaboración voluntaria, a través de una carta de invitación. (**Anexos, 2, 6, 8, 16**)

Los participantes, tuvieron absoluta libertad para decidir colaborar con el estudio y responder cada pregunta que se les realizó. Se estableció el anonimato y la confidencialidad como premisas durante toda la investigación. Para mantener el anonimato de los participantes, se les asignó una nomenclatura, con su numeración correspondiente.

Se garantizaron las condiciones de privacidad para la realización de los grupos focales y las grabaciones, fueron eliminadas una vez transcritas. Las transcripciones se conservaron en los archivos personales del investigador. Durante todo el estudio el investigador se apegó a la lealtad de los hechos y a la veracidad de la información.

El estudio fue aprobado por el Consejo Científico y el Comité de ética de la Facultad de Enfermería "Lidia Doce", de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana y de la Clínica Central "Cira García".

### **Consideraciones finales del capítulo**

El estudio de tipo secuencial exploratorio (QUAL-cuan) diseñado, a través del empleo de métodos mixtos y la triangulación de múltiples fuentes de datos realizada, ofreció mayor riqueza, amplitud y profundidad, con una percepción más integral, completa y holística del fenómeno estudiado y permitió crear un algoritmo metodológico para proponer un sistema de indicadores para evaluar la eficacia del Proceso de Enfermería en el contexto hospitalario.

La metodología diseñada en etapas, fases, fuentes y técnicas, facilitó de manera lógica y organizada el desarrollo del estudio, aspecto que puede constituir un referente para el desarrollo de investigaciones enfocadas al diseño de indicadores de calidad.

**CAPÍTULO III. DISEÑO DE UN SISTEMA DE INDICADORES PARA EVALUAR LA EFICACIA DEL  
PROCESO DE ENFERMERÍA**

### **CAPÍTULO III. DISEÑO DE UN SISTEMA DE INDICADORES PARA EVALUAR LA EFICACIA DEL PROCESO DE ENFERMERÍA**

El propósito de este capítulo, es mostrar los resultados obtenidos en la segunda etapa del estudio y su análisis. Para su mejor comprensión, se siguió el orden lógico propuesto en sus cuatro fases: Estudio de las fuentes de información; Obtención de la información y diseño de indicadores; Valoración de los indicadores; Validación por criterios de expertos. Expresadas en el algoritmo de la estrategia metodológica diseñada. **(Anexo 1)**

#### **3.1. Resultados de la fase: Estudio de las fuentes de información y revisión de la literatura**

Con el resultado del análisis de las fuentes de información, se sistematizaron los indicadores de eficacia para evaluar la calidad del PE más utilizados en el contexto hospitalario nacional e internacional. Sus resultados más significativos, conformaron el capítulo I de la presente investigación.

En la revisión crítica de documentos y publicaciones realizadas por el MINSAP y la ONN, se pudo identificar que en el Departamento Nacional de Enfermería del MINSAP, se adolece de un sistema de indicadores para evaluar la eficacia del PE en el contexto hospitalario. Tienen indicadores diseñados sin un sustento teórico-metodológico, que pueden evaluar de manera parcial varias dimensiones de la calidad. En la Normoteca de la ONN, no se encontraron normas cubanas con requisitos regulatorios u orientaciones metodológicas para el diseño de sistemas de indicadores, a partir de estos resultados en la indagación realizada, se identificó la Norma Española UNE 66175: Sistema de Gestión de Calidad <sup>(80)</sup> y la Guía para la implementación de indicadores, <sup>(94)</sup> que fueron asumidas en la investigación como sustento metodológico para formulación de los indicadores.

### **3.1.1. Obtención de criterios con informantes clave**

En el proceso de obtención de criterios de los informantes clave, emergieron tres categorías, con mayor peso “estructura del indicador”, “objetivo” y en tercer lugar “atributos”. Los juicios emitidos, fueron coincidentes con los autores revisados. (7, 37, 77-79)

A continuación, se presentan algunos de los criterios que emergieron:

*“Los indicadores deben estar bien estructurados,” (IC1), “Los indicadores deben responder a los objetivos institucionales y pertinentes” (IC5), “deben abarcar todas las actividades declaradas en el proceso” (IC9), “Para su mejor comprensión e implementación, se deben adecuar a los enfoques de estructura, proceso y resultados” (IC17). “Los miembros del proceso deben conocer los indicadores” (IC31), “Los indicadores deben estar relacionados con los objetivos y se deben basar en hechos” (IC43). “Resulta ideal que los indicadores sean pocos, pero representativos de áreas prioritarias” (IC46), “Los indicadores deben cumplir con atributos como validez, sensibilidad, especificidad, confiabilidad y comparabilidad” (IC48), “deben tener procesos de cálculo sencillos” (IC52),*

### **3.2. Resultados de la fase: Obtención de la información y diseño de indicadores**

A partir de los criterios brindados por los informantes clave y la información considerada indispensable obtenida para el diseño de los indicadores, el primer grupo de especialistas trabajó en cinco sesiones de un grupo focal. Finalizado el último encuentro, se elaboró un documento que contenía los indicadores aprobados, cada uno diseñado y descrito según lo planteado con anterioridad en el capítulo II. Como resultado, se obtuvo una lista de 14 indicadores, divididos en uno de estructura (7,14 %), 11 de proceso (78,57 %) y dos de resultados (14,28 %). El listado de los indicadores quedó reflejado en el epígrafe 3.4.

### **3.3. Resultados de la fase: Valoración de los indicadores**

Del total de directivos y gestores de los servicios de Enfermería que participaron (83), marcaron la opción Muy Adecuado 78 (93,97 %), mientras que 5 (6,02 %) escogió Bastante Adecuado. Al calcular el Porcentaje de Aceptación (PA), según lo planteado en el capítulo metodológico, se obtuvo que PA, resultó igual al 93,97 %. Dicho valor estuvo por encima al requerido, para considerar la propuesta como aprobada (80,00 %).

### **3.4. Aprobación por el primer grupo de especialistas de la propuesta de indicadores a ser validada**

Todos los indicadores obtuvieron promedios superiores a 4,9. **(Anexo 23)** Las fichas elaboradas a cada indicador se encuentran en el **(Anexo 13)**. De esta manera, la propuesta de indicadores que se envió al proceso de validación por expertos, quedó conformada de la siguiente manera:

**Indicador 1.** Cobertura y cualificación de los recursos humanos de Enfermería mantenida.

**Indicador 2.** Índice de prevención de lesiones por presión (LPP) en personas vulnerable alcanzado.

**Indicador 3.** Índice de prevención de caídas de personas alcanzado.

**Indicador 4.** Administración segura de medicamentos mantenida.

**Indicador 5.** Vigilancia y control de venoclisis instaladas mantenida.

**Indicador 6.** Identificación inequívoca de la persona alcanzado.

**Indicador 7.** Comunicación efectiva alcanzada.

**Indicador 8.** Índice de higiene correcta de las manos alcanzado.

**Indicador 9.** Índice de prevención de infecciones asociadas a accesos intravasculares alcanzado.

**Indicador 10.** Índice de prevención de infecciones de vías urinarias asociadas a sonda vesical instalada alcanzado.

**Indicador 11.** Registros de observaciones de Enfermería acordes a las regulaciones vigentes mantenidos.

**Indicador 12.** Procesos de esterilización a vapor con la calidad óptima mantenidos.

**Indicador 13.** Índice de cuidados de Enfermería perdidos alcanzado.

**Indicador 14.** Índice de satisfacción del paciente y acompañante con la calidad de la atención de Enfermería alcanzado.

### **3.5. Resultados de la fase: Validación de la propuesta de indicadores por criterio de jueces expertos mediante el método *Delphi***

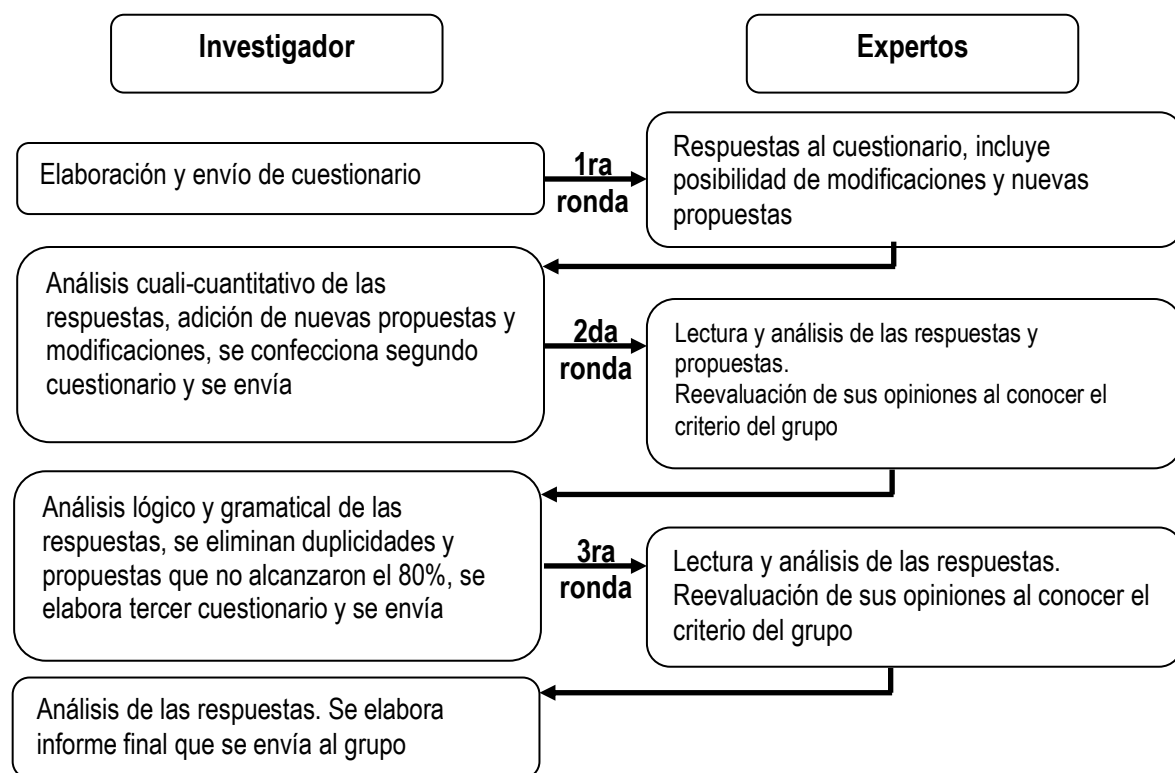
Para la validación de la propuesta de indicadores se empleó el método *Delphi*, en el que fue necesario realizar tres rondas. (Figura 2) Al recibir las respuestas de la primera ronda, se interactuó con los expertos por correo electrónico, teléfono o de manera presencial, con el objetivo de tener claridad y precisión de lo que expresó. Los resultados de la primera ronda, se resumen de la siguiente manera: no se presentaron nuevos indicadores y todos recibieron más del 90,00 % de aprobación. Se propusieron 63 modificaciones de redacción, tres de definición de umbrales, cuatro de definición de objetivos, 14 de fórmula de cálculo del indicador, ocho de periodicidad de la medición del indicador y una de dividir un indicador en dos, el relacionado con la cobertura y cualificación del recurso humano, de manera que se creó un indicador para cobertura y otro para cualificación.

En la segunda ronda, se envió el documento con el porcentaje alcanzado por cada indicador, así como 36 modificaciones sobre el primer documento, de ellos, 21 cambios de redacción, tres redefiniciones de umbrales, tres definiciones de objetivos, ocho fórmulas de cálculo y una separación de indicador y esta información, les permitió reevaluar sus opiniones y realizar una nueva valoración con todos los elementos planteados.



Los resultados de la segunda ronda fueron sobre la base de aprobación de los indicadores, se tomó como positivo el mayor porcentaje alcanzado para los aportes y modificaciones propuestas; se aplicó el 85,00 % como valor mínimo de aceptación para los nuevos indicadores propuestos; se realizó un análisis lógico y gramatical de las respuestas.

En la tercera ronda, se envió el documento con los resultados de la segunda ronda y se obtuvo la aprobación de más del 85,00 % de todos los indicadores, excepto en los indicadores que fueron separados en la ronda anterior. El 93,33 % consideró debían unirse, de manera que quedase como se circuló en primera ronda, pero sugirieron realizarle al indicador dos fórmulas de cálculo. En resumen, se formularon un indicador de estructura; 11 de procesos y dos de resultados.



**Figura 2.** Diagrama de la aplicación del método *Delphi*

En el **anexo 23**, se muestra los resultados de las puntuaciones emitidas por cada experto tras la segunda ronda. Todos los valores de las medias estuvieron por encima de las 4,5 unidades y ningún

*ítem* fue puntuado con un valor igual o inferior a tres, el valor del CfC para esta segunda ronda resultó igual a 100,00 %. Estos resultados, cumplieron los criterios definidos para validar los indicadores.

#### **Indicador 1. Cobertura y cualificación de los recursos humanos de Enfermería mantenida.**

La validación de este indicador requirió de una segunda ronda. A pesar de que en la primera existió consenso (CfC igual a 100,00 %) y las medias de expertos fueron superiores a los 4,5 puntos, criterio de Moriyama. **(Anexo 24)** Uno de los expertos planteó que debía dividirse el indicador y crear uno para cobertura y otro para cualificación, criterio que se circuló en la siguiente ronda, pero no fue aprobado, el 93,33 % de los expertos consideró debía mantenerse unido y crear dos criterios de medida del indicador, una para la cobertura y otro para la cualificación, realizaron la unificación sobre la base de que los sistemas de indicadores deben constituirse con la menor cantidad posible de indicadores. <sup>(80)</sup>

Los expertos, plantearon que cualquier grado superior alcanzado en Enfermería, es válido para mejoras en la calidad del cuidado, en este sentido, autores consultados coinciden que existe una relación significativa entre la gestión del recurso humano y la calidad de los PE. <sup>(131-133)</sup>

Mina, <sup>(134)</sup> concuerda también al plantear que, el recurso humano es el más valioso para las organizaciones, ya que son los propulsores pensantes de todos los procesos, sin ellos, la entidad no existe, ya que en todos los sectores está su presencia, por lo tanto, de su dotación y cualificación, dependen aspectos como la relación y comunicación fluida para la gestión de los procesos, la productividad, el logro de metas, la competitividad institucional, el desarrollo organizacional, el cumplimiento del plan estratégico y operativo. Razones que justifican monitorear la cobertura y cualificación del recurso humano.

**Indicador 2. Índice de prevención de lesiones por presión (LPP) en personas vulnerable alcanzado.**

La validación de este indicador, requirió sólo de una ronda de consulta. Al obtener las ponderaciones realizadas por los expertos, se comprobó que las medias de las evaluaciones estuvieron por encima de las 4,5 unidades. El valor del CfC resultó igual a 100,00 %. Esto permitió declarar al indicador validado. El **anexo 24**, muestra los resultados de las puntuaciones emitidas por cada experto.

Este resultado, pudo estar influenciado por la cantidad de estudios publicados que reconocen las LPP, como indicador por excelencia para valorar la calidad del trabajo de Enfermería en cualquier institución hospitalaria. Las LPP, constituyen un problema de salud sensible, ya que son lesiones crónicas que implican tratamientos costosos y fatigosos, además de representar una alta incidencia y prevalencia que oscila entre el 3 y el 50,00 % de las personas encamadas, atendidas en instituciones de salud. En prevención y curación de esta afección, Enfermería tiene una alta responsabilidad. <sup>(135-139)</sup>

**Indicador 3. Índice de prevención de caídas de personas alcanzado.**

El 100,00 % de las valoraciones de los expertos fueron superiores a 4,5 unidades, por lo que las medias alcanzadas tuvieron un resultado superior al mínimo de 4 exigido. El CfC entre los expertos resultó igual a 100,00 %. Estos elementos, permitieron considerar al indicador validado. En el **anexo 24**, se muestran los resultados de las puntuaciones emitidas por los expertos.

La aceptación de este indicador, forma parte del reconocimiento que se otorga a los procesos de acreditación y certificación de la calidad de las instituciones sanitarias y la preocupación por la seguridad de la persona objeto de cuidados que requiere hospitalización. <sup>(140-142)</sup> Este indicador, resulta uno de los más utilizados en instituciones hospitalarias de varios países, por lo que representa para la seguridad de la persona sana o enferma. Razones que justifican su inclusión.

#### **Indicador 4. Administración segura de medicamentos mantenida.**

En este indicador, se apreció que los 15 expertos puntuaron los *ítems* con medias superiores al mínimo establecido de 4 unidades, no existió valoraciones de 3 o menos puntos. El CfC entre los expertos resultó igual a 100,00 %. Estos elementos, permitieron considerar el indicador como validado. El **anexo 24**, muestra los resultados de las puntuaciones emitidas por cada experto.

En este sentido, los expertos reconocieron la importancia del recurso humano de Enfermería en la administración segura de medicamentos durante el proceso de hospitalización, al ser quienes lo solicitan en farmacia, conservan, administran y evalúan posibles reacciones deseadas o no, aspectos en los que coinciden autores consultados, quienes declaran además, que los errores de medicación son los incidentes más frecuentes en los servicios de hospitalización. <sup>(140,143)</sup>

#### **Indicador 5. Vigilancia y control de venoclisis instaladas mantenida.**

Como en los casos anteriores, una vez procesados los resultados, se constató que todos los *ítems* recibieron calificaciones iguales o superiores a las 4,5 unidades. Las puntuaciones dadas a los criterios de Moriyama, estuvieron por encima de los 4 puntos, de igual manera, las medias de las ponderaciones emitidas por los expertos, fueron superiores al criterio mínimo exigido. Se evidenció el consenso entre los expertos, ya que el valor de CfC resultó de 100,00 %. A tenor de lo anterior, se consideró el indicador validado. El **anexo 24**, muestra los resultados de las puntuaciones emitidas por los expertos.

A diferencia de los indicadores anteriores, se encontró menor cantidad de autores que aborden la temática y no en todas las instituciones, se tiene como indicador reconocido esta actividad. Un artículo consultado, <sup>(144)</sup> lo reflejó como un elemento a medir dentro del estándar: asistencia en situaciones específicas. Otro autor, <sup>(145)</sup> lo evaluó desde el indicador administración segura de medicamentos. Es importante el control de este indicador por Enfermería, al ser el profesional más

relacionado con el procedimiento de venoclisis instalada y por la importancia que tiene en la prevención de infecciones asociadas a la atención sanitaria.

**Indicador 6. Identificación inequívoca de la persona alcanzado.**

El 100,00 % de las valoraciones de los expertos fueron superiores a 4,5 unidades, por lo que las medias alcanzadas, tuvieron un resultado superior al mínimo de 4 exigido. El CfC entre los expertos resultó igual a 100,00 %. Estos elementos, permitieron considerar al indicador validado. En el **anexo 24**, se muestran los resultados de las puntuaciones emitidas por los expertos.

Los expertos coincidieron con autores consultados, <sup>(146,147)</sup> al considerar que el primer requisito de una asistencia sanitaria segura, es identificar a la persona hospitalizada de manera correcta, responsabilidad de todo el personal sanitario. Este indicador, impacta de manera positiva en la seguridad y también en la contención de los eventos adversos. Aspectos que justifican su inclusión.

**Indicador 7. Comunicación efectiva alcanzada.**

La validación de este indicador requirió una segunda ronda. A pesar de que en la primera existió consenso (CfC igual a 100,00 %) y las medias de expertos fueron superiores a los 4,5 puntos. Un experto, planteó realizar cambios en el umbral del indicador y en la fórmula para su cálculo. Esto posibilitó declarar el indicador validado. El **anexo 24**, muestra los resultados de las puntuaciones emitidas por los expertos.

Distintos estudios, <sup>(148-151)</sup> demostraron que la comunicación dentro de las instituciones sanitarias, son determinantes en la prevención de errores y eventos adversos, por lo que se requiere de una adecuada estrategia para controlar los procesos comunicacionales institucionales. Enfermería, dentro de la institución, es un ente coordinador entre los miembros del equipo, además de permanecer mayor tiempo y realizar mayor cantidad de procedimientos a las personas hospitalizadas, razones por la que debe tener control de este indicador.

#### **Indicador 8. Índice de higiene correcta de las manos alcanzado.**

En este indicador, el 100,00 % de las valoraciones fueron superiores a 4,5 unidades, las medias alcanzadas tuvieron un resultado superior al mínimo de 4 exigido. El CfC entre los expertos resultó igual a 100,00 %. Estos elementos, permitieron considerar al indicador como validado. En el **anexo 24**, se muestran los resultados de las puntuaciones emitidas por los expertos.

Los autores consultados, <sup>(152-155)</sup> reconocieron que la higiene de manos, es una medida de prevención primaria que está relacionada con el personal de salud, es la más importante para evitar infecciones asociadas a la atención sanitaria, que tiene como consecuencia un incremento de la morbimortalidad, prolongación del tiempo de hospitalización, complicaciones a largo plazo y aumento de gastos para la persona, la familia y el sistema de salud. A pesar de que el personal de salud reconoce la importancia de la higiene de manos; el índice de adherencia a la técnica es baja y sus cifras muy pocas veces exceden al 50,00 %. Reflejaron que el personal de Enfermería, está en constante contacto con la persona hospitalizada, ya que brinda cuidados directos, lo que los expone a ser un portador y trasmisor potencial de agentes patógenos. Elementos que justificaron su inclusión.

#### **Indicador 9. Índice de prevención de infecciones asociadas a accesos intravasculares alcanzado.**

En este indicador, también el 100,00 % de las valoraciones fueron superiores a 4,5 unidades, por lo que las medias alcanzadas, tuvieron un resultado superior al mínimo de 4 exigido. El CfC entre los expertos resultó igual a 100,00 %. Elementos que permitieron considerar al indicador validado. En el **anexo 24**, se muestran los resultados de las puntuaciones emitidas por los expertos.

Los autores consultados, <sup>(156-158)</sup> justifican este indicador pues existen evidencias de que las infecciones asociadas a los dispositivos intravasculares, no solo ponen en riesgo el estado de salud

de los usuarios de las instituciones hospitalarias, con un aumento de la morbilidad, estadía hospitalaria, mayor uso de antimicrobianos e intervenciones quirúrgicas; sino que, representan una mayor carga económica para los establecimientos de salud, la persona afectada y su familia. Dentro de la actuación del personal de Enfermería, se encuentra la mayor frecuencia de inserción y manipulación de estos dispositivos, lo que justifica se tengan indicadores que evalúen este proceso.

**Indicador 10. Índice de prevención de infecciones de vías urinarias asociadas a sonda vesical instalada alcanzado.**

En este indicador, los expertos puntuaron los *ítems* con medias superiores al mínimo establecido de 4 unidades, no existió valoraciones de 3 o menos puntos. El CfC entre los expertos resultó igual a 100,00 %. No obstante, requirió de una segunda ronda para modificar umbrales. Estos elementos, permitieron considerar validado el indicador. El **anexo 24**, muestra estos resultados.

Las infecciones de vías urinarias, representan alrededor del 24,00 % de las infecciones nosocomiales, se asocian a un incremento de la estancia y costos hospitalarios. Se estima que entre el 15,00 % y 25,00 % de las personas hospitalizadas, son tratadas con cateterismo vesical, en ocasiones esta técnica se usa sin las indicaciones adecuadas, lo que provoca un uso prolongado de manera innecesaria. Para la prevención de las infecciones asociadas a las sondas vesicales instaladas, el profesional de Enfermería es parte fundamental en la implementación, vigilancia y evaluación de indicadores, así como de aplicar medidas para prevenirlas e identificarlas de manera oportuna. <sup>(159-161)</sup> Criterios compartidos entre los expertos que justifican el uso de este indicador.

**Indicador 11. Registros de observaciones de enfermería acordes a las regulaciones vigente mantenidos.**

Los expertos en este indicador, puntuaron los *ítems* con medias superiores al mínimo establecido de 4 unidades, no existió valoraciones  $\leq 3$  puntos. El CfC entre los expertos resultó igual a 100,00 %.

Elementos que permitieron considerar al indicador validado. El **anexo 24**, muestra los resultados de las puntuaciones emitidas por los expertos.

Los registros de las observaciones de Enfermería, constituyen una parte fundamental de la asistencia sanitaria. Forman parte de la historia clínica del enfermo, recogen la actividad planificada y realizada por el personal de Enfermería, así como todos los datos derivados de valoración y seguimiento del paciente. <sup>(162-166)</sup> También constituyen un elemento importante en la comunicación multidisciplinar y la continuidad del cuidado, estos elementos, fueron tenidos en cuenta para su validación.

#### **Indicador 12. Procesos de esterilización a vapor con la calidad óptima mantenidos.**

Como en indicadores anteriores, se constató que todos los *ítems* recibieron calificaciones iguales o superiores a las 4,5 unidades. Las puntuaciones dadas a los criterios de Moriyama, estuvieron por encima de los 4 puntos, de igual forma, las medias de las ponderaciones emitidas por los expertos, fueron superiores al criterio mínimo exigido. Se evidenció el consenso entre los expertos, ya que el valor de CfC resultó de 100,00 %. En relación a lo anterior, se consideró el indicador como validado.

El **anexo 24**, muestra los resultados de las puntuaciones emitidas por los expertos.

Fue reconocido por los expertos y por autores consultados, <sup>(167-171)</sup> que el proceso de esterilización es fundamental, al dar apoyo a todos los servicios, pero sobre todo, a los quirúrgicos, al minimizar el riesgo de infecciones nosocomiales y los costes de no calidad. Esta actividad es gestionada por Enfermería, lo que justifica el desarrollo de indicadores que midan la calidad de este proceso.

#### **Indicador 13. Índice de cuidados de Enfermería perdidos alcanzado.**

La validación de este indicador requirió solo de una ronda de consulta. Se comprobó que las medias de las evaluaciones emitidas por todos los panelistas estuvieron por encima de las 4,5 unidades. El



valor calculado para el CfC resultó igual a 100,00 %. Esto permitió declarar el indicador validado. El **anexo 24**, muestra los resultados de las puntuaciones emitidas por los expertos.

En los últimos años en Enfermería, se ha dado importancia a la medición y control de los cuidados que se omiten o se retrasan, porque tienen un efecto adverso que puede producir daños en la persona objeto de cuidado, medirlo, permite evaluar la calidad de la atención de Enfermería, no desde lo que se realizó y cómo se realizó, sino desde lo dejado de hacer y sus causas, controlarlo, tiene un efecto directo en la prevención de daños, la calidad del cuidado y la seguridad del paciente. Los aspectos anteriores, fueron publicados por autores revisados <sup>(172-174)</sup> y tenidos en cuenta para su validación.

**Indicador 14. Índice de satisfacción del paciente y acompañante con la calidad de la atención de Enfermería alcanzado.**

En este indicador, también los expertos puntuaron los *ítems* con medias superiores al mínimo establecido de 4 unidades, ninguna valoración fue de 3 o menos puntos. Este indicador, requirió de segunda ronda por propuestas realizadas de modificación del umbral. El CfC entre los expertos resultó igual a 100,00 %. Estos elementos, permitieron considerar al indicador validado. El **anexo 24**, muestra los resultados de las puntuaciones emitidas por los expertos.

La perspectiva desde la que se puede valorar el máximo bienestar y seguridad de la persona objeto de cuidado, es a través de la apreciación que la misma posee sobre el cuidado que recibe durante su estancia hospitalaria, cuidado que se traduce en niveles mayores o menores de satisfacción. Las instituciones, en los últimos años, han tomado como estrategia la evaluación constante de la satisfacción, con el propósito de mejorar las percepciones que las personas tienen sobre la atención que les proporciona el profesional de Enfermería, que se traduce en un beneficio para la organización y funcionalidad de los servicios. <sup>(175)</sup>

Además de la interacción del binomio enfermera persona cuidada, se considera que la calidad en la atención, debe ser reflejo del perfeccionamiento en los procesos de implementación de cuidados, situación que en múltiples ocasiones no se refleja, porque no se evalúa la satisfacción del usuario, es un indicador imprescindible de la calidad de la atención de los servicios de salud. <sup>(176)</sup>

La calidad de atención brindada por los servicios de salud, medida a través del nivel de satisfacción de los usuarios, es un eje de evaluación importante del sistema de salud, razón que justifica el diseño de un indicador que permita su evaluación. <sup>(177, 178)</sup>

Después de haber ejecutado la fase anterior, se elaboró un documento que recogió los indicadores validados, el que fue enviado por correo electrónico a todos los expertos junto con el **anexo 14**, con la finalidad de que valorasen con los criterios de Moriyama, el sistema de indicadores concluido.

Al recibir el cuestionario y tabular los resultados, se observó que todos los *ítems* fueron calificados con 4 o más unidades, las medias de los criterios de Moriyama, así como de las puntuaciones dadas a los 14 indicadores por cada experto, también superaron los cuatro puntos. El **anexo 25**, sintetiza las valoraciones dadas por los expertos a cada indicador. El valor calculado de CfC fue igual a 100,00 %. Todos estos resultados hicieron posible considerar la propuesta del SIEEPE en el contexto hospitalario como validada. **(Anexo 26)**

### **Consideraciones finales del capítulo**

La variedad de fuentes de información, métodos y técnicas, empleadas en esta etapa, así como la integración de los referentes teóricos y metodológicos utilizados en el estudio, fueron de gran valor en el diseño de un sistema conformado por 14 indicadores para evaluar la eficacia del Proceso de Enfermería.

**CAPÍTULO IV. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL SISTEMA DE INDICADORES A PARTIR  
DE SU IMPLEMENTACIÓN EN LA PRÁCTICA**

## **CAPÍTULO IV. EVALUACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL SISTEMA DE INDICADORES A PARTIR DE SU IMPLEMENTACIÓN EN LA PRÁCTICA**

El propósito de este capítulo, es mostrar los resultados obtenidos en la tercera etapa del estudio y su análisis. Para su mejor comprensión, se siguió el orden lógico propuesto en sus tres fases: Capacitación; Implementación del sistema de indicadores; Evaluación de la eficacia del Proceso de Enfermería. Expresadas en el algoritmo de la estrategia metodológica diseñada. **(Anexo 1)**

### **4.1. Resultados de la fase: Capacitación a involucrados en la implementación**

La capacitación, consistió en la primera fase de la presente etapa. De manera general, también emergió su necesidad en la quinta sesión del grupo focal conformado por el primer grupo de especialistas. En la discusión, emergieron dos categorías, con mayor peso “capacitación” y en segundo lugar “temas a capacitar”. En cuanto a la categoría capacitación, algunas voces lo ilustran:

*“(...) es necesario capacitar al personal para la adecuada implementación”(E1), “(...) se debe dar a conocer estos aspectos por medio de una actividad capacitante” (E3), “(...) tanto los enfermeros asistenciales y administrativos deben ser capacitado” (E4), “(...) el éxito de la implementación depende de la capacitación” (E5), “(...) abordar el estudio si todo el personal se capacitó con el tema” (E7), “(...) la capacitación debe ser mediante un taller o curso” (E8).*

Las principales alocuciones que estuvieron centradas en la categoría “temas a capacitar”, sobresalieron las siguientes:

*“(...) es importante esclarecer la calidad y sus dimensiones”(E1), “(...) se debe enfatizar en los Indicadores propuestos para medir la efectividad de la asistencia de Enfermería” (E3), “(...) resaltar la importancia de los indicadores dentro del sistema de gestión de la calidad” (E4), “(...) los indicadores para evaluar la eficacia de la atención de Enfermería es lo más importante” (E5), “(...) enseñar la fórmula establecida para cada indicador” (E6), “(...)*

esclarecer la periodicidad de la medición (E7), “(...) se debe definir bien las distintas fuentes para obtener información para evaluar el indicador” (E8), “(...) explicar los sistema de registro ” (E9),, “(...) se debe enseñar a realizar el adecuado análisis de los indicadores” (E10).

De acuerdo a los resultados obtenidos a través del grupo focal, se identificaron las necesidades de aprendizajes manifiestas, que sirvieron de punto de partida para con posterioridad definir los objetivos y determinar los contenidos.

#### **4.1.1. Adopción de la estrategia de capacitación**

El curso impartido: Indicadores de evaluación de la eficacia del Proceso de Enfermería en el contexto hospitalario, (**Anexo 27**) fue acreditado por la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, se impartió en los escenarios de la Clínica Central “Cira García”, con un total de 80 horas y otorgó dos créditos académicos.

La superación profesional desarrollada tuvo como objetivo general: Fortalecer los conocimientos teóricos y prácticos relacionados con los indicadores para evaluar la eficacia del Proceso de Enfermería. Dentro de los temas abordados se encontraron: La calidad en el sistema de salud y en la atención de Enfermería; Las dimensiones de la calidad en salud; La evaluación de la calidad en los servicios de salud; Indicadores de evaluación de la calidad. El curso, constituyó un ente facilitador del proceso de implementación y permitió, que los gestores de los servicios de Enfermería responsables de esas actividades fueran capacitados. Todos obtuvieron calificación de excelente.

#### **4.2. Resultados de la fase: Implementación del sistema de indicadores en los escenarios prácticos**

La implementación tuvo alcance a todas las actividades del PE que se encuentran descritas en la ficha del proceso. (**Anexo 28**). En enero de 2017, se asumió el SIEEPE como herramienta de evaluación de la eficacia, con monitorización mensual, balances trimestrales y conclusiones anuales.

Para dar sustento a la implementación, fue necesario la aprobación de cuatro nuevos protocolos de actuación, la revisión de otros cinco protocolos, 10 procedimientos normalizados y 14 rutinas de trabajo, con el objetivo de garantizar los datos primarios de cada indicador y los sistemas de reportes válidos y confiables, lo que permitió dejar una trazabilidad con evidencias auditables. Todas estas modificaciones, fueron aprobadas en el Consejo de Dirección para la Calidad de la institución, los que pasaron a formar parte de los Manuales de Organización y Procedimientos Hospitalarios (MOPH) del PE, a los que se les realizó revisiones anuales.

Los resultados de las mediciones mensuales realizadas en las actividades del PE con el uso del SIEEPE, fueron presentadas y analizadas en los escenarios de las actividades (salas, departamentos, áreas), en el Departamento de Enfermería y en el Consejo de Dirección de Calidad, dónde se aprobaron y realizaron ajustes necesarios y se evaluó la eficacia del PE.

Es importante reflejar que resultó fácil la introducción del SIEEPE en la Clínica Central “Cira García”, pues tenía instaurado un SGC, con madurez y consolidación demostrada, dentro del que reconoce al PE como uno de sus procesos clave, el que es específico para Enfermería.

#### **4.2.1. Modificaciones a los indicadores después de su implementación en los escenarios prácticos**

El seguimiento realizado en el proceso de implementación del SIEEPE y la retroalimentación que se estableció, permitió identificar áreas de mejora, interpretada como contribución sustancial al estudio. Se identificaron tres elementos del indicador 13, que se corresponde con el Índice de cuidados de Enfermería perdidos. Uno de los elementos necesario modificar fue la fórmula del indicador, pues se estableció en el numerador “cuidados realizados”; sin embargo, en la práctica, la formula no permitió la evaluación adecuada del indicador, por lo que se sugirió la siguiente:

$$\frac{\text{Cantidad de cuidados de Enfermería planificados no realizados}}{\text{Cantidad de cuidados de Enfermería planificados}} \times 100$$

A este indicador, se consideró realizar cambios en las fuentes de datos, pues un procedimiento documentado se hizo necesario incorporar para su comprensión por los miembros del proceso y facilitar su implementación. Además, se sugirió utilizar las intervenciones propuestas en la Clasificación de Intervenciones de Enfermería (Taxonomía NIC), como fuente de identificación de los cuidados de Enfermería requeridos en los planes de cuidados de cada paciente y con ello, minimizar sesgos de omisión. A la luz de este resultado, el investigador desea plantear que, al ser un indicador nuevo dentro del contexto cubano, pudo haber sido la causa de estas brechas identificadas.

En este sentido, autores consultados, <sup>(172-174, 179)</sup> lo reconocen como el cuidado que el personal de Enfermería omite o retrasa durante su jornada laboral. Es un fenómeno que ha sido estudiado en mayor medida durante la última década. La preocupación por el tema ha sido una necesidad, ya que los errores de omisión, son más difíciles de reconocer que los errores de comisión. Se ha documentado que el cuidado perdido de Enfermería se considera un error de omisión; debido a las consecuencias que estos generan en la seguridad de los pacientes. <sup>(172 -174, 179)</sup>

Se identificó en el indicador 14, que se corresponde con el Índice de satisfacción de pacientes y familiares con la calidad de la atención de Enfermería alcanzado, la necesidad de modificar la encuesta de satisfacción, por no permitir evaluar satisfacción como las brechas existentes entre percepciones y expectativas. Por lo que se asumió, adaptó y validó el cuestionario SERVQUAL. <sup>(122)</sup>

La validez facial realizada al cuestionario SERVQUAL, quedó establecida al obtener como resultado en el pilotaje realizado, que el 100,00 % respondió que entendían los 22 ítems que conforman la encuesta. **(Anexo 29)** Por otra parte, las respuestas obtenidas en la aplicación de la encuesta para su validación, quedó establecida su consistencia interna como buena, al obtener el coeficiente de Alfa de *Cronbach* resultados globales y en cada ítem, superior a 0,8. **(Anexo 30)**

#### **4.2.2. Validación de la propuesta de modificación de los indicadores por criterio de jueces expertos mediante el método *Delphi***

La validación de contenido a nivel global y por factores al cuestionario SERVQUAL, quedó establecida como adecuada por obtener el coeficiente de *V de Aiken*, valores superiores a 0,80 en todos los *ítems* y 0,94 en el coeficiente global. (Anexo 31) Torrecilla Rojas, <sup>(180)</sup> estos resultados, permiten demostrar la validez del constructo. De esta manera, quedó determinada la validez facial, interna y de contenido del instrumento que se aplicó.

El resultado de este proceso, generó una herramienta SERVQUAL (Anexo 18), que midió con objetividad la calidad de la atención de Enfermería desde la perspectiva de los usuarios, aporte del estudio, que el autor consideró importante destacar al solucionar un problema de la práctica. La adaptación realizada al instrumento, se publicó en la Revista Cubana de Enfermería. <sup>(181)</sup>

Al recibir el cuestionario y tabular los resultados de validación de los indicadores 13 y 14, se observó que todos los *ítems* fueron calificados con cinco unidades, las medias de los criterios de Moriyama, así como las puntuaciones dadas a los indicadores por cada experto, también fue cinco puntos. En el **anexo 32**, se sintetizó las valoraciones dadas por los expertos. El valor calculado de CfC fue igual a 100,00 %. Quedó así validada la propuesta de modificación de estos indicadores.

#### **4.3. Resultados de la fase: Evaluación de la eficacia del Proceso de Enfermería**

La eficacia del PE, fue evaluada mediante el cumplimiento de los indicadores del SIEEPE analizados con anterioridad, con periodicidad mensual y cortes, que en los años 2017 y 2018, fueron trimestrales, pero con posterioridad y después de comprobar el funcionamiento del sistema de indicadores, se extendieron a semestrales, con cierres anuales. A continuación, se realiza análisis al resultado de cada indicador.

**Indicador 1.** Cobertura y cualificación de los recursos humanos de Enfermería mantenida.



La cualificación del recurso humano de Enfermería, identificó que 97,87 % eran Licenciados en Enfermería, de ellos, el 34,78 % tenían alguna maestría y uno era Doctor en Ciencias de la Enfermería. **(Tabla 1)** Los resultados favorables de este indicador, responden en alguna medida, a que entre los requisitos para la admisión e integración en la institución, el personal de Enfermería debe ser universitario, con más de cinco años de experiencia, con dominio de idiomas diferente a la lengua materna y de computación. La cobertura de enfermeras durante los cinco años de estudio, se mantuvo con valores superiores al umbral prefijado.

Estudios realizados a nivel internacional, <sup>(131,182)</sup> reportaron una relación significativa entre la gestión del recurso humano y la calidad de atención en el servicio de Enfermería. En este sentido, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), <sup>(183)</sup> declaró la significación de la cobertura de recurso humano de Enfermería en el estado de salud de la población y en la calidad de los servicios.

La indagación realizada en el contexto nacional, identificó el artículo de Martínez y cols., <sup>(184)</sup> donde reflejó que los recursos humanos de Enfermería en Cuba, constituyen más del 70,00 % de los trabajadores del sector. En este sentido, López y cols., <sup>(22)</sup> significaron la importancia de la adecuada cobertura del recurso humano como un indicador. Otros autores <sup>(144,185,186)</sup> abordaron el tema desde distintas perspectivas, pero con el común denominador de hacer visible la importancia del recurso humano de Enfermería en la calidad de los servicios de salud. Aspectos que refuerzan la idea del autor, al considerar este indicador como esencial, que impacta en el logro de otros indicadores.

**Indicador 2.** Índice de prevención de lesiones por presión (LPP) en personas vulnerable alcanzado.

Durante los años del estudio, el indicador no sobrepasó el estándar prefijado, sólo en 2017, se presentó una LPP grado I, en una persona crítica, intolerante a la movilización y con varios factores favorecedores para la instauración de la lesión. **(Tabla 1)** Las LPP, a pesar de los adelantos científicos y del conocimiento preventivo existente, constituyen un problema sociosanitario. Es

preciso concienciar a los profesionales sanitarios que, las LPP son en gran medida, un efecto adverso del sistema sanitario y los cuidados de Enfermería, la piedra angular de su prevención.

En la indagación realizada a nivel internacional sobre el tema, se encontró que varios autores <sup>(136, 139, 187-189)</sup> coinciden en que las LPP, se encuentran ligada a la calidad de los cuidados que reciben los hospitalizados, son evitables con cuidados y recursos adecuados.

Se identificó que la incidencia es alta en varios, al respecto, se reportaron datos con incidencia que van desde 0,00 % a 46,00 % en países euroasiáticos, como España, Inglaterra, Alemania, Suiza, Italia, Holanda, Corea del Sur, China <sup>(190-193)</sup> y del continente americano, en Estados Unidos, Brasil, México, Chile y Perú. <sup>(15, 137, 192)</sup> Estos países, pudieron mostrar estos resultados, por contar con este indicador dentro del sistema de gestión de calidad en el área de salud. Aspecto que refuerza su incorporación en el sistema de indicadores propuesto.

La revisión realizada en el contexto nacional, identificó que varios autores cubanos, <sup>(194-197)</sup> publicaron sobre el tema, pero en ningún caso, reportaron cifras elevadas como las descritas en otros países. En este sentido, es pertinente resaltar que estos resultados, pueden estar relacionados con la implementación de este indicador para evaluar la calidad de los servicios de Enfermería en Cuba y utilizado en el proceso de acreditación hospitalaria del SNS cubano. <sup>(198)</sup>

En este mismo contexto, se destaca León Román y Cairo Soler, <sup>(135, 194)</sup> con la propuesta de una metodología para la protocolización de la actuación de Enfermería en la prevención de LPP en el contexto hospitalario. Su propuesta fue asumida en la institución donde se realizó esta investigación. Además, se encontró coincidencias con el estudio realizado por Mora Pérez, <sup>(199)</sup> donde empleó LPP como indicador de calidad, que permitió evaluar la factibilidad del sistema de vigilancia diseñado.

El autor, considera necesario resaltar que las LPP, constituyen un problema de salud, deterioran la calidad de vida de las personas, con repercusión negativa en las familias y cuidadores, incrementan

el consumo de recursos y costos en salud. Razones que justifican la inclusión de este indicador en la evaluación de la eficacia del PE. Criterios coincidentes con otros autores consultados. (135, 194, 196, 200)

**Indicador 3.** Índice de prevención de caídas de personas alcanzado.

Los resultados alcanzados en la evaluación de este indicador mostraron el cumplimiento del estándar aprobado en los cinco años de estudio, aunque en 2017 y 2019, se presentó la caída de una persona hospitalizada, sin consecuencias derivadas de las mismas. **(Tabla 1)**

En la revisión realizada a este tema a nivel internacional, se identificó que las caídas de pacientes hospitalizados, son el sexto evento más notificado entre los Sucesos Centinela de *Joint Commission*, (201) aspecto que refuerza su utilización dentro del sistema de indicadores propuestos en este estudio. En este sentido, Valderrama Charry y cols., (140) reportaron un 27,00 % del riesgo de caídas y manifestaron la importancia que tiene la gestión de las caídas.

Otros estudios consultados a este nivel, mostraron resultados no coincidentes al obtenido con este indicador en el presente estudio, en ellos se reflejó: La tasa de pacientes que tiene una caída durante su estadía en el hospital se manifiesta entre el 2,00 % y 12,00 %. (141) Las caídas en el hospital, comprenden entre el 20,00 y 30,00 % de los informes de eventos adversos (202) y alrededor del 30,00 % de los pacientes que se caen, sufren lesiones, de las cuales, del 4 al 6% son graves. (202) En la mayoría de estos estudios, se ha prestado más atención a las consecuencias físicas, psicológicas e incluso económicas, en lugar de profundizar en cómo suceden. (140, 141, 202, 203) Sin embargo, los resultados que obtuvieron en sus estudios, les permitió sustentar que evaluar la frecuencia de las caídas e identificar los factores de riesgo, son medidas que han demostrado eficacia en su prevención o reducción y permiten detectar áreas de mejora.

En Cuba, se identificó el artículo de León Román y Cairo Soler, (204, 205) donde se diseñó una metodología para la protocolizar la prevención de caídas en personas hospitalizadas. Su propuesta

fue asumida en la institución donde se realizó esta investigación. En este contexto, no son muchos los autores que han publicado sobre el tema, el que ha sido incorporado al Manual de Acreditación Hospitalaria <sup>(48)</sup> como un estándar de la seguridad del paciente.

Unido a esa realidad, el autor, considera necesario resaltar que las caídas de las personas hospitalizadas, se perfila como uno de los eventos adversos que más daño causa. Aunque es considerado un indicador del cuidado de Enfermería, su abordaje debe ser multidisciplinario y con carácter de predominio preventivo, por lo que debe fomentarse una cultura de seguridad en los servicios de salud, criterios coincidentes con otros autores consultados. <sup>(204, 205)</sup> Lo expuesto pone de manifiesto la importancia que, para las instituciones sanitarias, tienen la gestión de las caídas como evento adverso y su evaluación con indicadores adecuados.

#### **Indicador 4. Administración segura de medicamentos mantenida.**

El indicador, mantuvo resultados favorables durante los cinco años de estudio, superiores al estándar prefijado. En los años 2017 y 2019, los valores no fueron los máximos, estuvieron condicionados sobre todo a la omisión de reportes de eventos adversos. **(Tabla 1)**

La sistematización realizada sobre este tema, evidenció que ha sido muy estudiado en el contexto internacional. En este sentido, Arizona Amador y cols., <sup>(203)</sup> reportaron haber estudiado este indicador en una clínica de Baja California e identificaron un 85,50 % en su cumplimiento.

Según Figueiredo y col., <sup>(206)</sup> de los eventos adversos relacionados con la medicación, un 40,00 % estaban relacionados con la administración de medicamentos. Otro estudio, realizado en Colombia, <sup>(207)</sup> determinó que los errores relacionados con medicamentos en los hospitales, constituyen la principal causa de eventos adversos y representa un 19,40 % del total de lesiones. En este sentido, Martínez Betancourt, <sup>(208)</sup> la *National Patient Safety Agency*, reconoce que el 59,30 % de los errores ocurren durante el proceso de administración, derivados de la acción de Enfermería.

Los resultados mostrados en estos estudios, son contradictorios con los obtenidos en la presente investigación; sin embargo, a estos autores, le fue posible mostrarlos, por contar con este indicador dentro de su gestión de calidad, lo que refuerza su empleo dentro del sistema propuesto. Otros autores, <sup>(203, 208-214)</sup> coincidieron en que constituye un grave problema de salud, con consecuencias económicas importantes, así como para las personas, que pueden ser desde leves hasta graves.

La investigación realizada por Truter, <sup>(215)</sup> en cuatro unidades pediátricas, reportó que la dosis incorrecta fue el tipo de error más frecuente, con un 34,00 % de 663 errores detectados. En Cuba, resultaron exiguos los estudios publicados que aborden el tema, pero coinciden en que los errores de medicación, se pueden originar del actuar de médicos y personal de Enfermería. <sup>(216-218)</sup>

El autor, considera que desde la perspectiva empírica, se percibe la importancia de incorporar la cultura de la calidad en la asistencia a la salud. Establecer este indicador centrado en la seguridad, permitirá identificar eventos adversos relacionados con la medicación, analizar sus factores contribuyentes y planificar una futura implementación de mejoras.

**Indicador 5.** Vigilancia y control de venoclisis instaladas mantenida.

En este indicador, el cumplimiento del estándar se registró en un 100,00 % durante los cinco años evaluados. **(Tabla 1)** No se detectó incumplimientos de las acciones que realizó el personal de Enfermería para vigilar y controlar la adecuada administración de los fluidos endovenoso continuo, y las medidas para la prevención de las infecciones nosocomiales asociadas. Este resultado, puede guardar relación con el nivel científico-técnico del recurso humano de Enfermería en la clínica, la adecuada distribución de las cargas de trabajo, los controles que se realizan para mantener altos estándares de cuidados y la disposición permanente de los recursos materiales requeridos.

En la literatura consultada a nivel internacional, se reportó el uso frecuente de este indicador en la evaluación de la calidad de la atención de Enfermería. <sup>(145)</sup> En este sentido, Arizona, <sup>(203)</sup> y Cabrera <sup>(219)</sup> reportaron más del 93,10 % de cumplimiento con la vigilancia y control de venoclisis.

En el contexto cubano, López y cols., <sup>(22)</sup> mostraron resultados que difieren a los obtenidos en la Clínica Central "Cira García", al estar por debajo del deseado, para que una asistencia de calidad en el control y vigilancia de venoclisis instaladas sea garantizada. Estos autores, resaltaron la importancia de este indicador en relación a la calidad y seguridad del paciente. En el artículo de León Román y Cairo Soler, <sup>(144)</sup> se reflejó la necesidad de evaluar en las auditorías de Enfermería, la administración de los fluidos endovenoso continuo. Aspecto que refuerza su incorporación dentro del sistema de indicadores propuesto para el contexto cubano.

El autor, considera pertinente señalar que aunque resultan menos frecuentes los estudios sobre el tema en relación a la terapia intravenosa, constituye un indicador de evaluación de la calidad del cuidado que debe controlarse, al constituirse en una asistencia permeada por riesgos de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, que ponen en peligro la seguridad del paciente.

**Indicador 6.** Identificación inequívoca de la persona alcanzado.

Los sistemas de identificación de pacientes en la Clínica Central "Cira García", se perfeccionaron a través del cumplimiento de los estándares de acreditación de *Joint Commission International* (JCI). Además de los métodos habituales para la identificación, como nombre, apellido y número de historia clínica, se estableció la manilla. Este procedimiento normalizado contribuyó al cumplimiento sostenido del indicador a un 100,00 % durante los cinco años de estudio.

La indagación realizada a nivel internacional, permitió identificar que varios autores <sup>(146, 220-222)</sup> coinciden en la importancia de tener implantados sistemas y métodos de identificación inequívocos eficaces. Reconocieron el área de urgencias, como la más vulnerable para la identificación

inequívoca. Los procesos asistenciales donde hay más riesgo de error, fueron la administración de fármacos y hemoderivados, extracciones sanguíneas o intervenciones quirúrgicas. Plantearon que se requiere de políticas y programas para el control de esta problemática, pero no resultan suficientes, sino vienen acompañadas de auditorías periódicas con el uso de indicadores adecuados. Por su parte, Vergés Bellido, <sup>(223)</sup> en una revisión realizada, que incluyó 33 artículos relacionados con la identificación del paciente, encontró que (81,00 % n=27) de los artículos, asociaron de manera directa la identificación del paciente con la intervención enfermera. El (43,00 % n=14) la formación de estrategias de mejora para aumentar la correcta identificación del paciente.

En el contexto cubano, se identificó el artículo de León Román y Cairo Soler, <sup>(144)</sup> donde señalaron la necesidad de evaluar los procesos de identificación correcta del paciente. En este sentido, es importante destacar que este indicador ha sido incorporado al Manual de Acreditación Hospitalaria, <sup>(48)</sup> como uno de sus estándares centrados en la seguridad del paciente.

El autor considera que no ha sido suficiente la importancia concedida a este indicador, el que resulta relevante para Enfermería, al ser el profesional que mayor cantidad de intervenciones críticas o semi-críticas realiza al hospitalizado, aspecto que sugiere la necesidad de formación en cultura de seguridad, una estrategia de mejora para aumentar la correcta identificación del paciente.

#### **Indicador 7. Comunicación efectiva alcanzada.**

Durante el periodo de estudio, el indicador obtuvo resultados superiores al umbral prefijado, durante el año 2020, se cumplió al 100,00 %. **(Tabla 1)** Es importante señalar que a pesar de ello, se presentaron incidentes relacionados con inadecuados procesos de comunicación, que generaron reportes de No conformidad, en todos los casos, fueron realizados análisis de causas y se establecieron acciones de control.

Estudios realizados a nivel internacional, <sup>(148, 224)</sup> revelaron que para que la profesión de Enfermería proporcione cuidados de calidad, es indispensable que se establezca una comunicación efectiva con la persona objeto de cuidado. Achance, <sup>(225)</sup> consideró que a través de una comunicación efectiva enfermera-paciente, se puede lograr una mejor recuperación. En este sentido, Enriquez Quintero, <sup>(224)</sup> planteó que, para que la profesión de Enfermería proporcione cuidados oportunos de calidad y con calidez, es indispensable que se establezca una comunicación efectiva, a través de la empatía. En el contexto cubano, el análisis de la comunicación y las estrategias para lograr una comunicación efectiva, siempre ha estado presente, por ser un elemento esencial en la relación de ayuda profesional de Enfermería. <sup>(117, 226)</sup> Sin embargo, como indicador de calidad, se evidenció a López y cols., <sup>(22)</sup> quienes lo abordaron desde los servicios de pediatría, donde enfatizaron en la importancia de los adecuados procesos de recepción del paciente, entrega y recibo de turnos de trabajo.

León Román y Cairo Soler, <sup>(227)</sup> en su propuesta, lo declararon dentro del estándar Trato digno, satisfacción y comunicación efectiva. Estos elementos y los que fueron abordados con anterioridad, refuerzan la incorporación de este indicador para evaluar la eficacia de los PE.

El investigador considera que este indicador, tiene una alta relevancia para evaluar la calidad de los servicios de Enfermería, pues, refleja la dinámica de la comunicación en la relación de ayuda profesional, por su carácter interaccionista y terapéutico en búsqueda de la empatía, desde la perspectiva del paciente, influye de manera directa en la calidad sentida y la satisfacción.

**Indicador 8.** Índice de higiene correcta de las manos alcanzado.

Si bien este resulta un indicador con difícil cumplimiento, en el escenario de implementación de los indicadores, se observó un adecuado cumplimiento con resultados superiores al umbral aprobado en los cinco años de estudio, nótese que en los dos últimos años, se mostró un ligero incremento del cumplimiento del indicador, es criterio del autor, que puede estar en correspondencia con la



epidemia COVID-19 que se experimentó durante el estudio, lo que generó mayor conciencia de la importancia del lavado de manos. **(Tabla 1)**

La indagación realizada a nivel internacional, permitió conocer que según la OMS, <sup>(228, 229)</sup> cada día, se podrían evitar en todo el mundo 1,4 millones de casos de infecciones nosocomiales, si los profesionales de Enfermería y médicos, aplicaran de forma correcta la higiene de manos. En los países no desarrollados, el 25,00 % de los hospitalizados, adquieren una infección nosocomial, mientras que en los países desarrollados, la cifra oscila entre 5,00 y 10,00 %.

Algunos autores revisados, reportaron escasos porcentajes de trabajadores sanitarios que realizan higiene de manos de calidad, en los cinco momentos establecidos por la OPS. Ottes y cols., <sup>(230)</sup> señalaron un 42,00 %, mientras que en el estudio de González y cols., <sup>(231)</sup> fue el 33,00 %, Acosta, <sup>(232)</sup> reconocieron cuatro factores que incidieron en la adecuada higiene de manos.

En el contexto nacional, se encontró varios investigadores que abordaron este fenómeno, pero no coincidentes con los resultados del presente estudio, dentro de ellos, Laffita y cols., <sup>(233)</sup> quienes identificaron adherencia al protocolo de lavado de manos en el 43,00 % del personal de Enfermería estudiado, mientras que para Herrera, <sup>(234)</sup> fue un 60,00 %. Molina y cols., <sup>(235)</sup> reportaron 51,70 %, la tasa de adherencia a la higiene de las manos, estuvo por debajo del estándar establecido en estas investigaciones. Según Sánchez y cols., <sup>(236)</sup> puede guardar relación con la tasa global nacional de infecciones intrahospitalarias entre 2,6 y 3,4 por cada 100 egresos.

En este sentido, León Román y Cairo Soler, <sup>(144)</sup> proponen el correcto lavado de manos como un elemento a medir dentro de las auditorías concurrentes de Enfermería en el contexto hospitalario cubano. Estos elementos y los que fueron abordados con anterioridad, refuerzan los resultados del presente estudio, al incorporar este indicador en el sistema propuesto.

El investigador considera necesario destacar la importancia de este indicador, el que fue incorporado a la versión más reciente del Manual de Acreditación Hospitalaria, <sup>(48)</sup> como uno de sus estándares centrados en la seguridad del paciente.

**Indicador 9.** Índice de prevención de infecciones asociadas a accesos intravasculares alcanzado.

Se puede observar en la **Tabla 1**, que el indicador fue cumplido durante el periodo de estudio, a pesar de ello, se identificaron 28 hospitalizados con flebitis, en todos los casos, se comprobó que no era de causa infecciosa. Se arribó a esta aseveración, pues en la Clínica, se estableció como protocolo estandarizado, realizar técnica Maki al 100,00 % de los pacientes con accesos intravasculares, para realizar diagnóstico de certeza en caso de flebitis.

El uso de esta técnica, permitió descartar aquellos casos que por técnicas cualitativas se consideraban infecciones asociadas a la asistencia sanitaria y en las cuales, existía dudas de su clasificación y conducta. En este sentido, Almanza, <sup>(237)</sup> reconoció que los estudios microbiológicos de vigilancia del catéter, con la aplicación de técnicas confiables, como Maki, proporcionan resultados de calidad, control y tratamiento adecuado de las infecciones.

En estudios realizados a nivel internacional, se reconoció una relación significativa entre flebitis y tiempo de permanencia del catéter. <sup>(238)</sup> En España, <sup>(239)</sup> evidenciaron que el 45,80 % de las bacteriemias en los centros sanitarios, se pueden asociar al uso de catéteres.

En Cuba, López y cols., <sup>(22)</sup> reconocieron la importancia del control de este indicador. González y cols., <sup>(240)</sup> reportaron flebitis en el 5,80 % de pacientes estudiados, aseveraron que la flebitis, es la complicación más frecuente de los catéteres periféricos. En este sentido, León Román y Cairo Soler, <sup>(144)</sup> proponen medir el porcentaje de flebitis asociada a venipunturas, dentro del estándar calidad.

El investigador encontró coincidencias con el estudio realizado por Mora Pérez, <sup>(199)</sup> donde empleó la flebitis como indicador de calidad, por coincidir con un tipo de evento adverso. Este indicador, le permitió evaluar la factibilidad del sistema de vigilancia diseñado.

A criterio del investigador, este indicador es esencial para evaluar la eficacia de los cuidados, pues su aparición, se convierte en un problema sobre añadido, con repercusión para la salud del paciente, el incremento del consumo de recursos y los costos en salud. Desea resaltar que los elementos que aborda este indicador, fueron incorporados en el Manual de Acreditación Hospitalaria <sup>(48)</sup> como un estándar centrado en la seguridad del paciente.

**Indicador 10.** Índice de prevención de infecciones de vías urinarias asociadas a sonda vesical instalada alcanzado.

En el análisis de este indicador, sólo en el año 2018, no se cumplió al 100,00 %, pero no fue incumplido, al quedar en un nivel superior al estándar establecido. **(Tabla 1)**

La indagación realizada a nivel internacional, evidenció que la OMS/OPS, <sup>(241)</sup> reportaron que la infección en vías urinarias, oscila entre el 5,00 y el 10,00 % de los hospitalizados, el indicador mostró que de estas, el 80,00 % estaban asociadas al uso de sonda vesical. En este sentido, Uribe Aguilar y cols., <sup>(159)</sup> publicaron un 89,10 % de cumplimiento, otros autores lo asocian al tiempo de instalación prolongada, entre ellos, Álvarez Gallardo y cols., <sup>(160)</sup> lo reportan en un 25,00 % de la muestra estudiada, acotan que es frecuente el uso de la técnica sin indicaciones adecuadas.

En el contexto cubano, León Román y Cairo Soler, <sup>(144)</sup> plantearon el porcentaje de infecciones urinarias asociadas a cateterismo vesical, como un elemento a medir dentro del estándar de calidad.

El autor, desea resaltar que los elementos antes abordados, junto al incremento de los tiempos de hospitalización, de los costos hospitalarios y del comprometimiento de la seguridad del paciente, refuerzan la importancia que el estudio le brindó a este indicador para evaluar la eficacia de PE.

**Indicador 11.** Registros de observaciones de Enfermería acordes a las regulaciones vigentes mantenidos.

Al igual que los indicadores analizados con anterioridad, el registro de las observaciones de Enfermería cumplió con el umbral establecido durante todo el periodo analizado. **(Tabla 1)**

Sobre este indicador, autores foráneos, como López y cols., <sup>(242)</sup> reconocieron que los avances significativos en la mejora de la calidad del registro clínico y observaciones, ayudó a mejorar la calidad en la atención y la seguridad de las personas. Otros autores, <sup>(243-245)</sup> coincidieron en señalar la importancia de las observaciones de Enfermería, al constituir la principal fuente de información para asegurar continuidad de los cuidados del hospitalizado. No obstante, identificaron dificultades en el cumplimiento de las observaciones de Enfermería. <sup>(246)</sup> En otro estudio, se reportó que las dificultades son el resultado de la ejecución inadecuada del Proceso de Atención de Enfermería. <sup>(247)</sup>

En el 2008, se realizó una investigación, que evaluó por primera vez la aplicación del Método Cubano de Registro Clínico del Proceso de Atención de Enfermería. Sus resultados mostraron que su aplicación, esclareció las áreas de actuación y las funciones, aumentó la responsabilidad, mejoró la continuidad y la calidad de la atención del personal de Enfermería. <sup>(248)</sup> Con posterioridad, se implementó en todo el país las regulaciones para las observaciones de Enfermería. <sup>(249)</sup>

Por su parte, Castillo Frías R, <sup>(250)</sup> publicó resultados diferentes al que se alcanzó en el presente estudio, al reconocer la presencia de dificultades en el 39,00 % de las observaciones evaluadas, la omisión de los datos subjetivos y el motivo de ingreso en el 20,30 %, así como, el informe del estado de salud en el 39,00 %. Su autora, reconoció la necesidad de su control y evaluación permanente para evaluar la calidad de la atención de Enfermería.

También en Cuba, López y cols., <sup>(22)</sup> reconocieron la importancia de las observaciones de Enfermería en la calidad del cuidado y la seguridad del paciente; mientras que León Román y Cairo

Soler, <sup>(144)</sup> determinaron a la observación de Enfermería y registros clínicos de Enfermería, como estándares a medir, para conformar auditorías concurrentes de Enfermería.

Ante estos resultados identificados en los estudios consultados, el investigador desea reforzar la importancia del indicador dentro del sistema propuesto, pues refleja el pensamiento científico de Enfermería, la efectividad de los cuidados brindados y de la terapéutica aplicada, así como el seguimiento y evaluación permanente del estado de salud. Unido a ello, está la importancia de este resultado para la autorregulación de la práctica, al poner de manifiesto las parcelas de actuación profesional y su empleo como documento esencial en presencia de algún dilema ético-legal.

**Indicador 12.** Procesos de esterilización a vapor con la calidad óptima mantenidos.

El proceso de esterilización, mantuvo todo el tiempo de estudio el cumplimiento del indicador en un 100,00 %, es importante señalar que a pesar de ello, en 2017, la disponibilidad de indicadores biológicos estuvo afectada, lo que generó disminuir la periodicidad de su uso. De los controles de calidad que se realizan al proceso de esterilización, se reconoce que el control biológico es el de mayor importancia. **(Tabla 1)**

En la revisión realizada a nivel internacional, se identificó el artículo de Rozo y cols., <sup>(251)</sup> donde reflejaron que la OMS, fundamentó que las centrales de esterilización, desempeñan importantes roles en la prevención de infecciones. Los lineamientos de la OMS, promueven la implementación de la Política de Seguridad del Paciente, para evitar eventos adversos en los centros médicos.

En una revisión realizada por Suclla Sanchez y cols., <sup>(252)</sup> de seis artículos, provenientes de Reino Unido, EEUU, México, Brasil, España y China, evidenciaron que el método de esterilización por autoclaves de vapor saturado es eficaz; el 66,60 % fueron monitorizados, el 50,00 % midieron eficacia con indicadores biológicos. En todos los casos, resaltaron la importancia del control de la esterilización para la garantía de la calidad de la atención sin riesgos.

En este sentido, en Cuba, López y cols., <sup>(22)</sup> publicaron sobre la importancia de los procesos de esterilización controlados para garantizar atención de salud y cuidados seguros, mientras que, León Román y Cairo Soler, <sup>(144)</sup> expusieron aspectos relacionados con el material estéril, como estándar a medir, para mejorar la calidad y minimizar riesgos de infección asociados a la asistencia sanitaria.

En correspondencia con lo anterior, el autor desea resaltar que el control de los procesos de esterilización, es garantía para la seguridad de los pacientes e impacta en los indicadores relacionados con las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria. Ejemplo de su importancia, es su incorporación como estándar a evaluar durante los procedimientos de auditorías para la acreditación de la calidad de las instituciones de salud, aspecto que fue incorporado a la versión más reciente del Manual de Acreditación Hospitalaria. <sup>(48)</sup>

**Indicador 13.** Índice de cuidados de Enfermería perdidos alcanzado.

En la **tabla 1**, se presenta el cumplimiento de este indicador, con resultados superiores al umbral aprobado en los cinco años estudiados. Es importante declarar que el control de este indicador resultó novedoso y complejo, en la literatura internacional su abordaje es reciente y en Cuba, no se encontraron autores que lo hayan explorado, por lo que es un área del conocimiento no abordada.

En la literatura internacional revisada, se reconoce que la omisión o retraso de cuidados, son aspectos fundamentales medidos con este indicador y hasta ahora, los intereses de estudio con relación al cuidado, se habían dirigido sobre todo a los errores de comisión, por lo que su abordaje, trajo consigo un cambio de paradigma, necesario para garantizar cuidados de calidad centrados en la seguridad del paciente. <sup>(15, 173, 174, 253, 254)</sup>

Es importante destacar que durante la sistematización realizada, emergió una teoría, denominada: Modelo de cuidado de Enfermería perdido de Kalisch, <sup>(255)</sup> quien retomó tres conceptos procedentes del Modelo de calidad de Donabedian de 1966: <sup>(256)</sup> estructura, proceso y resultado y declaró

causantes de omisión o retraso de cuidados por cada dimensión. Kalisch, realizó el análisis del concepto “*missedcare*” <sup>(255)</sup> que debería fundamentar la exploración de su aplicación en otros entornos. Como definición, un cuidado perdido es: “*el aspecto del cuidado que siendo necesario, es omitido -total o parcial- o diferido en el tiempo*”. Kalisch, en su estudio, desarrolló y validó la herramienta Encuesta MISSCARE, para la valoración de los cuidados perdidos. <sup>(255)</sup>

El indicador cuidado de Enfermería perdido, según Febré y cols., <sup>(15)</sup> fue construido desde la base de que el personal de Enfermería, es responsable de la calidad de los cuidados que brinda, por lo que permite identificar las omisiones en la atención, los factores relacionados con ellas y hacer correcciones. En la sistematización realizada, se encontró otros autores que reportaron resultados no coincidentes con los de este estudio, al reflejar altos porcentajes de cuidado de Enfermería perdido, que oscilaron entre un 9,00 y 62,00 %. <sup>(173, 174)</sup> Para Silva y cols., <sup>(254)</sup> la mayor presencia de cuidado de Enfermería perdido, recae en las intervenciones del cuidado básico, los factores del recurso humano son calificados en primer orden, para que se presente la omisión o retraso del cuidado; sin embargo; solo los factores del recurso material mostraron relación negativa significativa con las intervenciones.

Es criterio del autor, que el cuidado perdido guarda relación directa con otros indicadores del cuidado de Enfermería que se controle en las instituciones de salud y resulta un nuevo camino por recorrer, el de descubrir los cuidados que deberían haberse brindados y no fue así, y el precio que ello significa para los usuarios y la comunidad que confían en el sistema sanitario. En este sentido, los profesionales de Enfermería deben estudiarlo, para garantizar cuidados de calidad centrados en la seguridad del paciente. Aspecto que se convirtió en un elemento novedoso del estudio.

**Indicador 14.** Índice de satisfacción del paciente y acompañante con la calidad de la atención de Enfermería alcanzado.

Se puede observar en la **tabla 1**, que el indicador de resultado relacionado con la satisfacción del paciente y su familia, obtuvo resultados superiores a lo esperado durante el periodo de estudio. Para la medición de este indicador, fue necesario realizar ajustes en el instrumento de recolección del dato primario, declarados ya con anterioridad en este capítulo.

La satisfacción fue medida con colaboración del Comité de Evaluación de la Satisfacción, creado en el centro, para ello, se tuvo en cuenta varias fuentes (encuesta, quejas directas, grupos de escuchas) y se trianguló la información, lo que aportó más riqueza a los resultados.

En la **Tabla 2**, se presentan las expectativas y percepciones promedio de los usuarios con la calidad del servicio, se encontró que tuvieron expectativas elevadas para Enfermería. En la valoración de las expectativas, las dimensiones que recibieron puntuaciones promedio más altas fueron: seguridad (6,26) y empatía (6,21); la dimensión de menos puntuación fue capacidad de respuesta (5,85). Sin embargo, después de recibir la atención, los usuarios percibieron que las expectativas sobre la calidad del servicio fueron satisfechas en todas las dimensiones, los promedios más elevados estuvieron en las dimensiones: seguridad (6,63) y empatía (6,61); en tanto, el promedio más bajo fue para capacidad de respuesta (5,98).

Estos resultados generaron brechas significativas positivas en las dimensiones: elementos tangibles (+0,40), fiabilidad (+0,39), capacidad de respuesta (+0,13), seguridad (+0,37) y empatía (+0,40). La expectativa promedio que tuvieron los usuarios en cuanto a la calidad del servicio fue de 6,14 puntos; y la percepción promedio de la calidad del servicio brindado fue de 6,48, lo que generó una brecha de (+0,34). También se expone la importancia relativa que los usuarios otorgaron a cada dimensión del modelo SERVQUAL, donde se observa que la mayor importancia le fue otorgada a las



dimensiones fiabilidad y seguridad, con un 21,00 % en ambas, mientras que la menor importancia le fue otorgada a la dimensión empatía (18,00 %). Se obtuvo un índice general positivo (0,34).

En el periodo de estudio, fueron notificadas al PE, seis quejas directas, todas fueron analizadas sus causas e implementadas acciones para su control, las especificaciones al respecto se encuentran expuestas en este informe en el apartado auditorías y No conformidades.

En el contexto internacional, resultados diferentes a los de esta investigación fueron reportados por varios autores, Mendoza Díaz y cols., <sup>(257)</sup> reflejaron un puntaje promedio de satisfacción de las personas encuestadas de  $-0.78 \pm 1.01$ , es decir, con brechas negativas por presentar percepciones inferiores a las expectativas que tenían del servicio. En este sentido, Olivetto Ocampo y cols., <sup>(176)</sup> señalaron que el trato del personal de Enfermería debe mejorar. Por su parte, Peñafort Mayorga y cols., <sup>(126)</sup> evidenciaron brechas negativas en las cinco dimensiones SERVQUAL. En el caso de Ano Quispe y cols., <sup>(258)</sup> el 8,70 % de la muestra, estuvo insatisfecha con la atención recibida. Resultados positivos, fueron mostrados por Campiño Valderrama y cols., <sup>(259)</sup> y por Ruiz Cerino y cols., <sup>(260)</sup> donde más del 90,00 % de los participantes, percibieron un cuidado humanizado.

En el contexto cubano, León Román y Cairo Soler, <sup>(144)</sup> determinaron trato digno, satisfacción y comunicación efectiva, como un estándar para conformar auditorías concurrentes de Enfermería en el contexto hospitalario. También López Sánchez y cols., <sup>(22)</sup> asumieron entre los indicadores de calidad, la satisfacción de los pacientes y familiares con los servicios de Enfermería.

El autor considera, a partir de los criterios expuestos y su experiencia, que este indicador es primordial dentro del sistema propuesto, al responder a la calidad percibida que tienen los usuarios sobre la asistencia de Enfermería. Para ello, el personal debe poner al paciente en el centro de la atención (Cuidado centrado en el paciente) y que el trato amable, la dignidad y el respeto, sean sus principales premisas. En ese sentido, desea resaltar, que la sociedad demanda profesionales

calificados, con un elevado sentido de servicio, comprometidos en satisfacer las necesidades crecientes de la población.

En el **Gráfico 1**, se muestra la eficacia del PE durante los cinco años de evaluación, en todos, con resultados superiores al umbral aceptado (90,00 %), es importante señalar que durante los dos primeros años del estudio (2017 y 2018), el margen tolerable de eficacia fijado fue 80,00 %, pero, por los altos niveles alcanzados, se realizó un análisis que generó subir el umbral al 90,00 %. En 2020 y 2021, se observó una discreta disminución del cumplimiento de la eficacia, lo que pudo estar relacionado con la compleja situación que generó la pandemia COVID-19.

Es importante declarar que en la sistematización realizada para comparar estos resultados, no se encontró referentes nacionales, ni internacionales de instituciones sanitarias, donde declaren a Enfermería como un proceso del sistema, situación que no permitió establecer comparaciones objetivas.

#### **4.3.1. Auditorías de calidad y No conformidades**

En la **tabla 3**, se refleja la distribución de las 27 auditorías realizadas desde 2017 hasta 2021. Se realizaron auditorías internas con una frecuencia semestral. En relación a las auditorías externa, se realizaron con una mayor frecuencia (17 para el 62,96 %), por coincidir con los procesos de recertificación del SGC. Es importante declarar que las auditorías externas o de segundo orden, se realizaron por entidades certificadoras nacionales (ONN) e internacionales (*Bureau Veritas* y *Lloyd's Register*). En todos los casos, los auditores incluyeron entre los requisitos de auditoría, los indicadores del SIEEPE, lo que a criterio del autor, constituyó una muy valiosa contribución al rigor de los resultados de la investigación.

Para obtener valoraciones de los auditores sobre el SIEEPE, se les solicitó agregar al informe de auditoría sus criterios, con posterioridad, el autor realizó una revisión y síntesis de los informes, de donde emergieron los criterios. Algunos de ellos se presentan a continuación:

*“Los indicadores están muy bien estructurados” (A1), “Los indicadores fueron de mucha utilidad” (A3), “Los indicadores abarcan todas las actividades declaradas en el proceso” (A5), “Me permitieron seguir mejor la trazabilidad del proceso” (A7). “Los miembros del proceso conocen los indicadores” (A11), “El jefe del proceso utiliza los indicadores para controlar el cumplimiento de objetivos” (A12), “El sistema de indicadores me permitió mejorar el procedimiento de auditoría” (A13). “Me sentí muy cómodo utilizando los indicadores como criterios de auditoría” (A16), “Este sistema de indicadores debe ser agregado siempre como criterio de auditoría” (A22), “Sería muy bueno contar con un sistema de indicadores similar para los demás procesos del sistema” (A23),*

En la literatura internacional revisada, Torres Toala, <sup>(261)</sup> reconoció que el procedimiento de auditoría es indispensable para evaluar la calidad, pues permite la identificación de problemas ocultos, facilita el trabajo de los tomadores de decisiones y disminuye la resistencia a la inclusión de estrategias de mejoramiento de la calidad. En este sentido, Huamán, <sup>(262)</sup> manifestó que los niveles de calidad de los servicios asistenciales de salud en Perú, son dependientes de la aplicación oportuna de la auditoría interna y contribuye a optimizar la gestión de los servicios.

Por otra parte, Balseca, <sup>(263)</sup> plantea que, aunque se cuenta con una norma técnica internacional ISO 19011: 2018, que brinda directrices para la auditoría de los SGC, se ha detectado que los auditores pueden contar con diversas prácticas y criterios al momento de hacer la auditoría, aspecto que reduce su confiabilidad. El autor considera que estas limitaciones, no estuvieron presentes en el estudio, por contar para las auditorías internas, personal capacitado, con varios años de experiencia,

apegados a un riguroso procedimiento establecido y validado en el propio contexto donde se realizó el estudio. (**Anexo 22**) Por otra parte, los auditores externos, eran expertos de entidades certificadoras nacionales e internacionales de calidad, con varios años de experiencia en la actividad.

En la sistematización realizada, no se evidenció publicaciones sobre el tema en el contexto nacional. Es criterio del autor, que lograr calidad en los servicios de Enfermería implica contar con un SGC que deben tener momentos de evaluación como la auditoría. La cual permitió obtener datos para la toma de decisiones oportunas, aspecto que permite hacer énfasis en la necesidad de auditar los Procesos de Enfermería, para reconocer si se ajustan a estándares de calidad.

En el periodo de análisis, al PE le fueron notificadas 22 No conformidades, ninguna fue identificada durante los procesos de auditorías externas o de segundo orden, el mayor porcentaje fue independiente a los procesos de auditorías realizados (68,18 %). Desde 2018, no se notificaron No conformidades durante las auditorías, fueron autonotificadas por el proceso el 80,00 % de las posibles (15 fuera de auditorías), lo que es reflejo de consolidación del sistema de gestión. (**Tabla 4**)

Al relacionar los hallazgos No conformes, con los indicadores de evaluación de eficacia, se observa que de los 14 indicadores del sistema, en seis (42,85 %) se notificaron No conformidades, que guardan relación con el mismo. La satisfacción del paciente y acompañante, fue el indicador donde se identificaron mayor cantidad de No conformidades (6 para un 23,07 %), seguido de comunicación efectiva (5 para un 19,23 %). En menor cuantía, pero no menos importante, la prevención de caídas y LLP fueron indicadores con los que se relacionaron No conformidades identificadas. Se distinguen No conformidades, que no se correspondieron con indicadores del sistema (9 para un 34,51 %), que fueron dadas por incidentes de trabajo y el uso inadecuado de medios de protección. (**Tabla 5**)

Es importante destacar que los procedimientos de auditorías, incorporaron dentro de sus requisitos el sistema de indicadores y evaluaron su cumplimiento, realizaron la trazabilidad de los indicadores desde la fuente de notificación, los sistemas de reporte y los informes finales de auditorías.

El investigador, desea declarar que los indicadores como instrumentos de medida, permitieron expresar aspectos de la asistencia, la organización o la gestión. Sirvieron de guía para evaluar la calidad y la adecuación de la actividad realizada.

La existencia de un sistema de indicadores unificados y robusto desde el punto de vista metodológico, permitió identificar de forma objetiva los aspectos de la práctica asistencial susceptibles de mejora y desarrollar un plan de mejora de calidad. La generalización del SIEEPE propuesto en el presente estudio, fomentará la estandarización de la práctica asistencial de Enfermería centrada en la calidad y seguridad de los pacientes, al mismo tiempo, permitirá reducir la variabilidad no deseada entre centros, servicios e incluso profesionales.

### **Consideraciones finales del capítulo**

En este capítulo, se presentó la evaluación de los resultados del SIEEPE, a partir de su implementación en los escenarios prácticos de la Clínica Central "Cira García".

Se describió de manera detallada el curso impartido para la capacitación a involucrados. Se reveló la implementación del sistema de indicadores y las modificaciones propuestas después de su implementación.

El sistema de indicadores, mediante evaluaciones, auditorías internas y externas, permitió la evaluación de la eficacia del PE en el contexto hospitalario.

## CONCLUSIONES

- Los referentes teóricos empleados a partir del Modelo de calidad de Avedis Donabedian, la Teoría general de sistemas de Ludwig Von Bertalanffy y la Teoría de enfermería moderna de Florence Nightingale; así como los requisitos de la Norma Española de Sistema de Gestión de Calidad para la implantación de sistemas de indicadores, como referente metodológico, fueron el sustento ideal para la evaluación de la eficacia del Proceso de Enfermería en el contexto hospitalario.
- Se diseñó un sistema de indicadores, organizado según los enfoques de estructura, proceso y resultados, que fue validado por criterios de jueces expertos, lo cual constituye un producto con una perspectiva que fortalece el Sistema de Gestión de la Calidad.
- El sistema de indicadores implementado en los escenarios prácticos, mediante evaluaciones, auditorías internas y externas, permitió la evaluación de la eficacia del Proceso de Enfermería en el contexto hospitalario, además, favoreció la gestión de los directivos de Enfermería, en la identificación de procesos susceptibles de mejoras, la aplicación de medidas y cambios en aras de alcanzar mayores niveles de calidad.

## RECOMENDACIONES

- Presentar la propuesta del sistema de indicadores al Departamento Nacional de Enfermería del Ministerio de Salud Pública y la Junta Nacional de Gobierno de la Sociedad Cubana de Enfermería (SOCUENF), para su aplicación en otras unidades del Sistema Nacional de Salud.
- Comunicar y socializar los resultados de esta investigación a la comunidad científica, a las autoridades de docencia de Enfermería del Ministerio de Salud Pública y a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, para que valoren utilizarlos en el perfeccionamiento de los programas de las asignaturas que aborden el tema, en pre y postgrado de la carrera de Enfermería.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Madrigal Maldonado R. Control estadístico de la calidad Un enfoque creativo. 1ra ed. México: Patria editorial [Internet]. 2021 [acceso: 02/10/2021]. Disponible en: [https://books.google.com/cu/books?hl=es&lr=&id=nzxKEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA4&dq=antecedentes+hist%C3%B3ricos+de+la+calidad&ots=b7GVVsxIHf&sig=81ro2PEGNf4q1FTkZu-FTGtzgro&redir\\_esc=y#v=onepage&q=antecedentes%20hist%C3%B3ricos%20de%20la%20calidad&f=false](https://books.google.com/cu/books?hl=es&lr=&id=nzxKEAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA4&dq=antecedentes+hist%C3%B3ricos+de+la+calidad&ots=b7GVVsxIHf&sig=81ro2PEGNf4q1FTkZu-FTGtzgro&redir_esc=y#v=onepage&q=antecedentes%20hist%C3%B3ricos%20de%20la%20calidad&f=false)
2. Aguilar Fleitas B. Ser y deber ser en Medicina. Rev Urug Cardiol [Internet]. 2017 [acceso: 02/10/2021]; 32(1):7-12. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4797/479755426004.pdf>
3. Sánchez Salvatierra JM, Taype Rondan A. Evolución del Juramento Hipocrático: ¿qué ha cambiado y por qué? Rev méd Chile [Internet]. 2018 Dic [acceso: 16/12/2021]; 146(12):1498-500. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018001201498>
4. Mejías Sánchez Y, Morales Suárez I, Fernández Vidal A. Calidad. Una mirada desde los Sistemas de Salud. La Habana. 2017. INFODIR [Internet]. 2017 [acceso: 02/10/2021]; (25):e418. Disponible en: <http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/418>
5. Vouri H. The medical model and the objectives of health education, International Journal of Health Education [Internet]. 1980 [access: 15/12/2021]; 23(1):12-9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7376730/>
6. Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Michigan: Regents of the University of Michigan; 1980. 176. p.
7. Norma Cubana NC ISO 9001. Sistemas de Gestión de la Calidad-Requisitos. Traducción oficial. 5ta ed. La Habana: ONN; 2015.



8. Salas Padilla JC. Políticas Públicas para mejorar la calidad de servicios de salud. Ciencia Latina [Internet]. 2021 [acceso: 18/11/2021]; 5(1):253-66. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/223>
9. Donabedian A. Los siete pilares de la calidad. Rev Calidad Asistencial [Internet]. 2001 [acceso: 15/12/2021]; 16:s96-s100. Disponible en: [https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2019/09/Siete\\_Pilares\\_Calidad.pdf](https://www.fadq.org/wp-content/uploads/2019/09/Siete_Pilares_Calidad.pdf)
10. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHCO). Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 7th Edition. Release Date [Internet]. 2020 March [access: 28/07/2021]. Available from: <https://store.jointcommissioninternational.org/jci-accreditation-standards-for-hospitals-7th-edition/>
11. Diego Ayuso Murillo D, De Andrés Gimeno B. Gestión de la calidad de cuidados en enfermería: Seguridad del Paciente. 1ra ed. Madrid: Díaz de Santos [Internet]. 2015 [acceso: 15/12/2021]. p. 4-5. Disponible en: <https://www.editdiazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788499698830.pdf> ISBN: 9788499698830
12. Mompert García MP, Durán Escribano M. Administración y gestión de servicios de enfermería. 2da ed. Madrid: Ediciones DAE (Grupo Paradigma); 2015. p. 3-33.
13. Cerdá Suárez LM, Santibáñez Vivanco A, Asensio del Arco E, Martínez Martínez A. Indicadores para mejorar la atención a pacientes según lean-seis-sigma: el caso del hospital Gustavo Fricke (Chile). Revista Gerencia y Políticas de Salud [Internet]. 2018 [acceso: 15/12/2021]; 17(35):174-91. DOI: <https://doi.org/10.11144/javeriana.rgps17-35.imap>
14. Yépez Chamorro MC, Ricaurte Cepeda M, Jurado Fajardo DM. Calidad percibida de la atención en salud en una red pública del municipio de Pasto, Colombia. Universidad Salud [Internet]. 2018 [acceso: 15/12/2021]; 20(2):97-110. DOI: <https://doi.org/10.22267/rus.182002.114> .

15. Febré N, Mondaca Gómez K, Méndez Celis P, Badilla Morales V, Soto Parada P, Ivanovic P, et al. Calidad en enfermería: su gestión, implementación y medición. Rev Med Clin Condes [Internet]. 2018 [acceso: 13/11/2021]; 29(3):278-87. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2018.04.008>
16. Soto A. Barreras para una atención eficaz en los hospitales de referencia del Ministerio de Salud del Perú: atendiendo pacientes en el siglo XXI con recursos del siglo XX. Rev Peru Med Exp-Salud Pública [Internet]. 2019 [acceso: 15/12/2021]; 36(2):304-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4425>.
17. Calvo Rojas J, Pelegrín Mesa A, Gil Basulto MS. Enfoques teóricos para la evaluación de la eficiencia y eficacia en el primer nivel de atención médica de los servicios de salud del sector público. Retos de la Dirección [Internet]. 2018 [acceso: 15/12/2021]; 12(1):96-118. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2306-91552018000100006&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-91552018000100006&lng=es&tlng=es).
18. Príncipe Ayala L, Santiago Ortega R. Efectos de la Calidad de los Servicios de Salud: Un Estudio Comparativo en Hospitales Públicos vs. Hospitales Privados en Puerto Rico. RIAF [Internet]. 2017 [acceso: 15/12/2021]; 10(5):1-11. Disponible en: [https://www.theibfr.com/download/riaf/2017\\_riaf/riaf\\_v10n5\\_2017/RIAF-V10N5-2017.pdf#page=3](https://www.theibfr.com/download/riaf/2017_riaf/riaf_v10n5_2017/RIAF-V10N5-2017.pdf#page=3)
19. Puchi Gómez C, Paravic Klijn T, Salazar A. Indicadores de calidad de la atención en salud en hospitalización domiciliaria: revisión integradora. Aquichán [Internet]. 2018 [acceso: 15/12/2021]; 18(2):186-97. Disponible en: <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.2.6>
20. George Quintero RS, Gámez Toirac Y, Matos Laffita D, González Rodríguez I, Labori Ruiz R, Guevara Silveira SA. Eficacia, efectividad, eficiencia y equidad en relación con la calidad en los

- servicios de salud. INFODIR [Internet]. 2021 [acceso: 15/12/2021]; (35):e974. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1996-35212021000200013&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1996-35212021000200013&lng=es).
21. Hernández Junco V, Miranda Lorenzo Y, Junco Horta JZ, Saltos Giler M. Medición de indicadores tangibles e intangibles para la evaluación-gestión de la calidad y variables sociopsicológicas en el servicio hospitalario. hdbr [Internet]. 2017 [acceso: 15/12/2021]; 6(1):17-9. DOI: <https://doi.org/10.3926/hdb.137>
  22. López Sánchez I, Torres Esperón M, Casanova González M, Martínez Barreto E. Diseño de criterios, indicadores y estándares para evaluar calidad de la atención de enfermería en servicios pediátricos. Rev Cuba Enferm [Internet]. 2012 [acceso: 15/12/2021]; 28(2):e11. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/11>
  23. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A; 2018. p. 627-30.
  24. Ministerio de Salud Pública. Objetivos de trabajo y criterios de medida 2021. MINSAP. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas [Internet]. 2021 [acceso: 15/12/2021]. Disponible en: [https://salud.msp.gob.cu/wp-content/Documentos/Objetivos\\_2021\\_MINSAP.pdf](https://salud.msp.gob.cu/wp-content/Documentos/Objetivos_2021_MINSAP.pdf)
  25. República de Cuba. Constitución de la República de Cuba. La Habana: Editora Política; 2019.
  26. La Conceptualización del modelo económico y social cubano de desarrollo socialista y los Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución para el período 2021-2026. Cubadebate [Internet]. 2021 [acceso: 15/12/2021]. Disponible en: <http://media.cubadebate.cu/wp-content/uploads/2021/06/documentos-partido-cuba.pdf>
  27. Von Bertalanffy L. Teoría general de los sistemas fundamentos, desarrollo, aplicaciones 1ra ed. México: Fondo de cultura económica; 1989.

28. Norma Cubana. NC ISO 9000: 2015. Sistemas de gestión de la calidad – fundamentos y vocabulario. Oficina Nacional de Normalización; 2015. p. 19.
29. Bazán Apaza PM, Cacha Norabuena MA. Evaluación de la calidad de atención desde la percepción de la usuaria en el Centro Obstétrico del Hospital de Ventanilla, Callao - Lima - Peru – 2018. [Tesis]. Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo: Facultad de Ciencias Médicas [Internet]. 2018 [acceso: 11/11/2021]. Disponible en: [http://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/2402/T033\\_76414860\\_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/2402/T033_76414860_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
30. Nguyen A, Kleiner BH. Technical Report: European company examples of excellent quality management. International Journal Vehicle Design. 1995; 16:594–9.
31. Syed S, Leatherman S, Mensah N, Neilson M, Kelley E. Improving the quality of health care across the health system. Bull World Health Organ [Internet]. 2018 [access: 17/08/2021]; 96: 799. DOI: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.18.226266>
32. Ayuso D, De Andrés B. Gestión de la calidad de cuidados de enfermería. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2015. 432. p.
33. Marín Tello CG, Rivera Chávez LH, Fernández Sánchez PL, Macías Palacios NM, Cañarte Alcívar, JA. Calidad del servicio de enfermería en la Fundación Cottolengo: Análisis con instrumento “Servqhos-E. Polo del Conocimiento [Internet]. 2019 [acceso: 09/11/2021]; 4(5):204-47. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7164256>
34. Tamayo Miranda ME. Calidad en los servicios de enfermería relacionada al grado de satisfacción del paciente hospitalizado en Instituciones de Mediana Complejidad, del Ministerio de Salud Pública, Hospital Universitario de Guayaquil [Tesis]. Universidad Católica de Santiago de

- Guayaquil [Internet]. 2019 [acceso: 09/11/2021]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/12236>
35. Maggi Vera WA. Evaluación de la calidad de la atención en relación con la satisfacción de los usuarios de los servicios de emergencia pediátrica Hospital General de Milagro [Tesis]. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil [Internet]. 2018 [acceso: 09/11/2021]. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/9976>
36. Gutiérrez Berríos ZD, Lorenzo Gómez ML, Berríos Rivas AT. Calidad de Atención de Enfermería según el Paciente Hospitalizado. Conecta Libertad [Internet]. 2019 [acceso: 09/11/2021]; 3(1):1-11. Disponible en: <http://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/70>
37. López Corpas CM. Calidad y Enfermería. Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería, por MC. Ortega, MG. Suarez, MC. Jiménez, y cols. Index de Enfermería [Internet]. 2018 [acceso: 13/06/2021]; 27(1-2):107-8. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/ie/e2712abs>
38. Ortega Vargas MC, Suarez Vázquez MG, Jiménez Villegas MC, Añorve Gallardo A, Cruz Corchado M, Cruz Ayala M, et al. Manual de evaluación de la Calidad del servicio de Enfermería. Estrategias para su aplicación. 3ra ed. México: Editorial Médica Panamericana; 2014.
39. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Editorial Masson; 1996.
40. Cárdenas Matto RM, Cobeñas Jacobo CR, García Hoyos JR. Calidad del cuidado de Enfermería en pacientes del Servicio de Emergencia del Hospital Hipólito Unanue Lima 2017 [Tesis]. Universidad Peruana Cayetano Heredia: Facultad de Enfermería [Internet]. 2018 [acceso: 15/11/2021]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/1405>

41. Palomino Navarro AM, Rivera Bañon ED, Tocto Velasquez PA. Calidad de atención de enfermería y satisfacción del paciente en el área de emergencia del Hospital Cayetano Heredia, Lima-2018 [Tesis]. Universidad Peruana Cayetano Heredia [Internet]. 2018 [acceso: 21/12/2021]. Disponible en: [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/6361/Calidad\\_PalominoNavarro\\_Ana.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/6361/Calidad_PalominoNavarro_Ana.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
42. Ramos Domínguez BN. Control de calidad de la atención de salud. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011. p. 172.
43. Cordera A. Bobenrieth. Administración de sistema de salud. Tomo II. México: Editorial Cordera y Bobenrieth; 1983. p. 529-42.
44. Lembecke PA. Evolution of medical audit. JAMA 1967; 199:543-50.
45. Moraes H. Garantía de la Calidad de los Hospitales de América Latina y el Caribe. MSD/SILOS 13, OPS/OMS; 1991. p. 89-98.
46. Sanazaro PJ. Verificación de la calidad en medicina. Simposio Internacional de calidad de la Atención de Salud. Suiza: OMS; 1983. p. 33-7.
47. Lee I, Jones L.W. Fragmento de la traducción: The fundamentals of good medical care. Univ. of Chicago Press. Rev Salud Pública de México 1990; 32(2):245-7.
48. Colectivo de autores. Manual de acreditación hospitalaria. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2016. p. 19.
49. Ministerio de Salud Pública. Resolución 145/2007. Programa para el Perfeccionamiento continuo de la Calidad de los Servicios Hospitalarios. MINSAP [Internet]. 2007 [acceso: 17/08/2021]. Disponible en: <http://legislacion.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=193>

50. Contraloría General de la República. R. 60/11. No. Gaceta 014. Edición Extraordinaria [Internet]. 2011 [acceso: 17/08/2021]. Disponible en: <http://www.gacetaoficial.cu/edicantem>
51. Ministerio de Justicia. Gaceta Oficial No.66. Decreto Ley 8/2020 De Normalización, Metrología, Calidad y Acreditación. 1de octubre [Internet]. 2020 [acceso: 17/08/2021]. Disponible en: <https://www.gacetaoficial.gob.cu/sites/default/files/goc-2020-o66.pdf>
52. Ministerio de Justicia. Gaceta Oficial No.66. Decreto 16/2020 Reglamento de Normalización, Metrología, Calidad y Acreditación 1de octubre [Internet]. 2020 [acceso: 17/08/2021]. Disponible en: <https://www.gacetaoficial.gob.cu/sites/default/files/goc-2020-o66.pdf>
53. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. The Milbank Quarterly, 2005; 3(44):691-729.
54. Saura J. Construcción y evaluación de protocolos o guías para la práctica. En: Satuno PJ, Gascón JJ, Parra P (Editores). Tratado de Calidad Asistencial en Atención Primaria. Tomo I. Madrid: Du Pont Pharma; 1997.
55. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring. The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Ann Arbor, ML Health Administration Press. 1980: 1–31.
56. Mira JJ, Fernández E, Vitaller J. La Calidad de la Asistencia en Salud Mental. Información Psicológica.1992; 48:62–71.
57. Dickens P. Quality and excellence in human services. Chichester: Wiley; 1994.
58. Rodríguez Pérez MP. Grande Armesto M. Calidad asistencial: Concepto, dimensiones y desarrollo operativo. Tema 14.1. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad [Internet]. 2014 [acceso: 11/11/2021]. Disponible en: [http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500957/n14-1\\_Calidad\\_asistencial.pdf](http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500957/n14-1_Calidad_asistencial.pdf)

59. Andrade C, Labarca N. Fundamentación teórica de los modelos de gestión de la calidad en el servicio de información en instituciones universitarias Omnia [Internet]. 2011 [acceso: 23/12/2121]; 17(1):82-95. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/737/73718406006.pdf>
60. Donabedian A. La calidad de la atención médica: definición y métodos de evaluación. México: Editorial La Prensa Médica Mexicana; 1984. p. 194
61. Bautista Rodríguez LM. La calidad en salud un concepto histórico vigente. Revista ciencia y cuidado. 2016; 13(1):5-9.
62. González del Águila N, Romero Quechol GM. Dimensiones de la calidad del cuidado de enfermería y satisfacción del padre o tutor del paciente pediátrico hospitalizado. Rev Enferm IMSS. 2017; 25(3):173-80.
63. Moliterno T, Mahoney D. Networ theory of organization; a multilevel approach. Journal of Management. 2011; 2(37):443-67.
64. Etzioni A. A comparative analysis of complex organizations. Nueva York: Free Press; 1975. p. 88.
65. Hannan J, Freeman MT. The population ecology of organizations. American Journal of Sociology. 1977; 82:929-64.
66. Pfeffer J, Salancik GR. Administrator effectiveness: the effects of advocacy and information on resource allocations. Human Relations. 1977; 30:641-56.
67. Goodman PS, Pennings JM. New perspectives on organizational effectiveness. San Francisco: Jossey-Bass; 1977. p. 80.
68. Zammuto RF. Assessing organizational effectiveness: systems change, adaptation, and strategy. Nueva York: Sunny Press; 1982. p. 110.



69. Weick KE, Daft RL. The effectiveness of interpretation systems. In: Cameron KS, Wheeten DA (Editors). Organizational effectiveness: a comparison of multiple Models. Nueva York: Academic Press; 1983. p. 90.
70. Tosi HL, Slocum JW. Contingency theory: some suggested directions. Journal of Management. 1984; 10(19-26):9.
71. Tamames R. Diccionario de economía. Madrid: Alianza; 1989. p. 45.
72. Daft KL, Steers RM. Organizaciones: el comportamiento del individuo y de los grupos humanos. México: Limusa; 1992. p. 13.
73. Fernández Ríos M, Sánchez JC. Eficacia organizacional: concepto, desarrollo y evaluación. Madrid: Diaz de Santos; 1997. p. 116.
74. Ordiz M, Fernández E. Influence of the sector and the environment on human resource practices effectiveness. International Journal of Human Resource Management, 2005; 16(8):1349-73.
75. Real Academia Española: Diccionario de la lengua española. 23ra ed. [versión 23.5 en Internet]. 2021 [acceso: 21/12/2021]. Disponible en: <https://dle.rae.es/eficacia?m=form>
76. Consejo Internacional de Enfermeras. Las enfermeras, una fuerza para el cambio: eficaces en cuidados, eficientes en costos. CIE. Ginebra, Suiza [Internet]. 2015 [acceso: 15/12/2021]. Disponible en: [https://files.sld.cu/socuenf/files/2015/04/carpeta-del-die\\_2015\\_sp1.pdf](https://files.sld.cu/socuenf/files/2015/04/carpeta-del-die_2015_sp1.pdf)
77. Coronado Zarco R, Cruz Medina E, Macías Hernández SI, Arellano Hernández A, Nava Bringas TI. El contexto actual de la calidad en salud y sus indicadores. Rev Mex Med Fis Rehab.2013; 25(1):26-33.
78. Arriaga Dávila J, Pérez Rodríguez G, Borrayo Sánchez G. Dimensiones de calidad enfocadas en el protocolo de atención Código Infarto. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social

- [Internet]. 2017 [acceso: 23/11/2021]; 55(3):383-7. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4577/457750970018/html/>
79. Flores Rojas PA. Conceptualización del término calidad asistencial y estudio análisis de las dimensiones y políticas en calidad de la atención de salud asistencial [Tesis]. Universidad del Desarrollo [Internet]. 2019 [acceso: 23/11/2021]. Disponible en: <https://repositorio.udd.cl/handle/11447/2881>
80. Norma UNE 66175. Sistemas de Gestión de la calidad. Guía para la implantación de sistemas de indicadores. AENOR; 2003.
81. Von Bertalanffy L. Teoría general de los sistemas fundamentos, desarrollo, aplicaciones 23ra ed. México: Fondo de cultura económica; 2019.
82. Johansen Bertoglio O. Introducción a la teoría general de sistemas. 3ra ed. México: Editorial Limusa SA; 1987.
83. Domínguez Ríos V, López Santillán M. Teoría General de Sistemas, un enfoque práctico. TECNOCENCIA [Internet]. 2019 [acceso: 15/11/2021]; 10(3):125-32. Disponible en: <https://148.229.0.27/index.php/tecnociencia/article/view/174>
84. Ossa CA. Teoría General de Sistemas: conceptos y aplicaciones Universidad Tecnológica de Pereira: Editorial UTP; 2016. p. 587.
85. Raile Alligood M. Modelos y teorías en Enfermería. 8va ed. Barcelona: Elsevier; 2015.
86. McEwen M, Wills EM. Theoretical basis for Nursing. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2014. p. 2-113.
87. Pfettscher SA. Florence Nightingale: la enfermería moderna. En: Raile Alligood M (editor). Modelos y teorías en enfermería. 8va ed. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 60-77.
88. Nightingale F. Notas sobre enfermería: Qué es y qué no es. Barcelona: Salvat; 1990.

89. Martínez Tovar A, Rojas Castillo X, Rosas Vargas L, Zárate Grajales RA, Flores Mora LF. Florence Nightingale, pionera en el modelo de la calidad y seguridad del paciente. Cuidarte [Internet]. 2017 [acceso: 13/11/2021]; 6(11):44-52. DOI: <http://dx.doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2017.6.11.69136>
90. Nightingale F. Notes on matters affecting the health, efficiency, and hospital administration of the British army founded chiefly on the experience of the late war. Presented by request to the Secretary of State for War. London: Harrison & Sons; 1858.
91. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A; 2018. p. 435.
92. Rodas Pacheco FD, Pacheco Salazar VG. Grupos focales: marco de referencia para su implementación. INNOVA Research Journal [Internet]. 2020 [acceso: 13/12/2021]; 5(3):182-95. DOI: <https://doi.org/10.33890/innova.v5.n3.2020.1401>
93. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A; 2018. p. 455-61.
94. Departamento Nacional de Planeación. Guía Metodológica para la formulación de indicadores. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación; 2009.
95. Banco Mundial y Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento. Desing and Buiding a Result-Based monitoring and evaluation system: a tool for public sector management. Washington DC; 2000.
96. López Gómez E. El método Delphi en la investigación actual en educación: una revisión teórica y metodológica. Educación XXI [Internet]. 2018 [acceso: 17/11/2021]; 21(1):17-40. DOI: <http://dx.doi.org/10.5944/educXX1.15536>

97. Ruiz Gómez JL. Evaluación de la metodología de enseñanza de la anastomosis intestinal laparoscópica en simulador físico apoyado en las opiniones de un grupo de expertos encuestados mediante metodología Delphi [Tesis]. Universidad de Cantabria [Internet]. 2017 [acceso: 22/11/2021]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10902/10832>
98. Romero Collado A. Elementos esenciales para elaborar un estudio con el método Delphi. Enfermería intensiva [Internet]. 2021 [acceso: 22/11/2021]; 32(2):100-4. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.enfi.2020.09.001>
99. Fernández Ávila DG, Ximena Rojas M, Rosselli D. El método Delphi en la investigación en reumatología: ¿lo estamos haciendo bien? Revista Colombiana de Reumatología [Internet]. 2020 [acceso: 22/11/2021]; 27(3):177-89. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2019.04.001>
100. Palmieri PA. La técnica Delphi: Un método de consenso para la investigación en servicios de salud en Latino América. Ágora [Internet]. 2017 [acceso: 22/11/2021]; 4(2):30-8. Disponible en: <https://revistaagora.com/index.php/cieUMA/article/view/68>
101. Expósito Vizcaíno S, Burjalés Martí D, Miró J. Factores psicosociales en el dolor crónico oncológico: un estudio Delphi. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2019 [acceso: 22/11/2021]; 26(1):21-30. DOI: <https://dx.doi.org/10.20986/resed.2018.3658/2018>
102. Gómez García AR, Ferrer Villalobos M, Merino Salazar P, Gualotuña Cueva GC. Funciones y competencias del médico del trabajo en Ecuador: estudio Delphi en 513 universitarios. Conecta Libertad [Internet]. 2019 [acceso: 22/11/2021]; 3(1):12-23. Disponible en: <http://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/68>
103. Bermúdez Camps I, Téllez López A, López Orozco M, García Pérez M, Flores Mera J, Reyes Hernández I. Validación por método Delphi de indicadores de calidad para evaluar un servicio

- de educación sanitaria. Rev Cuba Farm [Internet]. 2019 [acceso: 22/11/2021]; 52(1):e205. Disponible en: <http://www.revfarmacia.sld.cu/index.php/far/article/view/205>
104. Collazo LEC, Ávila SM, Alonso AO. Validación del modelo de evaluación al modo de actuación profesional del Licenciado en Enfermería. Rev Cuban Tecn Salud [Internet]. 2020 [acceso: 22/11/2021]; 11(3):87-97. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=102833>
105. Torres Montes de Oca A, Zelada Pérez M de los M. Validación de instrumentos para el desarrollo de habilidades profesionales en el periodo preoperatorio mediato. MEDISAN [Internet]. 2021 [acceso: 22/11/2021]; 25(4):838-55. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192021000400838&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192021000400838&lng=es).
106. Cruz Ramírez M, Rúa Vásquez JA. Surgimiento y desarrollo del método Delphi: una perspectiva cuantitativa. *Biblios* [Internet]. 2018 [acceso: 13/06/2021]; (71):90-107. DOI: <https://dx.doi.org/10.5195/biblios.2018.470>
107. Cruz Ramírez M. Un estudio sobre la implementación del método Delphi en publicaciones de ciencias médicas indexadas en Scopus. Educ Med Super [Internet]. 2018 [acceso: 13/06/2021]; 32(3):36-50. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412018000300003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412018000300003&lng=es)
108. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A; 2018. p. 235-42.
109. Hernández Ávila CE, Escobar NAC. Introducción a los tipos de muestreo. Alerta, Revista científica del Instituto Nacional de Salud [Internet]. 2019 [acceso: 13/06/2021]; 2(1):75-9. Disponible en: <https://camjol.info/index.php/alerta/article/view/7535/7746>.

110. Moriyama I. Indicators of social change. Problems in the measurements of health status. New York: Russell Sage Foundation; 1968. p. 593.
111. Capote Femenías J, Peña Rosell A, Barrios Pedraza T, Llanes Bugallo G, Lopez Ramil N. Construcción y validación del cuestionario Satisfacción de los usuarios en servicios de Estomatología. Cienfuegos. Medisur [Internet]. 2019 [acceso: 13/12/2021]; 17(1):84-94. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3955>
112. Betancourt Velásquez AC, Caviedes Niño IL. Metodología de correlación estadística de un sistema integrado de gestión de la calidad en el sector salud. Signos [Internet]. 2019 [acceso: 13/06/2021]; 10(2):119-39. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6726339>
113. Rodríguez León A, Izquierdo Medina R, Garcés González R, Salmon Moret F, Blanco Barbeito N. Validación de encuesta a pacientes con insuficiencia cardíaca crónica en cuidados paliativos para el trabajo de enfermería. Rev Cuba Enferm [Internet]. 2021 [acceso: 13/12/2021]; 37(3):e4130. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192021000300011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192021000300011&lng=es)
114. Cordero Escobar I, Quesada Peña S. La actividad investigadora en los residentes de Anestesiología y Reanimación. Rev cuba anesthesiol reanim [Internet]. 2020 [acceso: 27/11/2021]; 19(3):e617. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-67182020000300004&lng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182020000300004&lng=en)
- 115) Veranes Garzón I, Obregón Llanes RV, García Rovés Placer B, Batista Ávila V, Eduardo Saumel R, Romero Sabouri LE. Instrumento para evaluar la aplicación de la política de cuadros. INFODIR [Internet]. 2017 [acceso: 13/12/2021]; 24(ene-jun):54-66. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/infodir/ifd-2017/ifd1724h.pdf>

116. Martínez Curbelo G, Cortés Cortés Manuel E, Pérez Fernández A del C. Metodología para el análisis de correlación y concordancia en equipos de mediciones similares. Revista Universidad y Sociedad [Internet]. 2016 [acceso: 13/12/2021]; 8(4):65-70. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2218-36202016000400008&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202016000400008&lng=es&tlng=es).
117. Colectivo de autores. Manual de administración y gestión de enfermería. Tomo I. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2017. p. 134.
118. Ministerio de Educación Superior. Resolución Ministerial 140/19. Reglamento de Educación de Posgrado de la República de Cuba. La Habana. Ministerio de Educación Superior [Internet]. 2019 [acceso: 02/11/2020]. Disponible en: [https://www.gacetaoficial.gob.cu/sites/default/files/goc-2019-o65\\_0.pdf](https://www.gacetaoficial.gob.cu/sites/default/files/goc-2019-o65_0.pdf)
119. Ministerio de Educación Superior. Instrucción 01/18. Normas y Procedimientos para la gestión del posgrado La Habana: Ministerio de Educación Superior; 2018.
120. Ministerio de Educación Superior. Resolución Ministerial 02/18. Reglamento de trabajo docente y metodológico de la educación superior. La Habana: Ministerio de Educación Superior; 2018.
121. Ministerio de Educación Superior. Instrucción No. 01/2020. Manual para la gestión del posgrado. La Habana. Ministerio de Educación Superior; 2020.
122. Cabello E, Chirinos JL. Validación y aplicabilidad de encuestas SERVQUAL modificadas para medir la satisfacción de usuarios externos en servicios de salud. Rev Med Hered [Internet]. 2012 Abr [acceso: 25/08/2021]; 23(2):8895. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1018130X2012000200003&lng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018130X2012000200003&lng=es)
123. Benítez Riaño AM. Análisis de la Percepción de la Calidad de los Servicios de Salud Mediante el modelo SERVQUAL. [Tesis]. Universidad Santo Tomás: Facultad de Economía [Internet].

- 2018 [acceso: 27/11/2021]. Disponible en:  
<https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/37398/2021AuraBenitez.pdf?sequence=5>
124. Boada Niño AV, Barbosa López AM, Cobo Mejía EA. Percepción de los usuarios frente a la calidad de atención en salud del servicio de consulta externa según el modelo SERVQUAL. Revista Investig Salud Univ Boyacá [Internet]. 2019 [acceso: 25/10/2021]; 6(1):55-71. DOI: <https://doi.org/10.24267/23897325.408>
125. Chanchhuaña Sanchez N. Satisfacción del internado del área oncológica en torno al modelo SERVQUAL en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen de Lima-2019 [Tesis]. Chinchipe Ica. Perú. Universidad Autónoma de Ica: Facultad de Ciencias de la Salud [Internet]. 2019 [acceso: 25/10/2021]. Disponible en:  
[http://repositorio.autonomaica.edu.pe/bitstream/autonomaica/542/1/de\\_trabajo\\_de\\_investigacion\\_-\\_Nelly\\_Chanchhua\\_a\\_-\\_17\\_07\\_19.pdf](http://repositorio.autonomaica.edu.pe/bitstream/autonomaica/542/1/de_trabajo_de_investigacion_-_Nelly_Chanchhua_a_-_17_07_19.pdf)
126. Peñafort Mayorga VA, Ramírez Cobos ET, García Méndez S. Calidad del servicio en una clínica de Bucaramanga bajo la aplicación del modelo SERVQUAL. Revista FACCEA, Universidad de la Amazonia [Internet]. 2020 [acceso: 15/06/2021]; 10(1):54-61. DOI: <https://doi.org/10.47874/facce.v10n1a5>
127. Mateu López L, Pérez Arrazcaeta S, Sedeño Argilagos C, Cuba Venero MM. Diseño y validación de criterios de competencias para el farmacéutico asistencial. Revi Cuba Farm [Internet]. 2017 [acceso: 15/11/2020]; 51(1):[aprox. 16 p.]. Disponible en:  
<http://www.revfarmacia.sld.cu/index.php/far/article/view/179/73>
128. Rodríguez Rodríguez J, Reguant Álvarez M. Calcular la fiabilidad de un cuestionario o escala mediante el SPSS: el coeficiente alfa de Cronbach. REIRE Revista de Innovación e



- Investigación en Educación [Internet]. 2020 [acceso: 15/11/2020]; 13(2):1–13. Disponible en: <https://doi.org/10.1344/reire2020.13.230048>
129. Robles Pastor BF. Índice de validez de contenido: Coeficiente V de Aiken. Pueblo continente [Internet]. 2018 [acceso: 23/12/2020]; 29(1):193-7. Disponible en: <http://journal.upao.edu.pe/PuebloContinente/article/view/991/914>
130. Hernández Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A; 2018. p. 464-5.
131. Huaman Cisneros E. Gestión del recurso humano y calidad de atención en el servicio de enfermería del Hospital de Huaycán–2020 [Tesis]. Universidad César Vallejo [Internet]. 2021 [acceso: 13/11/2021]. Disponible en: [https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/56813/Huaman\\_CE-SD.pdf?sequence=1](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/56813/Huaman_CE-SD.pdf?sequence=1)
132. Castro M. Gestión del talento humano en el desempeño laboral. Revista Ciencia Latina [Internet]. 2020 [acceso: 22/11/2021]; 4(2):e107. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/107>
133. Garcia Ubaque JC, Morales Sánchez LG. Calidad percibida en el servicio del sistema público de salud de Bogotá. Rev. salud pública [Internet]. 2019 [acceso: 22/11/2021]; 21(1):e83138. DOI: <https://doi.org/10.15446/rsap.v21n1.83138>
134. Mina O. Calidad en salud y seguridad del paciente ¿entendemos lo que significa? Revista PUCE [Internet]. 2018 [acceso: 22/11/2021]; 109:e249. DOI: <https://doi.org/10.26807/revpuce.v0i109.249>

135. León Román C, Cairo Soler C. Metodología para la protocolización de enfermería en la prevención de úlceras por presión en pacientes hospitalizados. Rev Cuba Enferm [Internet]. 2020 [acceso: 13/11/2021]; 36(1):e3264. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3264>
136. Talens Belén F, Martínez Duce N. Úlceras por presión: un paso más en el cuidado y la seguridad de nuestros pacientes. Gerokomos [Internet]. 2018 [acceso: 22/11/2021]; 29(4):192-6. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2018000400192&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2018000400192&lng=es).
137. Chacón Mejía JP, Del Carpio Alosilla AE. Clinical-epidemiological indicators associated with pressure ulcers in a hospital of Lima. Rev Fac Med Hum [Internet]. 2019 Abr [acceso: 22/11/2021]; 19(2):66-74. DOI: <http://dx.doi.org/10.25176/RFMH.v19.n2.2067>.
138. Aprea V, Jorro Barón F, Meregalli C, Sabatini MC. Impacto de una intervención de mejora de calidad de atención para prevenir las úlceras por presión en una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Arch Argent Pediatr [Internet]. 2018 [acceso: 22/11/2021]; 16(4):e529-e41. DOI: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2018.e529>.
139. Gómez Martínez N, Vilema Vizúete EG, Donoso Noroña RF, Chiluisa Guacho CV. Calidad del cuidado enfermero en úlceras por presión de pacientes pertenecientes al Área de Salud Morete – Puyo. Universidad y Sociedad [Internet]. 2021 [acceso: 22/11/2021]; 13(3):237-43. Disponible en: <https://rus.ucf.edu.cu/index.php/rus/article/view/2472>
140. Valderrama Charry LD, Rojas Beltrán JP. Enfermería eje central de la seguridad del paciente: desde los indicadores de calidad del cuidado. Cultura del cuidado [Internet]. 2019 [acceso: 22/11/2021]; 16(2):19-31. Disponible en: <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/cultura/article/download/5850/5424>

141. Alcañiz Mesas AI, Córcoles Jiménez MP, Ruiz García MV, Saiz Vinuesa MD, Piñero Sáez S, Muñoz Pérez B. Incidencia, factores relacionados y consecuencias de las caídas en un hospital de tercer nivel. NURE investigación: Revista Científica de enfermería [Internet]. 2018 [acceso: 22/11/2021]; 15(94):1-11. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6442675.pdf>
142. Palacin Condezo YM, Vásquez Salazar M. Intervención de enfermería en la prevención de caídas pacientes post operados servicio de traumatología Hospital Hermilio Valdizán Medrano, Huánuco-2018 [Tesis]. Universidad Nacional San Agustín de Arequipa [Internet]. 2018 [acceso: 22/11/2021]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12773/11726/SEpacoym&vasam.pdf?sequence=1>
143. Romero GDL, Almiray SAL, Ensaldo CE. Intervenciones en la administración de medicamentos de alto riesgo. Rev CONAMED [Internet]. 2020 [acceso: 22/11/2021]; 25(2):95-7. DOI: <https://doi.org/10.35366/94393>
144. León Román CA, Cairo Soler C. Propuesta de estándares y elemento medibles para conformar auditorías concurrentes de enfermería en el contexto hospitalario. Rev Cuba Enferm [Internet]. 2020 [acceso: 13/11/2021]; 36(3):e3136. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3136>
145. Ayala Alberto M. Conocimientos del profesional de enfermería sobre indicadores de calidad en la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto del Hospital del Norte Tercer Trimestre del 2019 [Tesis]. Universidad Mayor de San Andrés [Internet]. 2019 [acceso: 22/11/2021]. Disponible en: <https://repositorio.umsa.bo/xmlui/bitstream/handle/123456789/24868/TE-1693.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

146. Diana Duma CF. Percepción de las/os enfermeras/os sobre la identificación inequívoca del paciente, previa a la administración de medicación [Tesis]. Universidad de Islas Baleares [Internet]. 2019 [acceso: 22/11/2021]. Disponible en: [https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/150346/Diana\\_Duma\\_CarinaFrancisca.pdf?sequence=1](https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/150346/Diana_Duma_CarinaFrancisca.pdf?sequence=1)
147. Millán Embarba N. Plan de mejora para evitar errores en la identificación de pacientes en los traslados intrahospitalarios [Tesis]. Universidad de Zaragoza [Internet]. 2019 [acceso: 22/11/2021]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/88927/files/TAZ-TFG-2019-1036.pdf>
148. Díaz Oviedo A, Villanueva Delgado IA, Martínez Licona JF. Habilidades sociales de comunicación en el cuidado humanizado de enfermería: Un diagnóstico para una intervención socioeducativa. Escola Anna Nery [Internet]. 2020 [acceso: 23/11/2021]; 24(2):e20190238. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0238>
149. Calixto Olalde MG, López Cisneros MA, Enríquez Quintero ID. Empatía en la relación enfermera-paciente: perspectiva de los patrones del conocimiento de Barbara Carper. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. 2020 [acceso: 23/11/2021]; 27(4):230-6. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2019/eim194q.pdf>
150. Castro Martínez A, Díaz Morilla P. Gestión de la comunicación interna y externa en instituciones hospitalarias privadas en España durante la crisis del COVID-19. Revista De Comunicación Y Salud [Internet]. 2020 [acceso: 27/11/2021]; 10(2):525-47. DOI: [https://doi.org/10.35669/rcys.2020.10\(2\).525-547](https://doi.org/10.35669/rcys.2020.10(2).525-547)
151. Reinos Velásquez Luz J, Arenas Rios PA. Propuesta de implementación de la herramienta SBAR para fortalecer la comunicación efectiva en el equipo de salud de un servicio de

hospitalización [Tesis]. Universidad del Bosque [Internet]. 2020 [acceso: 23/11/2021]. Disponible en:

[https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/4465/Reinosa\\_Velasquez\\_L\\_uz\\_Janneth\\_2020.pdf?sequence=6&isAllowed=y](https://repositorio.unbosque.edu.co/bitstream/handle/20.500.12495/4465/Reinosa_Velasquez_L_uz_Janneth_2020.pdf?sequence=6&isAllowed=y)

152. Alvarado Fick S. Implementación de estrategia multimodal en higiene de manos en un hospital pediátrico. Benessere. Revista de Enfermería [Internet]. 2019 [acceso: 23/11/2021]; 3(1):e1510. Disponible en: <https://micologia.uv.cl/index.php/Benessere/article/viewFile/1396/1510>

153. Sosa Hernández O, Gorordo del Sol LA. Importancia de la higiene de manos para prevenir la sepsis en la atención de la salud. Med. crít. (Col. Mex. Med. Crít.) [Internet]. 2018 [acceso: 23/11/2021]; 32(5):295-6. Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2448-89092018000500295&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092018000500295&lng=es)

154. López Cudco LL, Herrera Sánchez PJ, Rodríguez Díaz JL, Parcon Bitanga M. Adherencia a la higiene de manos por el personal de enfermería. AMC [Internet]. 2019 [acceso: 23/11/2021]; 23(4):464-76. Disponible en:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552019000400464&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552019000400464&lng=es)

155. Sanchez Acosta KL. Factores de adherencia al lavado de manos clínico en enfermeras de un hospital local, 2020 [Tesis]. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo [Internet]. 2021 [acceso: 23/11/2021]. Disponible en:

[https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/3905/1/TL\\_SanchezAcostaKatherine.pdf](https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/3905/1/TL_SanchezAcostaKatherine.pdf)

156. Tiller Garcia JP, Aranda Aya AA, Morales Bautista EV. Infecciones asociadas a dispositivos intravasculares en las unidades de cuidados intensivos adultos [Tesis]. Universidad Santo Tomás de Aquino [Internet]. 2018 [acceso: 23/11/2021]. Disponible en:

<https://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/10403/Moraleserica2018.pdf?sequence=1>

157. Bujalance Hoyos J, Arenas González F, González Escobosa AC, Torres Pérez L, Viñas Vera C, Agudo Guerrero E. Implantación de Buenas Prácticas en el Cuidado y Mantenimiento de los Dispositivos de Accesos Vasculares: estrategia y primeros resultados. Enfermería Docente [Internet]. 2019 [acceso: 23/11/2021]; (111):10-22. Disponible en: <http://www.huvv.es/sites/default/files/revistas/2%20%20400implantaci%C3%B3n%20buenas%20practicas.pdf>
158. García Reyes AM. Infección de accesos vasculares en pacientes del servicio de nefrología en el Hospital IESS Ceibos periodo enero 2018 a diciembre 2019 [Tesis]. Universidad Católica Santiago de Guayaquil [Internet]. 2021 [acceso: 23/11/2021]. Disponible en: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/16814/1/T-UCSG-PRE-MED-1171.pdf>
159. Uribe Aguilar ME, Beltran Alvelais AA, Ramirez Sarmiento KI, Félix Estrada M de los Á, Villatoro-Martínez A, Gómez Bañuelos LV. Cumplimiento de los criterios del indicador Prevención de infecciones de vías urinarias en un hospital de tercer nivel. Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. 2019 [acceso: 31/02/2022.]; 27(2):73-9. Disponible en: [http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista\\_enfermeria/article/view/695](http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/695)
160. Álvarez Gallardo A, García Mendez B, Quezada Muñoz MG, Ruiz Cerino JM, Pérez Zúñiga X. Cumplimiento del indicador Prevención de Infecciones de Vías Urinarias en Pacientes con Sonda Vesical Instalada. Horiz. sanitario [Internet]. 2021 Ago [acceso: 31/02/2022]; 20(2):237-42. DOI: <https://doi.org/10.19136/hs.a20n2.3936>.
161. Suastegui Blanco M, Ramírez Molina M del S. Porcentaje de conocimiento y cumplimiento del personal de enfermería en el indicador de prevención de infecciones por sonda vesical instalada antes y después de una intervención educativa del hospital de Atoyac, 2018 [Tesis].

- Universidad Autónoma de Guerrero [Internet]. 2019 [acceso: 31/02/2022]. Disponible en: [http://200.4.134.60/bitstream/handle/uagro/2014/08249107\\_TE\\_19.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://200.4.134.60/bitstream/handle/uagro/2014/08249107_TE_19.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
162. Suarez N, Caputo A, Cruz F. Calidad de los registros de enfermería Sanatorio Allende Cerro en el año 2019. Notas de Enfermería [Internet]. 2020 [acceso: 31/02/2022]; 20(35):21-9. Disponible en: <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/notasenf/article/download/29154/29988>
163. Martín Herrero L. Utilidad de los registros de enfermería en la calidad de los cuidados enfermeros. 2020 [Tesis]. Universidad de Valladolid [Internet]. 2021 [acceso: 31/02/2022]. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/42013/TFG-H1928.pdf?sequence=1>
164. Idrogo Arica AG, Vásquez Barboza E del R, Muñoz Asenjo JJ, Bazan Honores A. Auditoría de los registros de enfermería para garantizar la calidad del cuidado. Revista Científica de Enfermería [Internet]. 2020 [acceso: 31/02/2022]; 9(1):1-20. Disponible en: <https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/download/10/9>
165. Alberto Veramendi V. Calidad de registros de enfermería del paciente prioridad i, hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz, 2015. [Tesis]. Universidad Nacional Santiago Antúnez de Mayolo [Internet]. 2019 [acceso: 31/02/2022]. Disponible en: [http://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/3331/T033\\_31678229\\_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unasam.edu.pe/bitstream/handle/UNASAM/3331/T033_31678229_M.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
166. Martillo Rendón GA. Calidad de registros de enfermería en el área de medicina interna en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo, periodo noviembre 2019-marzo 2020 [Tesis]. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil [Internet]. 2020 [acceso: 31/02/2022]. Disponible en: <http://201.159.223.180/bitstream/3317/14944/1/T-UCSG-PRE-MED-ENF-603.pdf>

167. Rodríguez González M, Pérez González M, Álvarez Monteagudo CR. Efectividad de los integradores químicos en la esterilización por vapor a presión. Investigaciones Medicoquirúrgicas [Internet]. 2019 [acceso: 31/02/2022]; 10(2):e504. Disponible en: <http://revcimeq.sld.cu/index.php/img/article/viewFile/435/508>
168. Huamán de la Cruz MP. Nivel de conocimiento de esterilización en autoclave en enfermeras de central de esterilización del hospital Rebagliati, Lima-2021 [Tesis]. Universidad Norbert Wiener [Internet]. 2021 [acceso: 31/02/2022]. Disponible en: [http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/20.500.13053/5344/T061\\_10599823\\_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/20.500.13053/5344/T061_10599823_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
169. Leiva Mucha Irma N, Cárdenas Orcón L. Efectividad de los indicadores químicos comparados con los indicadores biológicos en la certificación de la calidad de esterilización de material médico quirúrgico en centrales de esterilización [Tesis]. Universidad Norbert Wiener [Internet]. 2018 [acceso: 31/02/2022]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2738/TRABAJO%20ACAD%C3%89MICO%20C%C3%A1rdenas%20Lesvia%20-%20Leiva%20Irma.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
170. Rosales García P. Biological indicators: the gold standard to verify the sterilization steam in dentistry. Rev Odont Mex [Internet]. 2020 [acceso: 31/02/2022]; 24(3):217-19. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2020/uo203h.pdf>
171. Hualla Quispe JL. Conocimientos y prácticas en el proceso de esterilización del personal de la central de esterilización del hospital regional Honorio Delgado–Arequipa–2021 [Tesis]. Universidad Norbert Wiener [Internet]. 2021 [acceso: 31/02/2022]. Disponible en:



[http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/5169/T061\\_02294361\\_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/5169/T061_02294361_S.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

172. González Sánchez AL, Moreno Monsiváis MG, Cheverría Rivera S. Cuidado de enfermería perdido percibido por las madres de pacientes pediátricos hospitalizados. *Sanus* [Internet]. 2020 [acceso: 27/11/2021]; 5(15):00002. DOI: <https://doi.org/10.36789/sanus.vi15.175>
173. Bolado Pontigo J. Los cuidados perdidos de la Enfermería [Internet]. Universidad de Cantabria [Internet]. 2021 [acceso: 17/11/2021]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10902/22152>
174. Zárate Grajales RA, Mejías M. Cuidado perdido de enfermería. Estado del arte para la gestión de los servicios de salud. *Enferm univ* [Internet]. 2019 Dic [acceso: 31/02/2022]; 16(4):436-51. DOI: <https://doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2019.4.777>.
175. Maque Layme AE, Paredes Apaza J. Calidad del cuidado enfermero y satisfacción al control de CRED, madres de niños menores de 3 años, P.S. Peruarbo, Arequipa–2019 [Tesis]. Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa: Facultad de Enfermería [Internet]. 2020 [acceso: 25/08/2021]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/10508>
176. Olivetto Ocampo AA, Becerra Murillo M, Silva Tiscareño L, Lozoyo Hernández M, González Flores SP. Calidad percibida de los cuidados de enfermería por pacientes en relación con servicio de hospitalización. *Lux Médica* [Internet]. 2019 [acceso: 25/08/2021]; 14(40):73-80. DOI: <https://doi.org/10.33064/40lm20191707>
177. Suárez Lima GJ, Robles Salguero RE, Serrano Mantilla GL, Serrano Cobos HG, Armijo Ibarra AM, Anchundia Guerrero RE. Percepción sobre calidad de la atención en el centro de salud CAI III. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas* [Internet]. 2019 [acceso: 25/10/2021]; 38(2):153-69. Disponible en: <http://www.revibiomedica.sld.cu/index.php/ibi/article/view/286>

178. Velásquez Cuellar G, Terrazas Cervantes GI, Bautista Huilca Y. Nivel de satisfacción del usuario sobre el cuidado de enfermería en el servicio de emergencia del Hospital II ESSALUD Abancay 2020 [Tesis]. Universidad Nacional del Callao: Facultad de Ciencias de la Salud [Internet]. 2020 [acceso: 15/06/2021]. Disponible en: [http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/5947/TESIS\\_2ESP\\_VEL%C3%81SQUEZ\\_TERRAZAS\\_BAUTISTA\\_FCS\\_2020.pdf?sequence=1](http://repositorio.unac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12952/5947/TESIS_2ESP_VEL%C3%81SQUEZ_TERRAZAS_BAUTISTA_FCS_2020.pdf?sequence=1)
179. Bragadóttir H, Kalisch BJ, Tryggvadóttir GB. Correlates and predictors of missed nursing care in hospitals. *J Clin Nurs* [Internet]. 2017 [acceso: 11/11/2021]; 26(11-12):1524-34. DOI: <http://doi.org/10.1111/jocn.13449>
180. Torrecilla Rojas A, Serrano Galán E, Sánchez Ferrón B, García Barreto JF, Escalona Navarro R, Pedregal González M. Diseño y validación de un cuestionario de satisfacción del operador económico sometido a control por el Sistema Sanitario Público Andaluz. *Rev. Salud Ambient* [Internet]. 2021 [acceso: 17/11/2021]; 21(1):37-46. Disponible en: <https://www.ojs.diffundit.com/index.php/rsa/article/view/1051>
181. Hernández Vergel L, León Román C, Miranda Guerra A, Hernández Rodríguez L. Satisfacción de usuarios como indicador de calidad de los servicios de enfermería, Clínica Central Cira García. *Rev Cuba Enferm* [Internet]. 2021 [acceso: 07/12/2021]; 37(4):e5186. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/5186>
182. Cassiani SHB, Hoyos MC, Barreto MFC, Sives K, da Silva FAM. Distribución de la fuerza de trabajo en enfermería en la Región de las Américas. *Rev Panamá Salud Pública* [Internet]. 2019 [acceso: 13/06/2021]; 25(43):e139. DOI: <https://dx.doi.org/10.26633/RPSP.2019.319>

183. Consejo Internacional de Enfermería. Las enfermeras proveen Cobertura Sanitaria Universal [Internet]. 2021 [acceso: 07/11/2021]. Disponible en: [https://www.icn.ch/system/files/2022-01/IND%20Case%20Studies\\_FINAL\\_SP.pdf](https://www.icn.ch/system/files/2022-01/IND%20Case%20Studies_FINAL_SP.pdf)
184. Martínez Trujillo N, Dueñas Piedra J, Lage Ruiz J. Referenciación competitiva para la gestión de recursos humanos de enfermería. Rev Cuba Enferm [Internet]. 2016 [acceso: 12/05/2021]; 32(3):e1051. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1051>
185. Vialart Vidal M, Medina González I. Experiencias en la formación de recursos humanos de enfermería en Cuba y su desafío ante la salud universal. Rev Cuba Enferm [Internet]. 2021 [acceso: 07/11/2021]; 37(1):e3756. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3756>
186. Rodríguez García G, Castellanos Rodríguez R. Evaluación de la calidad de la atención de Enfermería en el Servicio de Neonatología. Rev Cuba Enferm [Internet]. 2017 [acceso: 07/11/2021]; 33(4):e886. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/886>
187. Triviño Ibarra CP. Incidencia de úlceras por presión en una unidad de cuidados intensivos. Manta, Ecuador del 2019. Dominio de las Ciencias [Internet]. 2020 [acceso: 17/11/2021]; 6(2):257-78. DOI: <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v6i2.1167>
188. González Consuegra RV, Hernández Sandoval YT, Matiz Vera GD. Estrategias de enfermería para prevenir lesiones de piel en personas con riesgo de padecerlas. Rev Cuba Enferm [Internet]. 2017 [acceso: 31/07/2021]; 33(3):e954. Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/954>
189. Moncada Heredia S, Luna Pérez D, Lezana Fenández MA, González Velázquez, MS, Meneses González F. Calidad del cuidado enfermero. Úlcera por presión en paciente crítico. Rev

- CONAMED [Internet]. 2021 [acceso: 17/11/2021]; 26(2):82-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.35366/100350>
190. Lama J, Rodríguez R, Rojas Jaimes J. Úlceras por presión en el paciente hospitalizado. Rev Med Hered [Internet]. 2021 [acceso: 17/11/2021]; 32(1):59-60. DOI: <http://dx.doi.org/10.20453/rmh.v32i1.3951>
191. Flores Lara Y, Rojas Jaimes J, Jurado Rosales J. Frecuencia de úlceras por presión y los factores asociados a su presentación, en pacientes de un hospital nacional de Lima, Perú. Rev Med Hered [Internet]. 2020 [acceso: 31/07/2021]; 31(3):164-8. DOI: <http://dx.doi.org/10.20453/rmh.v31i3.3805>.
192. Saturno Hernández PJ, Martínez Nicolás I, Poblano Verástegui O, Vértiz Ramírez J, Suárez Ortiz EC, Magaña Izquierdo M, et al. Implementación de indicadores de calidad de la atención en hospitales públicos de tercer nivel en México. Salud Pública Mex [Internet]. 2017 [acceso: 31/07/2021]; 59(3):227-35. Disponible en: [https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource\\_ssm\\_path=/media/assets/spm/v59n3/0036-3634-spm-59-03-00227.pdf](https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/spm/v59n3/0036-3634-spm-59-03-00227.pdf)
193. Farías A, Febré N. Impacto de un programa de gestión de riesgo en la tasa de úlceras por presión. Rev Calid Asist [Internet]. 2017 [acceso: 31/07/2021]; 32(6):322-7. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-impacto-unprograma-gestion-riesgo-S1134282X17300751>
194. León Román CA, Cairo Soler C. Metodología para la protocolización de Enfermería en el registro y notificación de úlceras por presión en pacientes hospitalizados. Rev Cuba Enferm [Internet]. 2020 [acceso: 13/11/2021]; 36(2):e3265. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3265>

195. Díaz Calderón RM, Martínez Guijarro NM, Evans López M, Braña Suárez JC, Álvarez Rodríguez D, González Zulueta N, et al. Manual para la prevención y cuidados de lesiones por fricción, humedad y úlceras por presión. Departamento Nacional de Enfermería. Ministerio de Salud Pública. La Habana: OPS; 2017. p. 1-3.
196. León Román CA, Osiris Berriel Ortiz O, Díaz Calderón RM, Cairo Soler C. Nivel de adherencia al protocolo asistencial para la prevención de lesiones por presión en servicios de atención al grave. Rev Cuba Enferm [Internet]. 2021 [acceso: 31/07/2021]; 37(1):e4086. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4086>
197. Pérez Díaz E, Hernández Pérez R, Álvarez Vergara D, Reyes Amaro Y, Martínez García M. Efectividad de una superficie especial de manejo de presión sustituto en la prevención de las lesiones por presión. Rev Cuba de Enferm [Internet]. 2021 [citado 12 Jun 2022]; 37(2):e3684. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/3684>
198. Colectivo de autores. Manual de acreditación hospitalaria. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2016. p. 46-7.
199. Mora Pérez Y. Sistema de vigilancia de eventos adversos en cuidados intensivos liderado por enfermería en el Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos. [Tesis]. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana: Facultad de Enfermería Lidia Doce; 2018. p. 64-8.
200. Ramírez Bonivento ER, Guarquila Abril EM, Latorre Segovia S del R, Arce Chariguaman WP, Chancay Domenech LF. Manejo integral de las úlceras por presión en pacientes institucionalizados. jah [Internet]. 2021 [acceso: 17/11/2021]; 4(2):56-68. Disponible en: <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/98>
201. Joint Commission International. Estándares de acreditación para hospitales de Joint Commission International. 6ta ed. Illinois: Oakbrook Terrace; 2019.

202. Organización Mundial de la Salud. Caídas. Fact Sheet n°344 [Internet]. 2017 [acceso: 07/11/2021]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs344/es/index.html>
203. Arizona Amador MB, Esparza Betancourt RI, Magaña Rosas A, Ponce y Ponce de León G. Evaluación de indicadores de calidad en la atención de enfermería. Desarrollo Cientif Enferm [Internet]. 2010 [acceso: 26/11/2021]; 18(7):279-83. Disponible en: <http://www.index-f.com/dce/18pdf/18-279.pdf>
204. León Román CA, Cairo Soler C. Metodología para la protocolización de enfermería en la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. Rev Cuba Enferm [Internet]. 2018 [acceso: 13/11/2021]; 34(3):e2570. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2570>
205. León Román CA, Cairo Soler C. Metodología para la protocolización de Enfermería en el registro y notificación de caídas en pacientes hospitalizados. Rev Cuba Enferm [Internet]. 2019 [acceso: 13/11/2021]; 35(2):e2571. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2571>
206. Figueiredo Manzo B, Guedes Barbosa Brasil CL, Thibau Reis FF, dos Reis Correa A, da Silva Simão DA, Leite Costa AC. Seguridad en la administración de medicamentos: investigación sobre la práctica de enfermería y circunstancias de errores. Enferm. glob [Internet]. 2019 [acceso: 17/11/2021]; 18(56):19-56. DOI: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.4.344881>
207. Villanueva ÁH, López Gutiérrez JJ. Análisis de errores con medicamentos en pacientes ingresados en salas de cirugía y recuperación posanestésica de un hospital de alta complejidad en Bogotá, Colombia. Salud Colectiva [Internet]. 2021 [Accedido 18 Abril 2022]; 17:e3155. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3155>

208. Martínez Betancourt A. Errores, factores influyentes y estrategias de prevención frente a la administración de medicamentos. [Tesis]. Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales U.D.C.A. [Internet]. 2018 [acceso: 26/11/2021]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/326428702.pdf>
209. Caballero CR, García B, Cabel Caceda T, González J, Moraes Morelli D. Adherencia de Enfermería al protocolo de administración segura de medicación. Rev Fronteras en Medicina [Internet]. 2019 [acceso: 27/11/2021]; 14(3):115-7. Disponible en: [http://adm.meducatum.com.ar/contenido/articulos/21901150117\\_1612/pdf/21901150117.pdf](http://adm.meducatum.com.ar/contenido/articulos/21901150117_1612/pdf/21901150117.pdf)
210. Ortega Barco MA, Marín Rodríguez D. Prácticas seguras en administración de medicamentos en un hospital de segundo nivel de atención. RIECS [Internet]. 2021 [acceso: 17/11/2021]; 6(2):11-26. DOI: <https://doi.org/10.37536/RIECS.2021.6.2.276>
211. Valle MMF, Cruz ED de A, dos Santos T, do Valle MMF, Cruz ED de A, dos Santos T. Incidentes com medicamentos em unidade de urgência e emergência: análise documental. Rev da Esc Enferm da USP [Internet]. 2017 [acceso: 26/11/2021]; 51(0):1-6. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S008062342017000100469&lng=pt&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342017000100469&lng=pt&lng=pt)
212. Pardo Arias LM, León Reyes MA. Administración segura de medicamentos de uso endovenoso en la unidad de cuidados intensivos [Tesis]. Universidad de Santander [Internet]. 2018 [acceso: 17/11/2021]. Disponible en: <http://repositorio.udes.edu.co/handle/001/849>
213. Garzon Castro LS. Importancia de la administración segura de medicamentos basados en el modelo constructivista [Tesis]. Universidad Militar Nueva Granada [Internet]. 2019 [acceso: 17/11/2021]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10654/35095>

214. Pérez Díez C, Real Campaña JM, Noya Castro MC, Andrés Paricio F, Reyes Abad Sazatornil M, Povar Marco JB. Errores de medicación en un servicio de urgencias hospitalario: estudio de situación para mejorar la seguridad de los pacientes. Rev Emergencias [Internet]. 2017 [acceso: 26/11/2021]; 29(6):412–5. Disponible en: <https://medes.com/publication/125891>
215. Truter A, Schellack N, Meyer JC. Identificación de errores de medicación en la unidad de cuidados intensivos neonatales y salas pediátricas utilizando una lista de verificación de errores de medicación en un hospital académico terciario en Gauteng, Sudáfrica. South African J Child Heal [Internet]. 2017 [acceso: 26/11/2021]; 11(1):5-10. DOI: <http://dx.doi.org/10.7196/SAJCH.2017.v11i1.1101>
216. Martínez Rodríguez A, Castro Peraza OE, Díaz Fernández R, Fonseca Gómez CM, de la Paz Bermúdez T, Reyes Pérez A. Los errores de medicación y los valores profesionales en el proceso docente-educativo Cubano. Educ Med Super [Internet]. 2018 [acceso: 28/12/2021]; 32(4):e1329. Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1329>
217. Sarduy Lugo M, Sarduy Lugo A, López Cartaya C. Los errores de medicación y los valores profesionales en el proceso docente-educativo cubano. Educ Med Super [Internet]. 2020 [acceso: 28/12/2021]; 34(4):e1896. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21412020000400002&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412020000400002&lng=es).
218. Llanes Betancourt C. Práctica asistencial segura de los profesionales de enfermería con pacientes geriátricos. Rev Cuba Enferm [Internet]. 2020 [acceso: 28/12/2021]; 36(4):e2005. Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2005>
219. Cabrera Cardenas DY. Seguridad del paciente percibida por personal de enfermería en un hospital de seguridad social [Tesis]. Universidad Autónoma de San Luis Potosí: Facultad de



- Enfermería y nutrición [Internet]. 2017 [acceso: 17/11/2021]. Disponible en: <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/4502>
220. Mir Abellán R, Falcó Pegueroles AM, Cruz Antolín AJ, Fabregat Marcos R, Lluch Canut MT, de la Puente Martorell ML. El liderazgo enfermero para la consolidación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario. Revista Rol de Enfermería [Internet]. 2018 [acceso: 17/11/2021]; 41(9):606-15 Disponible en: <http://hdl.handle.net/2445/171180>
221. Mir Abellan R, Falcó Pegueroles A, Cruz Antolín AJ, Fabregat Marcos R, Lluch Canut MT, De La Puente Martorell ML. El liderazgo enfermero para la consolidación de la cultura de seguridad del paciente en el ámbito hospitalario. Rev ROL Enferm [Internet]. 2018 [acceso: 23/12/2021]; 41(9):606-15. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/171180/1/680555.pdf>
222. Carrillo García C, Martínez Roche ME, Castaño Molina M de los Á, Moreno Abellán. CM. Evaluación de la identificación de pacientes en un hospital universitario. ICUE. Investigación y Cuidados de Enfermería [Internet]. 2017 [acceso: 11/11/2021.]; 2(1):e40. Disponible en: <http://revistaicue.es/revista/ojs/index.php/ICUE/article/view/40>.
223. Vergés Bellido M. Seguridad del paciente: la identificación inequívoca del paciente. [Tesis]. Barcelona. Universidad Pompeu Fabras [Internet]. 2018 [acceso: 11/11/2021]. Disponible en: <https://repositori.tecnocampus.cat/bitstream/handle/20.500.12367/56/Verg%C3%A9s%20Bellido%20Mireia-Seguretat%20del%20Pacient%20identificaci%C3%B3%20inequ%C3%ADvoca%20del%20pacient.pdf?sequence=1>
224. Enríquez Quintero ID, López Cisneros MA, Calixto Olalde MG. Empatía en la relación enfermera-paciente: perspectiva de los patrones del conocimiento de Barbara Carper. Rev

- Enferm IMSS [Internet]. 2019 [acceso: 31/11/2021]; 27(4):230-6. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=92844>
225. Achance Pacheco JÁ, Rea Altamirano FE. Importancia de la comunicación en el contexto enfermera paciente [Tesis]. Universidad Estatal de Milagro [Internet]. 2021 [acceso: 31/11/2021]. Disponible en: <http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/5475/1/IMPORTANCIA%20DE%20LA%20COMUNICACION%20EN%20EL%20CONTEXTO%20ENFERMERA-PACIENTE..pdf>
226. Aguirre Raya DA, Elers Mastrapa Y, Oria Saavedra M, Pascual Cuesta Y. Comunicación de Enfermería con el adulto mayor o su cuidador en una comunidad del Municipio 10 de Octubre, 2018. Rev haban cienc méd [Internet]. 2020 [acceso: 17/11/2021]; 19(4):e2869. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729-519X2020000500015&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2020000500015&lng=es)
227. León Román CA, Cairo Soler C. La comunicación como herramienta esencial para un liderazgo efectivo. En: Colectivo de autores. Manual de administración y gestión en enfermería. Tomo I. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017. p. 45-54.
228. World Health Organization. World Hand Hygiene Day 2021, Seconds save lives – clean your hands! World Health Organization [Internet]. 2021 [access: 09/11/2021]. Available from: <https://www.who.int/campaigns/world-hand-hygiene-day/2021>
229. World Health Organization. Minimum requirements for infection prevention and control programmes. World Health Organization [Internet]. 2021 [acces: 09/11/2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/330080>
230. Ottes Vasconcelos R, Ignacio Alves D, Magnani Fernández L, Campos de Oliveira J. Adhesión a la higiene de las manos por el equipo de enfermería en la unidad de cuidados intensivos.

- Enfermería Global [Internet]. 2018 [acceso: 23/10/2021]; 17(50):430-45. Disponible en:  
<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n50/1695-6141-eg-17-50-430.pdf>
231. González Gómez M, Gómez Hernández B, Ayala Gómez E, Vergara Cuadros H. Resistencia a la higiene de manos en un hospital público. ¿Actitud, hábito o habitus? Arch Inv Mat Inf [Internet]. 2018 [acceso: 23/09/2021]; 9(3):113-20. Disponible en:  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2018/imi183h.pdf>
232. Acosta Barrios ME. Revisión crítica: adherencia al lavado de manos en el profesional de enfermería del servicio de emergencia. [Tesis]. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo [Internet]. 2021 [acceso: 09/11/2021]. Disponible en:  
<http://hdl.handle.net/20.500.12423/2701>
233. Laffita Martínez L, González Leyva AM, Reyes Pérez M, Castillos Fernández K, Laurencio Pupo L. Efectividad de un programa educativo en el lavado de manos del personal de salud. Rev Cuba Enferm [Internet]. 2020 [acceso: 09/11/2021]; 36(1):e1684. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192020000100002](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192020000100002)
234. Herrera Travieso DM. Adherencia a la higiene de las manos en trabajadores de la salud. Rev Cubana Hig Epidemiol [Internet]. 2020 [acceso: 11/11/2021]; 57:e306. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-30032020000100006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-30032020000100006&lng=es).
235. Molina Águila N, Oquendo de la Cruz Y. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la adherencia al lavado de manos en personal de salud. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2020 Jun [acceso: 11/11/2022]; 92(2):e938. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312020000200011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312020000200011&lng=es).

236. Sánchez García ZT, Hurtado Moreno G. Lavado de manos. Alternativa segura para prevenir infecciones. Medisur [Internet]. 2020 Jun [acceso: 11/11/2021]; 18(3):492-95. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2020000300492&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2020000300492&lng=es)
237. Almanza Martínez C, Suárez Sarmiento EC, Bastanzuri Pagés MA, Del Sol López Y. Beneficios de la aplicación de la técnica de Makl en la infección por catéter. Clínica Central Cira García. Convención de salud. Cuba [Internet]. 2018 [acceso: 22/12/2021]. Disponible en: <http://www.convencionalud2018.sld.cu/index.php/convencionalud/2018/paper/viewPaper/2075>
238. Ramos Reis e Silva ME, Lopes de Sousa ÁF, Amorim Batista OM, Batista Moura ME, Ribeiro dos Santos AM, de Araújo Madeira MZ. Indicadores de calidad en la terapia intravenosa. Rev Cuba Enferm [Internet]. 2018 Jun [acceso: 11/11/2021]; 34(2):e1589. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192018000200007&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000200007&lng=es).
239. Estudio EPINE 2017. Grupo para el estudio de la prevalencia para las infecciones nosocomiales en España [Internet]. 2017 [acceso: 23/12/2021]. Disponible en: [http://www.higieneambiental.com/sites/default/files/images/cai/epineepps\\_2017\\_informe\\_global\\_de\\_espana\\_resumen\\_0.pdf](http://www.higieneambiental.com/sites/default/files/images/cai/epineepps_2017_informe_global_de_espana_resumen_0.pdf)
240. González Valdés A, Cuní Rivera T, Santana Ortiz D, González Álvarez L, Guanche Garcell H. Uso de catéteres venosos periféricos y prevalencia de flebitis en un hospital de cuidados secundarios de La Habana. Rev Hosp Jua Mex [Internet]. 2020 [acceso: 07/11/2021]; 87(2). DOI: <https://doi.org/10.24875/RHJM.20000013>
241. Organización Mundial de la Salud. Una atención más limpia es una atención más segura. OMS [Internet]. 2017 [acceso: 23/11/2021]. Disponible en: <http://www.who.int/gpsc/background/es/>

242. López Cocotle JJ, Moreno Monsiváis MG, Saavedra Vélez CH. Construcción y validación de un registro clínico para la atención asistencial de enfermería. *Enferm univ* [Internet]. 2017 Dic [acceso: 11/11/2021]; 14(4):293-300. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.08.001>
243. Pérez Villafranca IO. Evaluación de la calidad en los registros clínicos de los profesionales de Enfermería en un hospital [Tesis]. Universidad Autónoma del Estado de Morelos: Facultad de Enfermería [Internet]. 2018 [acceso: 09/11/2021]. Disponible en: <http://riaa.uaem.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12055/1981/IROLPE00T.pdf?sequence=1>
244. Cuevas Budhart MÁ, González Martínez BR, Álvarez Bolaños E, Barrera García MJ, de Almeida Souza A, González Jurado MA. et al. Diseño y validación de un nuevo registro clínico de enfermería, para la continuidad de los cuidados y seguridad del paciente en hemodiálisis. *Enferm Nefrol* [Internet]. 2019 [acceso: 09/11/2021]; 22(2):168-75. DOI: <https://dx.doi.org/10.4321/s2254-28842019000200008>
245. Huasaja Vásquez JL, Taipe Aiquipa LI. Calidad de los registros de enfermería en el servicio de emergencia de adultos del Hospital San Juan de Lurigancho, 2018 [Tesis]. Universidad Peruana Los Andes [Internet]. 2019 [acceso: 09/11/2021]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12970/185>
246. Rojas Cano A. Calidad de registros de enfermería y su relación con la aplicación de la norma técnica N° 029 – MINSA [Tesis]. Universidad María Auxiliadora [Internet]. 2020 [acceso: 09/11/2021]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12848/1558>
247. Guarate Coronado YC, Guato Chicaiza GP. Influencia de la aplicación del formato SOAPIE de los registros de Enfermería y su relación con los aspectos ético legales [Tesis]. Universidad Técnica de Ambato: Facultad de Ciencias de la Salud [Internet]. 2018 [acceso: 09/11/2021]. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/28667>

248. León Román CA. Aplicación del método cubano de registro clínico del proceso de atención de enfermería [Tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública [Internet]. 2008 [acceso: 10/11/2021]. Disponible en: <http://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=537>
249. Ministerio de Salud Pública. Regulaciones para las Observaciones de Enfermería. La Habana: MINSAP [Internet]. 2018 [acceso: 08/03/2021]. Disponible en: <http://www.hospitalameijeiras.sld.cu/hha/sites/all/informacion/servicios/enfermeria/2019/documentacion/REGULACIONES%20PARA%20LAS%20OBSERVACIONES%20DE%20ENFERMER%20C3%8DA%202019.pdf>
250. Castillo Frías R, Rivera González D, Vázquez Rodríguez Y, Pérez Chacón D. Caracterización de las observaciones de enfermería al ingreso de pacientes con SIDA en el Centro Hospitalario del Instituto Pedro Kourí. Rev Cubana Med Trop [Internet]. 2021 [acceso: 11/11/2021]; 73(1):e575. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0375-07602021000100009&lng=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602021000100009&lng=en)
251. Rozo Rojas I, Díaz Piraquive FN, Muriel Perea Y de J, Ordóñez Díaz MS, Ospina Prieto LA, Vanegas Rodríguez IA. Identificación de factores clave en la implementación de prácticas de gestión de calidad en Centrales de Esterilización. 15 th LACCEI International Multi-Conference for Engineering, Education, and Technology, 19-21 July 2017, Boca Raton FL, United States [Internet]. 2017 [acceso: 07/11/2021]. Disponible en: [http://www.laccei.org/LACCEI2017-BocaRaton/full\\_papers/FP279.pdf](http://www.laccei.org/LACCEI2017-BocaRaton/full_papers/FP279.pdf)
252. Suclla Sanchez JP, Delgado Camones JM. Eficacia del proceso de esterilización por vapor saturado con sistemas de pre vacío y gravedad en la optimización de la esterilización del instrumental de uso médico [Tesis]. Universidad Privada Norbert Wiener [Internet]. 2018 [acceso: 10/11/2021]. Disponible en:

<http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/2258/ESPECIALIDAD%20-%20Jenny%20Margot%20Delgado%20Camones.pdf?sequence=1>

253. Hernández Cruz R, Moreno Monsiváis MG, Cheverría Rivera S, Landeros López M, Interrial Guzmán MG. Atención de enfermería perdida en paciente en institución pública y privada. Índice Enferm [Internet]. 2017 Sep [acceso: 11/11/2021]; 26(3):142-6. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962017000200005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962017000200005&lng=es)
254. Silva Ramos MF, López Cocotle JJ, Moreno Monsiváis MG, González Angulo P, Interrial Guzmán MG. Cuidado de enfermería perdido y factores contribuyentes en un hospital de Tabasco, México. Horiz. sanitario [Internet]. 2021 [acceso: 11/11/2021]; 20(2):207-15. DOI: <https://doi.org/10.19136/hs.a20n2.4041>
255. Kalisch BJ, Landstrom GL, Hinshaw AS. Missed nursing care: a concept analysis. Journal of Advanced Nursing [Internet]. 2009 [acceso: 29/11/2021]; 65(7):1509-17. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.13652648.2009.05027.x/abstract>
256. Donabedian A. Evaluación de la calidad de la atención médica. En: OPS. Investigaciones sobre servicios de salud: una antología. Publicación Científica: 534. Washington, DC: OPS/ OMS; 1992. p. 96.
257. Mendoza Díaz NB, Placencia M. Nivel de satisfacción en pacientes del servicio de oftalmología de un hospital de nivel II en los años 2014 y 2018, y su relación con calidad global. Acta Med Peru [Internet]. 2020 [acceso: 11/11/2021]; 37(1):19-26. DOI: <http://dx.doi.org/10.35663/amp.2020.371.964>
258. Ano Quispe LM, Charapaqui Sovero E. Nivel de satisfacción en la atención prenatal de las gestantes atendidas en el centro de salud Ascensión Huancavelica-2018 [Tesis]. Universidad

- Nacional de Huancavelica [Internet]. 2018 [acceso: 15/06/2021]. Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/2159>
259. Campiño Valderrama SM, Duque PA, Cardozo VH. Percepción del paciente hospitalizado sobre el cuidado brindado por estudiantes de enfermería. Univ Salud [Internet]. 2019 [acceso: 15/06/2021]; 21(3):215-25. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.192103.158>
260. Ruiz Cerino JM, Tamariz López MM, Méndez González LA, Torres Hernández L, Duran Badillo T. Percepción de la calidad del cuidado de Enfermería desde la perspectiva de personas hospitalizadas en una institución pública. Sanus [Internet]. 2020 [acceso: 11/11/2021]; 5(14):e174. DOI: <https://doi.org/10.36789/sanus.vi14.174>.
261. Torres Toala FG. Desarrollo e implementación de un modelo de auditoria medica basado en garantía de calidad y supervisión participativa en Ecuador. Rev Bras Med Fam Comunidade [Internet]. 2017 [acceso: 27/11/2021];12(39):1-11. DOI: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1417](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1417)
262. Huamán Rondón LR. Auditoría interna como gestor de optimización en los servicios públicos: seguro social de salud del Perú. QUIPUKAMAYOC [Internet]. 2020 [acceso: 27/11/2021]; 28(56):43-50. DOI: <http://dx.doi.org/10.15381/quipu.v28i56.16524>
263. Balseca Lozada EP. Implementar el Proceso de Auditoría Médica para la recuperación de valores de las Prestaciones de Servicios de Salud en un Hospital de Tercer Nivel de Atención de la Red Privada Complementaria, Periodo 2019 [Tesis]. Universidad San Francisco de Quito USFQ [Internet]. 2018 [acceso: 27/11/2021]. Disponible en: <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/7751>



## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Almeida A, Torres D. Calidad en la Prestación de Servicios de Salud, en un Hospital de Bucaramanga-Colombia. Revista Espacios [Internet]. 2020 [acceso: 11/11/2021]; 41(49):234-45. DOI: <http://dx.doi.org/10.48082/espacios-a20v41n49p19>
- Amed Salazar EJ, Villareal Amaris G, Alvis Tous CC. Calidad del cuidado de Enfermería brindado por profesionales en una ciudad colombiana. Rev cienc cuidad [Internet]. 2019 [acceso: 13/11/2021]; 16(2):108-19. Disponible en: <https://revistas.ufps.edu.co/index.php/cienciaycuidado/article/view/1615>
- Andrade Solarte AL, Granobles Vargas E. Nivel de satisfacción de los acompañantes de pacientes hospitalizados en UCI de La Clínica Nuestra, relacionado con el cuidado de enfermería, en Noviembre y Diciembre 2019 [Tesis]. Universidad Santiago de Cali: Facultad de Salud [Internet]. 2019 [acceso: 06/05/2021]. Disponible en: <https://repository.usc.edu.co/handle/20.500.12421/3389>
- Aranaz Andrés JM, Fernández Chávez AC. Cultura de Seguridad del Paciente y Docencia: un instrumento para evaluar conocimientos y percepciones en profesionales del sistema sanitario de la Comunidad de Madrid. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2018 [acceso: 16/05/2021]; 92:e1-e15. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/resp/2018.v92/e204808044/es/>
- Argel Casarrubia BE, González Arroyo S de J, Narváez Martínez MA. Análisis de la calidad de la atención desde la práctica de enfermería en una institución de salud del departamento de Córdoba [Tesis]. Universidad de Córdoba: Facultad de Ciencias de la Salud [Internet]. 2018 [acceso: 16/05/2021]. Disponible en: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/handle/ucordoba/843>

- Arredondo Calderón SP, Moreno Arias GP, Ortiz Montalvo Y. Cuidados de enfermería percibidos por pacientes y su relación con la hospitalización. CASUS. Revista de Investigación y Casos en Salud [Internet]. 2020 [acceso: 13/11/2021]; 5(1):41-7. Disponible en:  
<https://www.dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/928>
- Arredondo Provecho AB, Horcajo Díaz E, Fankouser Rodríguez C, Alexandra Peters A, Pittet D. Día Mundial de la Higiene de Manos. Campaña para mejorar la higiene de manos en la asistencia sanitaria. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2020 [acceso: 10/08/2021]; 94:e20200504. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/resp/2020.v94/202005045/es>
- Blanco Rodríguez JM. La relación entre la omisión del cuidado enfermero y el grado de satisfacción de los pacientes en el ámbito hospitalario [Tesis]. Universidad Complutense de Madrid [Internet]. 2021 [acceso: 16/11/2021]. Disponible en: [https://eprints.ucm.es/id/eprint/66242/1/HERAS\\_RUBIO\\_LM\\_TFG-1.pdf](https://eprints.ucm.es/id/eprint/66242/1/HERAS_RUBIO_LM_TFG-1.pdf)
- Bouza Suárez A. Reflexiones acerca del uso de los conceptos de eficiencia, eficacia y efectividad en el sector salud. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2020 [acceso: 16/05/2021]; 26(1):50-6. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21400107>
- Castaño Pinzón LV, Montes Correa AL. Estudio comparativo de los modelos de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención de salud en Colombia, Chile y Uruguay [Tesis]. Universidad Santiago de Cali: Facultad de Salud [Internet]. 2019 [acceso: 16/05/2021]. Disponible en: <https://repository.usc.edu.co/handle/20.500.12421/5651>
- Clavo Pérez V. Satisfacción del paciente hospitalizado frente al cuidado enfermero. Hospital José Soto Cadenillas, Chota – 2017 [Tesis]. Universidad Nacional Autónoma de Chota:

Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Académico Profesional de Enfermería [Internet].

2019 [acceso: 16/11/2021]. Disponible en:

<http://181.65.155.170/bitstream/UNACH/120/1/satisfacci%C3%B2n%20del%20paciente%20hospitalizado%20frente%20al%20cuidado%20enfermero.%20Hospital%20Jos%C3%A8%20Soto%20Cadenillas%2C%20Chota%20-%202017.pdf>

- Davila Rivera J, Sifuentes Díaz SA, Dávila Rivera J, Sifuentes Díaz SA. Nivel de calidad de atención y satisfacción del cliente de un centro de terapia física y rehabilitación del Hospital de Solidaridad de Carabaylo, Lima - Perú 2020 [Tesis]. Universidad Norbert Wiener [Internet]. 2020 [acceso: 16/05/2021]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/5718>
- Durango Olivero MJ. Evaluación de la política de seguridad del paciente, en la ese hospital San Francisco de Ciénaga de Oro, durante el cuarto trimestre de 2019 [Tesis]. Universidad de Córdoba: Facultad de Ciencias de la Salud [Internet]. 2019 [acceso: 16/05/2021]. Disponible en: <https://repositorio.unicordoba.edu.co/bitstream/handle/ucordoba/2556/>
- Febres Ramos RJ, Mercado Rey MR. Satisfacción del usuario y calidad de atención del servicio de medicina interna del Hospital Daniel Alcides Carrión. Huancayo - Perú. Rev Fac Med Hum [Internet]. 2020 Jul [acceso: 11/11/2021]; 20(3):397-403. DOI: <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v20i3.3123>
- Fernández Silva CA, Mansilla Cordeiro EJ, Aravena Flores A, Antífirre Mansilla B, Garcés Saavedra MI. Percepción de los pacientes hospitalizados respecto del cuidado de enfermería. Enfermería (Montevideo) [Internet]. 2022 [acceso: 27/04/2022]; 11(1):e2635. DOI: <https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2635>

- Garaycochea Cannon V. Auditoría médica. Paediatrica [Internet]. 2000 [acceso: 17/08/2021]; 3(1): 27-8. Disponible en: [https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/paediatrica/v03\\_n1/auditor%C3%ADa.htm](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/paediatrica/v03_n1/auditor%C3%ADa.htm)
- George Quintero RS, Laborí Ruiz R, Bermúdez Martínez LA, González Rodríguez Aspectos teóricos sobre eficacia, efectividad y eficiencia en los servicios de salud. Rev Inf Cient [Internet]. 2017 [acceso: 11/11/2021]; 96(6):1153-63. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5517/551764135018/html/>
- Gonzales Martínez E, Iribarren Calderón H, Vilca Rojas X. Evaluación de los indicadores de la seguridad del paciente en los servicios de cuidados intensivos. Lima. 2018 [Tesis]. Universidad Peruana Cayetano Heredia: Facultad de Enfermería [Internet]. 2018 [acceso: 16/05/2021]. Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/3956/>
- Guerrero Antón ER. Calidad del cuidado y aplicación de medidas preventivas de úlceras por presión en pacientes postrados, servicio de medicina, Hospital Alberto Sabogal Essalud 2018 [Tesis]. Universidad INCA Garcilaso de la Vega: Facultad de Enfermería [Internet]. 2018 [acceso: 16/11/2021]. Disponible en: [http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/3351/TESIS\\_ELIZABETH%20ROSA%20GUERRERO%20ANT%C3%93N.pdf?sequence=2](http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/3351/TESIS_ELIZABETH%20ROSA%20GUERRERO%20ANT%C3%93N.pdf?sequence=2)
- Hernández R. Una visión humanista del cuidado de enfermería. Rev Cuba Enferm [Internet]. 2019 [acceso: 16/05/2021]; 34(4):e2028. Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2008>
- Jiménez Muñoz AB, Martínez Mondejar B, Muiño Miguez A, Romero Ayuso D, Saiz Ladera GM, Criado Álvarez JJ. Errores de prescripción, transcripción y administración según grupo

farmacológico en el ámbito hospitalario. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2019 [acceso: 10/08/2021]; 93:e201901004. Disponible en:

<https://www.scielosp.org/article/resp/2019.v93/e201901004/es/>

- Jiménez Reyes MO, Fuentes González N. Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en pacientes diabéticos hospitalizados. Revista Investig Salud Univ Boyacá [Internet]. 2018 [acceso: 16/11/2021];5(2):219-45 DOI: <https://doi.org/10.24267/23897325.319>
- Leiva Velásquez LM. Monitoreo de esterilización a vapor a través de la verificación de indicadores en el Instituto Nacional Cardiovascular [Tesis]. Universidad Norbert Wiener [Internet]. 2020 [acceso: 16/05/2021]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/5993>
- León Chávez BL, Rubina Pardave L. Intervención educativa en el cuidado de úlceras por presión en enfermeras del hospital Carlos Lanfranco la Hoz. Puente piedra 2021 [Tesis]. Universidad Nacional José Faustino Sánchez Carrión: Escuela Profesional de Enfermería [Internet]. 2021 [acceso: 16/11/2021]. Disponible en: <https://repositorio.unjfsc.edu.pe/bitstream/handle/UNJFSC/5794/LEON%20y%20RUBINA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- López Tarrida AC, Ruiz Romero V, González Martín T. Cuidando con sentido: la atención de lo espiritual en la práctica clínica desde la perspectiva del profesional. Rev Esp Salud Pública [Internet]. 2020 [acceso: 10/08/2021]; 94:e202001002. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/resp/2020.v94/202001002/es>
- Lucas Cedeño EM. Seguridad del paciente y factores asociados al cuidado de enfermería de un hospital público en Durán, Ecuador, 2021 [Tesis]. Universidad César Vallejo: Escuela de

postgrado [Internet]. 2018 [acceso: 16/11/2021]. Disponible en:  
[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/72333/Lucas\\_CEM-SD.pdf?sequence=1](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/72333/Lucas_CEM-SD.pdf?sequence=1)

- Luna Figueroa PC. Calidad de los cuidados de Enfermería y la satisfacción de los pacientes hospitalizados del servicio de medicina, Hospital María Auxiliadora, 2018 [Tesis]. Universidad INCA Garcilaso de la Vega: Facultad de Enfermería [Internet]. 2018 [acceso: 16/11/2021]. Disponible en:  
[http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/3321/TESIS\\_LUNA%20FIGUEROA%20PATRICIA%20CATHERINE.pdf?sequence=2&isAllowed=n](http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/3321/TESIS_LUNA%20FIGUEROA%20PATRICIA%20CATHERINE.pdf?sequence=2&isAllowed=n)
- Macías Serrano SA, Sampin Jiménez KA. Calidad del cuidado de enfermería desde la perspectiva del paciente hospitalizado [Tesis]. Universidad de Guayaquil: Facultad de Ciencias Médicas [Internet]. 2021 [acceso: 16/11/2021]. Disponible en:  
<http://repositorio.uq.edu.ec/bitstream/redug/58455/1/TESIS-1794-MACIAS-SAMPIN%20%20LIC.%20KETTY%20SANCHEZ.pdf>
- Marcillo Portilla AC, Zapata Dávila, MA. Factores asociados a la adherencia del protocolo de lavado de manos del personal de salud según la Organización Mundial de Salud [Tesis]. Universidad Santiago de Cali: Facultad de Salud [Internet]. 2019 [acceso: 16/05/2021]. Disponible en: <https://repository.usc.edu.co/handle/20.500.12421/6708>
- Moreno Lavín D. Calidad del cuidado de enfermería en la especialidad de Oftalmología. Rev Cuba Oftalmol [Internet]. 2019 Dic [acceso: 13/11/2021]; 32(4):e729. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21762019000400014&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762019000400014&lng=es)
- Morera Ordoñez AP, García Escobar GJ. Implicaciones de la calidad de las historias clínicas en la gestión de los procesos de auditoría en las EPS en Colombia a partir de la

- implementación del sistema de garantía calidad [Tesis]. Universidad Santiago de Cali: Facultad de Salud [Internet]. 2019 [acceso: 16/05/2021]. Disponible en: <https://repository.usc.edu.co/handle/20.500.12421/5654>
- Mori Pizarro L. Uso de los indicadores biológicos en el control de la esterilización de instrumental quirúrgico odontológico [Tesis]. Universidad Norbert Wiener [Internet]. 2019 [acceso: 16/05/2021]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/1762>
  - Noriero Escalante S, Avalos García MI, Priego Álvarez HR. La evaluación de la calidad en salud desde la óptica de los pacientes. INFODIR [Internet]. 2020 Sep-Dic [acceso: 11/11/2021]; 32:e769. Disponible en: <http://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/769>
  - Pérez Pulido M, Orlandoni Merli G, Ramoni Perazzi J, Valbuena Vence M. Percepción de la calidad en la prestación de servicios de salud con un enfoque seis sigmas. Rev Cuba de Salud Pública [Internet]. 2018 [acceso: 10/08/2021]; 44(2):e838. Disponible en: <http://www.revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/838>
  - Quispe Casanova AA. Conocimientos y actitudes sobre eventos adversos en la cultura de seguridad del paciente del personal de salud de la Clínica Divino Niño Jesús. Lima. 2019 [Tesis]. Universidad Norbert Wiener [Internet]. 2020 [acceso: 16/05/2021]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/4039>
  - Recasens López M, Villamor Ordozgoiti A, Sanz Díez M, Sánchez Morillo M, Serna Landete R, Asensio Rubio Y. Eficacia de un plan de cuidados de enfermería específico para el paciente con delirio. Rev Cuba Enferm [Internet]. 2019 [acceso: 16/05/2021]; 35(1):e1749. Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1749>

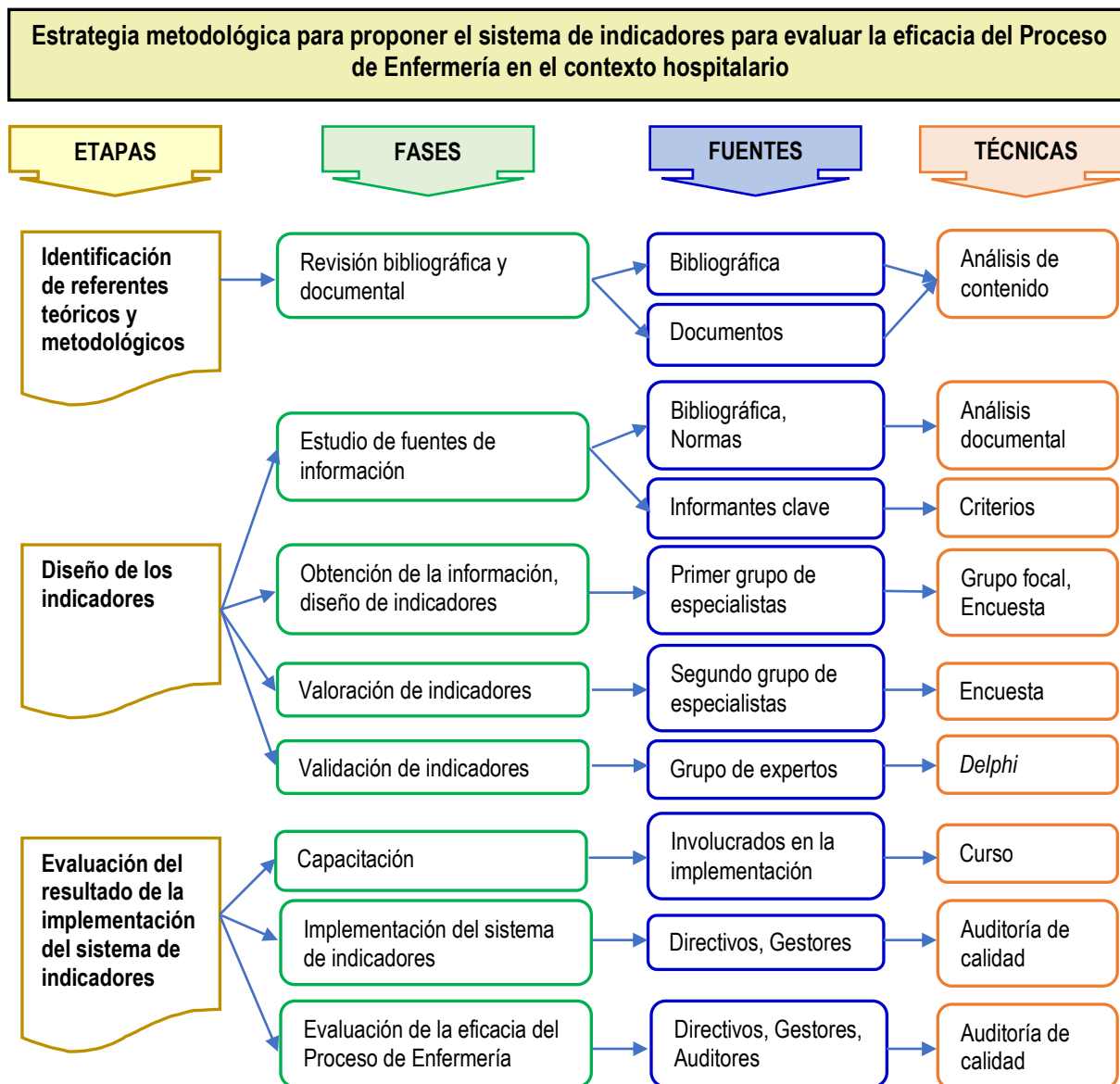
- Rodríguez Abrahantes T, Rodríguez Abrahantes A. Dimensión ética del cuidado de enfermería. Rev Cuba Enferm [Internet]. 2018 [acceso: 16/05/2021]; 34(3):e2430. Disponible en: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2430>
- Romero Montoya I, Pino Díaz MC. Cultura de seguridad del paciente del personal, asistencial del servicio de cirugía de la clínica Cristo Rey, durante el periodo de septiembre a octubre de 2019 [Tesis]. Universidad Santiago de Cali: Facultad de Salud [Internet]. 2020 [acceso: 16/05/2021]. Disponible en: <https://repository.usc.edu.co/handle/20.500.12421/5650>
- Roque González R, Ruiz Torres JF, Torres Peña R, Brito Álvarez G, Guerra del Valle D, Guerra Bretaña RM. Gestión de la calidad y el conocimiento en los servicios hospitalarios en tiempos de pandemia. INFODIR [Internet]. 2020 [acceso: 11/11/2021]; 32:e850. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/infodir/ifd-2020/ifd2033e.pdf>
- Ruiz Cerino JM, Tamariz López MM, Méndez González LA, Torres Hernández L, Duran Badillo T. Percepción de la calidad del cuidado de Enfermería desde la perspectiva de personas hospitalizadas en una institución pública Rev Sanus 2020 [acceso: 16/05/2021]; 5(14):e174. Disponible en: <https://doi.org/10.36789/sanus.vi14.174>



## Índice de Anexos

<b>Anexo 1</b>	Estrategia metodológica para proponer el sistema de indicadores para evaluar la eficacia del Proceso de Enfermería en el contexto hospitalario
<b>Anexo 2</b>	Carta de Invitación para formar parte del panel de especialistas
<b>Anexo 3</b>	Guía de grupo focal con especialistas
<b>Anexo 4</b>	Esquema de diseño del sistema de indicadores para evaluar la eficacia del Proceso de Enfermería en el contexto hospitalario
<b>Anexo 5</b>	Estructura de la ficha del indicador
<b>Anexo 6</b>	Carta de Invitación para directivos y gestores de Enfermería de hospitales
<b>Anexo 7</b>	Cuestionario entregado a directivos y gestores de Enfermería de hospitales para valorar la propuesta de indicadores elaborada
<b>Anexo 8</b>	Carta de Invitación para expertos potenciales
<b>Anexo 9</b>	Algoritmo para el cálculo del coeficiente de competencia de los expertos.
<b>Anexo 10</b>	Encuesta para determinar coeficiente de competencia de los expertos
<b>Anexo 11</b>	Resultados del coeficiente de competencia de los expertos
<b>Anexo 12</b>	Caracterización de los expertos sobre coeficiente de competencia y otras variables sociolaborales y científicas
<b>Anexo 13</b>	Fichas de descripción de los indicadores propuestos
<b>Anexo 14</b>	Cuestionario para la encuesta a jueces expertos
<b>Anexo 15</b>	Ficha de descripción del indicador 13. Índice de cuidados de enfermería perdidos alcanzado (Modificada)
<b>Anexo 16</b>	Consentimiento informado de los pacientes seleccionados para el pilotaje del proceso de validación de la encuesta de satisfacción
<b>Anexo 17</b>	Escala para la validación facial de la encuesta para nivel de satisfacción con los servicios de enfermería en el contexto hospitalario
<b>Anexo 18</b>	Encuesta a expertos para validar instrumento SERVQUAL
<b>Anexo 19</b>	Encuesta SERVQUAL
<b>Anexo 20</b>	Ficha de descripción del indicador 14. Índice de satisfacción del paciente y acompañante con la calidad de la atención de enfermería alcanzado. (Modificada)
<b>Anexo 21</b>	Cuestionario para la encuesta a jueces expertos para validar indicadores modificados
<b>Anexo 22</b>	Procedimiento de auditoría interna
<b>Anexo 23</b>	Resultados de las valoraciones de los criterios básicos de Moriyama emitidos por los expertos para validar los indicadores
<b>Anexo 24</b>	Resultados de las valoraciones de los criterios básicos de Moriyama emitidos por los expertos para validar el sistema de indicadores
<b>Anexo 25</b>	Puntuación otorgada por los especialistas a los criterios básicos CREMA por indicador
<b>Anexo 26</b>	Sistema de indicadores validado para evaluar la eficacia del Proceso de Enfermería en el contexto hospitalario
<b>Anexo 27</b>	Programa del curso "Indicadores de evaluación de la eficacia del Proceso de Enfermería en el contexto hospitalario"
<b>Anexo 28</b>	Ficha del Proceso CG P 05 Atención de Enfermería
<b>Anexo 29</b>	Resultados de la encuesta para nivel de satisfacción sobre la atención de Enfermería en el contexto hospitalario
<b>Anexo 30</b>	Resultados del Alfa de Cronbach para la valoración de la consistencia interna de la encuesta
<b>Anexo 31</b>	Resultados del coeficiente de <i>V de Aiken</i>
<b>Anexo 32</b>	Resultados de las valoraciones de los criterios básicos de Moriyama emitidos por los expertos para validar los cambios propuestos al indicador 13. y 14.
<b>Anexo 33</b>	Tablas y gráficos

Anexo 1.



Fuente: Elaboración propia

## **Anexo 2. Carta de Invitación para formar parte del panel de especialistas**

Como parte del proyecto “**Sistema de indicadores para evaluar la eficacia del Proceso de Enfermería en el contexto hospitalario**”, lo invitamos a participar como potencial especialista colaborador en un grupo de trabajo en la investigación.

El objetivo fundamental de este grupo, será elaborar un documento que contenga una propuesta de indicadores para evaluar la eficacia del Proceso de Enfermería. Las actividades de este grupo se desarrollarán en sesiones de trabajo que serán convocadas con antelación.

El grupo estará integrado por profesionales de Enfermería, relacionados con los procesos de dirección y de la calidad.

Si usted acepta esta invitación, necesitamos nos haga llegar la siguiente información:

a) Años de experiencia laboral: \_\_\_\_\_

b) Grado científico alcanzado (marque con una X, puede marcar ambas opciones si es el caso):

\_\_\_ Doctor en Ciencias.           Especifique en qué área: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Máster en Ciencias.        Especifique en qué área: \_\_\_\_\_

c) Categoría docente que usted posee (marque con una X)

\_\_\_ Instructor \_\_\_ Profesor asistente \_\_\_ Profesor auxiliar \_\_\_ Profesor titular

d) Refleje la cantidad de publicaciones, relacionadas con la calidad en los que usted aparece como uno de los autores, dentro de los últimos 5 años. \_\_\_\_\_

e) Años de experiencia como directivo o gestor de los servicios de Enfermería en el contexto hospitalario: \_\_\_ (sólo para personal de Enfermería)

f) ¿Está usted vinculado al desarrollo de Sistemas de Gestión de la Calidad? (marque con una x):

\_\_\_ Si \_\_\_ No

g) Si su respuesta a la pregunta anterior fue “Si”, por favor responda: ¿por cuántos años ha estado Usted vinculado al desarrollo de sistemas de gestión de la calidad? \_\_\_\_\_

Todos los datos que Usted brinde en el presente documento, serán utilizados exclusivamente con fines científicos y no serán divulgados. Para cualquier duda que Usted necesite esclarecer con el investigador y el envió de su respuesta, utilice la siguiente dirección de correo electrónico:

[lazarohv@infomed.sld.cu](mailto:lazarohv@infomed.sld.cu)

En espera de su colaboración

MsC. Lázaro Luis Hernández Vergel  
Investigador

### Anexo 3. Guía de grupo focal con especialistas

#### Participantes

- Enfermeras con responsabilidades directivas y de gestión de los servicios de Enfermería.
- Consultor y auditor de calidad.

Hora de comienzo: \_\_\_\_

Hora de terminación: \_\_\_\_

Lugar: Aula de la Clínica Central "Cira García"

#### Organización de la actividad

- Explicación de los objetivos de la reunión (diseñar indicadores de evaluación de la eficacia del Proceso de Enfermería en el contexto hospitalario).
- Se selecciona un facilitador para que conduzca la actividad y un registrador para que recopile las propuestas realizadas.
- Se orienta al facilitador para que guíe el grupo.

Buenos días/tardes. Mi nombre es \_\_\_\_\_ y estamos realizando un estudio con el objetivo de proponer un sistema de indicadores para evaluar la eficacia del Proceso de Enfermería en el contexto hospitalario.

La idea es poder conocer sus opiniones para colaborar con el diseño y posterior implementación de un sistema de indicadores.

En este sentido, siéntanse libres de compartir sus ideas en este espacio. Aquí no hay respuestas correctas o incorrectas; lo que importa es justamente su opinión sincera.

Cabe aclarar que la información es sólo para nuestro trabajo, sus respuestas serán unidas a otras opiniones de manera anónima y en ningún momento se identificará qué dijo cada participante.

Para agilizar la toma de la información, resulta de mucha utilidad grabar la conversación. Tomar notas a mano demora mucho tiempo y se pueden perder cuestiones importantes. ¿Existe algún inconveniente en que grabemos la conversación? El uso de la grabación es sólo a los fines de análisis y serán borradas después de su transcripción.

¡Desde ya muchas gracias por su tiempo!

**Moderador:** tener presente las características por las cuales se conformó el grupo. Antes de comenzar, solicitar a los participantes una breve presentación de cada uno, detallando, categoría profesional, años de experiencia laboral, puesto de trabajo.

Hoy en día, ¿Qué beneficios creen que aportan los indicadores de eficacia en la gestión de Enfermería? ¿Por qué? ¿En qué benefician? ¿Presentan algún obstáculo? ¿Cuáles? ¿Por qué?

A nivel personal, ¿Utilizan algún tipo de indicador de eficacia? ¿Cuáles? ¿Para qué? ¿Por qué sí? ¿Por qué no?

### **Diseño de indicadores**

Ahora pensando en el hospital:

¿Cuáles son las principales herramientas que se utilizan para evaluar la calidad? ¿De cuáles disponen para trabajar dentro del hospital? ¿Conoce de alguna utilizada fuera del hospital?

En el hospital ¿utilizan herramientas de evaluación de la calidad para la gestión del Proceso de Enfermería?

### **SI NO UTILIZAN, PREGUNTAR**

¿Por qué no utilizan? ¿Qué limitaciones le ven? ¿Cuáles utilizarían y por qué? ¿Para qué?

### **SI UTILIZAN, PREGUNTAR**

¿Cuáles utilizan? ¿Por qué utilizan estas herramientas? ¿Para qué tipo de trabajos? ¿Cuáles son las ventajas de utilizar estas herramientas? ¿Cuáles son las principales limitaciones u obstáculos que les genera su uso? ¿Hay alguna herramienta que no utilizan por el momento y les gustaría utilizar? ¿Para qué tipo de actividades? ¿Qué les aportaría esta herramienta?

### **A TODOS**

#### **Objetivo del indicador**

¿Qué objetivos de trabajo del Proceso de Enfermería requieren ser medidos? ¿Cómo cree usted que pueden ser medidos?

#### **Selección del indicador**

¿Qué indicadores interesa poner en marcha?

¿Qué indicadores usted propone para evaluar el logro del objetivo propuesto? ¿Por qué ese y no otro?

¿Cuál de los indicadores propuestos para este objetivo debemos seleccionar? ¿Por qué? ¿Cuál de los indicadores propuestos es menos costoso? ¿Cuál de los indicadores propuesto para este objetivo es más fiable el proceso de captación de sus datos?

#### **Denominación del indicador**

¿Cómo denominaría ese indicador? ¿Por qué lo denomina así y no de otra manera? ¿Cuál es la tipología del indicador propuesto? ¿Qué otra denominación le daría?

### **Descripción del indicador**

¿Qué información va a proporcionar este indicador?

¿Qué conceptos o variables forman parte del indicador? ¿Cree exista alguna más? ¿Cuáles?

¿Por qué cree relevante la medición de este indicador? ¿Por qué cree que es ese y no otro?

### **Forma de Cálculo**

¿El indicador que propone es cuantitativo o cualitativo?

¿Cómo puede calcularse el indicador propuesto? ¿Existe otra fórmula para su cálculo? ¿Cuál de las formas de calcularlo propuestas cree es mejor para este indicador? ¿Por qué? ¿Cuál es la unidad de medida en la que se expresa el indicador?

### **Fuentes de información**

¿Qué fuentes de información pueden ser útiles para este indicador? ¿Considera que existen otras fuentes? ¿Cuáles cree son más pertinentes? ¿Por qué?

### **Forma de representación**

¿Cómo puede ser representado visualmente este indicador en el tiempo? ¿Cree exista otra forma de representación de este indicador? ¿Cuál? ¿Cuál cree se la mejor? ¿Por qué?

### **Definición de responsabilidades**

¿Quiénes tienen responsabilidades en el control del indicador? ¿Quién debe recoger los datos del indicador? ¿Quién es responsable de determinar los valores cualitativos o cuantitativos del indicador?

¿Quién debe ser responsable de comunicar el indicador? ¿Por qué?

### **Definición de umbrales**

¿Cuáles deben ser los valores o resultados estándares a alcanzar con este indicador? ¿Por qué?

¿Cree Usted que pueda ser un rango, de ser así cuáles serían los valores mínimos y máximos tolerables?

### **Periodicidad de la medición del indicador**

¿Con qué frecuencia se debe analizar el indicador? ¿Por qué?

Ahora bien, para terminar, ¿Cómo se imaginan el hospital dentro de cinco años, en relación con el uso de indicadores para evaluar la eficacia del Proceso de Enfermería?

¿Y cómo se imaginan a los directivos y gestores de Enfermería respecto a su vínculo con los indicadores para sus prácticas gerenciales?

¿Cuáles son las principales barreras para su uso en el hospital? ¿Cuáles son las principales necesidades para su incorporación completa o para su incremento en el uso?

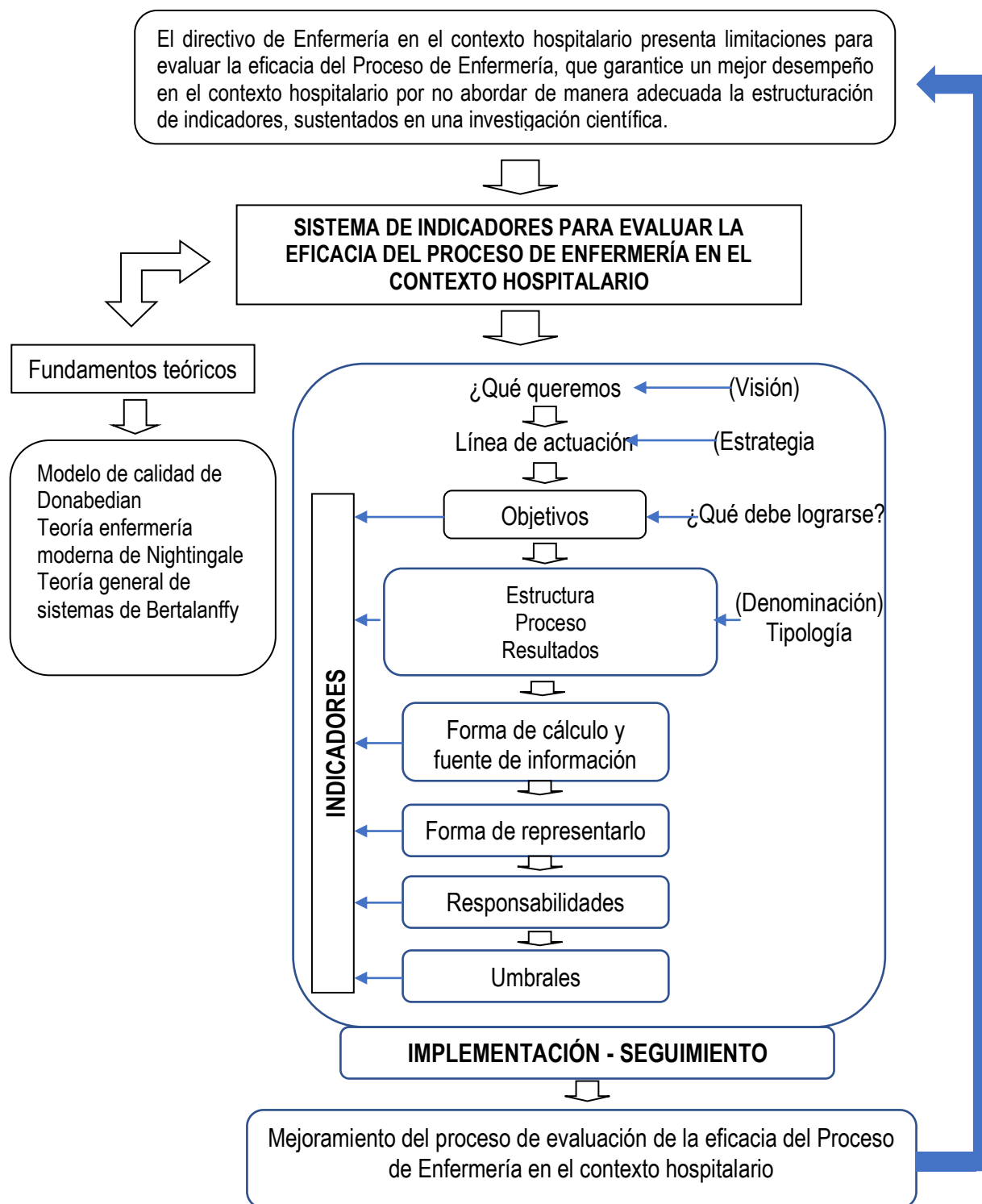
¿Qué será lo mejor y lo peor de usar los indicadores para los procesos gerenciales?

Finalmente, ¿Algún otro comentario que quieran agregar?

Lectura del facilitador de un resumen de las propuestas realizadas.

¡Muchas Gracias!

#### Anexo 4. Esquema de diseño del sistema de indicadores para evaluar la eficacia del Proceso de Enfermería en el contexto hospitalario



Fuente: Elaboración propia



## Anexo 5. Estructura de la ficha del indicador

<p><b>Clave de referencia del indicador:</b> Código que se utiliza para identificarlo en un contexto organizacional; tiene como finalidad de distinguir un indicador de otros y permite su rápida ubicación.</p>	<p><b>Nombre del indicador:</b> Denominación que designa al indicador que se va a describir; es necesario enunciarlo de manera clara, precisa y concisa.</p>	<p><b>Objetivo del indicador:</b> Plantea la meta que se debe alcanzar; Se redacta a partir de un verbo en infinitivo.</p>
<p><b>Descripción del indicador:</b> Descripción de la información que este va a proporcionar. Se incorporan los principales aspectos por los cuales fue definido el indicador, qué se va a medir y por qué es relevante su medición.</p> <p><b>Descripción de términos:</b> Especificación de vocablos que están incluidos en el nombre del indicador; se debe definir lo que significan para el equipo de trabajo.</p>		
<p><b>Formula del indicador:</b> Enunciado gramatical que indica claramente lo que se quiere medir y cuál es su índice de relación. Esta expresión gramatical se convierte en una fórmula matemática, en la que el numerador es la sumatoria de los puntos alcanzados por las actividades realizadas con eficiencia y el denominador corresponde a la sumatoria esperada por el total de las actividades del proceso; el resultado se multiplica por 100 para que represente el índice de eficiencia global del indicador en términos de porcentaje.</p>		
<p><b>Estándar o umbrales de desempeño:</b> Norma establecida y validada a través de la teoría y la práctica, con base en las realidades locales y la situación ideal que se desea alcanzar.</p>	<p><b>Fuente de datos:</b> Designa a las personas, actividades y documentos que se evalúan durante la investigación, es decir, los que aportan la información, así como el desarrollo de los procesos a partir de los cuales se puede hacer la recolección y el análisis de los datos.</p>	
<p><b>Origen del indicador:</b> Describe el ámbito en el que se puede aplicar el estándar; puede ser universal, regional o institucional.</p>		
<p><b>Periodicidad de la medición:</b> Frecuencia con que se va a monitorear el indicador, los periodos pueden ser semanales, mensuales, bimestrales, semestrales y anuales; este último es el lapso máximo aceptable.</p>	<p><b>Presentación de los resultados:</b> Exposición de los productos de la investigación, así como de los logros obtenidos al aplicar este método de medición; la presentación puede hacerse mediante tablas, cuadros, gráficos o bases de datos.</p>	
<p><b>Tipología:</b> Se declara el tipo de indicador (Estructura, Proceso, Resultado).</p>		
<p><b>Definición de responsabilidades:</b> Se establecen las responsabilidades para la recogida de datos, determinación de los valores cuantitativos o cualitativos del indicador y comunicación de los resultados.</p>		

## **Anexo 6. Carta de Invitación para directivos y gestores de Enfermería de hospitales**

Como parte del proyecto “**Sistema de indicadores para evaluar la eficacia del Proceso de Enfermería en el contexto hospitalario**”, lo invitamos a participar como potencial especialista colaborador en un grupo de trabajo en la investigación.

El objetivo fundamental de este grupo será revisar un documento que contenga una propuesta de indicadores para evaluar la eficacia del Proceso de Enfermería. Las actividades de este grupo se desarrollarán en sesiones de trabajo que serán convocadas con antelación en su institución laboral.

El grupo estará integrado por profesionales de Enfermería, vinculados a los procesos de dirección y gestión de los servicios de Enfermería.

Si Usted acepta esta invitación, necesitamos nos haga llegar la siguiente información:

a) Institución dónde se desempeña: \_\_\_\_\_

b) Años de experiencia laboral: \_\_\_\_

c) Grado científico alcanzado (marque con una X, puede marcar ambas opciones si es el caso):

\_\_\_\_ Doctor en Ciencias. Especifique en qué área: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Máster en Ciencias. Especifique en qué área: \_\_\_\_\_

d) Categoría docente que usted posee (marque con una X)

\_\_\_\_ Instructor \_\_\_\_ Profesor asistente \_\_\_\_ Profesor auxiliar \_\_\_\_ Profesor titular

e) Refleje la cantidad de publicaciones relacionadas con la calidad en las que Usted aparece como uno de los autores, dentro de los últimos 5 años. \_\_\_\_

f) Responsabilidad directiva dentro de la institución: \_\_\_\_ Jefa/e de enfermería \_\_\_\_ Enfermera/o supervisor \_\_\_\_ Jefa/e de sala \_\_\_\_ Jefa/e de área.

g) Años de experiencia como directivo o gestor de los servicios de enfermería en el contexto hospitalario: \_\_\_\_

h) ¿Está usted vinculado al desarrollo de sistemas de gestión de la calidad de su centro laboral? (marque con una x): \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

i) Si su respuesta a la pregunta anterior fue “Si”, por favor responda: ¿por cuántos años ha estado Usted vinculado al desarrollo de sistemas de gestión de la calidad? \_\_\_\_

Todos los datos que Usted brinde en el presente documento, serán utilizados exclusivamente con fines científicos y no serán divulgados. Para cualquier duda que Usted necesite esclarecer con el investigador y el envío de su respuesta, utilice la siguiente dirección de correo electrónico: [lazarohv@infomed.sld.cu](mailto:lazarohv@infomed.sld.cu)

En espera de su colaboración

MSc. Lázaro Luis Hernández Vergel  
Investigador

**Anexo 7. Cuestionario entregado a directivos y gestores de Enfermería de hospitales para valorar la propuesta de indicadores elaborada**

Estimado directivo o gestor de Enfermería, después de múltiples sesiones de trabajo de un grupo de especialistas se ha llegado a la siguiente versión de la propuesta de indicadores para evaluar la eficacia del Proceso de Enfermería en el contexto hospitalario. Teniendo en cuenta su experiencia al respecto, solicitamos emita su criterio sobre la lista, antes de entregarla al proceso de validación por un grupo de expertos.

Para emitir su opinión, utilice la escala cualitativa que aparece a continuación, marcando con una X solo una de las opciones.

<b>Escala de valoración</b>	<b>Marque con una X</b>
Muy Adecuado	
Bastante Adecuado	
Adecuado	
Poco Adecuado	
Inadecuado	

Si lo cree pertinente, a continuación, puede realizar aclaraciones, emitir criterios y sugerencias; así como proponer nuevos indicadores:

---

---

---

En espera de su colaboración

MSc. Lázaro Luis Hernández Vergel  
Investigador

## Anexo 8. Carta de Invitación para expertos potenciales

Estimado (a) compañero (a):

Como parte del proyecto “**Sistema de indicadores para evaluar la eficacia del Proceso de Enfermería en el contexto hospitalario**”, lo invitamos a participar como potencial juez experto colaborador en la investigación.

El objetivo fundamental de este grupo de expertos, será validar una propuesta de indicadores para evaluar la eficacia del Proceso de Enfermería en el contexto hospitalario. Las actividades de este grupo, se desarrollarán con el método *Delphi* en las rondas que se requieran, pero que no es necesario hacerlo de manera presencial.

El grupo estará integrado por profesionales de Enfermería, vinculados a procesos de dirección y de la calidad, así como auditores y consultores de la calidad de amplia experiencia.

Si Usted acepta esta invitación, necesitamos nos haga llegar la siguiente información:

a) Profesión: \_\_\_\_\_

b) Años de experiencia laboral: \_\_\_\_

c) Grado científico alcanzado (marque con una X, puede marcar ambas opciones si es el caso):

\_\_\_ Doctor en Ciencias.      Especifique en qué área: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Máster en Ciencias.      Especifique en qué área: \_\_\_\_\_

d) Categoría docente que usted posee (marque con una X)

\_\_\_ Instructor \_\_\_ Profesor asistente \_\_\_ Profesor auxiliar \_\_\_ Profesor titular

e) Refleje la cantidad de publicaciones relacionadas con la calidad en las que Usted aparece como uno de los autores, dentro de los últimos 5 años. \_\_\_\_

f) Años de experiencia como directivo o gestor de los servicios de Enfermería en el contexto hospitalario: \_\_\_\_  
(sólo para personal de enfermería)

g) ¿Está Usted vinculado al desarrollo de Sistemas de Gestión de la Calidad? (marque con una x):

\_\_\_ Si \_\_\_ No

h) Si su respuesta a la pregunta anterior fue “Si”, por favor responda: ¿por cuántos años ha estado Usted vinculado al desarrollo de sistemas de gestión de la calidad? \_\_\_\_

Todos los datos que Usted brinde en el presente documento, serán utilizados exclusivamente con fines científicos y no serán divulgados. Para cualquier duda que Usted necesite esclarecer con el investigador y el envió de su respuesta, utilice la siguiente dirección de correo electrónico: [lazarohv@infomed.sld.cu](mailto:lazarohv@infomed.sld.cu)

En espera de su colaboración

MsC. Lázaro Luis Hernández Vergel  
Investigador

## Anexo 9. Algoritmo para el cálculo del coeficiente de competencia de los expertos

Secuencia de pasos a seguir:

1. Confeccionar un listado inicial de personas posibles de cumplir los requisitos para ser expertos en la materia a trabajar.
2. Realizar una valoración sobre el nivel de experiencia que poseen, evaluando de esta forma los niveles de conocimientos que poseen sobre la materia. Para ello, se realiza una primera pregunta para una autoevaluación de los niveles de información y argumentación que tienen sobre el tema en cuestión. En esta pregunta, se les pide que marquen con una X, en una escala creciente del 1 al 10, el valor que se corresponde con el grado de conocimiento o información que tienen sobre el tema a estudiar.

Expertos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1										
2										
3										

3. A partir de aquí se calcula fácilmente el **coeficiente de conocimiento o información (K<sub>c</sub>)**, a través de la siguiente fórmula:

$$K_c = n(0,1)$$

Donde:

K<sub>c</sub>: coeficiente de conocimiento o información

n: rango seleccionado por el experto

4. Se realiza una segunda pregunta, que permite valorar un grupo de aspectos que influyen sobre el nivel de argumentación o fundamentación del tema a estudiar.

Fuentes de argumentación o fundamentación	Alto	Medio	Bajo
Análisis teóricos realizados por Usted			
Su experiencia obtenida			
Trabajos de autores nacionales			
Trabajos de autores extranjeros			
Su conocimiento del estado del problema en el extranjero			
Su intuición			

5. Aquí se determinan los aspectos de mayor influencia. A partir de estos valores reflejados por cada experto en la tabla, se contrastan con los valores de una tabla patrón:

<b>Fuentes de argumentación o fundamentación</b>	<b>Alto</b>	<b>Medio</b>	<b>Bajo</b>
Análisis teóricos realizados por Usted	0.3	0.2	0.1
Su experiencia obtenida	0.5	0.4	0.2
Trabajos de autores nacionales	0.05	0.05	0.05
Trabajos de autores extranjeros	0.05	0.05	0.05
Su conocimiento del estado del problema en el extranjero	0.05	0.05	0.05
Su intuición	0.05	0.05	0.05

6. Los aspectos que influyen sobre el nivel de argumentación o fundamentación del tema a estudiar permiten calcular el **coeficiente de argumentación** ( $K_a$ ) de cada experto:

$$K_a = (n_1 + n_2 + n_3 + n_4 + n_5 + n_6)$$

Donde:

$K_a$ : coeficiente de argumentación

$n_i$ : valor correspondiente a la fuente de argumentación (1 hasta 6)

7. Una vez obtenido los valores del **coeficiente de conocimiento** ( $K_c$ ) y el **coeficiente de argumentación** ( $K_a$ ) se procede a obtener el valor del **coeficiente de competencia** ( $K$ ) que finalmente es el coeficiente que determina en realidad que experto se toma en consideración para trabajar en esta investigación. Este coeficiente ( $K$ ) se calcula de la siguiente forma:

$$K = 0,5 (K_c + K_a)$$

Donde:

$K$ : coeficiente de competencia

$K_c$ : coeficiente de conocimiento

$K_a$ : coeficiente de argumentación

8. Posteriormente obtenido los resultados se valoran de la manera siguiente:

$0,8 < K < 1,0$  coeficiente de competencia alto

$0,5 < K < 0,7$  coeficiente de competencia medio

$K \leq 0,4$  coeficiente de competencia bajo

9. Se utilizan para la consulta expertos de competencia alta.

## Anexo 10. Encuesta para determinar coeficiente de competencia de los expertos

Por favor, conteste las siguientes preguntas:

1. Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_

2. Calificación profesional (marque con una X)

\_\_\_\_\_ Licenciada (o) en Enfermería

\_\_\_\_\_ Licenciada (o) en Enfermería dedicado a lo administración

\_\_\_\_\_ Licenciada (o) en Enfermería dedicado a la docencia

\_\_\_\_\_ Auditor de calidad

3. Fecha de graduación como: \_\_\_\_\_

4. Fecha de graduación como especialista (especificar): \_\_\_\_\_

5. Años de experiencia en la evaluación de la calidad: \_\_\_\_\_

6. Marque con una X, en una escala creciente del 1 al 10, el valor que se corresponde con el grado de conocimiento o información que Usted posee sobre sistemas de indicadores para evaluación de la calidad.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

7. Marque con una X, cómo Usted valora su nivel de argumentación o fundamentación sobre sistemas de indicadores para evaluación de la calidad desde la perspectiva de Enfermería:

Fuentes de argumentación o fundamentación	Alto	Medio	Bajo
Análisis teóricos realizados por Usted			
Su experiencia obtenida			
Trabajos de autores nacionales			
Trabajos de autores extranjeros			
Su conocimiento del estado del problema en el extranjero			
Su intuición			

**Muchas gracias**

**Anexo 11. Resultados del coeficiente de competencia de los expertos**

<b>Expertos</b>	<b>Kc</b>	<b>Ka</b>	<b>K</b>	<b>Valoración del coeficiente de competencia de cada experto</b>
1	0.8	0.8	0.80	Medio
2	0.8	0.9	0.85	Alto
3	0.7	0.8	0.75	Medio
4	0.8	1.0	0.90	Alto
5	0.8	1.0	0.90	Alto
6	0.7	0.8	0.75	Medio
7	0.9	0.9	0.90	Alto
8	0.9	0.8	0.85	Alto
9	0.7	0.6	0.65	Medio
10	0.8	0.9	0.85	Alto
11	0.9	0.9	0.90	Alto
12	0.8	0.9	0.85	Alto
13	0.7	0.8	0.75	Medio
14	0.9	0.9	0.90	Alto
15	0.8	0.8	0.80	Medio
16	0.8	0.9	0.85	Alto
17	0.8	1.0	0.90	Alto
18	0.8	0.8	0.80	Medio
19	0.8	0.9	0.85	Alto
20	0.7	0.8	0.75	Medio
21	0.9	0.9	0.90	Alto
22	0.8	0.9	0.85	Alto
23	0.8	0.9	0.85	Alto



**Anexo 12. Caracterización de los expertos sobre coeficiente de competencia y otras variables sociolaborales y científicas**

Expertos	Especialidad		Coeficiente de competencia	Experiencia laboral (años)	Tiempo vinculado a calidad (años)	Categoría docente	Grado científico		Publicación científica
	Enfermería	Auditor calidad					Doctor en ciencia	Máster en ciencia	
1	X		0,90	16	9	Profesor titular	X		3
2		X	0,90	32	25	Profesor titular	X		6
3	X		0,90	18	10	Profesor auxiliar		X	1
4		X	0,90	23	18	Profesor titular	X		12
5		X	0,90	27	20	Profesor titular	X		8
6		X	0,90	15	9	Profesor auxiliar		X	1
7		X	0,90	24	17	Profesor titular	X		7
8	X		0,85	13	8	Profesor auxiliar		X	2
9	X		0,85	17	9	Profesor auxiliar		X	1
10	X		0,85	22	10	Profesor auxiliar		X	2
11	X		0,85	19	11	Profesor auxiliar		X	2
12	X		0,85	34	18	Profesor titular	X		12
13	X		0,85	21	15	Profesor auxiliar		X	4
14	X		0,85	28	16	Profesor auxiliar		X	3
15	X		0,85	16	8	Profesor auxiliar		X	2
<b>Media de los resultados de seleccionados</b>			<b>0,87</b>	<b>21,66</b>	<b>11,20</b>				<b>4,4</b>
16	X		0,80	41	12	Profesor auxiliar		X	2
17	X		0,80	37	10	Profesor auxiliar		X	1
18	X		0,80	13	7	Instructor		X	1
19	X		0,75	14	6	Profesor auxiliar		X	1
20	X		0,75	12	7	Profesor auxiliar		X	1
21	X		0,75	16	9	Profesor auxiliar		X	2
22	X		0,75	15	8	Profesor auxiliar		X	1
23	X		0,65	11	8	Profesor auxiliar		X	1
<b>Media de los resultados totales</b>			<b>0,81</b>	<b>21,04</b>	<b>18,00</b>				<b>3,3</b>

### Anexo 13. Fichas de descripción de los indicadores propuestos

Ficha de descripción del indicador 01. Cobertura y cualificación de los recursos humanos de

Enfermería

<b>Clave de referencia del indicador: CG P 05 I 01</b>	<b>Nombre del indicador:</b> Cobertura y cualificación de los recursos humanos de Enfermería.	<b>Objetivo del indicador:</b> Mantener $\geq 95,00$ % la cobertura y cualificación de los recursos humanos de Enfermería.
<b>Descripción del Indicador (Descripción de términos):</b> <b>Recurso humano de enfermería:</b> persona con formación académica de Enfermería con cualificación y competencias para brindar cuidados de Enfermería acorde al puesto de trabajo.		
<b>Formula del indicador:</b> $\frac{\text{Cantidad de recurso humano disponible}}{\text{Cantidad de recurso humano aprobado}} \times 100$ $\frac{\text{Cantidad de recurso humano con cualificación para el puesto}}{\text{Cantidad de recurso humano disponible}} \times 100$		
<b>Estándar o umbrales de desempeño:</b> Es el resultado del índice de cobertura global de los recursos humanos de Enfermería cualificados para el puesto, representado en porcentaje. Ideal $\geq 95,00$ %.	<b>Fuente de datos:</b> Anexo 14 (Plantilla aprobada) Informes de recursos humanos Registros de recursos humanos de Enfermería Manuales de Organización y Procedimientos Hospitalarios (MOPH)	
<b>Origen del indicador:</b> Universal	<b>Presentación de los resultados:</b> Cuadros y gráfico de los datos obtenidos	
<b>Periodicidad de la medición:</b> Mensual.		
<b>Tipología:</b> Estructura		
<b>Definición de responsabilidades:</b> Recogida de datos: Enfermeras supervisoras y jefas de sala Determinación de los valores cuantitativos o cualitativos del indicador: Jefe Unidad calidad Comunicación de los resultados: Jefe Proceso Enfermería		

Ficha de descripción del indicador 02. Índice de prevención de lesiones por presión (LPP) en personas vulnerable alcanzado

<b>Clave de referencia del indicador:</b> CG P 05 I 02	<b>Nombre del indicador:</b> Índice de prevención de lesiones por presión (LPP) en personas vulnerable alcanzado.	<b>Objetivo del indicador:</b> Alcanzar un índice $\geq 98,00$ % de prevención de lesiones por presión (LPP) en personas vulnerable.
<b>Descripción del Indicador (Descripción de términos):</b> <b>Lesión por presión:</b> pérdida de continuidad de la piel y los tejidos subyacentes como resultado de presión prolongada, fricción o cizallamiento. <b>Prevención:</b> medidas destinadas a evitar enfermedades o accidentes hospitalizado y que no se encontraba presente o en periodo de incubación a su ingreso. <b>Valoración de Norton modificada:</b> escala para valorar el riesgo que tiene una persona de desarrollar lesiones por presión; su objetivo se centra en la detección del riesgo para establecer un plan de cuidados preventivos.		
<b>Formula del indicador:</b> $\frac{\text{Personas hospitalizadas vulnerables a LPP sin lesiones}}{\text{Personas hospitalizadas vulnerables}} \times 100$		
<b>Estándar o umbrales de desempeño:</b> Es el resultado representado en porcentaje, del índice de eficiencia global de la prevención de las lesiones por presión. Ideal $\geq 98,00$ %.	<b>Fuente de datos:</b> Reportes de enfermería Historia clínica Observación directa. Manuales de Organización y Procedimientos Hospitalarios. Protocolo asistencia de enfermería. Sistema de notificación del evento adverso.	
<b>Origen del indicador:</b> Universal	<b>Presentación de los resultados:</b> Cuadros y gráfico de los datos obtenidos	
<b>Periodicidad de la medición:</b> Mensual.		
<b>Tipología:</b> Proceso		
<b>Definición de responsabilidades:</b> Recogida de datos: Enfermeras supervisoras y jefas de sala Determinación de los valores cuantitativos o cualitativos del indicador: Jefe Unidad calidad Comunicación de los resultados: Jefe Proceso Enfermería		

Ficha de descripción del indicador 03. Índice de prevención de caídas de personas alcanzado

<b>Clave de referencia del indicador:</b> CG P 05 I 03	<b>Nombre del indicador:</b> Índice de prevención de caídas de personas alcanzado.	<b>Objetivo del indicador:</b> Alcanzar un índice $\geq 98,00$ % de prevención de caídas de personas.
<b>Descripción del Indicador (Descripción de términos):</b> <b>Prevención de caídas:</b> conjunto de acciones que se realizan para proteger a la persona hospitalizada de caídas que puedan o no poner en riesgo su vida. <b>Medidas de seguridad:</b> son las actividades realizadas por el personal de Enfermería para prevenir caídas. Se utiliza equipo y mobiliario específico. <b>Caída:</b> consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita a la persona al suelo en contra de su voluntad. <b>Valoración de Downton:</b> escala para valorar el riesgo que tiene una persona de experimentar caídas; su objetivo se centra en la detención del riesgo para establecer un plan de cuidados preventivos.		
<b>Formula del indicador:</b> $\frac{\text{Total de personas cuidadas que no han tenido caídas}}{\text{Total de personas cuidadas}} \times 100$		
<b>Estándar o umbrales de desempeño:</b> Hace referencia al resultado obtenido del índice de eficiencia global en relación a la prevención de caídas. Ideal $\geq 98,00$ %.	<b>Fuente de datos:</b> Reportes de incidentes Historia clínica Informes de supervisiones Observación directa de actividades realizadas. Manuales de Organización y Procedimientos Hospitalarios Protocolo asistencia de enfermería Guía de buenas prácticas Sistema de notificación del evento adverso	
<b>Origen del indicador:</b> Universal	<b>Presentación de los resultados:</b> Cuadros y gráfico de los datos obtenidos	
<b>Periodicidad de la medición:</b> Mensual.		
<b>Tipología:</b> Proceso		
<b>Definición de responsabilidades:</b> Recogida de datos: Enfermeras supervisoras y jefas de sala Determinación de los valores cuantitativos o cualitativos del indicador: Jefe Unidad calidad Comunicación de los resultados: Jefe Proceso Enfermería		

Ficha de descripción del indicador 04. Administración segura de medicamentos mantenida

<b>Clave de referencia del indicador:</b> CG P 05 I 04	<b>Nombre del indicador:</b> Administración segura de medicamentos mantenida.	<b>Objetivo del indicador:</b> Mantener un índice $\geq 98,00\%$ la administración segura de medicamentos.
<b>Descripción del Indicador (Descripción de términos):</b> <b>Administración de medicamentos:</b> es la administración de fármacos por diferentes vías del cuerpo para obtener un efecto farmacológico. <b>Regla de oro de la administración de medicamentos:</b> corresponde a las determinantes indispensables que garantizan la eficiencia, eficacia y seguridad del procedimiento, las que son: paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, horario correcto, vía correcta, fecha de caducidad y velocidad de infusión correcta. <b>Farmacodinámica:</b> respuesta farmacológica observada en relación con la concentración del fármaco en un lugar activo del organismo. <b>Farmacocinética:</b> acción de los fármacos en el organismo por las vías y mecanismos de absorción y excreción.		
<b>Formula del indicador:</b> $\frac{\text{Procesos de administración de medicamentos seguros}}{\text{Procesos de administración de medicamentos evaluados}} \times 100$		
<b>Estándar o umbrales de desempeño:</b> Es el resultado representado en porcentaje del índice de eficacia global en la administración de medicamentos Ideal $\geq 98,00\%$ .	<b>Fuente de datos:</b> Observación directa de actividades realizadas. Hoja de indicaciones médicas de la historia clínica Hoja de registros de enfermería Manuales de Organización y Procedimientos Hospitalarios. Protocolo asistencia de enfermería Guía de buenas prácticas Sistema de notificación del evento adverso	
<b>Origen del indicador:</b> Universal	<b>Presentación de los resultados:</b> Cuadros y gráfico de los datos obtenidos	
<b>Periodicidad de la medición:</b> Mensual.		
<b>Tipología:</b> Proceso.		
<b>Definición de responsabilidades:</b> Recogida de datos: Enfermeras supervisoras y jefas de sala Determinación de los valores cuantitativos o cualitativos del indicador: Jefe Unidad Calidad Comunicación de los resultados: Jefe Proceso Enfermería		

Ficha de descripción del indicador 05. Vigilancia y control de venoclisis instalada mantenida

<b>Clave de referencia del indicador:</b> CG P 05 I 05	<b>Nombre del indicador:</b> Vigilancia y control de venoclisis instalada mantenida.	<b>Objetivo del indicador:</b> Mantener un índice $\geq 98,00\%$ la vigilancia y control de venoclisis instaladas
<b>Descripción del Indicador (Descripción de términos):</b> <b>Venoclisis:</b> consiste en inyectar en la vena una gran cantidad de líquidos, gota a gota. <b>Vigilancia de venoclisis instalada:</b> conjunto de siete acciones que debe realizar el personal de enfermería para vigilar y controlar las venoclisis instaladas y prevenir infecciones nosocomiales asociadas: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. La solución instalada tiene menos de 24 horas</li> <li>2. La solución cuenta con el membrete elaborado conforme a la normatividad</li> <li>3. La venoclisis y el equipo tienen menos de 72 horas de instalado</li> <li>4. El equipo de la venoclisis se encuentra libre de residuos</li> <li>5. El sitio de la punción y área periférica de la venoclisis se encuentran sin signos de infección</li> <li>6. El catéter se encuentra instalado firmemente y la fijación está limpia</li> <li>7. La solución parenteral tiene circuito cerrado</li> </ol>		
<b>Formula del indicador:</b> $\frac{\text{Hospitalizados con adecuada vigilancia y control de venoclisis instalada}}{\text{Hospitalizados con venoclisis instalada}} \times 100$		
<b>Estándar o umbrales de desempeño:</b> Es el resultado del índice de eficacia global de las personas con adecuada vigilancia y control de venoclisis instalada, representado en porcentaje, el cual fija el valor obtenido y la meta a alcanzar. Ideal $\geq 98,00\%$ .	<b>Fuente de datos:</b> Historia clínica Hoja de registros de enfermería Instrumento de auditoría Informe del Comité del Proceso Asistencial (CEPA) Manuales de Organización y Procedimientos Hospitalarios. Protocolo asistencia de enfermería Guía de buenas prácticas Sistema de notificación del evento adverso	
<b>Origen del indicador:</b> Universal	<b>Presentación de los resultados:</b> Cuadros y gráfico de los datos obtenidos	
<b>Periodicidad de la medición:</b> Mensual.		
<b>Tipología:</b> Proceso.		
<b>Definición de responsabilidades:</b> Recogida de datos: Enfermeras supervisoras y jefas de sala Determinación de los valores cuantitativos o cualitativos del indicador: Jefe Unidad Calidad Comunicación de los resultados: Jefe Proceso Enfermería		

Ficha de descripción del indicador 06. Identificación inequívoca de la persona alcanzado

<b>Clave de referencia del indicador:</b> CG P 05 I 06	<b>Nombre del indicador:</b> Identificación inequívoca de la persona alcanzado.	<b>Objetivo del indicador:</b> Alcanzar un índice $\geq 98,00$ % de identificación inequívoca de la persona.
<b>Descripción del Indicador (Descripción de términos):</b> <b>Identificación inequívoca:</b> es una estrategia seguida en instituciones hospitalarias para aumentar la seguridad de las <i>personas</i> . <b>Identificación de la persona hospitalizada:</b> procedimiento que permite al equipo de salud tener la certeza de la identidad del individuo, durante el proceso de atención. <b>Datos identificativos inequívocos:</b> Son aquellos que pertenecen a un solo paciente y que no pueden ser compartidos por otros. <b>Pulsera Identificatoria:</b> dispositivo que se coloca a la persona hospitalizada, generalmente en la muñeca o en otra zona corporal, en la que figuran los datos identificativos inequívocos del paciente.		
<b>Formula del indicador:</b> $\frac{\text{Cantidad de personas hospitalizadas con identificación inequívoca}}{\text{Cantidad de personas hospitalizadas}} \times 100$		
<b>Estándar o umbrales de desempeño:</b> Es el resultado del índice de global de personas hospitalizadas con identificación inequívoca, el cual fija el valor obtenido y la meta a alcanzar. Ideal $\geq 98,00$ %.	<b>Fuente de datos:</b> Observación directa Historia clínica Hoja de registros de Enfermería Registro pulseras identificativas en admisión Manuales de Organización y Procedimientos Hospitalarios. Protocolo asistencia de Enfermería Guía de buenas prácticas Sistema de notificación del evento adverso	
<b>Origen del indicador:</b> Universal	<b>Presentación de los resultados:</b> Cuadros y gráfico de los datos obtenidos	
<b>Periodicidad de la medición:</b> Mensual.	<b>Tipología:</b> Proceso.	
<b>Definición de responsabilidades:</b> Recogida de datos: Enfermeras supervisoras y jefas de sala Determinación de los valores cuantitativos o cualitativos del indicador: Jefe Unidad Calidad Comunicación de los resultados: Jefe Proceso Enfermería		

Ficha de descripción del indicador 07. Comunicación efectiva alcanzada

<b>Clave de referencia del indicador:</b> CG P 05 I 07	<b>Nombre del indicador:</b> Comunicación efectiva alcanzada.	<b>Objetivo del indicador:</b> Alcanzar un índice $\geq 98,00$ % de comunicación efectiva.
<p><b>Descripción del Indicador (Descripción de términos):</b></p> <p><b>Comunicación efectiva:</b> Proceso a través del cual se transmiten información e indicaciones verbales o escritas al equipo de salud, persona hospitalizada y familia, teniendo en cuenta la comunicación no verbal y verificando la comprensión de la información por parte del interlocutor, para la ejecución de las acciones de manera clara, oportuna, precisa, completa, inequívoca y segura, con el propósito de disminuir errores y mejorar la seguridad de la persona hospitalizada.</p> <p><b>Empatía:</b> capacidad de comprender la situación, perspectiva y sentimientos del otro.</p> <p><b>Comunicación:</b> intercambiar información entre dos o más participantes con el fin de transmitir o recibir significados a través de un sistema compartido de signos y normas semánticas.</p> <p><b>Comunicación verbal:</b> aquella en la que interviene la palabra como signos comunes entre el emisor y el receptor.</p> <p><b>Comunicación no verbal:</b> aquella en la que no interviene la palabra, son todas las expresiones emitidas por las actitudes corporales de manera consciente e inconsciente.</p> <p><b>Clima propicio:</b> entorno adecuado donde interviene los factores del medio ambiente, características físicas y organización donde se lleva a cabo la conversación.</p> <p><b>Escucha activa:</b> generación de ambiente agradable entre emisor y receptor, comprometiendo directamente al receptor, el cual debe tener la disposición para atender de forma adecuada a la persona que desea comunicarse con él.</p>		
<p><b>Formula del indicador:</b></p> $\frac{\text{Cantidad de procesos de comunicación observados efectivos}}{\text{Cantidad de procesos de comunicación observados}} \times 100$		
<p><b>Estándar o umbrales de desempeño:</b> Es el resultado del índice de eficacia global de los registros de observaciones de Enfermería, representado en porcentaje, el cual fija el valor obtenido y la meta a alcanzar. Ideal <math>\geq 98,00</math> %.</p>	<p><b>Fuente de datos:</b> Observación directa Historia clínica Hoja de registros de Enfermería Instrumento de auditoría Manuales de Organización y Procedimientos Hospitalarios. Guía de buenas prácticas.</p>	
<p><b>Origen del indicador:</b> Universal</p>	<p><b>Presentación de los resultados:</b> Cuadros y gráfico de los datos obtenidos</p>	
<p><b>Periodicidad de la medición:</b> Mensual.</p>		
<p><b>Tipología:</b> Proceso.</p>		
<p><b>Definición de responsabilidades:</b> Recogida de datos: Enfermeras supervisoras y jefas de sala Determinación de los valores cuantitativos o cualitativos del indicador: Jefe Unidad Calidad Comunicación de los resultados: Jefe Proceso Enfermería</p>		



Ficha de descripción del indicador 08. Índice de higiene correcta de las manos alcanzado

<b>Clave de referencia del indicador:</b> CG P 05 I 08	<b>Nombre del indicador:</b> Índice de higiene correcta de las manos alcanzado.	<b>Objetivo del indicador:</b> Alcanzar un índice $\geq 96,00$ % de higiene correcta de las manos.
<p><b>Descripción del Indicador (Descripción de términos):</b></p> <p><b>Higiene de manos:</b> técnicas establecidas para la limpieza de las manos</p> <p><b>Lavado de manos antiséptico:</b> Es la eliminación del mayor número de microorganismos por medio del lavado con agua y jabón antiséptico. Indicado: Antes de realizar procedimientos invasivos de larga duración (20 min.) y cualquier maniobra que realicemos a enfermos inmunodeprimidos.</p> <p><b>Descontaminación de las manos con soluciones alcoholadas:</b> consiste en la aplicación de una sustancia antiséptica sobre las manos sin el uso de agua o técnicas de secado.</p> <p><b>Jabón antiséptico:</b> contiene ingredientes contra la flora de la piel, no es irritante, tiene un amplio espectro antimicrobiano.</p> <p><b>Soluciones alcoholadas:</b> productos elaborados a base de alcohol etílico o isopropílico con una concentración mayor al 60 % y con emolientes.</p> <p><b>Infección nosocomial:</b> es la que se presenta entre 48 y 72 horas después de que el paciente es hospitalizado y que no se encontraba presente o en periodo de incubación a su ingreso.</p> <p><b>Lavado de manos higiénico:</b> procedimiento: Con agua y jabón neutro. Duración: 20 segundos. Indicado: <b>Antes</b> del inicio de la jornada, ir a comer, tener contacto con un enfermo, manipular sistemas que deban ser estériles, preparar medicación o alimentos, realizar algún procedimiento de corta duración (menos de 10 min.) y siempre que haya suciedad visible. <b>Después</b> de ir al aseo, a comer, manipular material contaminado con secreciones, tocar un enfermo o al final de la jornada. <b>Antes y después</b> del contacto con heridas y manipulación de sistemas de drenaje. <b>Entre</b> paciente y paciente.</p>		
<p><b>Formula del indicador:</b></p> $\frac{\text{Cantidad de procedimientos correctos de higiene de manos observados}}{\text{Cantidad de procedimientos de higiene de manos observados}} \times 100$		
<p><b>Estándar o umbrales de desempeño:</b> Es el resultado representado en porcentaje, del índice de eficiencia global de la higiene de manos. Ideal <math>\geq 96,00</math> %.</p>	<p><b>Fuente de datos:</b> Instrumentos de auditorías Observación directa del procedimiento en áreas clínicas. Manuales de Organización y Procedimientos Hospitalarios. Guía de buenas prácticas.</p>	
<p><b>Origen del indicador:</b> Universal</p>	<p><b>Presentación de los resultados:</b> Cuadros y gráfico de los datos obtenidos</p>	
<p><b>Periodicidad de la medición:</b> Mensual.</p>		
<p><b>Tipología:</b> Proceso.</p>		
<p><b>Definición de responsabilidades:</b> Recogida de datos: Enfermeras supervisoras Determinación de los valores cuantitativos o cualitativos del indicador: Jefe Unidad Calidad Comunicación de los resultados: Jefe Proceso Enfermería</p>		

Ficha de descripción del indicador 09. Índice de prevención de infecciones asociadas a accesos intravasculares alcanzado

<p><b>Clave de referencia del indicador:</b> CG P 05 I 09</p>	<p><b>Nombre del indicador:</b> Índice de prevención de infecciones asociadas a accesos intravasculares alcanzado.</p>	<p><b>Objetivo del indicador:</b> Alcanzar un índice <math>\geq 96,00</math> % de prevención de infecciones asociadas a accesos intravasculares.</p>
<p><b>Descripción del Indicador (Descripción de términos):</b>  <b>Acceso intravascular:</b> inserción de dispositivo (catéter) dentro de un vaso sanguíneo con fines diagnósticos o terapéuticos.  <b>Bacteriemia:</b> es la presencia de bacterias en el torrente sanguíneo. Puede producirse espontáneamente, durante la infección de determinados tejidos, por el uso de sondas gastrointestinales o catéteres venosos, o después de procedimientos odontológicos, digestivos, la curación de una herida u otras maniobras. La bacteriemia puede causar infecciones metastásicas, entre ellas endocarditis, en especial en pacientes con anomalías de las válvulas cardíacas.</p>		
<p><b>Formula del indicador:</b>  <math display="block">\frac{\text{Cantidad de personas con infección asociada a accesos intravasculares}}{\text{Cantidad de personas con accesos intravasculares}} \times 100</math></p>		
<p><b>Estándar o umbrales de desempeño:</b> Es el resultado del índice de eficacia global de los registros de observaciones de Enfermería, representado en porcentaje, el cual fija el valor obtenido y la meta a alcanzar. Ideal <math>\geq 96,00</math> %.</p>	<p><b>Fuente de datos:</b> Historia clínica. Hoja de registros accesos vasculares Instrumento de auditoría. Informe del Comité del Proceso Asistencial (CEPA). Manuales de Organización y Procedimientos Hospitalarios. Protocolo asistencia de Enfermería. Guía de buenas prácticas. Sistema de notificación del evento adverso.</p>	
<p><b>Origen del indicador:</b> Universal</p>	<p><b>Presentación de los resultados:</b> Cuadros y gráfico de los datos obtenidos</p>	
<p><b>Periodicidad de la medición:</b> Mensual.</p>		
<p><b>Tipología:</b> Proceso.</p>		
<p><b>Definición de responsabilidades:</b>  Recogida de datos: Enfermeras supervisoras y jefas de sala  Determinación de los valores cuantitativos o cualitativos del indicador: Jefe Unidad Calidad  Comunicación de los resultados: Jefe Proceso Enfermería</p>		

Ficha de descripción del indicador 10. Índice de prevención de infecciones de vías urinarias asociadas a sonda vesical instalada alcanzado

<b>Clave de referencia del indicador:</b> CG P 05 I 10	<b>Nombre del indicador:</b> Índice de prevención de infecciones de vías urinarias asociadas a sonda vesical instalada alcanzado.	<b>Objetivo del indicador:</b> Alcanzar un índice $\geq 96,00$ % de prevención de infecciones de vías urinarias asociadas a sonda vesical instalada.
<b>Descripción del Indicador (Descripción de términos):</b> <b>Infección del tracto urinario (ITU):</b> es la presencia y multiplicación de microorganismos en la vía urinaria con invasión de los tejidos. Ocurre con una alta prevalencia en mujeres y engloba diferentes entidades. <b>Cateterismo vesical:</b> es la introducción de una sonda a través de la uretra hasta el interior de la vejiga con técnica estéril, con fines diagnósticos y terapéuticos; es un procedimiento invasivo y traumático a la estructura de las vías urinarias; el cateterismo vesical conlleva un alto riesgo de infección del tracto.		
<b>Formula del indicador:</b> $\frac{\text{Cantidad de personas con infección asociada a sonda vesical instalada}}{\text{Cantidad de personas con sonda vesical instalada}} \times 100$		
<b>Estándar o umbrales de desempeño:</b> Es el resultado del índice de eficacia global de los registros de observaciones de Enfermería, representado en porcentaje, el cual fija el valor obtenido y la meta a alcanzar. Ideal $\geq 96,00$ %.	<b>Fuente de datos:</b> Historia clínica. Hoja de registros de Enfermería. Instrumento de auditoría. Informe del Comité del Proceso Asistencial (CEPA). Manuales de Organización y Procedimientos Hospitalarios. Protocolo asistencia de Enfermería. Guía de buenas prácticas. Sistema de notificación del evento adverso.	
<b>Origen del indicador:</b> Universal	<b>Presentación de los resultados:</b> Cuadros y gráfico de los datos obtenidos	
<b>Periodicidad de la medición:</b> Mensual.		
<b>Tipología:</b> Proceso.		
<b>Definición de responsabilidades:</b> Recogida de datos: Enfermeras supervisoras y jefas de sala Determinación de los valores cuantitativos o cualitativos del indicador: Jefe Unidad Calidad Comunicación de los resultados: Jefe Proceso Enfermería		

Ficha de descripción del indicador 11. Registros de observaciones de Enfermería acordes a las regulaciones vigente mantenidos

<b>Clave de referencia del indicador:</b> CG P 05 I 11	<b>Nombre del indicador:</b> Registros de observaciones de Enfermería acordes a las regulaciones vigente mantenidos.	<b>Objetivo del indicador:</b> Mantener $\geq 98,00$ % de los registros de observaciones de Enfermería acordes a las regulaciones vigente.
<b>Descripción del Indicador (Descripción de términos):</b> <b>Registros de observaciones de Enfermería:</b> es un registro escrito elaborado por el personal de Enfermería acerca de las observaciones del paciente, tomando en cuenta su estado físico, mental y emocional, así como la evolución de la enfermedad, cuidados y procedimientos. Refleja el pensamiento de Enfermería, a través de la interpretación de datos relevantes, que permiten el seguimiento y evaluación permanente del estado de salud.		
<b>Formula del indicador:</b> $\frac{\text{Cantidad de Registros de observaciones de Enfermería acordes a las regulaciones vigente}}{\text{Cantidad de Registros de observaciones de Enfermería evaluados}} \times 100$		
<b>Estándar o umbrales de desempeño:</b> Es el resultado del índice de eficacia global de los registros de observaciones de Enfermería, representado en porcentaje, el cual fija el valor obtenido y la meta a alcanzar. Ideal $\geq 98,00$ %.	<b>Fuente de datos:</b> Historia clínica. Hoja de registros de Enfermería. Instrumento de auditoría. Informe del Comité del Proceso Asistencial (CEPA). Manuales de Organización y Procedimientos Hospitalarios. Guía de buenas prácticas. Guía de supervisiones.	
<b>Origen del indicador:</b> Universal	<b>Presentación de los resultados:</b> Cuadros y gráfico de los datos obtenidos	
<b>Periodicidad de la medición:</b> Mensual.	<b>Tipología:</b> Proceso.	
<b>Definición de responsabilidades:</b> Recogida de datos: Enfermeras supervisoras y jefas de sala Determinación de los valores cuantitativos o cualitativos del indicador: Jefe Unidad Calidad Comunicación de los resultados: Jefe Proceso Enfermería		

Ficha de descripción del indicador 12. Procesos de esterilización a vapor con la calidad óptima mantenidos

<b>Clave de referencia del indicador:</b> CG P 05 I 12	<b>Nombre del indicador:</b> Procesos de esterilización a vapor con la calidad óptima mantenidos.	<b>Objetivo del indicador:</b> Mantener un 100,00 % de procesos de esterilización a vapor con la calidad óptima.
<b>Descripción del Indicador (Descripción de términos):</b> <b>Esterilización con vapor:</b> proceso por medio del cual se destruye toda forma de vida microbiana incluyendo a las esporas. <b>Central de equipos y esterilización:</b> conjunto de espacios arquitectónicos con características de asepsia especiales, con áreas y equipos específicos donde se lavan, preparan, esterilizan, conservan y distribuyen, equipos, materiales, ropas e instrumentales. <b>Autoclave:</b> cámara hermética que se emplea para destruir microorganismos mediante el vapor húmedo a presión y permite elevar la temperatura del agua por encima de los 100 °c.		
<b>Formula del indicador:</b> $\frac{\text{Cantidad Procesos de esterilización observados con calidad}}{\text{Cantidad de Procesos de esterilización realizados}} \times 100$		
<b>Estándar o umbrales de desempeño:</b> Es el estándar de desempeño alcanzado, se representa en porcentaje. Universalmente se establece que el óptimo es de 100,00 %.	<b>Fuente de datos:</b> Auditorias del proceso de esterilización Registro de controles de esterilización Reportes del proceso de esterilización Observación directa de actividades realizadas. Manuales de Organización y Procedimientos Hospitalarios. Guía de buenas prácticas.	
<b>Origen del indicador:</b> Universal		
<b>Periodicidad de la medición:</b> Mensual.	<b>Presentación de los resultados:</b> Cuadros y gráfico de los datos obtenidos	
<b>Tipología:</b> Proceso.		
<b>Definición de responsabilidades:</b> Recogida de datos: Enfermeras supervisoras y jefas de sala Determinación de los valores cuantitativos o cualitativos del indicador: Jefe Unidad Calidad Comunicación de los resultados: Jefe Proceso Enfermería		

Ficha de descripción del indicador 13. Índice de cuidados de Enfermería perdidos alcanzado

<b>Clave de referencia del indicador:</b> CG P 05 I 13	<b>Nombre del indicador:</b> Índice de cuidados de Enfermería perdidos alcanzado.	<b>Objetivo del indicador:</b> Alcanzar un índice $\geq 95,00$ % de cuidados de Enfermería perdidos.
<b>Descripción del Indicador (Descripción de términos):</b> <b>Cuidado de enfermería perdido:</b> es un error de omisión definido como “cualquier aspecto de la atención que requiere un paciente que se omite o se retrasa en su totalidad, esto conduce a un efecto adverso que puede producir daños en la persona objeto de cuidado.		
<b>Formula del indicador:</b> $\frac{\text{Cantidad de cuidados de Enfermería realizados}}{\text{Cantidad de cuidados de Enfermería planificados}} \times 100$		
<b>Estándar o umbrales de desempeño:</b> Es el resultado representado en porcentaje, del índice de cuidados de Enfermería perdidos. Ideal $\geq 95,00$ %	<b>Fuente de datos:</b> Reportes de Enfermería Historia clínica Observación directa. Manuales de Organización y Procedimientos Hospitalarios	
<b>Origen del indicador:</b> Universal	<b>Presentación de los resultados:</b> Cuadros y gráfico de los datos obtenidos	
<b>Periodicidad de la medición:</b> Mensual.		
<b>Tipología:</b> Resultado		
<b>Definición de responsabilidades:</b> Recogida de datos: Enfermeras supervisoras y jefas de sala Determinación de los valores cuantitativos o cualitativos del indicador: Jefe Unidad Calidad Comunicación de los resultados: Jefe Proceso Enfermería		

Ficha de descripción del indicador 14. Índice de satisfacción del paciente y acompañante con la calidad de la atención de enfermería alcanzado

<b>Clave de referencia del indicador:</b> CG P 05 I 14	<b>Nombre del indicador:</b> Índice de satisfacción del paciente y acompañante con la calidad de la atención de Enfermería alcanzado.	<b>Objetivo del indicador:</b> Alcanzar un índice $\geq 97,00$ % de satisfacción del paciente y acompañante con la calidad de la atención de Enfermería.
<b>Descripción del Indicador (Descripción de términos):</b> <b>Satisfacción:</b> brecha existente entre la percepción y las expectativas de las personas hospitalizadas con la calidad de la atención de Enfermería.		
<b>Formula del indicador:</b> $\frac{\text{Cantidad de pacientes y acompañantes satisfechos}}{\text{Cantidad de pacientes y acompañantes encuestados}} \times 100$		
<b>Estándar o umbrales de desempeño:</b> Es el resultado del índice de eficacia global de las personas encuestadas satisfechas respecto a las encuestadas, representado en porcentaje, el cual fija el valor obtenido y la meta a alcanzar. Ideal $\geq 97,00$ %.	<b>Fuente de datos:</b> Encuestas de satisfacción. Informes de los grupos de la satisfacción. Registro de quejas directas. Informe del Comité de evaluación de la satisfacción (CES). Manuales de Organización y Procedimientos Hospitalarios.	
<b>Origen del indicador:</b> Universal	<b>Presentación de los resultados:</b> Cuadros y gráfico de los datos obtenidos	
<b>Periodicidad de la medición:</b> Mensual.		
<b>Tipología:</b> Resultado		
<b>Definición de responsabilidades:</b> Recogida de datos: Enfermeras supervisoras y jefas de sala Determinación de los valores cuantitativos o cualitativos del indicador: Jefe Unidad Calidad Comunicación de los resultados: Jefe Proceso Enfermería		





- Indicador 1, con estructura correspondiente \_\_\_\_\_
- Indicador 2, con estructura correspondiente \_\_\_\_\_
- Indicador 3, con estructura correspondiente \_\_\_\_\_
- Indicador 4, con estructura correspondiente \_\_\_\_\_
- Indicador 5, con estructura correspondiente \_\_\_\_\_
- Indicador 6, con estructura correspondiente \_\_\_\_\_
- Indicador 7, con estructura correspondiente \_\_\_\_\_
- Indicador 8, con estructura correspondiente \_\_\_\_\_
- Indicador 9, con estructura correspondiente \_\_\_\_\_
- Indicador 10, con estructura correspondiente \_\_\_\_\_
- Indicador 11, con estructura correspondiente \_\_\_\_\_
- Indicador 12, con estructura correspondiente \_\_\_\_\_
- Indicador 13, con estructura correspondiente \_\_\_\_\_
- Indicador 14, con estructura correspondiente \_\_\_\_\_

Otros indicadores propuestos

---

---

---

---

**Anexo 15. Ficha de descripción del indicador 13. Índice de cuidados de enfermería perdidos alcanzado (Modificada)**

<b>Clave de referencia del indicador:</b> CG P 05 I 13	<b>Nombre del indicador:</b> Índice de cuidados de Enfermería perdidos alcanzado.	<b>Objetivo del indicador:</b> Alcanzar un índice $\geq 95,00$ % de cuidados de Enfermería perdidos.
<b>Descripción del Indicador (Descripción de términos):</b> <b>Cuidado de enfermería perdido:</b> es un error de omisión definido como “cualquier aspecto de la atención que requiere un paciente que se omite o se retrasa en su totalidad, esto conduce a un efecto adverso que puede producir daños en la persona objeto de cuidado.		
<b>Formula del indicador:</b> $\frac{\text{Cantidad de cuidados de Enfermería planificados no realizados}}{\text{Cantidad de cuidados de Enfermería planificados}} \times 100$		
<b>Estándar o umbrales de desempeño:</b> Es el resultado representado en porcentaje, del índice de cuidados de Enfermería perdidos. Ideal $\geq 95,00$ %	<b>Origen del indicador:</b> Universal	<b>Fuente de datos:</b> Reportes de Enfermería Historia clínica Observación directa. Manuales de Organización y Procedimientos Hospitalarios <b>Procedimiento normalizado Intervenciones NIC</b>
<b>Periodicidad de la medición:</b> Mensual.		<b>Presentación de los resultados:</b> Cuadros y gráfico de los datos obtenidos
<b>Tipología:</b> Resultado		
<b>Definición de responsabilidades:</b> Recogida de datos: Enfermeras supervisoras y jefas de sala Determinación de los valores cuantitativos o cualitativos del indicador: Jefe Unidad Calidad Comunicación de los resultados: Jefe Proceso Enfermería		

**Anexo 16. Consentimiento informado de los pacientes seleccionados para el pilotaje en el proceso de validación de la encuesta de satisfacción**

Fecha: \_\_\_\_\_

Estimado (a) Señor (a):

La evaluación de la calidad de los servicios, es de relevante importancia para poder transformar la realidad, en función de brindar una atención segura.

En una mirada a la satisfacción desde la perspectiva de Enfermería, se observa la necesidad de evaluar el nivel de satisfacción de los pacientes hospitalizados con los servicios que reciben, que permita materializar de forma efectiva la atención.

Esta actividad, corresponde a una investigación en elaboración, para aspirar al grado de Doctor en Ciencias de la Enfermería, por lo que se hace necesario seleccionar pacientes hospitalizados. En tal sentido, se entregará una propuesta de encuesta adjunta, que tiene el propósito de evaluar el nivel de satisfacción de los pacientes hospitalizados con los servicios de Enfermería.

Le solicitamos la mayor sinceridad de su respuesta

Agradecido de que realice y envíe en el menor tiempo que le sea posible la encuesta, le saluda fraternalmente.

\_\_\_\_\_  
MsC. Lázaro Luis Hernández Vergel  
Investigador

Yo, \_\_\_\_\_, manifiesto mi mayor disposición para participar en la investigación **Sistema de indicadores para evaluar la eficacia del Proceso de Enfermería en el contexto hospitalario**, durante el año 2019, bajo compromiso del autor, de mantener mi anonimato, de no divulgar la información brindada y con el derecho de conocer los resultados de la investigación.

\_\_\_\_\_  
FIRMA

**Anexo 17. Escala para la validación facial de la encuesta para nivel de satisfacción con los servicios de Enfermería en el contexto hospitalario**

Estimado (a) Señor (a):

Nos encontramos inmersos en una investigación que se relaciona con el nivel de satisfacción con la calidad del Proceso de Enfermería en el contexto hospitalario.

A continuación, se ponen en consideración, algunos elementos que son necesarios para el desarrollo del estudio. Agradecemos de antemano su colaboración y le ratificamos el carácter anónimo que tendrá la información que proporciona.

La evaluación se realiza a partir de los aspectos que se expresan a continuación y se centran en las siguientes categorías:

No	Ítems	Se comprende	No se comprende	Obs
<b>Elementos tangibles</b>				
1.	La señalización en la clínica (letreros, carteles y flechas) le parecen adecuados para orientar a los pacientes y acompañantes.			
2.	La consulta contó con personal de apariencia limpia y pulcra para informar y orientar a los pacientes y acompañantes.			
3.	La Clínica cuenta con equipos y materiales visualmente atractivos y necesarios para su atención.			
4.	La sala y áreas de la Clínica estuvieron limpios, cómodos, acogedores y visualmente agradables.			
<b>Fiabilidad</b>				
5.	El personal de Enfermería de la Clínica, le orientó y explicó de manera clara, adecuada y con sincero interés de ayudarle a resolver los pasos o trámites para la atención.			
6.	La consulta con Enfermería o para complementarios se realizó en el horario programado.			
7.	Su atención se realizó respetando la programación y el orden de llegada.			
8.	Su historia clínica e informes de complementarios se encontraron disponibles para su atención.			
9.	Las citas se encontraron disponibles y se obtuvieron con facilidad.			
<b>Capacidad de respuesta</b>				
10.	La atención por el personal de Enfermería fue rápida.			
11.	La atención para tomarse muestras para análisis de laboratorio fue rápida.			
12.	La atención para tomarse exámenes radiográficos fue rápida.			
13.	La atención para obtener los medicamentos fue rápida.			
<b>Seguridad</b>				
14.	Durante su atención en la Clínica se respetó su privacidad.			
15.	El personal de Enfermería le realizó un examen físico completo y minucioso por el problema de salud que motivó su atención.			

16.	El personal de Enfermería y demás personas le brindaron el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas.			
17.	El personal de Enfermería y demás personas que le atendieron le inspiraron confianza.			
<b>Empatía</b>				
18.	El personal de Enfermería que le atendió lo escuchó atentamente y trató con amabilidad, respeto paciencia.			
19.	El personal de Enfermería y demás personas que le atendió, mostraron interés para solucionar su problema de salud.			
20.	El personal de Enfermería le explicó a Usted o a sus familiares, en palabras fáciles de entender, el problema de salud o resultado de la atención.			
21.	El personal de Enfermería le explicó a Usted o a sus familiares, en palabras fáciles de entender, los cuidados que recibirá.			
22.	El personal de Enfermería le explicó a Usted o a sus familiares, en palabras fáciles de entender, los procedimientos o análisis que le realizaran.			



Ítem 18																
Ítem 19																
Ítem 20																
Ítem 21																
Ítem 22																

Crítica, idea, recomendación

Ítem 1, \_\_\_\_\_

Ítem 2, \_\_\_\_\_

Ítem 3, \_\_\_\_\_

Ítem 4, \_\_\_\_\_

Ítem 5, \_\_\_\_\_

Ítem 6, \_\_\_\_\_

Ítem 7, \_\_\_\_\_

Ítem 8, \_\_\_\_\_

Ítem 9, \_\_\_\_\_

Ítem 10, \_\_\_\_\_

Ítem 11, \_\_\_\_\_

Ítem 12, \_\_\_\_\_

Ítem 13, \_\_\_\_\_

Ítem 14, \_\_\_\_\_

Ítem 15, \_\_\_\_\_

Ítem 16, \_\_\_\_\_

Ítem 17, \_\_\_\_\_

Ítem 18, \_\_\_\_\_

Ítem 19, \_\_\_\_\_

Ítem 20, \_\_\_\_\_

Ítem 21, \_\_\_\_\_

Ítem 22, \_\_\_\_\_

Otros Ítems

propuestos \_\_\_\_\_

---

## Anexo 19. Encuesta SERVQUAL

Qué importancia le da a cada uno de los siguientes cinco (5) criterios, utilizando valores donde al final la suma debe ser de 100 puntos

Criterios	Puntos
<b>Elementos tangibles</b> 1. La imagen de instalaciones, equipo, personal documentos y comunicaciones	
<b>Fiabilidad</b> 2. La capacidad de brindar el servicio prometido con exactitud, profesionalidad y seriedad.	
<b>Capacidad de respuesta</b> 3. Prontitud y espíritu servicial. Disposición y voluntad para ayudar a los usuarios y proporcionar un servicio rápido.	
<b>Seguridad</b> 4. Conocimiento y atención mostrado por el personal (Habilidad para inspirar credibilidad y confianza. Competencia profesional, cortesía y garantía).	
<b>Empatía</b> 5. Atención individualizada. (Acceso fácil, buenas comunicaciones y comprensión del usuario)	



*Estamos a su disposición para atender cualquier necesidad, sugerencia o información que precise.*

Comentarios, sugerencias. Valoramos su opinión:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



CLINICA CENTRAL  
CIRA GARCIA

Calle 20 No. 4101 esq. a Av. 41, Miramar, Playa, La Habana.  
Teléf.: (53) (7) 204 2811.  
E-mail: [ventasonline@cirag.cu](mailto:ventasonline@cirag.cu) [www.cirag.cu](http://www.cirag.cu)



**Su opinión tiene sentido  
ENCUESTA DE SATISFACCIÓN**

Edad: \_\_\_\_\_

Sexo:  F  M

Sala: \_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_

Fecha de entrada: \_\_\_\_\_

Fecha de salida: \_\_\_\_\_



Estimado Cliente, con este cuestionario queremos conocer qué usted espera (**EXPECTATIVAS**) y percibe (**PERCEPCIÓN**) de los servicios de enfermería de la Clínica Central "Cira García".

Le agradecemos sea sincero en sus respuestas para ayudarnos a mejorar el trabajo. Lo invitamos a que lea las siguientes afirmaciones y **evalúe con una escala del 1 al 7** su grado de acuerdo o desacuerdo

Con cada una, teniendo en cuenta que **1 es fuertemente en desacuerdo** y **7 es fuertemente de acuerdo**. Qué tan de acuerdo está con las siguientes afirmaciones:

**Expectativa que tiene del servicio**  
**AL LLEGAR**

## CUESTIONARIO

**Percepción que tiene del servicio**  
**AL SALIR**

1	2	3	4	5	6	7	Elementos tangibles	1	2	3	4	5	6	7
							1. La señalización en la clínica (letreros, carteles y flechas) le parecen adecuados para orientar a los pacientes y acompañantes.							
							2. La consulta contó con personal de apariencia limpia y pulcra para informar y orientar a los pacientes y acompañantes.							
							3. La Clínica cuenta con equipos y materiales visualmente atractivos y necesarios para su atención.							
							4. La sala y áreas de la Clínica estuvieron limpios, cómodos, acogedores y visualmente agradables.							
1	2	3	4	5	6	7	Fiabilidad	1	2	3	4	5	6	7
							5. El personal de Enfermería de la Clínica, le orientó y explicó de manera clara, adecuada y con sincero interés de ayudarlo a resolver los pasos o trámites para la atención.							
							6. La consulta con Enfermería o para complementarios se realizó en el horario programado.							
							7. Su atención se realizó respetando la programación y el orden de llegada.							
							8. Su historia clínica e informes de complementarios se encontraron disponibles para su atención.							
							9. Las citas se encontraron disponibles y se obtuvieron con facilidad.							
1	2	3	4	5	6	7	Capacidad de respuesta	1	2	3	4	5	6	7
							10. La atención por el personal de Enfermería fue rápida.							
							11. La atención para tomarse muestras para análisis de laboratorio fue rápida.							
							12. La atención para tomarse exámenes radiográficos fue rápida.							
							13. La atención para obtener los medicamentos fue rápida.							
1	2	3	4	5	6	7	Seguridad	1	2	3	4	5	6	7
							14. Durante su atención en la Clínica se respetó su privacidad.							
							15. El personal de Enfermería le realizó un examen físico completo y minucioso por el problema de salud que motivó su atención.							
							16. El personal de Enfermería y demás personas le brindaron el tiempo necesario para contestar sus dudas o preguntas.							
							17. El personal de Enfermería y demás personas que le atendieron le inspiraron confianza.							
1	2	3	4	5	6	7	Empatía	1	2	3	4	5	6	7
							18. El personal de Enfermería que le atendió lo escuchó atentamente y trató con amabilidad, respeto paciencia.							
							19. El personal de Enfermería y demás personas que le atendió, mostraron interés para solucionar su problema de salud.							
							20. El personal de Enfermería le explicó a Usted o a sus familiares, en palabras fáciles de entender, el problema de salud o resultado de la atención.							
							21. El personal de Enfermería le explicó a Usted o a sus familiares, en palabras fáciles de entender, los cuidados que recibirá.							
							22. El personal de Enfermería le explicó a Usted o a sus familiares, en palabras fáciles de entender, los procedimientos o análisis que le realizarán.							

**Anexo 20. Ficha de descripción del indicador 14. Índice de satisfacción del paciente y acompañante con la calidad de la atención de enfermería alcanzado. (Modificada)**

<b>Clave de referencia del indicador:</b> CG P 05 I 14	<b>Nombre del indicador:</b> Índice de satisfacción del paciente y acompañante con la calidad de la atención de Enfermería alcanzado.	<b>Objetivo del indicador:</b> Alcanzar un índice $\geq 97,00$ % de satisfacción del paciente y acompañante con la calidad de la atención de Enfermería.
<b>Descripción del Indicador (Descripción de términos):</b> <b>Satisfacción:</b> brecha existente entre la percepción y las expectativas de las personas hospitalizadas con la calidad de la atención de Enfermería.		
<b>Formula del indicador:</b> $\frac{\text{Cantidad de pacientes y acompañantes satisfechos}}{\text{Cantidad de pacientes y acompañantes encuestados}} \times 100$		
<b>Estándar o umbrales de desempeño:</b> Es el resultado del índice de eficacia global de las personas encuestadas satisfechas respecto a las encuestadas, representado en porcentaje, el cual fija el valor obtenido y la meta a alcanzar. Ideal $\geq 97,00$ %.	<b>Fuente de datos:</b> Encuestas de satisfacción. Informes de los grupos de la satisfacción. Registro de quejas directas. Informe del Comité de evaluación de la satisfacción (CES). Manuales de Organización y Procedimientos Hospitalarios. <b>Encuesta SERVQUAL modificada</b>	
<b>Origen del indicador:</b> Universal	<b>Presentación de los resultados:</b> Cuadros y gráfico de los datos obtenidos	
<b>Periodicidad de la medición:</b> Mensual.		
<b>Tipología:</b> Resultado		
<b>Definición de responsabilidades:</b> Recogida de datos: Enfermeras supervisoras y jefas de sala Determinación de los valores cuantitativos o cualitativos del indicador: Jefe Unidad Calidad Comunicación de los resultados: Jefe Proceso Enfermería		

**Anexo 21. Cuestionario para la encuesta a jueces expertos para validar indicadores modificados**

Estimado(a) Experto(a):

Por favor, lea y analice detenidamente los cambios propuestos a los indicadores 13. Índice de cuidados perdidos alcanzado y 14. Índice de satisfacción del paciente y acompañante con la calidad de la atención de Enfermería alcanzado, que forman parte del sistema de indicadores diseñado que se adjunta al presente cuestionario, los cuales tienen el objetivo de contribuir a la evaluación de la eficacia del Proceso de Enfermería en el contexto hospitalario.

En la tabla que se muestra a continuación, evalúe los indicadores de acuerdo a cada aspecto señalado y en las líneas correspondientes, exprese su criterio. Usted podrá proponer algún nuevo cambio si así lo considera.

Muchas Gracias.


**Leyenda:**

**MA:** Muy Adecuada, equivale a 5 puntos; **BA:** Bastante Adecuada, equivale a 4 puntos; **A:** Adecuada, equivale a 3 puntos; **PC:** Poco Adecuada, equivale a 2 puntos; **NA:** No Adecuada, equivale a 1 punto.

Aspectos	Razonable y Comprensible					Con suposiciones básicas e intuitivamente razonables				Con componentes claramente definidos					Si deriva de datos factibles de obtener						
	MA	BA	A	PA	NA	MA	BA	A	PA	NA	MA	BA	A	PA	NA	MA	BA	A	PA	NA	
Indicador 13																					
Indicador 14																					

Otros cambios propuestos: \_\_\_\_\_

## Anexo 22. Procedimiento de auditoría interna

	<b>Procedimiento</b> Sistemas de gestión	CG Pd 01-02 Versión: 06 Edición: 2016.11.24
---	---	---

<b>Título:</b>	<b>Auditoría interna</b>
----------------	--------------------------

Nombres y Apellidos	Cargo	Firma
Aprobado:	Director	
Revisado:	Especialista de la Calidad	
Confeccionado:	Responsable de la documentación	

Índice		Página
1	Objetivo	03
2	Responsabilidad	03
3	Materiales y equipos	04
4	Orientaciones	
	4.1 Términos y definiciones	05
	4.2 Principios de auditoría	07
	4.3 Gestión del programa de auditoría	08
	4.4 Realización de una auditoría	10
	4.5 Competencia y evaluación de los auditores	15
	4.6 Referencias	16
	4.7 Registros	16

## **1. Objetivo**

Este procedimiento establece las orientaciones sobre la auditoría interna a realizar a los sistemas de gestión de la organización, incluye los principios de la auditoría, la gestión de un programa de auditoría y la realización de la auditoría, así como la competencia y la evaluación de los auditores.

Este procedimiento es aplicable a todos los procesos determinados en el alcance de las actividades de la organización. Los métodos aquí reflejados pueden utilizarse en otras auditorías de la organización, así como complemento al procedimiento de Autocontrol.

## **2. Responsabilidad:**

### **2.1. El Jefe del proceso CG P 01 Medición, análisis y mejora es responsable de:**

- Aprobar el programa anual de auditorías y sus modificaciones.
- Aprobar el equipo auditor y su jefe.

### **2.2. El Especialista de la Calidad es responsable de:**

- Gestionar el programa de auditoría.
- Revisar y presentar la propuesta del programa de auditorías para su aprobación.
- Revisar y presentar la propuesta del equipo auditor y su jefe.
- Evaluar el desempeño del Jefe del equipo auditor.
- Asegurar que se establezca y conozca el presente procedimiento.
- Determinar los objetivos, criterios y alcance de la auditoría.
- Realizar las coordinaciones necesarias para la efectiva realización de las auditorías.
- Identificar y evaluar los riesgos asociados al programa de la auditoría.

### **2.3. Responsable de la documentación:**

- Elaborar propuesta del programa de auditorías internas.
- Confeccionar el registro de auditores internos.
- Distribuir el programa de auditoría a todos los interesados después de su aprobación.
- Mantener actualizados los registros correspondientes a este procedimiento.
- Ejecutar las modificaciones al plan de auditorías que se aprueben.
- Custodiar el expediente de cada auditoría.

### **2.4. El Jefe de Proceso es responsable de:**

- Establecer el presente procedimiento y garantizar el conocimiento y cumplimiento de los requisitos del mismo.

- Asegurarse de que se realizan las correcciones y se toman las acciones necesarias para eliminar las no conformidades detectadas y sus causas.
- Garantizar que el auditor esté acompañado durante la realización de la auditoría por un representante del proceso.
- Facilitar a los miembros del equipo auditor, el acceso a los locales, instalaciones y documentos que requieran.

#### **2.5. Jefe del Equipo Auditor:**

- Representar en todo momento al equipo de auditores.
- Identificar y evaluar los riesgos asociados a la realización de la auditoría.
- Confeccionar el plan de la auditoría.
- Precisar que el auditor esté acompañado por guía del proceso durante la realización de la auditoría.
- Dirigir la reunión de apertura y clausura de la auditoría.
- Preparar y completar el informe de la auditoría.
- Evaluar a los auditores actuantes.
- Anexar los reportes de no conformidades de los hallazgos negativos detectados, según el registro *CG R 01-04-01 Reporte de no conformidades y observaciones* al informe de auditoría.
- Conformar el expediente de la auditoría.
- Dar solución a las situaciones de conflicto que se pudieran presentar.

#### **2.6. Auditor:**

- Confeccionar la lista de verificación de acuerdo con los objetivos y alcance de la auditoría.
- Permanecer dentro del alcance de la auditoría.
- Participar en la elaboración del informe de la auditoría.
- Cumplir en todo momento con los principios éticos del auditor.
- Confeccionar y revisar que estén debidamente firmados y llenados los registros *CG R 01-04-01 Reporte de no conformidades y observaciones* de los hallazgos negativos que se detecten en el marco de la auditoría y además entregar los mismos al Jefe del equipo auditor para anexarlos al informe de auditoría.

#### **2.7. El Trabajador es responsable de:**

- Conocer y cumplir los requisitos de la documentación aprobada y vigente.

### **3. Materiales y equipos -**

## 4. Orientaciones

### 4.1. Términos y Definiciones:

- **Riesgo:** efecto de la incertidumbre sobre los objetivos

Nota: Adaptado de la Guía ISO 73:2009, definición 1.1.

- **Competencia:** capacidad para aplicar conocimientos y habilidades para alcanzar los resultados pretendidos.

Nota: La capacidad implica la aplicación apropiada del comportamiento personal durante el proceso de auditoría.

- **Conformidad:** cumplimiento de un requisito.
- **No conformidad:** incumplimiento de un requisito.
- **Sistema de gestión:** sistema para establecer la política y los objetivos y para lograr dichos objetivos

Nota: Un sistema de gestión de una organización puede incluir diferentes sistemas de gestión, tales como un sistema de gestión de la calidad, un sistema de gestión financiera o un sistema de gestión ambiental.

- **Lista de verificación:** Documento que recoge los aspectos a revisar, preguntas a realizar y actividades a comprobar.
- **Auditoría:** *proceso* sistemático, independiente y documentado para obtener *evidencias objetivas* y evaluarlas de manera objetiva con el fin de determinar el grado en que se cumplen los *criterios de auditoría*.

Nota 1 a la entrada: Los elementos fundamentales de una auditoría incluyen la *determinación* de la *conformidad* de un *objeto* de acuerdo con un *procedimiento* llevado a cabo por personal que no es responsable del objeto auditado.

Nota 2 a la entrada: Una auditoría puede ser interna (de primera parte) o externa (de segunda parte o de tercera parte), y puede ser *combinada* o *conjunta*.

Nota 3 a la entrada: Las auditorías internas, denominadas en algunos casos auditorías de primera parte, se realizan por, o en nombre de la propia organización, para la *revisión* por la *dirección* y otros fines internos, y pueden constituir la base para la declaración de conformidad de una organización. La independencia puede demostrarse al estar libre el auditor de responsabilidades en la actividad que se audita.

Nota 4 a la entrada: Las auditorías externas incluyen lo que se denomina generalmente auditorías de segunda y tercera parte. Las auditorías de segunda parte se llevan a cabo por partes que tienen un interés en la organización, tal como los clientes) o por otras personas en su nombre. Las auditorías de tercera parte se llevan a cabo por organizaciones auditoras independientes y externas, tales como las que otorgan la certificación/registro de conformidad o agencias gubernamentales.

Nota 5 a la entrada: Este término es uno de los términos comunes y definiciones esenciales para las normas de sistemas de gestión que se proporcionan en el Anexo SL del Suplemento ISO consolidado de la Parte 1 de las Directivas ISO/IEC. La definición original y las notas se han modificado para eliminar los efectos de circularidad entre las entradas de términos de criterios de auditoría y los de evidencia de auditoría y se han añadido las notas 3 y 4.



- **Auditoría combinada:** *auditoría* llevada a cabo conjuntamente a un único *auditado* en dos o más *sistemas de gestión*.

Nota 1 a la entrada: Las partes de un sistema de gestión que pueden estar involucradas en una auditoría combinada pueden identificarse por las normas de sistemas de gestión pertinentes, normas de producto, normas de servicio o normas de proceso que se aplican por la *organización*.

- **Auditoría conjunta:** *auditoría* llevada a cabo a un único auditado por dos o más *organizaciones* auditoras.
- **Programa de la auditoría:** conjunto de una o más *auditorías* planificadas para un periodo de tiempo determinado y dirigidas hacia un propósito específico

[FUENTE: ISO 19011:2018, 3.13, modificada]

- **Alcance de la auditoría:** extensión y límites de una *auditoría*.

Nota 1 a la entrada: El alcance de la auditoría incluye generalmente una descripción de las ubicaciones, las unidades de la organización, las actividades y los *procesos*.

[FUENTE: ISO 19011:2018, 3.14, modificada — Se ha modificado la nota a la entrada]

- **Plan de auditoría:** descripción de las actividades y de los detalles acordados de una auditoría (3.13.1)
- **Criterios de auditoría:** conjunto de *políticas*, *procedimientos* o *requisitos* usados como referencia frente a la cual se compara la *evidencia objetiva*.

[FUENTE: ISO 19011:2018, 3.2, modificada — El término “evidencia de la auditoría” se ha reemplazado por “evidencia objetiva”]

- **Evidencia de la auditoría:** registros, declaraciones de hechos o cualquier otra información que es pertinente para los criterios de auditoría y que es verificable

[FUENTE: ISO 19011:2018, 3.3, modificada — La nota a la entrada se ha eliminado]

- **Hallazgos de la auditoría:** resultados de la evaluación de la evidencia de la auditoría recopilada frente a los criterios de auditoría.

Nota 1 a la entrada: Los hallazgos de la auditoría indican conformidad o no conformidad.

Nota 2 a la entrada: Los hallazgos de la auditoría pueden conducir a la identificación de oportunidades para la mejora o el registro de buenas prácticas.

Nota 3 a la entrada: Si los criterios de auditoría se seleccionan a partir de requisitos legales o reglamentarios, los hallazgos de auditoría pueden denominarse cumplimiento o no cumplimiento.

- **Conclusiones de la auditoría:** resultado de una *auditoría*, tras considerar los objetivos de la auditoría y todos los *hallazgos de la auditoría*.

[FUENTE: ISO 19011:2018, 3.5]

- **Cliente de la auditoría:** organización o persona que solicita una *auditoría*

[FUENTE: ISO 19011:2018, 3.6, modificada — Se ha eliminado la nota a la entrada]

- **Auditado:** *organización* que es auditada

[FUENTE: ISO 19011:2018, 3.7]

- **Guía:** <auditoría> persona designada por el *auditado* para asistir al *equipo auditor*.

[FUENTE: ISO 19011:2018, 3.12]

- **Equipo auditor:** una o más personas que llevan a cabo una *auditoría* con el apoyo, si es necesario, de *expertos técnicos*.

Nota 1 a la entrada: A un *auditor* del equipo auditor se le designa como auditor líder del mismo.

Nota 2 a la entrada: El equipo auditor puede incluir auditores en formación.

[FUENTE: ISO 19011:2018, 3.9, modificada]

- **Auditor:** persona que lleva a cabo una *auditoría*

[FUENTE: ISO 19011:2018, 3.8]

- **Experto técnico:** <auditoría> persona que aporta conocimientos o experiencia específicos al *equipo auditor*

Nota 1 a la entrada: El conocimiento o experiencia específicos son los relacionados con la *organización*, el *proceso* o la actividad a auditar, el idioma o la cultura.

Nota 2 a la entrada: Un experto técnico no actúa como *auditor* en el *equipo auditor*.

[FUENTE: ISO 19011:2018, 3.10, modificada — La nota 1 a la entrada se ha modificado]

- **Observador:** <auditoría> persona que acompaña al equipo auditor pero que no actúa como un auditor

Nota 1 a la entrada: Un observador puede ser un miembro del *auditado*, un ente regulador u otra parte interesada que testifica la *auditoría*.

## 4.2. Principios de auditoría

La auditoría se caracteriza por depender de varios principios. Estos principios contribuyen a hacer de la auditoría una herramienta eficaz y fiable en apoyo de las políticas y controles de gestión, proporcionando información sobre la cual una organización puede actuar para mejorar su desempeño. La adhesión a esos principios es un requisito previo para proporcionar conclusiones de la auditoría que sean pertinentes y suficientes y para permitir a los auditores, trabajando independientemente entre sí, alcanzar conclusiones similares en circunstancias similares.

Los principios en que se basa el proceso de auditoría son:

- a) **Integridad:** el fundamento de la profesionalidad.

Los auditores y las personas que gestionan un programa de auditoría deberían:

- desempeñar su trabajo con honestidad, diligencia y responsabilidad;
- observar y cumplir todos los requisitos legales aplicables;
- demostrar su competencia al desempeñar su trabajo;
- desempeñar su trabajo de manera imparcial, es decir, permanecer ecuánime y sin sesgo en todas sus acciones;
- ser sensible a cualquier influencia que se pueda ejercer sobre su juicio mientras lleva a cabo una auditoría.

b) **Presentación imparcial:** la obligación de informar con veracidad y exactitud.

Los hallazgos, conclusiones e informes de la auditoría deberían reflejar con veracidad y exactitud las actividades de auditoría. Se debería informar de los obstáculos significativos encontrados durante la auditoría y de las opiniones divergentes sin resolver entre el equipo auditor y el auditado. La comunicación debería ser veraz, exacta, objetiva, oportuna, clara y completa.

c) **Debido cuidado profesional:** la aplicación de diligencia y juicio al auditar.

Los auditores deberían proceder con el debido cuidado, de acuerdo con la importancia de la tarea que desempeñan y la confianza depositada en ellos por el cliente de la auditoría y por otras partes interesadas. Un factor importante al realizar su trabajo con el debido cuidado profesional es tener la capacidad de hacer juicios razonados en todas las situaciones de la auditoría.

d) **Confidencialidad:** seguridad de la información.

Los auditores deberían proceder con discreción en el uso y la protección de la información adquirida en el curso de sus tareas. La información de la auditoría no debería usarse inapropiadamente para beneficio personal del auditor o del cliente de la auditoría, o de modo que perjudique el interés legítimo del auditado. Este concepto incluye el tratamiento apropiado de la información sensible o confidencial.

e) **Independencia:** la base para la imparcialidad de la auditoría y la objetividad de las conclusiones de la auditoría.

Los auditores deberían ser independientes de la actividad que se audita siempre que sea posible, y en todos los casos deberían actuar de una manera libre de sesgo y conflicto de intereses. Para las auditorías internas, los auditores deberían ser independientes de los responsables operativos de la función que se audita. Los auditores deberían mantener la objetividad a lo largo del proceso de auditoría para asegurarse de que los hallazgos y conclusiones de la auditoría estarán basados sólo en la evidencia de la auditoría.

Para las organizaciones pequeñas, puede que no sea posible que los auditores internos sean completamente independientes de la actividad que se audita, pero deberían hacerse todos los esfuerzos para eliminar el sesgo y fomentar la objetividad.

f) **Enfoque basado en la evidencia:** el método racional para alcanzar conclusiones de las auditorías fiables y reproducibles en un proceso de auditoría sistemático.

La evidencia de la auditoría debería ser verificable. En general se basará en muestras de la información disponible, ya que una auditoría se lleva a cabo durante un periodo de tiempo delimitado y con recursos finitos. Debería aplicarse un uso apropiado del muestreo, ya que está estrechamente relacionado con la confianza que puede depositarse en las conclusiones de la auditoría.

### **4.3. Gestión del programa de auditoría**

Se establece un programa de auditoría que contribuye a la determinación de la eficacia del sistema de gestión de la organización. El programa de auditoría puede incluir auditorías que tengan en consideración una o más normas de sistemas de gestión, llevadas a cabo de manera individual o combinada.

La alta dirección establece los objetivos del programa de auditoría y designa al Representante de la Dirección para gestionar dicho programa. El alcance del programa de auditoría está basado en el tamaño y la naturaleza de la organización, así como en la naturaleza, funcionalidad, complejidad y nivel de madurez del sistema de gestión a auditar. Se asignan los recursos necesarios para auditar los asuntos de importancia dentro del sistema de gestión. Se establece la auditoría en función del riesgo.

El programa de auditoría incluye la información y los recursos necesarios para organizar y llevar a cabo las auditorías de forma eficaz y eficiente dentro de los periodos de tiempo especificados y también puede incluir lo siguiente:

El programa de auditoría contribuye a la determinación de la eficacia del sistema de gestión de la organización.

#### **4.3.1. Objetivos**

Los objetivos del programa de auditoría se establecen para dirigir la planificación y realización de la auditoría.

Deben tener en cuenta:

- prioridades de la dirección;
- características de procesos y servicios, y cualquier cambio en ellos;
- requisitos del sistema de gestión;
- requisitos legales y contractuales y otros requisitos con los que la organización está comprometida;
- necesidades y expectativas de partes interesadas, incluyendo los clientes;
- nivel de desempeño del auditado, como se refleja en la ocurrencia de fallos o incidentes o en quejas de clientes;
- riesgos para el auditado;

- resultados de auditorías previas;
- nivel de madurez del sistema de gestión que se audita.

#### **4.3.2. Establecimiento del programa de auditoría**

##### a) Competencia para gestionar el programa de auditoría

- principios, procedimientos y métodos de auditoría;
- normas de sistemas de gestión y documentos de referencia;
- actividades, servicios y procesos del auditado;
- requisitos legales y otros requisitos aplicables pertinentes para las actividades y servicios del auditado;
- clientes, proveedores y otras partes interesadas del auditado, cuando sea aplicable.

##### b) Alcance del programa de auditoría

Para establecer el alcance del programa de la auditoría se tendrá en cuenta la naturaleza, funcionalidad, complejidad y el nivel de madurez del sistema de gestión que se va a auditar, la cantidad e importancia de los procesos a auditar, los criterios de auditoría aplicables, las conclusiones de auditorías previas, el tiempo de duración de la auditoría, entre otros aspectos.

##### c) Riesgos relacionados con el programa de auditoría

Durante la gestión del programa de auditoría se deben tener en cuenta los diversos riesgos que pueden afectar el logro de sus objetivos. Estos riesgos pueden asociarse a lo siguiente:

- la planificación
- los recursos
- la selección del equipo auditor
- la implementación
- los registros y controles
- el seguimiento, la revisión y la mejora

##### d) Implementación del programa de auditoría

El Especialista de la Calidad, en el último mes del año, presenta la propuesta del programa de auditoría para el próximo año, en el registro *CG R 01-02-02 Programa de auditorías* al Jefe del proceso *CG P 01 Medición, análisis y mejora*. Después del visto bueno, se aprueba en el Consejo de Dirección. Una vez aprobado se distribuye a todos los interesados.

Cada proceso será sometido al menos a una auditoría interna completa cada año.

Para la realización del programa de auditoría se tienen en cuenta los objetivos y alcance, las responsabilidades y los recursos necesarios.

De acuerdo a las necesidades que se presenten durante el período, este programa podrá modificarse e incorporar o quitar las auditorías que sean pertinentes.

e) Seguimiento, revisión y mejora del programa de auditoría.

Se realiza en la revisión del sistema por la Dirección.

#### **4.4. Realización de una auditoría**

4.4.1. Las auditorías internas se desarrollan teniendo en cuenta las siguientes etapas:

- Preparación.
- Ejecución.
- Reporte.
- Seguimiento.

#### **4.4.2. Preparación de la auditoría.**

En esta etapa se realizan las siguientes actividades:

a) Elaboración del plan de la auditoría.

Al preparar el plan de auditoría, el Jefe del equipo auditor debe determinar:

- las técnicas de muestreo apropiadas a utilizar;
- la composición del equipo auditor y su competencia colectiva;
- los riesgos para la organización creados por la auditoría.

Pueden originarse riesgos para la organización por la presencia de los miembros del equipo auditor que influyen en la salud y la seguridad, el entorno y la calidad, y su presencia puede presentar amenazas para los productos, servicios, personal o infraestructura del auditado (contaminación de espacios limpios).

El Jefe del equipo auditor elabora el plan de auditoría según el registro *CG R 01-02-04 Plan de auditoría* en el que se incluyen los siguientes aspectos:

- Objetivos de la auditoría
- Criterios de la auditoría
- Fecha, hora, lugar donde se van a realizar las actividades de la auditoría.
- Alcance de la auditoría, identificando los procesos y actividades de la organización que van a auditarse.
- Funciones y responsabilidades de los miembros del equipo auditor
- Personal a auditar.
- Fecha de elaboración del plan.
- Nombre y firma de la persona que lo elabora.

En el plan de auditoría se refleja la reunión de intercambio del equipo auditor.

b) Asignación de las tareas al equipo auditor.

El Jefe del equipo auditor asigna a cada miembro las funciones y responsabilidades para auditar procesos, funciones, lugares, áreas o actividades específicas. Se pueden realizar cambios en la asignación de tareas a medida que la auditoría se va llevando a cabo para asegurarse de que se cumplen los objetivos de la misma.

c) Preparación de los documentos de trabajo.

Los miembros del equipo auditor elaboran independientemente la lista de verificación en correspondencia a las tareas asignadas por el Jefe del Equipo, según el registro *CG R 01-02-05 Lista de verificación*, contribuyendo a facilitar la investigación del auditor. Las listas de verificaciones son ilimitadas y pueden ser enriquecidas durante el proceso de ejecución de la auditoría.

La documentación necesaria para el trabajo del equipo auditor será entregada por los auditados con siete (7) días hábiles, antes de la fecha de realización de la auditoría.

#### **4.4.3. Ejecución de la Auditoría**

a) Reunión de apertura.

La reunión de apertura o inicio la dirige el Jefe del equipo auditor y participan los auditores y el cliente de la auditoría, el Especialista de la Calidad, el Responsable del proceso auditado y demás integrantes del proceso que se audita. También puede invitarse a los factores del centro y otro personal. El propósito de esta reunión es:

- Presentar al equipo auditor
- Presentación de los participantes y sus funciones
- Confirmar el plan de auditoría (objetivos, alcance y criterios de la auditoría)
- Proporcionar un breve resumen de cómo se llevarán a cabo las actividades de auditoría
- Precisar los elementos de confidencialidad de los aspectos a tratar.
- Confirmar los canales de comunicación
- Métodos de auditoría, confidencialidad, lazos de comunicación
- Agradecer a la dirección de la organización por permitir la auditoría;
- Explicar cómo serán reportados los resultados;
- Establecer cuándo se realizarán las reuniones de enlace
- Confirmar la logística (oficinas, alimentación, transportación, entre otros);
- Confirmación de los procedimientos pertinentes de protección en el trabajo, emergencia y seguridad para el equipo auditor;
- Dar al auditado la posibilidad de hacer cuantas preguntas crea necesarias.

- Métodos y procedimientos que se utilizarán para realizar la auditoría, incluyendo el aviso al auditado de que las evidencias de la auditoría sólo se basarán en una muestra de la información disponible y de que, por tanto, existe un elemento de incertidumbre en la auditoría.

Se confecciona un acta como evidencia del paso realizado. Entre otros aspectos contiene la relación de participantes y principales intervenciones. Ésta es firmada por el Jefe del equipo auditor y el Responsable del proceso auditado.

b) Comunicación durante la Auditoría.

Los miembros del equipo auditor se consultan periódicamente para intercambiar información, evaluar el proceso de auditoría y reasignar las tareas dentro de los miembros del equipo.

Durante la auditoría, el Jefe del equipo comunica periódicamente los progresos de la auditoría y cualquier inquietud al auditado. Las evidencias recopiladas durante la auditoría que sugieren un riesgo inmediato y significativo se comunican sin demora al auditado.

Cualquier necesidad de cambios en el alcance de la auditoría que pueda evidenciarse a medida que las actividades progresan se le informa al auditado.

Para garantizar los canales de comunicación un guía por el proceso auditado participa junto al auditor.

c) Recopilación y verificación de la Información.

Los auditores recopilan el mayor número de evidencias a través de entrevistas, revisión de documentos y observaciones de actividades in situ. Sólo la información que es verificable puede constituir evidencia objetiva de la auditoría. Cualquier duda o preocupación durante la auditoría se trata en la reunión periódica del equipo de auditores.

d) Hallazgos de auditoría.

Cada auditor que detecte un hallazgo negativo, siempre que sea verificable, dicta y comunica la no conformidad al momento de detectarla, para que sea de conocimiento del auditado y del guía del proceso; de tener dudas, lleva el planteamiento a la reunión de intercambio.

Las no conformidades se revisan con el auditado para obtener el reconocimiento de que la evidencia de la auditoría es exacta y que las no conformidades sean comprendidas. Se debe realizar todo el esfuerzo posible para resolver cualquier opinión divergente, debiendo registrarse los puntos en los que no haya acuerdo.

Las no conformidades se identifican según los siguientes criterios de auditoría, requisitos del Sistema de gestión de la calidad, requisitos regulatorios y de no encontrarse, utilizar los requisitos específicos de la norma con respecto a los cuales se realizan la auditoría.

e) Reuniones del Equipo Auditor.

El equipo auditor se reúne al inicio, durante y al concluir la auditoría con el objetivo de precisar:

- tareas asignadas y preparación de documentos de trabajo,



- grado de avance de la auditoría,
- necesidad de reprogramar actividades,
- intercambiar información,
- revisar los hallazgos detectados y cualquier otra información,
- preparación de las conclusiones de la auditoría,
- confeccionar el informe.

Esta reunión será breve y precisa.

f) Reunión de cierre.

La reunión de cierre o clausura es presidida por el Jefe del equipo auditor, participando, al menos, el mismo personal que en la reunión de apertura.

Entre los aspectos a tratar se encuentran:

- Recordar la integración del equipo auditor
- Reiterar los objetivos, alcance y criterios de la auditoría
- Precisar los elementos de confidencialidad de los aspectos tratados.
- Discutir el seguimiento de la auditoría, si es necesario.
- Dar al auditado la posibilidad de hacer cuantas preguntas crea necesarias.
- Agradecer las atenciones y colaboración para el objetivo de la auditoría
- Dar oficialmente por finalizada la auditoría y cerrar la reunión

En la misma se presentan los hallazgos y conclusiones de la auditoría, así como el resumen de las evidencias, de tal manera que sean comprendidas y reconocidas. Asimismo, se presentan otros datos adicionales y se aclaran, por ambas partes, posibles malos entendidos para arribar a un pleno convencimiento del resultado que arroja la auditoría. Cualquier opinión divergente relativa a los hallazgos de la auditoría deberá discutirse y, si es posible, resolverse. Si no se resolviera, las dos opiniones deberán registrarse.

En esta reunión se entrega al responsable del proceso auditado las no conformidades detectadas en el registro *CG R 01-04-01 Reporte de no conformidades y observaciones* en soporte digital y el mismo cumple lo establecido en el procedimiento documentado *CG Pd 01-04 No conformidad, Acción correctiva y de mejora*. También se hace entrega del informe de la auditoría en el registro *CG R 01-02-06 Informe de auditoría*, según la distribución establecida.

Se confecciona un acta como evidencia del paso realizado. Entre otros aspectos contendrá la relación de participantes y principales intervenciones. Es firmada por el Jefe del equipo auditor y el Responsable del proceso auditado.

#### **4.4.4. Reporte y terminación de la auditoría**

Una vez concluidas las actividades de la auditoría, el Jefe del equipo auditor elabora el *CG R 01-02-06 Informe de auditoría* con ayuda de todos los miembros del equipo.

El informe de auditoría proporciona un registro completo de la auditoría, preciso, detallado y claro, incluye o hace referencia a lo siguiente:

- Objetivos y criterios de la auditoría
- Alcance de la auditoría, particularmente la identificación de áreas o procesos auditados
- La identificación del Jefe del equipo auditor y de los miembros del equipo
- Los hallazgos de la auditoría: Total de no conformidades y observaciones y breve descripción de las mismas.
- Resúmenes de la auditoría.
- Valoración de los costos de la auditoría.
- Conclusiones.

El Informe de auditoría, además, incluye o hace referencia a lo siguiente, según sea apropiado:

- El plan de auditoría.
- Confirmación de que se han cumplido los objetivos de la auditoría de acuerdo con el plan.
- Opiniones divergentes sin resolver entre el equipo auditor y el auditado.
- Recomendaciones para la mejora si se especificó en los objetivos de la auditoría.
- Los planes de acción de seguimiento si los hubiera.
- Lista de distribución del informe de auditoría.

Los miembros del equipo auditor y todos los receptores del informe deben respetar y mantener la debida confidencialidad sobre el mismo.

#### a) Documentación de la Auditoría

Todos los documentos utilizados en la auditoría conforman parte del expediente de la auditoría que será entregado por el Jefe del equipo al Responsable de la documentación del sistema de gestión. El que mantendrá el control y conservación por tres (3) años.

#### **4.4.5. Seguimiento de la auditoría**

Cuando las conclusiones de la auditoría indican la necesidad de acciones correctivas, preventivas, o de mejora, según sea aplicable, son decididas y emprendidas por el auditado en un intervalo de tiempo acordado y no se consideran parte de la auditoría. Debe verificarse si se implementó la acción correctiva y su eficacia. Esta verificación puede ser parte de una auditoría posterior.

La auditoría cierra cuando se da cumplimiento a todas las actividades previstas en su plan.

#### **4.4.6. Valoración de los costos de la auditoría**

Durante la realización de la auditoría se controlan los gastos que se incurren en ésta y al finalizar la misma se realiza la valoración de los costos que incluirán salario, insumos y otros recursos empleados. Esta valoración se recoge en el informe de auditoría.

## **4.5. Competencia y evaluación de los auditores**

### **4.5.1. Selección de los auditores internos**

Cuando la auditoría se considera viable, se selecciona un equipo auditor teniendo en cuenta la competencia necesaria para lograr los objetivos de la auditoría.

La selección de los auditores internos de los sistemas de gestión que participan en la auditoría se realiza teniendo en cuenta la totalidad de auditores que tiene la organización, evidenciada en el registro *CG R 01-02-01 Registro de auditores internos*.

También se pueden utilizar auditores externos, siempre que cumplan los requisitos establecidos.

La propuesta del equipo auditor y su jefe la realiza el Especialista de la Calidad, mediante el registro *CG R 01-02-03 Propuesta del equipo auditor*. Dicho registro será refrendado por el Responsable del proceso de *CG P Medición, análisis y mejora*, después de analizarse en el Consejo de Dirección.

La selección de los auditores y la realización de la auditoría aseguran la objetividad e imparcialidad del proceso de auditoría. Los auditores no auditan su propio trabajo.

Los auditores internos cumplen los siguientes requisitos:

- Titulación académica Media Superior o Superior.
- Estar adiestrado en la Norma (que corresponda, según el sistema de gestión).
- Tener curso de Formación de Auditor Interno de la Calidad y adiestramiento de la norma NC ISO19011.
- Conocer el sistema de gestión implementado en la institución y aplicar el procedimiento establecido.

Un auditor puede acceder a Jefe del equipo auditor cuando apruebe el curso de formación de auditores internos impartido por empresas autorizadas en el ámbito de las auditorías de sistemas de gestión y haya realizado al menos dos auditorías internas, y también por expresa propuesta del Representante de la Dirección Especialista de la Calidad.

### **4.5.2. Evaluación de los Auditores Internos**

Cuando finaliza la auditoría, los auditores que participaron en la misma son evaluados teniendo en cuenta los requisitos establecidos en el registro *CG R 01-02-07 Evaluación del desempeño del auditor*. Las evaluaciones las realiza el Jefe del equipo auditor. La evaluación del Jefe del equipo auditor la realiza el Especialista de la Calidad, después de escuchar los criterios de los Responsables de procesos auditados y los auditores de su equipo.

**1. 4.6. Referencias:**

- NC-ISO-9001:2015 Sistemas de Gestión de la Calidad – Requisitos.
- NC 45001:2018 Seguridad y Salud en el Trabajo - Sistema de Gestión de Seguridad y Salud en el Trabajo – Requisitos.
- NC ISO 19011:2018 Directrices para la auditoría de los sistemas de gestión.
- CG M Manual de la calidad.
- CG Pd 01-01 Creación y control de la información documentada.
- PR-04 P-04 No conformidad, Acción correctiva y de mejora.

**4.7. Registros:**

CG R 01-02-01 Registro de auditores internos

CG R 01-02-02 Programa de auditorias

CG R 01-02-03 Propuesta del equipo auditor


CG R 01-02-04 Plan de auditoria

CG R 01-02-05 Lista de verificación

CG R 01-02-06 Informe de auditoría

CG R 01-02-07 Evaluación del desempeño del auditor

CG R 01-02-01 Registro de auditores internos


		<b>Registro de auditores</b> Sistema de gestión			Código: CG R 01-02-01 Versión: Página Edición:				
No. (1)	Nombres y apellidos (2)	Nivel escolar (3)	Proceso/ actividad (4)	(5) Desempeño obtenido Año					
				1	2	3	4	5	6

**Metodología de llenado del registro** CG R 01-02-01 Registro de auditores internos

1. **Título:** Registro de auditores
2. **Objetivo:** Mantener el control de los auditores y el resultado de evaluar su desempeño en la ejecución de cada auditoría
3. **Distribución:** Original Oficina del Responsable de la documentación del sistema de gestión
4. **Actualización:** Se actualiza siempre que existan movimientos de auditores o se realicen auditorías
5. **Archivo y Conservación:** Oficina del Responsable de la documentación del sistema de gestión, por tres (3) años.
6. **Acceso:** Todo el personal.
7. **Anotaciones:**
  - (1) Número de orden consecutivo
  - (2) Nombres y apellidos del auditor
  - (3) Nivel escolar alcanzado (medio superior ó superior)
  - (4) Proceso y actividad a la que pertenece el auditor
  - (5) Calificación obtenida en la evaluación de su desempeño en la auditoría realizada, poniéndose el símbolo correspondiente:  
 Satisfactorio \_\_\_\_\_ S      Aceptable \_\_\_\_\_ A      Deficiente \_\_\_\_\_ D

Esta evaluación proviene del registro CG R 01-02-07 Evaluación del desempeño del auditor.

CG R 01-02-02 Programa de auditorías

	<b>Programa de auditorías</b> Sistema de gestión	Código: CG R 01-02-02 Versión: Página Edición:
---	---	---

No.	Proceso	Alcance	Auditores	(1) Año													
				E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D		
(2)	(3)	(4)	(5)														

Realizado por:  
 Cargo: Especialista de la Calidad  
 Firma:

Aprobado por:  
 Cargo: Director General  
 Firma: (6)


Fecha:

Fecha:

**Metodología de llenado del registro** CG R 01-02-02 Programa de auditorías

1. **Título:** Programa de auditorías
2. **Objetivo:** Reflejar las auditorías que se van a realizar al sistema de gestión en el período establecido
3. **Distribución:** Original Oficina del Responsable de la documentación del sistema de gestión y todos los procesos.
4. **Actualización:** Anual cuando se confecciona o cada vez que se modifica.
5. **Archivo y Conservación:** Oficina del Responsable de la documentación del sistema de gestión, por tres (3) años.
6. **Acceso:** Todo el personal.
7. **Anotaciones:**
  - (1) Año para el que se realiza la programación de las auditorías. Marcar el mes donde corresponde realizar la auditoría
  - (2) Número consecutivo que le corresponde a la auditoría a realizar en el período
  - (3) Código y nombre del proceso a auditar
  - (4) Se reflejan los objetivos, los criterios de la auditoría, las actividades de los procesos y documentos a auditar y los recursos necesarios. De existir algún riesgo latente, también se refleja aquí.
  - (5) Declarar los auditores que se prevé participen en la auditoría
  - (6) Nombres y apellidos, firma y fecha de quien propone y aprueba el programa

CG R 01-02-03 Propuesta del equipo auditor

	<b>Propuesta del equipo auditor</b> Sistema de gestión	Código: CG R 01-02-03 Versión: Página Edición:
---	---	---

Fecha: (1)

A:

De:

Asunto: (2)

Compañero:

Por medio de la presente someto a su aprobación la composición del equipo auditor, que reúnen los requisitos previstos y documentados, para llevar a cabo la auditoría al sistema de gestión programada para esta etapa. Ellos son: (3)

No.	Nombres y apellidos	Cargo que Ocupa dentro del Equipo
1		Jefe Equipo Auditor
2		Auditor

(4)

Entrega:

Aprueba:


Firma

Fecha

**Metodología de llenado del registro CG R 01-02-03 Propuesta del equipo auditor**

1. **Título:** Propuesta del equipo auditor.
2. **Objetivo:** Realizar la propuesta para conformar el equipo auditor.
3. **Distribución:** Original Oficina del Responsable de la documentación del sistema de gestión
4. **Actualización:** Se actualiza cada vez que se realiza una auditoría.
5. **Archivo y Conservación:** Oficina del Responsable de la documentación del sistema de gestión, por tres (3) años.
6. **Acceso:** Todo el personal.
7. **Anotaciones:**
  - (1) Fecha de realización de la propuesta, nombres y apellidos y responsabilidad de quien la propone y nombres y apellidos y responsabilidad de quien aprueba
  - (2) La propuesta que se realiza y la auditoría que corresponde
  - (3) Nombres y apellidos de los propuestos y la tarea a desempeñar, el primero en relacionarse debe ser el auditor jefe
  - (4) Firma de quien propone y fecha de entrega
  - (5) Firma de quien aprueba y fecha de aprobación

CG R 01-02-04 Plan de auditoría

	<b>Plan de auditoría</b> Sistema de gestión	Código: CG R 01-02-04 Versión: Página Edición:
---	--	---

(1) Auditoría interna No. \_\_\_\_\_ Período: \_\_\_\_\_

Objetivos:

Criterios: (2)

Fecha, hora y lugar	Proceso, actividad, documento	Auditor	Auditado
(3)	(4)	(5)	(6)

Nombres y apellidos

Firma:

Auditor Jefe


Fecha:

**Metodología de llenado del registro** CG R 01-02-04 Plan de auditoría

1. **Título:** Plan de auditoría.
2. **Objetivo:** Proporcionar la base para el acuerdo entre las partes interesadas, respecto a la realización de la auditoría.
3. **Distribución:** Jefe equipo auditor, Responsable de la documentación del sistema de gestión y Jefe del proceso a auditar.
4. **Actualización:** Cada vez que se realice una auditoría.
5. **Archivo y Conservación:** Oficina del Responsable de la documentación del sistema de gestión, por tres (3) años.
6. **Anotaciones:**
  - (1) Número de la auditoría según el programa establecido, así como el tiempo en que se va a desarrollar
  - (2) Objetivos y criterios de la auditoría.
  - (3) Fecha, hora y lugar del desarrollo de las actividades de la auditoría.
  - (4) Nombre del proceso, Actividad y documento que se audita.
  - (5) Nombre del auditor que ejecuta la auditoría.
  - (6) Nombre y cargo del personal auditado.
  - (7) Nombre, firma del Jefe del Equipo Auditor y fecha de elaboración.



CG R 01-02-05 Lista de verificación


	<b>Lista de verificación</b> Sistema de gestión	Código: CG R 01-02-05 Versión: Página Edición:
---	--	---

Proceso: (1)		Actividad:		Auditoría No. (2)			
N°	Descripción	Respuesta (5)				Detalles	
		Si	No	N / A			
(3)	(4)						
Realizado por el auditor: (6)							
Firma:							
Fecha:							

**Metodología de llenado del registro** CG R 01-02-05 Lista de verificación

1. **Título:** Lista de verificación.
2. **Objetivo:** Establecer los detalles a verificar por el auditor.
3. **Distribución:** Original auditor
4. **Actualización:** Cada vez que se realice una auditoría.
5. **Archivo y Conservación:** Oficina del Responsable de la documentación del sistema de gestión, por tres (3) años.
6. **Acceso:** Todo el personal
7. **Anotaciones:**
  - (1) Nombre del proceso y la actividad a auditar.
  - (2) Número de la auditoría según plan realizado.
  - (3) Consecutivo de las actividades a realizar.
  - (4) Se declaran los aspectos de interés a verificar (documentos, preguntas a realizar, entre otros).
  - (5) Se refleja, en la casilla que le corresponde, si los hallazgos satisfacen los requisitos establecidos, así como los detalles encontrados tanto negativos como positivos. Siendo SI: Conforme, NO: No Conforme y N/A: No Aplicable.
  - (6) Nombres y apellidos del auditor, firma y fecha de realización.

CG R 01-02-06 Informe de auditoría y autocontrol

	<b>Informe de auditoría y autocontrol</b> Sistema de gestión	Código: CG R 01-02-06 Versión: Página Edición:
---	---	---

Auditoría No., realizada (fecha) sobre la base del plan de auditoría que se adjunta. (1)

Relación del equipo auditor: (2)

No.	Nombres y apellidos	Cargo

Se entrevistó a: (3)

No.	Nombres y apellidos	Proceso/Actividad	Cargo

Como resultado de la auditoría se detectaron las siguientes no conformidades por procesos y actividades: (4)

No.	Hallazgo	Proceso/Actividad

Desarrollo de la auditoría (5)

Conclusiones (6)

Auditor Jefe, firma y fecha (7)

Especialista de la Calidad, firma y fecha (8)

**Metodología de llenado del registro** CG R 01-02-06 Informe de auditoría y autocontrol

1. **Título:** Informe de auditoría y autocontrol
2. **Objetivo:** Evidenciar los resultados y comportamiento de la auditoría y el autocontrol
3. **Distribución:** Original Oficina del Responsable de la documentación del sistema de gestión y en digital para los jefes de procesos
4. **Actualización:** Cada vez que se realiza una auditoría o un autocontrol
5. **Archivo y Conservación:** Oficina del Responsable de la documentación del sistema de gestión y en el caso del autocontrol se archiva en la oficina de Capital Humano, ambos por tres (3) años.
6. **Acceso:** Todo el personal.
7. **Anotaciones:**
  - (1) Número consecutivo de las auditorías o autocontroles realizados durante el año natural según el programa aprobado, así como el período de tiempo en que se ejecuta.
  - (2) Relación nominal del equipo executor, comenzando por su jefe.
  - (3) Relación nominal de todo el personal que fue entrevistado como consecuencia de la auditoría o autocontrol realizada, el proceso y la actividad a que pertenecen y el cargo que ocupan.
  - (4) Relación de los hallazgos no conformes y requisito que se incumple y el proceso y la actividad donde fueron detectados.
  - (5) Detalles de la realización de la auditoría o autocontrol que le permitan a la Dirección tener un resumen de las principales actividades realizadas, obstáculos encontrados por los ejecutores al realizar su desempeño, se resaltan los aspectos positivos, entre otras, para poder tomar acciones de mejoras. Se incluye el análisis de los costos de la auditoría o autocontrol.
  - (6) Se refleja el cumplimiento de los objetivos de la auditoría o autocontrol.
  - (7) Firma del jefe del equipo y fecha de conclusión del informe.
  - (8) Nombres y apellidos y firma así como la fecha de recepción del informe.

Nota: Este informe se adecua a la terminología propia del autocontrol cuando se utiliza para ese fin.

CG R 01-02-07 Evaluación del desempeño del auditor.

	<b>Desempeño del auditor</b> Sistema de gestión	Código: CG R 01-02-07 Versión: Página Edición:
---	--	---

Nombres y apellidos del auditor: Fecha de evaluación: Auditoría:	
Aspectos a evaluar	Puntos Obtenidos
1. Comprensión de la tarea y confección de la lista de verificación	
2. Redacción y direccionamiento de los reportes	
3. Entrega de los documentos en los plazos establecidos	
4. Participación en la confección del informe de auditoría	
5. Manejo de situaciones y conflictos e integración al equipo	
TOTAL	
Recomendaciones:	
Evaluación final:	
Nombre, firma y fecha de los evaluadores:	
Firma del auditor evaluado y fecha:	

Criterios de evaluación

Cada aspecto a evaluar tiene un valor máximo de 20 puntos, el que se otorga si se cumple satisfactoriamente con el aspecto.

Los puntos perdidos en cada aspecto evaluado deben ser fundamentados a continuación de la evaluación final.

Se otorga para la evaluación de cada aspecto la evaluación siguiente cuando la suma total de los puntos obtenidos en los aspectos evaluados alcanza un valor correspondido entre:

- 91 - 100 puntos ----- Satisfactorio
- 85 - 90 puntos ----- Aceptable
- Por debajo de 85 ----- Deficiente

**Metodología de llenado del registro CG R 01-02-07 Evaluación del desempeño del auditor**

1. **Título:** Desempeño del auditor.
2. **Objetivo:** Evidenciar la realización de la evaluación del desempeño del auditor.
3. **Distribución:** Original Oficina del Responsable de la documentación del sistema de gestión.
4. **Actualización:** Cada vez que se realiza una auditoría.
5. **Archivo y Conservación:** Oficina del Responsable de la documentación del sistema de gestión, por tres (3) años.
6. **Acceso:** Todo el personal
7. **Anotaciones:**
  - (1) Nombres y apellidos del auditor.
  - (2) Fecha de realización de la evaluación.
  - (3) Número de la auditoría y su fecha de realización.
  - (4) Aspectos a tener en cuenta en la evaluación.
  - (5) Puntos obtenidos en cada aspecto según criterios de evaluación.
  - (6) Puntuación total obtenida en la evaluación.
  - (7) Propuestas de mejoras a realizar al auditor de acuerdo a la evaluación obtenida.
  - (8) Evaluación alcanzada según los puntos obtenidos.
  - (9) Nombres y apellidos de los evaluadores y fecha de realización.
  - (10) Firma del auditor evaluado y fecha de recibida.

**Anexo 23. Resultados de las valoraciones de los criterios básicos de Moriyama emitidos por los expertos para validar los indicadores**

Experto	Puntuación otorgada a los criterios básicos de Moriyama por indicador																												M
	Indicador 1				Indicador 2				Indicador 3				Indicador 4				Indicador 5				Indicador 6				Indicador 7				
	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	
1	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	
2	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	
3	5	4	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	
4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	4	5	
7	4	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	5	
8	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	
9	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
10	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	
11	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	
12	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	5	
13	4	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	
14	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	
15	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
<b>M</b>	<b>4,87</b>	<b>4,93</b>	<b>4,80</b>	<b>5,00</b>	<b>4,93</b>	<b>4,73</b>	<b>4,93</b>	<b>4,80</b>	<b>4,93</b>	<b>4,93</b>	<b>4,93</b>	<b>4,87</b>	<b>4,93</b>	<b>4,87</b>	<b>5,00</b>	<b>5,00</b>	<b>4,80</b>	<b>5,00</b>	<b>4,93</b>	<b>4,67</b>	<b>5,00</b>	<b>4,93</b>	<b>4,87</b>	<b>5,00</b>	<b>4,80</b>	<b>4,67</b>	<b>4,67</b>	<b>5,00</b>	

Leyenda: **A:** Razonable y comprensible    **B:** Con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables    **C:** Con componentes claramente definidos    **D:** Derivable de datos factibles de obtener    **M:** Media expertos    **Mc:** Madia de los criterios de Moriyama

**Anexo 23. Resultados de las valoraciones de los criterios básicos de Moriyama emitidos por los expertos para validar los indicadores**

(Continuación)

Experto	Puntuación otorgada a los criterios básicos de Moriyama por indicador																												M	
	Indicador 8				Indicador 9				Indicador 10				Indicador 11				Indicador 12				Indicador 13				Indicador 14					
	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D		
1	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4,88
2	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	4,86
3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	4,88
4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	4,93
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4,93
6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4,93
7	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4,82
8	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4,95
9	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4,91
10	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4,91
11	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	4,91
12	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4,88
13	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4,89
14	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4,93
15	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4,95
<b>Mc</b>	<b>5,00</b>	<b>5,00</b>	<b>4,87</b>	<b>5,00</b>	<b>5,00</b>	<b>4,93</b>	<b>4,93</b>	<b>4,80</b>	<b>5,00</b>	<b>4,73</b>	<b>5,00</b>	<b>4,93</b>	<b>4,93</b>	<b>4,93</b>	<b>4,93</b>	<b>4,93</b>	<b>4,87</b>	<b>5,00</b>	<b>4,87</b>	<b>4,93</b>	<b>4,93</b>	<b>4,80</b>	<b>4,80</b>	<b>4,87</b>	<b>4,73</b>	<b>5,00</b>	<b>5,00</b>	<b>5,00</b>		

Leyenda: **A:** Razonable y comprensible    **B:** Con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables    **C:** Con componentes claramente definidos    **D:** Derivable de datos factibles de obtener    **M:** Media expertos    **Mc:** Madia de los criterios de Moriyama

**Anexo 24. Resultados de las valoraciones de los criterios básicos de Moriyama emitidos por los expertos para validar el sistema de indicadores**

Experto	Puntuación otorgada a los criterios básicos de Moriyama por indicador																												M
	Indicador 1				Indicador 2				Indicador 3				Indicador 4				Indicador 5				Indicador 6				Indicador 7				
	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	
1	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5		
2	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5		
3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5		
4	5	5	5	5	4	4	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	4	4	5	4	5	5	5	5		
5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5			
6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5			
7	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5			
8	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5			
9	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5			
10	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5			
11	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5			
12	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5			
13	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5			
14	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5			
15	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5			
<b>Mc</b>	<b>4,93</b>	<b>4,87</b>	<b>5,00</b>	<b>4,87</b>	<b>4,87</b>	<b>4,80</b>	<b>4,93</b>	<b>4,93</b>	<b>4,93</b>	<b>5,00</b>	<b>5,00</b>	<b>5,00</b>	<b>5,00</b>	<b>4,93</b>	<b>5,00</b>	<b>4,80</b>	<b>4,87</b>	<b>4,80</b>	<b>4,87</b>	<b>4,93</b>	<b>4,80</b>	<b>4,93</b>	<b>4,87</b>	<b>4,93</b>	<b>5,00</b>	<b>5,00</b>	<b>5,00</b>	<b>5,00</b>	

Leyenda: **A:** Razonable y comprensible    **B:** Con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables    **C:** Con componentes claramente definidos    **D:** Derivable de datos factibles de obtener    **M:** Media expertos    **Mc:** Madia de los criterios de Moriyama

Anexo 24. Resultados de las valoraciones de los criterios básicos de Moriyama emitidos por los expertos para validar el sistema de indicadores. (Continuación)

Experto	Puntuación otorgada a los criterios básicos de Moriyama por indicador																												M
	Indicador 8				Indicador 9				Indicador 10				Indicador 11				Indicador 12				Indicador 13				Indicador 14				
	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	A	B	C	D	
1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4,96
2	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4,98
3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00
4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	4,73
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4	5	4,84
6	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00
7	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	4,84
8	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4,84
9	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4,98
10	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4,93
11	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4,95
12	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4,89
13	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	4,95
14	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4,95
15	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00
<b>Mc</b>	<b>5,00</b>	<b>5,00</b>	<b>4,93</b>	<b>4,93</b>	<b>4,87</b>	<b>4,93</b>	<b>4,93</b>	<b>4,87</b>	<b>4,93</b>	<b>4,87</b>	<b>5,00</b>	<b>4,87</b>	<b>4,87</b>	<b>4,80</b>	<b>4,93</b>	<b>4,93</b>	<b>4,93</b>	<b>5,00</b>	<b>5,00</b>	<b>5,00</b>	<b>5,00</b>	<b>4,93</b>	<b>5,00</b>	<b>4,80</b>	<b>4,87</b>	<b>4,80</b>	<b>4,87</b>	<b>4,93</b>	<b>4,92</b>

Leyenda: **A:** Razonable y comprensible **B:** Con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables **C:** Con componentes claramente definidos **D:** Derivable de datos factibles de obtener **M:** Media expertos **Mc:** Media de los criterios de Moriyama



**Anexo 25. Puntuación otorgada por los especialistas a los criterios básicos CREMA por indicador**

Tipología	Indicador	Resumen calificación de criterios					Puntaje total	Selección						
		C	R	E	M	A		Si	No					
Estructura	Indicador 1	4,91	4,82	5,00	5,00	4,91	<b>4,93</b>	X						
Proceso	Indicador 2	5,00	4,91	5,00	4,91	4,91	<b>4,95</b>	X						
	Indicador 3	5,00	4,91	4,91	4,91	4,91	<b>4,91</b>	X						
	Indicador 4	4,91	4,82	5,00	5,00	4,91	<b>4,93</b>	X						
	Indicador 5	5,00	4,82	5,00	4,91	4,91	<b>4,93</b>	X						
	Indicador 6	5,00	4,91	4,91	4,91	4,91	<b>4,93</b>	X						
	Indicador 7	4,91	4,82	5,00	5,00	4,91	<b>4,93</b>	X						
	Indicador 8	5,00	4,91	5,00	4,91	4,91	<b>4,96</b>	X						
	Indicador 9	5,00	4,91	4,91	4,91	4,91	<b>4,93</b>	X						
	Indicador 10	4,91	4,82	5,00	5,00	4,91	<b>4,93</b>	X						
	Indicador 11	5,00	4,91	4,82	5,00	5,00	<b>4,95</b>	X						
	Indicador 12	4,91	5,00	4,91	5,00	4,91	<b>4,95</b>	X						
	Indicador 13	4,91	5,00	4,91	4,91	4,91	<b>4,93</b>	X						
Resultado	Indicador 14	4,91	4,91	4,82	5,00	5,00	<b>4,93</b>	X						
<p><b>C</b> = ¿Es el indicador suficientemente preciso para garantizar una medición objetiva?  <b>R</b> = ¿Es el indicador un reflejo lo más directo posible del objetivo?  <b>E</b> = ¿Es el indicador capaz de emplear un medio práctico y asequible para la obtención de datos?  <b>M</b> = ¿Están las variables del indicador suficientemente definidas para asegurar que lo que se mide hoy es lo mismo que se va a medir en cualquier tiempo posterior, sin importar quien haga la medición?  <b>A</b> = ¿Es el indicador suficientemente representativo del total de los resultados deseados y su comportamiento puede ser observado periódicamente?  <b>Califique de 1 a 5 cada criterio en cada indicador, tenga en cuenta que a mayor número mayor cumplimiento del criterio.</b></p>														
Indicador	Criterio	Puntuación otorgada por los especialistas a los criterios básicos CREMA por indicador											Total	
		Especialista												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11		
1	C	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	<b>4,91</b>
	R	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	5	<b>4,82</b>
	E	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	<b>5,00</b>
	M	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	<b>5,00</b>
	A	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	<b>4,91</b>
	<b>Me</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4,8</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4,8</b>	<b>4,8</b>	<b>5</b>	<b>4,8</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4,93</b>
2	C	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	<b>5,00</b>
	R	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	<b>4,91</b>
	E	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	<b>5,00</b>
	M	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	<b>4,91</b>
	A	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	<b>4,91</b>
	<b>Me</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4,8</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4,6</b>	<b>5</b>	<b>4,95</b>

3	C	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00
	R	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4,91
	E	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4,91
	M	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4,91
	A	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4,91
	Me	5	5	4,8	5	5	5	5	4,6	5	4,8	5	4,91
4	C	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4,91
	R	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	4,82
	E	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00
	M	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00
	A	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4,91
	Me	5	5	4,8	5	5	5	4,8	4,8	5	4,8	5	4,93
5	C	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00
	R	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4,82
	E	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00
	M	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4,91
	A	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4,91
	Me	5	5	5	5	5	4,8	5	5	5	4,6	4,8	4,93
6	C	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00
	R	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4,91
	E	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4,91
	M	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4,91
	A	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4,91
	Me	5	5	4,8	5	5	5	5	4,6	5	4,8	5	4,93
7	C	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4,91
	R	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	4,82
	E	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00
	M	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00
	A	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4,91
	Me	5	5	4,8	5	5	5	4,8	4,8	5	4,8	5	4,93
8	C	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00
	R	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4,91
	E	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00
	M	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4,91
	A	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4,91
	Me	5	5	5	5	5	4,8	5	5	5	4,6	5	4,95
9	C	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00
	R	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4,91
	E	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4,91
	M	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4,91
	A	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4,91
	Me	5	5	4,8	5	5	5	5	4,6	5	4,8	5	4,93
10	C	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4,91
	R	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	4,82

	E	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00
	M	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00
	A	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4,91
	<b>Me</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4,8</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4,8</b>	<b>4,8</b>	<b>5</b>	<b>4,8</b>	<b>5</b>	<b>4,93</b>
11	C	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00
	R	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4,91
	E	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	4,82
	M	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00
	A	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00
	<b>Me</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4,8</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4,8</b>	<b>4,8</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4,95</b>
12	C	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4,91
	R	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00
	E	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4,91
	M	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00
	A	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	4,91
	<b>Me</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4,8</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4,6</b>	<b>5</b>	<b>4,95</b>
13	C	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4,91
	R	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00
	E	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	4,91
	M	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4,91
	A	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4,91
	<b>Me</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4,8</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4,8</b>	<b>5</b>	<b>4,6</b>	<b>5</b>	<b>4,93</b>
14	C	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4,91
	R	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4,91
	E	5	5	5	5	5	5	4	4	5	5	5	4,82
	M	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00
	A	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00
	<b>Me</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4,8</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4,8</b>	<b>4,6</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4,93</b>
<b>M</b>		<b>4,84</b>	<b>4,83</b>	<b>4,72</b>	<b>4,84</b>	<b>4,81</b>	<b>4,80</b>	<b>4,77</b>	<b>4,61</b>	<b>4,84</b>	<b>4,60</b>	<b>4,83</b>	<b>4,77</b>

Leyenda: **C** = Claro **R** = Relevante **E** = Económico **M** = Medible **A** = Adecuado

M = Valor medio

### Anexo 26. Sistema de indicadores validado para evaluar la eficacia del Proceso de Enfermería en el contexto hospitalario

Objetivo	Indicador	Tipología	Umbral %	Forma de cálculo	Forma de representarlo	Periodicidad
1. Mantener $\geq 95,00$ % la Cobertura y cualificación de los recursos humanos de enfermería.	Cobertura y cualificación de los recursos humanos de enfermería mantenida.	Estructura	$\geq 95,00$	$\frac{\text{Cantidad de recurso humano disponible}}{\text{Cantidad de recurso humano aprobado}} \times 100$ $\frac{\text{Cantidad de recurso humano con cualificación para el puesto}}{\text{Cantidad de recurso humano disponible}} \times 100$	Tablas y gráficos de los resultados	Mensual
2. Alcanzar un índice $\geq 98,00$ % de prevención de lesiones por presión (LPP) en personas vulnerables	Índice de prevención de lesiones por presión (LPP) en personas vulnerable alcanzado	Proceso	$\geq 98,00$	$\frac{\text{Personas hospitalizadas vulnerables a LPP sin lesiones}}{\text{Personas hospitalizadas vulnerables}} \times 100$	Tablas y gráficos de los resultados	Mensual
3. Alcanzar un índice $\geq 98,00$ % de prevención de caídas de personas.	Índice de prevención de caídas en personas alcanzado.	Proceso	$\geq 98,00$	$\frac{\text{Total de personas cuidadas que no han tenido caídas}}{\text{Total de personas cuidadas}} \times 100$	Tablas y gráficos de los resultados	Mensual
4. Mantener un índice $\geq 98,00$ % la administración segura de medicamentos.	Administración segura de medicamentos mantenida.	Proceso	$\geq 98,00$	$\frac{\text{Procesos de administración de medicamentos seguros}}{\text{Procesos de administración de medicamentos evaluados}} \times 100$	Tablas y gráficos de los resultados	Mensual
5. Mantener un índice $\geq 98,00$ % la vigilancia y control de venoclisis instaladas	Vigilancia y control de venoclisis instaladas mantenida.	Proceso	$\geq 98,00$	$\frac{\text{Hospitalizados con adecuada vigilancia y control de venoclisis instalada}}{\text{Hospitalizados con venoclisis instalada}} \times 100$	Tablas y gráficos de los resultados	Mensual
6. Alcanzar un índice $\geq 98,00$ % de identificación inequívoca de la persona.	Identificación inequívoca de la persona alcanzado.	Proceso	$\geq 98,00$	$\frac{\text{Cantidad de personas hospitalizadas con identificación inequívoca}}{\text{Cantidad de personas}} \times 100$	Tablas y gráficos de los resultados	Mensual

				hospitalizadas		
7. Alcanzar un índice $\geq$ 98,00 % de comunicación efectiva.	Comunicación efectiva alcanzada.	Proceso	$\geq$ 98,00	$\frac{\text{Cantidad de procesos de comunicación observados efectivos}}{\text{Cantidad de procesos de comunicación observados}} \times 100$	Tablas y gráficos de los resultados	Mensual
8. Alcanzar un índice $\geq$ 96,00 % de higiene correcta de las manos.	Índice de higiene correcta de las manos alcanzado.	Proceso	$\geq$ 96,00	$\frac{\text{Cantidad de procedimientos correctos de higiene de manos observados}}{\text{Cantidad de procedimientos de higiene de manos observados}} \times 100$	Tablas y gráficos de los resultados	Mensual
9. Alcanzar un índice $\geq$ 96,00 % de prevención de infecciones asociadas a accesos intravasculares.	Índice de prevención de infecciones asociadas a accesos intravasculares alcanzado	Proceso	$\geq$ 96,00	$\frac{\text{Cantidad de personas con infección asociada a accesos intravasculares}}{\text{Cantidad de personas con accesos intravasculares}} \times 100$	Tablas y gráficos de los resultados	Mensual
10. Alcanzar un índice $\geq$ 96,00 % de prevención de infecciones de vías urinarias asociadas a sonda vesical instalada.	Índice de prevención de infecciones de vías urinarias asociadas a sonda vesical instalada alcanzado.	Proceso	$\geq$ 96,00	$\frac{\text{Cantidad de personas con infección asociada a sonda vesical instalada}}{\text{Cantidad de personas con sonda vesical instalada}} \times 100$	Tablas y gráficos de los resultados	Mensual
11. Mantener $\geq$ 98,00 % de los registros de observaciones de Enfermería acordes a las regulaciones vigente.	Registros de observaciones de Enfermería acordes a las regulaciones vigente mantenidos.	Proceso	$\geq$ 98,00	$\frac{\text{Cantidad de registros de observaciones de Enfermería acordes a las regulaciones vigente}}{\text{Cantidad de registros de observaciones de Enfermería evaluados}} \times 100$	Tablas y gráficos de los resultados	Mensual
12. Mantener un 100,00 % de procesos de esterilización a vapor con la calidad óptima.	Procesos de esterilización a vapor con la calidad óptima mantenidos.	Proceso	100,00	$\frac{\text{Cantidad procesos de esterilización observados con calidad}}{\text{Cantidad de procesos de esterilización realizados}} \times 100$	Tablas y gráficos de los resultados	Mensual

13. Alcanzar un índice $\geq$ 95,00 % de cuidados de Enfermería perdidos.	Índice de cuidados de Enfermería perdidos alcanzado	Resultado	$\geq 95,00$	$\frac{\text{Cantidad de cuidados de Enfermería realizados}}{\text{Cantidad de cuidados de Enfermería planificados}} \times 100$	Tablas y gráficos de los resultados	Mensual
14. Alcanzar un índice $\geq$ 97,00 % de satisfacción del paciente y acompañante con la calidad de la atención de Enfermería.	Índice de satisfacción del paciente y acompañante con la calidad de la atención de Enfermería alcanzado.	Resultados	$\geq 97,00$	$\frac{\text{Cantidad de pacientes y acompañantes satisfechos}}{\text{Cantidad de pacientes y acompañantes encuestados}} \times 100$	Tablas y gráficos de los resultados	Mensual

## **Anexo 27. Programa del curso “Indicadores de evaluación de la eficacia del proceso de enfermería en el contexto hospitalario”**

**Título:** Indicadores de evaluación de la eficacia del Proceso de Enfermería en el contexto hospitalario.

**Especialidad:** Enfermería.

**Tipo de actividad:** Curso.

**Nivel:** Institucional.

**IES o centro autorizado:** Clínica Central “Cira García”.

**Facultad o departamento:** Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

**Modalidad:** Tiempo completo ( ) Tiempo parcial (X) A distancia ( ).

**Grado de comparecencia:** Presencial.

**Cantidad de horas:** 80 Horas

**Cantidad de créditos académicos:** Dos créditos.

**Matrícula:** 15 cursistas.

**Dirigido a:** Profesionales de Enfermería y demás involucrados en la implementación del sistema de indicadores.

**Coordinador y profesor principal:** MsC. Lázaro Luis Hernández Vergel

**Título profesional:** Licenciado en Enfermería

**Grado científico:** Máster en Atención Primaria de Salud

**Categoría docente:** Profesor Auxiliar

### **Justificación:**

El tema de la calidad se ha convertido en un asunto recurrente en los servicios de salud, dentro de un esquema de consecución de mejores resultados a menor costo y, sobre todo, con la mayor satisfacción de las partes interesadas.

En Cuba ha sido una preocupación constante del gobierno y el partido, muestra de ello, son su proclamación en la Constitución de la República, La Ley de Salud y los Lineamientos de la Política Económica y Social. Unido a ello, el Ministerio de Salud Pública ha fomentado un sistema de acreditación de la calidad de las instituciones de salud.

Para poder garantizar la calidad de los servicios de salud, se requiere de patrones de referencias que se traducen en indicadores de evaluación. Específicamente, el Departamento de Enfermería del

MINSAP desde los años 90 del pasado siglo, aboga por el uso de indicadores que permitan abordar la calidad desde diferentes dimensiones.

En ese sentido, la Clínica Central “Cira García”, que tiene la misión de exportar servicios de salud, potencializa la necesidad de contar con indicadores que permiten a los gestores de los servicios de enfermería evaluar la calidad de los cuidados de Enfermería.

Como respuesta a la necesidad del MINSAP de implementar y certificar sistemas de gestión de la calidad, surgió una investigación que tuvo como objetivo general: propone un sistema de indicadores para evaluar la eficacia del Proceso de Enfermería.

La superación profesional de los profesionales de Enfermería, se desarrollará en la Clínica Central “Cira García”, además de ser el escenario donde se aplicara la intervención del estudio, es una institución con amplia experiencia en la calidad y Sistemas de Gestión de la Calidad, acreditada por la Junta Nacional de Acreditación de Instituciones de Salud del MINSAP y certificada por la Oficina Nacional de Normalización (ONN) y certificada por la agencia de certificaciones *Lloyd's Register*, cuenta con recursos humanos y materiales necesarios para impartir las actividades docentes planificadas.

**Objetivo general:**

Fortalecer los conocimientos teóricos y prácticos relacionados con los indicadores para evaluar la eficacia del Proceso de Enfermería.

**Equipo docente:**

MsC. Lázaro Luis Hernández Vergel. Licenciado en Enfermería. Máster en Atención Primaria de Salud. Profesor Auxiliar

Dr. C. Jesús Rodríguez Cortón. Máster y Doctor en Ciencias Químicas. Profesor Titular.



## ESTRUCTURA DEL CURSO Y DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO

Temas	Conferencias	Clases prácticas	Seminarios	Estudio independiente	Total
1. La calidad en el sistema de salud y en la atención de Enfermería	1	1	2	12	16
2. Las dimensiones de la calidad en salud	1	1	2	12	16
3. La evaluación de la calidad en los servicios de salud	1	1	2	12	16
4. Indicadores de evaluación de la calidad	1	1	2	12	16
5. Evaluación final	-	-	4	12	16
<b>Total de horas</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>16</b>	<b>60</b>	<b>80</b>

### Programa analítico:

#### Tema 1. La calidad en el sistema de salud y en la atención de Enfermería

##### Objetivo:

1. Determinar la calidad como principio fundamental de la atención sanitaria y componente crítico de la gestión.
2. Analizar los conceptos más frecuentes que se emplean sobre la calidad asistencial y de los servicios de Enfermería.
3. Determinar las dimensiones de la calidad.

##### Contenido:

- 1.1. Concepto de calidad
- 1.2. Calidad en salud
- 1.3. Evolución de la calidad
- 1.4. Enfoques que permiten valorar la calidad

##### Forma organizativa:

Conferencia: 1 hora

Clase práctica: 1 hora

Seminario: 2 horas

## **Tema 2. Las dimensiones de la calidad en salud**

*Objetivo:* Actualizar elementos cognitivos en relación a las dimensiones de la calidad en salud, con énfasis en la dimensión eficacia.

*Contenido:*

2.1. Generalidades de las dimensiones de la calidad en salud

2.2. Dimensiones de la calidad asistencial

2.3. Dimensión eficacia

*Forma organizativa:*

Conferencia: 1 hora

Clase práctica: 1 hora

Seminario: 2 horas

## **Tema 3. La evaluación de la calidad en los servicios de salud**

*Objetivo:* Desarrollar habilidades en el personal de Enfermería con respecto a la evaluación de la calidad.

*Contenido:*

3.1. Generalidades de la evaluación de la calidad

3.2. Evaluación de la calidad en salud

3.3. Evaluación de la calidad en Enfermería.

3.4. Evaluación de la estructura, el proceso y los resultados.

*Forma organizativa:*

Conferencia: 1 hora

Clase práctica: 1 hora

Seminario: 2 horas

## **Tema 4. Indicadores de evaluación de la calidad**

*Objetivo:* Desarrollar habilidades en el personal de Enfermería con responsabilidades directivas y de gestión en el desarrollo e implementación de indicadores de calidad.

*Contenido:*

4.1. Indicadores de calidad, generalidades

4.2. Los objetivos que persiguen el sistema de indicadores y su funcionamiento.

- 4.3. Indicadores de eficacia
- 4.4. Estructura de un indicador
- 4.5. La gestión con el uso de indicadores
- 4.6. Personas responsables en la recogida de información, tareas para esta actividad.
- 4.7. El análisis y la explotación de los indicadores.
- 4.8. La comunicación de los resultados.

*Forma organizativa:*

Conferencia: 1 hora

Clase práctica: 1 hora

Seminario: 2 horas

### **Plan calendario**

<b>Encuentro</b>	<b>Tema</b>	<b>Profesor</b>	<b>Estrategia Docente</b>
<b>1</b>	1. La calidad en el sistema de salud y en la atención de Enfermería	MsC. Lázaro Luis Hernández Vergel	Conferencia: 1 hora Clase práctica: 1 hora Seminario: 2 horas
<b>2</b>	2. Las dimensiones de la calidad en salud	MsC. Lázaro Luis Hernández Vergel	Conferencia: 1 hora Clase práctica: 1 hora Seminario: 2 horas
<b>3</b>	3. La evaluación de la calidad en los servicios de salud	MsC. Lázaro Luis Hernández Vergel	Conferencia: 1 hora Clase práctica: 1 hora Seminario: 2 horas
<b>4</b>	4. Indicadores de evaluación de la calidad	DrC. Jesús Rodríguez Cortón	Conferencia: 1 hora Clase práctica: 1 hora Seminario: 2 horas
<b>5</b>	5. Evaluación final	MsC. Lázaro Luis Hernández Vergel DrC. Jesús Rodríguez Cortón	Seminario: 4 horas

### **Métodos pedagógicos a utilizar:**

- Expositivo explicativo.
- Elaboración conjunta.
- Discusión académica.
- Método de situaciones.

- Método de simulación.

**Formas de organización de la enseñanza:**

- Conferencias.

- Clase práctica.

- Seminario.

-Técnicas de educación participativas.

- Trabajos en equipos.

- Discusión en Plenario.

- Relatoría final.

**Medios de enseñanzas:**

Como soporte material a los métodos para posibilitar el logro de los objetivos propuestos, se emplearán:

\* Proyector de Power Point con Ordenador Electrónico.

\* Citas bibliográficas.

\* Libros de textos.

**Estrategia metodológica general:**

La actividad se desarrollará a tiempo parcial, un día a la semana, (los lunes de cada semana en la tarde), durante cinco semanas, en los escenarios docentes de la Clínica Central "Cira García", con un total de 80 horas, de ellas, cuatro conferencias, cuatro clases prácticas y cuatro seminarios temáticos.

Los profesores deben utilizar los métodos y medios de enseñanza que garanticen la participación activa de los estudiantes, asegurando que se estructuren de forma coherente con el fin de alcanzar los objetivos propuestos.

Además de los esfuerzos para alcanzar los objetivos instructivos, durante todo el curso, se debe sensibilizar y motivar al personal para que comprendan la utilidad de su participación y apreciar el impacto de su esfuerzo en la efectividad de la implementación.

Resaltar que el resultado de los indicadores es el fruto de las actividades que realiza el personal involucrado, ya que esto incrementa la motivación hacia la consecución de los resultados del personal.

Unido a ello, se debe esclarecer que el funcionamiento de los indicadores para obtener unos valores coherentes en el progreso de una actividad de la organización y no tienen por objeto sancionar.

Los profesores deben reconocer que una capacitación efectiva, es fundamental para impedir o corregir desviaciones sobre los objetivos marcados y mantener los indicadores en los niveles previstos.

Los estudiantes dispondrán de 12 horas semanales para el estudio independiente y la realización de las tareas orientadas por el profesor.

Al final del curso se le realizará un examen teórico que servirá para evaluar el nivel alcanzado por los estudiantes.

### **Orientaciones metodológicas por tema:**

En la actividad de inicio, se realiza una técnica grupal de presentación y deshielo. Posteriormente, se realiza la presentación del programa, recogida de expectativas, constitución de los grupos de trabajo, orientaciones generales y el sistema de evaluación.

A continuación, se le entregará a cada alumno tiras de papel para que respondan con una palabra la pregunta ¿Cómo valoran la evaluación de la Calidad de los servicios de Enfermería? Con la recogida de estas tiras se coloca en el pizarrón los resultados que reflejan las regularidades en las opiniones y criterios de los alumnos y docentes sobre el tema.

Ante esta caracterización inicial se les propone pensar en la pregunta ¿qué podemos hacer para resolver este problema?

Se identifica como un problema profesional a resolver durante su participación en el curso que forma parte de la estrategia de trabajo de la Clínica Central "Cira García". Se realiza la orientación hacia el objetivo del primer tema del curso donde se abordan las generalidades de la calidad y la calidad en salud.

Se comienza con un conversatorio donde se muestran las potencialidades del conocimiento sobre la evaluación de la calidad en los servicios de Enfermería. Se les pregunta ¿conocen que es calidad y cómo se evalúa?, ¿podremos lograr el desarrollo de estos conocimientos desde sus entornos de trabajo?

Mediante la conferencia, se muestran las generalidades de la calidad y se particulariza en la calidad en los servicios de salud.

Se cierra este primer encuentro del curso orientando la tarea, que consistirá analizar los contenidos de: las Normas NC ISO 9001: 2015 Sistemas de Gestión de la calidad-Requisitos y Norma UNE 66175. Sistemas de Gestión de la calidad. Guía para la implantación de sistemas de indicadores. AENOR. 2003.

En el segundo encuentro se orienta las dimensiones de la calidad en salud. Se debaten las dimensiones de calidad que traen como ejemplos del encuentro anterior para reconocer las potencialidades de cada una de las formas de gestión, se les pregunta entonces: ¿cuáles son las dimensiones de la calidad que usted reconoce?, ¿se pueden integrar estas dimensiones en sus procesos de gestión? ¿Explique qué entiende por la dimensión eficacia?

A partir del debate se muestra una conferencia, acerca de las dimensiones de la calidad en salud, con énfasis de la dimensión eficacia. Se orienta como tarea, analizar cuáles son las formas de evaluación de la calidad.

En el tercer encuentro se trata la evaluación de la calidad en los servicios de salud. Se les pregunta entonces: ¿cuáles son las formas en que se puede evaluar la calidad de la atención?, se listan las características y formas de evaluar la calidad y se pide las analicen en grupos para presentar en plenario. El profesor a partir de las medidas expuestas por los alumnos, imparte una conferencia sobre la Evaluación de la calidad en enfermería, la utilización de la propuesta de Donabedian para evaluar calidad, a partir de la cohesión entre los componentes académico, laboral e investigativo y empleando como método la lógica de los planes de mejora de la calidad. Se orienta como tarea, analizar cuáles son los indicadores con los que en su entorno laboral se evalúa la calidad.

En el cuarto encuentro, se tratan los Indicadores de calidad para evaluar la calidad del Proceso de Enfermería: ¿cuáles son los indicadores específicos de eficacia que en su entorno se aplican para evaluar el Proceso de Enfermería?, se listan los indicadores y se pide las analicen en grupos para presentar en plenario. El profesor a partir de los indicadores expuestos por los alumnos presenta una conferencia sobre los Indicadores de calidad, su estructura y la gestión con el uso de indicadores. En la clase práctica, se enfatiza en su aplicación, sistema de registro y notificación. Se orienta estudiar los contenidos tratados en todos los encuentros con el fin de prepararse para el examen teórico que se realizará a través de un seminario integrador.

### **Sistema de evaluación:**

La evaluación se hará sistemáticamente sobre la base del saber y del saber hacer, con la demostración de habilidades en el nivel de aplicación. Las actividades de evaluación sistemática de carácter formativa se desarrollarán durante todo el curso y estas serán:

- Participación de los estudiantes en los seminarios de los distintos temas.
- Presentación de las tareas en cada encuentro por equipo.

Además, se evaluarán los aspectos generales como comportamiento, el 80% de asistencia, puntualidad, así como el porte y aspecto personal.

La evaluación final del curso se realizará en el seminario integrador programado, donde se destaque las técnicas didácticas participativas que favorezcan el proceso enseñanza aprendizaje de manera coherente e interactivo, en función de los objetivos propuestos.

El promedio de las evaluaciones sistemáticas se suma a la evaluación final para otorgar la calificación final, a través de la escala de Excelente, Bien, Aprobado y Desaprobado.

Al concluir el curso postgrado, se entregará el CR 3 a secretaria docente, con los datos de los profesores y de los estudiantes que obtuvieron calificaciones satisfactorias, para la elaboración y entrega de los certificados de participación.


### **Bibliografía:**

1. AENOR. Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos (ISO 9001:2000). [Internet] 2000 [acceso: 31/07/2018]. Disponible en: <http://www.aenor.es/desarrollo/certificacion/sistemas/descripcion2.asp?tipos=1>
2. Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente. Metas para la seguridad del paciente. Ginebra: OMS; 2015 [acceso: 31/07/2018]. Disponible en: <https://www.who.int/patientsafety/challenge/en/>
3. Clemente PA, Fortuna B, Tort-Martorell X. Modelo de excelencia de la EFQM aplicado al ámbito sanitario. Barcelona: Faura Casas; 2003.
4. Colectivo de autores. Manual de administración y gestión en enfermería. Tomo I. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2017.
5. Cometto MC, Fabiana Gómez P, Marcon Dal Sasso GT, Zárata Grajales RA, De Bortoli Cassiani SH, Falconí Morales C. Enfermería y seguridad de los pacientes. Washington, D. C.: OPS; 2011.

6. Departamento Nacional de Planeación (ed.). Guía Metodológica para la formulación de indicadores. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación; 2009.
7. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *The Milbank Quarterly*, 2005;3(44): 691-729.
8. Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales: calidad por sistema. Sevilla: Consejería de Salud; 2001.
9. Ignacio García EI, Rodríguez Cornejo MJ. Un modelo de gestión de la calidad total para la enfermería hospitalaria. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz: Sociedad Andaluza de Calidad Asistencial (SADECA); 2000.
10. Joint Commission International. Estándares de acreditación para hospitales de *Joint Commission International*. 5ta ed. Illinois: Oakbrook Terrace; 2014.
11. Joint Commission Resources. Applied tracer methodology: tips and strategies for continuous systems improvement. Illinois: CAHCO; 2008.
12. Ministerio de Salud Pública. Resolución Ministerial 145/2007. Anexo: Programa para el perfeccionamiento continuo de la calidad de los servicios hospitalarios. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2007.
13. Narey Ramos B. Control de calidad de la atención de salud. 2da ed. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2011.
14. Norma UNE 66175. Sistemas de Gestión de la calidad. Guía para la implantación de sistemas de indicadores. AENOR; 2003.
15. Norma UNE. Sistemas de Gestión de la calidad. Guía para la implantación de sistemas de indicadores. AENOR; 2003.
16. Pastor Tejedor J. Modelo de gestión de calidad en instituciones sanitarias. Integrando los modelos de gestión EFQM y CMI. Madrid: CES; 2008.
17. Rodríguez Pérez P, García Caballero J. Calidad en la atención sanitaria. Conceptos teóricos y aplicaciones prácticas. Madrid: Sociedad Española de Medicina Preventiva-Sociedad Española de Calidad Asistencial; 2001.



## Anexo 28. Ficha del Proceso CG P 05 Atención de Enfermería

 <p>CLINICA CENTRAL CIRA GARCIA</p>	<p><b>Ficha de proceso</b> Sistema de gestión</p>	<p>Código: CG R 01-01-07 Versión:08 Edición: 2021.01.28 Página - 109 - de 263</p>
--	---	---

Título:

**CG P 05 Atención de Enfermería.**

<b>Nombres y Apellidos</b>	<b>Cargo</b>	<b>Firma</b>
Aprobado:	Director	
Revisado:	Representante de la Dirección	
Confeccionado:	Jefe de Proceso	

## Proceso: CG P 05 Atención de Enfermería

### Responsable:

El responsable máximo de este proceso es la jefa del Departamento de Enfermería.

Segundo responsable: Licenciado en Enfermería designado.

Los responsables de las principales actividades son:

- Jefe de Enfermería del Servicio de Urgencias.
- Jefe de Enfermería de la Unidad Quirúrgica.
- Jefe de Enfermería del Servicio de Cuidados progresivos.
- Jefes de Enfermería de Salas de Cuidados mínimos
- Jefe de Enfermería del Departamento Consulta externa.
- Jefe del Departamento de Esterilización central.

### Misión

Brindar servicios de enfermería de consulta externa, urgencias y hospitalización al personal del cuerpo diplomático y de las Agencias del Sistema de Naciones Unidas, acreditadas en Cuba, así como a extranjeros residentes en Cuba, a turistas y a nacionales de urgencia.

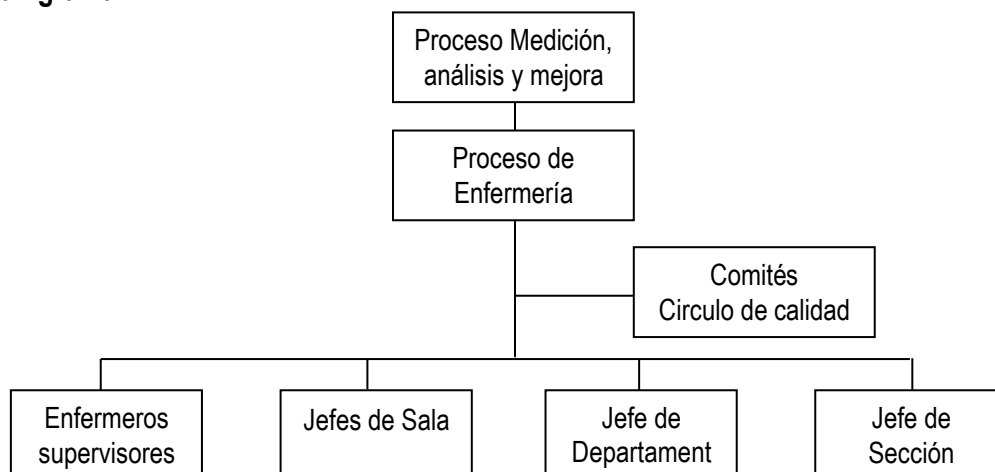
### Visión

Somos un colectivo de enfermería, competente y responsable con profundos valores humanistas, que trabaja con apego al método científico (PAE) y alcanza altos niveles de satisfacción de las expectativas de las personas objeto de cuidado.

### Objetivos específicos.

- Cumplir los objetivos estratégicos de la calidad para la medición de la eficacia del Sistema de Gestión de la Calidad
- Satisfacer los requisitos establecidos por el cliente externo (paciente y familiar) y el cliente interno (personal médico) a fin de que reciban la atención de Enfermería que satisfaga sus necesidades sentidas y no sentidas (técnicas).
- Lograr que ningún paciente desarrolle infecciones o complicaciones o cualquier evento adverso, como consecuencia del uso de material contaminado durante el proceso.

### Organigrama



## Recursos utilizados.

Humanos:

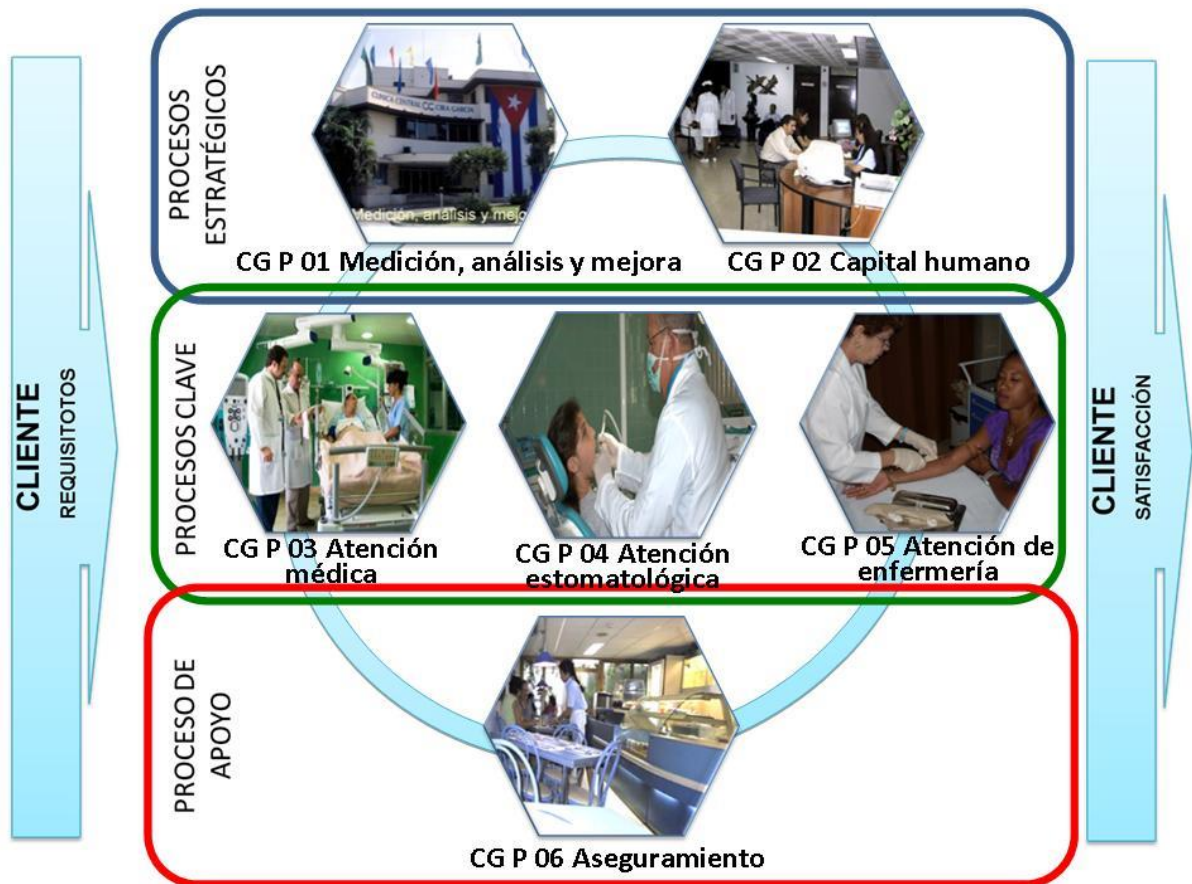
- Los relacionados en los Manuales de Organización y Procedimientos Hospitalarios de enfermería y esterilización.

Materiales:

- Los relacionados en los Manuales de Organización y Procedimientos Hospitalarios de enfermería y esterilización.

## Procesos con que se relaciona.

- CG P 01 Medición, análisis y mejora.
- CG P 02 Capital humano
- CG P 03 Atención médica.
- CP P 04 Atención Estomatológica
- CG P 06 Aseguramiento.



## Relación de documentos del proceso.

- Resolución 1/2007 del MINSAP. Reglamento general de hospitales.
- Resolución 36 del 2010 del Director general de la Clínica Central "Cira García". Reglamento funcional de la Clínica Central "Cira García".

- Resolución ministerial No. 145/2007 del MINSAP Programa de calidad hospitalaria.
- Resolución 28/2010 Programa de la calidad hospitalaria de la Clínica Cira García.
- Estándares de acreditación para hospitales de *Joint Commission International*. (JCI).
- Reglamento Orgánico de la Clínica Central "Cira García". 2014.
- Documentos del Sistema de Gestión de la Calidad.
- Manuales de Organización y Procedimientos Hospitalarios de enfermería y Esterilización.
- Manual de diagnósticos de enfermería NANDA.
- Carpeta metodológica de enfermería del Ministerio de Salud Pública.
- Historias clínicas.
- Normas y procedimientos de enfermería del Ministerio de Salud Pública. 1996.
- Planes y objetivos de trabajo.
- Guías y resultados de evaluaciones.
- Otros documentos del Sistema de Gestión de la Calidad que se encuentran en soporte digital en el sitio del Sistema de Gestión de Calidad de la Intranet y en la Vicedirección de enfermería.
- Normas y procedimientos de esterilización del Ministerio de Salud Pública, 1996.
- Manual de Normas de Consumo.
- Otros documentos regulatorios y normativos que se encuentran en los respectivos manuales y en el sitio de la Calidad en Iomegana.

Actividades, entradas y resultados del proceso				
Fuentes de entrada	Elementos de entrada	Actividades	Elementos de salida	Receptores de la salida
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proceso CG P 01 Medición, análisis y mejora.</li> <li>- Proceso CG P 02 Capital humano</li> <li>- Proceso CG P 04 Atención estomatológica</li> <li>- Proceso CG P 05 Atención de enfermería</li> <li>- Proceso CG P 06 Aseguramiento</li> <li>- Clientes</li> <li>- Comités de evaluación de la calidad de trabajo.</li> <li>- Círculos de la Calidad</li> </ul> <p><b>Partes interesadas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Clientes externos</li> <li>- Clientes internos</li> <li>- Proveedores</li> <li>- MINSAP</li> <li>- Comunidad</li> <li>- Organizaciones políticas</li> </ul>	Pacientes que requieren atención de urgencias y vienen por sus medios, conducidos o remitidos de otras instituciones, con o sin acompañamiento.	Atención de enfermería de urgencia	Unidad quirúrgica, Servicio de Cuidados Progresivos, Salas de cuidados mínimos, traslado a otra institución o fallecido.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proceso CG P 01 Medición, análisis y mejora.</li> <li>- Proceso CG P 02 Capital humano</li> <li>- Proceso CG P 04 Atención estomatológica</li> <li>- Proceso CG P 05 Atención de enfermería</li> <li>- Proceso CG P 06 Aseguramiento</li> <li>- Clientes</li> <li>- Comités de evaluación de la calidad de trabajo.</li> <li>- Círculos de la Calidad</li> </ul> <p><b>Partes interesadas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Clientes externos</li> <li>- Clientes internos</li> <li>- Proveedores</li> <li>- MINSAP</li> <li>- Comunidad</li> <li>- Organizaciones políticas</li> </ul>
	Pacientes que requieren intervención quirúrgica y vienen del Servicio de urgencias, Servicio de Cuidados Progresivos, sala de cuidados mínimos y pacientes ambulatorios electivos.	Atención de enfermería al paciente en el pre, trans y post operatorio	Servicio de Cuidados Progresivos, sala de cuidados mínimos, fallecidos, hacia el lugar de origen fuera del centro	
	Pacientes procedentes del Servicio de urgencias, Unidad Quirúrgica, sala de Cuidados Mínimos.	Atención de enfermería al paciente grave.	Sala de Cuidados Mínimos, hacia el lugar de origen, otra institución del sistema nacional de salud o fallecido	
	Pacientes procedentes del Servicio de urgencias, Unidad Quirúrgica, Servicio de Cuidados progresivos, otra sala de Cuidados Mínimos o ingreso electivo, con o sin acompañamiento.	Atención de enfermería a pacientes hospitalizados en Salas de Cuidados mínimos.	Otra sala de Cuidados Mínimos, Servicio de Cuidados progresivos, hacia el lugar de origen, otra institución del sistema nacional de salud, alta o seguimiento por consulta externa o fallecido.	
	Pacientes que acuden espontáneamente o procedentes del Servicio de Urgencias o continuación de la atención de pacientes egresados.	Atención de enfermería a pacientes ambulatorios.	Su hogar, Servicio de Urgencias, Salas de cuidados Mínimos, Unidad Quirúrgica	
	Pacientes con indicación de exámenes imagenológicos procedentes del Servicio de Urgencias, Servicio de Cuidados Progresivos, salas de cuidados Mínimos, Consulta externa u otras unidades del sistema nacional de salud.	Atención de enfermería a pacientes durante la realización de exámenes imagenológicos.	Servicio de Urgencias, Servicio de Cuidados progresivos, Salas de cuidados Mínimos, Consulta externa u otras unidades del sistema nacional de salud.	
	Artículos para esterilizar procedentes	Esterilización	Entrega de los Artículos estériles	

Actividades, entradas y resultados del proceso				
Fuentes de entrada	Elementos de entrada	Actividades	Elementos de salida	Receptores de la salida
	de las unidades organizativas que lo requieran. Solicitud de material gastable.		para las unidades organizativas que lo requieran. Entrega de material gastable a las unidades organizativas.	
	No conformidades y observaciones.		Análisis de causas. Acciones correctivas y/o preventivas.	
	Necesidades de capacitación del recurso humano de enfermería.		Plan de capacitación del recurso humano de enfermería.	
	Cumplimiento de servicios solicitados de: – Alimentos – Lavandería y ropería. – Mantenimiento. – Ingeniería Clínica. – Informática. – Transporte. – Caldera		Solicitud de servicio: – Alimentos – Lavandería y ropería. – Mantenimiento. – Ingeniería Clínica. – Informática. – Transporte. – Caldera.	
	Materiales e insumos solicitados	Comunes	Solicitud de materiales e insumos a almacén de miscelánea.	
	Informe de exámenes complementarios solicitados: – Laboratorios – Imagenología – Fisiología aplicada – Unidad quirúrgica.		Solicitud de exámenes complementarios a: – Laboratorios – Imagenología – Fisiología aplicada – Unidad quirúrgica.	
	Medicamentos		Solicitud de medicamentos en modelo pedido de medicamentos a farmacia.	
	Entrada de equipos.		Salida de equipos.	
	Solicitud de informes por los niveles superiores.		Confeción y envío de los informes solicitados.	



Criterios de evaluación:

5 puntos, cumplimiento del indicador al 100,00%

4 puntos, cumplimiento del indicador entre el 99,00 y 85,00 %

3 puntos, cumplimiento del indicador entre 84,00 y 70,00 %

2 puntos, cumplimiento del indicador menor de 70,00 %

Criterio de eficacia:

Proceso eficaz: Si la suma total de los puntos obtenidos representa, al menos, el 90,00 % del total posible.

Proceso no eficaz: No se cumple lo anterior

Evaluación final: Proceso Eficaz: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Realizado por:

Cargo: Responsable del proceso

Revisado por:

Cargo: Representante de la Dirección

Firma:

Fecha:

Firma:

Fecha:



**Anexo 29. Resultados de la encuesta para nivel de satisfacción sobre la atención de Enfermería en el contexto hospitalario**

No Ítem	Se comprende		No se comprende	
	No	%	No	%
1	18	100,00	0	0,00
2	18	100,00	0	0,00
3	18	100,00	0	0,00
4	18	100,00	0	0,00
5	18	100,00	0	0,00
6	18	100,00	0	0,00
7	18	100,00	0	0,00
8	18	100,00	0	0,00
9	18	100,00	0	0,00
10	18	100,00	0	0,00
11	18	100,00	0	0,00
12	18	100,00	0	0,00
13	18	100,00	0	0,00
14	18	100,00	0	0,00
15	18	100,00	0	0,00
16	18	100,00	0	0,00
17	18	100,00	0	0,00
18	18	100,00	0	0,00
19	18	100,00	0	0,00
20	18	100,00	0	0,00
21	18	100,00	0	0,00
22	18	100,00	0	0,00

### Anexo 30. Resultados del Alfa de *Cronbach* para la valoración de la consistencia interna de la encuesta

#### Resumen de procesamiento de casos

	N	%
Casos Válido	18	100,0
Excluido	0	,0
Total	18	100,0

- a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.
- b.

#### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de <i>Cronbach</i>	N de elementos
,848	22



**Anexo 32. Resultados de las valoraciones de los criterios básicos de Moriyama emitidos por los expertos para validar los cambios propuestos al indicador 13 y 14**

Experto	Puntuación otorgada								M
	Indicador 13				Indicador 14				
	A	B	C	D	A	B	C	D	
1	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00
2	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00
3	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00
4	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00
6	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00
7	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00
8	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00
9	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00
10	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00
11	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00
12	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00
13	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00
14	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00
15	5	5	5	5	5	5	5	5	5,00
<b>Me</b>	<b>5,00</b>	<b>5,00</b>	<b>5,00</b>	<b>5,00</b>	<b>5,00</b>	<b>5,00</b>	<b>5,00</b>	<b>5,00</b>	

Leyenda: **A:** Razonable y comprensible    **B:** Con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables    **C:** Con componentes claramente definidos    **D:** Derivable de datos factibles de obtener    **M:** Media expertos    **Mc:** Madia de los criterios de Moriyama

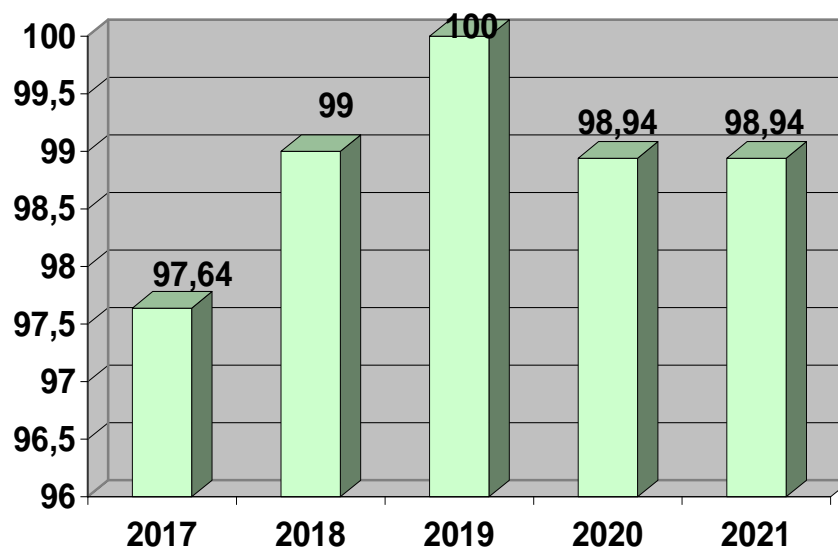
## Anexo 32. Tablas y gráficos

Tabla 1. Cumplimiento de los indicadores de evaluación de la eficacia del proceso según año												
No	Indicador	Umbral (%)	Año									
			2017		2018		2019		2020		2021	
			Cump	Brecha	Cump	Brecha	Cump	Brecha	Cump	Brecha	Cump	Brecha
1	Cobertura y cualificación de los recursos humanos de Enfermería mantenida	≥95,00	98,93	+3,93	97,87	+2,87	95,74	+0,74	96,80	+1,80	98,93	+3,93
2	Índice de prevención de lesiones por presión (LPP) en personas vulnerable alcanzado	≥98,00	99,33	+1,33	100,00	+2,00	100,00	+2,00	100,00	+2,00	100,00	+2,00
3	Índice de prevención de caídas de personas alcanzado	≥98,00	99,92	+1,92	100,00	+2,00	99,91	+1,91	100,00	+2,00	100,00	+2,00
4	Administración segura de medicamentos mantenida.	≥98,00	99,93	+1,93	100,00	+2,00	99,90	+1,90	100,00	+2,00	100,00	+2,00
5	Vigilancia y control de venoclisis instaladas mantenida.	≥98,00	100,00	+2,00	100,00	+2,00	100,00	+2,00	100,00	+2,00	100,00	+2,00
6	Identificación inequívoca de la persona alcanzado	≥98,00	100,00	+2,00	100,00	+2,00	100,00	+2,00	100,00	+2,00	100,00	+2,00
7	Comunicación efectiva alcanzada	≥98,00	98,86	+0,86	99,02	+1,02	99,04	+1,04	100,00	+2,00	99,05	+1,05
8	Índice de higiene correcta de las manos alcanzado.	≥96,00	97,68	+1,68	97,84	+1,48	97,05	+1,05	98,92	+2,92	98,68	+2,68
9	Índice de prevención de infecciones asociadas a accesos intravasculares alcanzado.	≥96,00	99,93	+3,93	99,44	+3,44	99,12	+3,12	99,01	+3,01	99,05	+3,05
10	Índice de prevención de infecciones de vías urinarias asociadas a sonda vesical instalada alcanzado.	≥96,00	100,00	+4,00	99,03	+3,03	100,00	+4,00	100,00	+4,00	100,00	+4,00
11	Registros de observaciones de Enfermería acordes a las regulaciones vigente mantenidos.	≥98,00	98,53	+0,53	98,33	+0,33	98,05	+0,05	98,15	+0,15	98,27	+0,27
12	Procesos de esterilización a vapor con la calidad óptima mantenidos.	100,00	100,00	0,00	100,00	0,00	100,00	0,00	100,00	0,00	100,00	0,00
13	Índice de cuidados de Enfermería perdidos alcanzado.	≥95,00	96,03	+1,30	95,92	+0,92	98,32	+3,32	99,02	+4,02	99,14	+4,14
14	Índice de satisfacción del paciente y acompañante con la calidad de la atención de Enfermería alcanzado.	≥97,00	99,90	+2,90	100,00	+3,00	100,00	+3,00	100,00	+3,00	100,00	+3,00

**Tabla 2.** Brechas entre percepciones y expectativas según importancia relativa por dimensiones y puntuación SERVQUAL ponderada combinada

Dimensiones	Puntuación promedio		P-E	Ir (%)	(P-E) * Ir	Índice SERVQUAL
	E	P				
Elementos tangibles	6,19	6,59	+0,40	20,00	0,079	<b>0,34</b>
Fiabilidad	6,20	6,59	+0,39	21,00	0,083	
Capacidad de respuesta	5,85	5,98	+0,12	20,00	0,025	
Seguridad	6,26	6,63	+0,37	21,00	0,077	
Empatía	6,21	6,61	+0,40	18,00	0,072	
<b>Σ</b>	<b>6,14</b>	<b>6,48</b>	<b>+0,34</b>	<b>100,00</b>	<b>0,336</b>	

Leyenda: P: Percepción E: Expectativa Ir: Importancia relativa Σ: Sumatoria



**Gráfico 1.** Eficacia del Proceso de Enfermería de la Clínica Central "Cira García". Periodo 2017 - 2021

**Tabla 3.** Procedimientos de auditorías realizadas al Proceso de Enfermería según tipo de auditoría y año

Momento de notificación	Año											
	2017		2018		2019		2020		2021		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Auditoría interna	2	40,00	2	33,33	2	40,00	2	40,00	2	33,33	10	37,03
Auditoría externa	3	60,00	4	66,66	3	60,00	3	60,00	4	66,66	17	62,96
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>100,00</b>	<b>6</b>	<b>100,00</b>	<b>5</b>	<b>100,00</b>	<b>5</b>	<b>100,00</b>	<b>6</b>	<b>100,00</b>	<b>27</b>	<b>100,00</b>

**Tabla 4.** Distribución porcentual de No conformidades dictadas según momento de notificación y año

Momento de notificación	Año											
	2017		2018		2019		2020		2021		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Auditoría interna	5	62,50	2	50,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	7	31,81
Auditoría externa	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00
Fuera de auditoria	3	37,50	2	50,00	5	100,00	2	100,00	3	100,00	15	68,18
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100,00</b>	<b>4</b>	<b>100,00</b>	<b>5</b>	<b>100,00</b>	<b>2</b>	<b>100,00</b>	<b>3</b>	<b>100,00</b>	<b>22</b>	<b>100,00</b>
Auto notificada *	3	100,00	2	100,00	3	60,00	2	100,00	2	100,00	12	80,00

\* (n = 15)

**Tabla 5.** Distribución porcentual de No conformidades según indicadores de evaluación

Indicador	Año										Total	
	2017		2018		2019		2020		2021		No	%
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%		
Índice de prevención de lesiones por presión	1	12,50	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	3,84
Índice de prevención de caídas	1	12,50	0	0,00	1	14,28	0	0,00	0	0,00	2	7,69
Comunicación efectiva	2	25,00	1	25,00	1	14,28	0	0,00	1	20,00	5	19,23
Registros de observaciones de Enfermería	2	25,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	2	7,69
Procesos de esterilización a vapor	1	12,50	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00	1	3,84
Índice de satisfacción del paciente y acompañante	1	12,50	1	25,00	2	28,57	0	0,00	2	40,00	6	23,07
No corresponden con los indicadores	0	0,00	2	50,00	3	42,85	2	100,00	2	40,00	9	34,61
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>100,00</b>	<b>4</b>	<b>100,00</b>	<b>7</b>	<b>100,00</b>	<b>2</b>	<b>100,00</b>	<b>5</b>	<b>100,00</b>	<b>26</b>	<b>100,00</b>