



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA

ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE SANTIAGO DE CUBA

**PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN ORGANIZACIONAL PARA LA ATENCIÓN
CENTRADA EN EL ADOLESCENTE DEL HOSPITAL INFANTIL SUR DE
SANTIAGO DE CUBA**

Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor

en Ciencias de la Salud

MIGDALIA FERNÁNDEZ VILLALÓN

Santiago de Cuba

2024



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA

ESCUELA NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE SANTIAGO DE CUBA

**PROCEDIMIENTO DE GESTIÓN ORGANIZACIONAL PARA LA ATENCIÓN
CENTRADA EN EL ADOLESCENTE DEL HOSPITAL INFANTIL SUR DE
SANTIAGO DE CUBA**

Tesis en opción al grado científico de Doctor

en Ciencias de la Salud

Autora: Dra. Migdalia Fernández Villalón, M.Sc.

Tutores: Prof. Aux. Emma Aurora Bastart Ortiz, Dr.C.

Prof. Tit. Reinaldo Reyes Mediaceja, Dr.C.

Santiago de Cuba

2024

AGRADECIMIENTOS

El amor que le profeso a la especialidad de Pediatría y Organización y Administración de Salud, cuyos saberes me han dado la posibilidad de realizar esta investigación.

A mis tutores Dr.C. Emma y Dr.C Mediaceja por su dedicación, confianza, perseverancia y guía que permitieron adentrarme en esta interesante investigación.

A Dr.C Marlene, por su orientación y conocimientos trasmítidos, su apoyo y enseñanzas.

A Dr.C. Nelsa, por los conocimientos y aportes que facilitaron el logro de esta investigación.

A los profesores de la ENSAP, que constantemente me condujeron por este camino, y contribuyeron con sus señalamientos y aportes a que esta investigación llegara al fin.

Un agradecimiento especial a mis compañeros y profesores los cuales trasmitieron sus experiencias y cultura del detalle, con intervenciones adecuadas sobre temas relacionados a la investigación.

En fin, a todas aquellas personas que de buena voluntad aportaron su grano de arena a la obra que hoy presentamos.

A todos.

Muchas Gracias.

DEDICATORIA

A mis padres que desde donde estén iluminan el camino que transito

A mi hijo por lo que significa

A mi familia y amigos que confiaron en que sí podía

PENSAMIENTO

*Lo fundamental es que seamos capaces de
hacer cada día algo que perfeccione lo que
hicimos el día anterior..."*

Che

SINTESIS

La gestión organizacional para la atención centrada en el adolescente del hospital pediátrico, no constituye una práctica sistemática, lo cual repercute, en la satisfacción de esa persona con los servicios recibidos. Se realizó una investigación de desarrollo e innovación tecnológica (I+D+I), cuyo objetivo fue diseñar un procedimiento de gestión organizacional para la atención centrada en el adolescente del Hospital Infantil Sur de Santiago de Cuba en el período comprendido del 1.^º de enero de 2019 al 31 de marzo de 2022. La población de estudio se constituyó por 1 845 adolescentes ingresados a los cuales se aplicó encuestas, así como los profesionales involucrados en su atención: 34 médicos y 40 enfermeros, que se le aplicaron encuestas y guías de observación para verificar sus habilidades en la atención a los adolescentes; también se entrevistaron 13 directivos. Los instrumentos aplicados permitieron identificar insuficiencias, los mismos fueron elaborados por la autora y validados por el grupo de expertos. Luego se elaboró el procedimiento de gestión organizacional para la atención centrada en el adolescente en cuatro etapas con sus objetivos, acciones y evaluación. Se aplicó en tres servicios del hospital demostrando su efectividad y factibilidad. Además, se recomendó su aplicación en los restantes servicios.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- ACA** Atención Centrada en el Adolescente
- ACP** Atención Centrada en el Paciente
- ACPe** Atención Centrada en la Persona
- APS** Atención Primaria de Salud
- CAISA** Centro de Atención Integral a la Salud del Adolescente
- GH** Gestión Hospitalaria
- GO** Gestión Organizacional
- HC** Historia Clínica
- HIS** Hospital Infantil Sur
- MIN SAP** Ministerio de Salud Pública
- OMS** Organización Mundial de la Salud
- ONU** Organización de Naciones Unidas
- UNICEF** Fondo De Naciones Unidas para la Infancia

TABLA DE CONTENIDO

No	Titulo	Pág.
INTRODUCCIÓN		1
CAPITULO I	MARCO TEÓRICO	11
	I.1 Evolución histórica y particularidades de la gestión organizacional en servicios pediátricos para la atención a la infancia y adolescencia	11
	I.2 Gestión organizacional para la atención a los adolescentes hospitalizados	18
	I.3 Adolescencia y sus etapas	23
	I.4 Particularidades de la atención centrada en el paciente y/o en la persona	26
	I.5 Fundamentos que sustentan el procedimiento de gestión organizacional hospitalaria para la atención centrada en el adolescente	33
Conclusiones del capítulo	35	
CAPITULO II	DISEÑO METODOLÓGICO	36
	II. 1 Clasificación del estudio	36
	II.1.1 Características generales de la investigación	36
	II.1.2 Contexto temporo-espacial	37
	II.1.3 Universo de estudio	38
	II.1.4 Criterios de inclusión y exclusión	39

	II.2 Técnicas y procedimientos de obtención de la información	39
	II.3 Operacionalización de las variables	52
	II.4 Procesamiento y análisis de la información	52
	II.4.1 Selección de expertos	52
	II.4.2 Validación de los instrumentos	53
	II.4.2.1 Primera fase de la validación	54
	II.4.2.2 Segunda fase de la validación	54
	II.5 Implementación del procedimiento de gestión organizacional para la atención centrada en el adolescente	55
	II.6 Determinación de la factibilidad del procedimiento de gestión organizacional para la atención centrada en el adolescente.	60
	II.7 Consideraciones bioéticas	61
	II.8 Limitaciones del estudio	62
	Conclusiones del capítulo	62
CAPÍTULO III	ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	63
	III.1 Resultados de la validación de contenido de los cuestionarios para los adolescentes	63
	III.2 Diagnóstico del problema	64

	III.3 Procedimiento de gestión organizacional para la atención centrada en el adolescente del hospital pediátrico	83
	III.4 Estructura organizativa y funcional del procedimiento de gestión organizacional hospitalaria para la atención centrada en el adolescente	86
	III.5 Resultados de la implementación del procedimiento de gestión organizacional hospitalaria para la atención centrada en el adolescente	92
	III.6 Resultados de la consulta a los expertos acerca de la factibilidad	97
	Conclusiones del capítulo	98
CONCLUSIONES		99
RECOMENDACIONES		100
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		
ANEXOS		

INTRODUCCIÓN

Los primeros intentos de hacer una conceptualización de la gerencia se producen a principios del siglo XX y son sus promotores Frederic Winslow Taylor en Estados Unidos de Norteamérica, "padre de la administración científica" y Henri Fayol en Francia, el creador de la escuela clásica de la administración.¹

Durante el desarrollo de la gerencia, se destacan los enfoques: clásico mecanicista, sistémico y posmoderno o complejo, en correspondencia a las teorías científicas: positivista, pospositivista y de la complejidad y holística.²

La gerencia tiene objeciones conceptuales para su empleo y se utiliza el término de administración, dirección y gestión. En los países latinoamericanos, muchos prefieren emplear el término administración, dirección y más recientemente gerencia o gestión, que se ha ido generalizando, especialmente en el sistema y servicio de salud.¹

La gestión, en su sentido etimológico, significa hacer o realizar diligencias; o conducir, guiar o encaminar a un grupo de personas hacia el logro de las metas de las organizaciones o empresas.² Diferentes autores abordan y definen la gestión organizacional (GO) como el proceso de dirigir, administrar recursos y lograr metas y los objetivos propuestos de la organización.^{3,4}

En el contexto internacional, se destacan estudios, entre los realizados por Díaz Álvarez⁵, Baño Alvares⁶, Flores Arevalo y colaboradores⁷, con sus investigaciones referidas a la gestión hospitalaria (GH), los cuales hacen alusión a la incorporación del paciente en la gestión del proceso sanitario para el logro del bienestar y la satisfacción de ellos y de los prestadores de servicios.

En el contexto nacional, se considera que una gestión organizacional adecuada, favorable y constructiva debe fomentar en los colectivos de trabajo el elemento educativo dirigido a cambiar actitudes, desarrollar habilidades, valores y comportamientos; con el objetivo de lograr la participación comprometida de todos los trabajadores en la transformación de la organización y crear un entorno laboral satisfactorio.^{8,9}

El producto elaborado, partió del diagnóstico causal. Se describen dos períodos, el primero de conformación de las bases teórico-metodológicas que sustentan el procedimiento y el segundo de desarrollo del mismo en cuatro etapas, a la vez con sus objetivos, acciones, evaluación, y forma de constatación. Al respecto, en la institución hospitalaria se brinda atención médica especializada y de enfermería, preventiva, curativa y de rehabilitación, de forma ininterrumpida a pacientes internados, provenientes de un territorio en el que se integra con otras instituciones del sistema, en la protección de la salud de su población. Proporciona servicios de hospitalización, ambulatorios y de urgencias, para satisfacer las necesidades de hospitalización que demanda el estado de salud de la población, con la más alta calidad y el empleo racional de los recursos".¹⁰

Estas instituciones tienen como encargo social la atención a niños y adolescentes, con la particularidad que estos últimos constituyen un grupo poblacional heterogéneo con necesidades específicas respecto a su salud y que se diferencian de los más pequeños.

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la adultez que cronológicamente se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones

biológicas, psicológicas y sociales, definiéndose por la Organización Mundial de la Salud como adolescente a toda persona comprendida entre los 10 y 19 años.¹¹

Actualmente, resultan evidentes los desafíos que enfrenta la sociedad en su conjunto: el progreso tecnológico, el acceso global a la información y los cambios en los principios éticos. También están ocurriendo trasformaciones en la atención sanitaria, que está evolucionando de la visión tradicional paternalista a una relación informada y participativa del paciente.³

En la década del 50, surge el concepto de atención centrada en el paciente (ACP) y más tarde la atención centrada en la persona (ACPe). Lo novedoso de esta última concepción es que, en la gestión hospitalaria, la atención se organiza alrededor de las necesidades y expectativas de salud de la persona en lugar de centrarse en la enfermedad.^{3,12,13}

La Organización Mundial de la Salud (OMS) desde el 2015 declara la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, que favorecen la implementación de servicios integrales y centrados en las personas.¹⁴

Autores como, Arévalo y colaboradores⁷, Nápoles-Villa¹⁵ y Cabrera Solis y colaboradores¹⁶ abordan la gestión hospitalaria desde diferentes aristas, pero ninguno se refiere a la gestión centrada en el paciente y/o en la persona. Otros investigadores también se refieren a la ACP y ACPE para perfeccionar la gerencia en instituciones sanitarias, como en los estudios realizados por Rodríguez y colaboradores³; Bueno Domínguez y colaboradores¹⁷ y Pérez Hernández y colaboradores.¹⁸

En el ámbito nacional existen estudios acerca de la atención centrada en el paciente y en la persona; tal es el caso de los informes de Guzmán y colaboradores¹³ y Espinosa Brito¹⁹, quienes exponen la actualidad e importancia del tema; sin embargo, no se refieren a la aplicación de esa concepción en un ambiente hospitalario pediátrico en el país.

A partir 2016, la OMS promueve ACPe como una estrategia para conseguir y facilitar la atención personalizada, profesionalizada y resolutiva respecto a sus necesidades.²⁰

Esta idea incluye la necesidad de conocer las preferencias de los adolescentes para mejorar su experiencia de cuidado.²¹⁻²³ Al respecto Philip Moons²⁴, concluye que los jóvenes requieren una atención individualizada a su cuidado, que reconozcan sus necesidades.

La atención a niños y adolescentes constituye una prioridad del gobierno cubano, muestra de ello es que en el año 2023 se aprueba, en la Asamblea Nacional del Poder Popular, la Política Integral de Atención a la Niñez, Adolescencia y Juventudes.

Sin embargo, se dispone de escasas investigaciones sobre la opinión de los adolescentes acerca de la atención brindada en las instituciones hospitalarias y su satisfacción; aunque en la literatura revisada existen estudios relacionados con la atención integral a este grupo poblacional, que abordan la problemática del embarazo en la adolescencia y su salud sexual y reproductiva.²⁵⁻²⁸

Se reconoce que existen deficiencias que se centran en la gerencia, donde prima una atención hegemónica del equipo de atención, sin tener en cuenta las opiniones

acerca de las necesidades de los adolescentes que sustenta la teoría de atención centrada en la persona como paradigma emergente.

Para una adecuada y constructiva gestión organizacional es importante el comportamiento de las personas que participan en el desarrollo de la misma, los altos niveles de competitividad, compromiso, motivación, creatividad, productividad, responsabilidad y sentido de pertenencia para el mejoramiento continuo de la misma con enfoque sistémico.⁷

La revisión y análisis de los documentos (Programa Nacional de Salud para la Atención Integral en la Adolescencia¹¹ y Programa de la Especialidad en Pediatría de Primer grado²⁹) y los resultados de la exploración realizada incluyen: las encuestas a los adolescentes y los médicos, la observación de las habilidades de los médicos y enfermeros que brindan atención a este grupo poblacional, la entrevista a los directivos, y las vivencias acumuladas por la autora, permite conformar las siguientes causales que justifican la investigación:

- Insuficiencias en la organización de los servicios en función de la atención centrada en el adolescente (ACA), para el logro de su bienestar y satisfacción.
- Profesionales con dificultades cognitivas para la atención a ese grupo de edad al tener en cuenta sus características biológicas, psicológicas y sociales.
- Vacíos teóricos metodológicos en la formación de esos profesionales para profundizar en aspectos generales de la atención en el adolescente.
- Exiguas investigaciones relacionadas con la gestión organizacional en hospitales pediátricos y con la atención centrada en el adolescente.
- Carencias de procedimientos que propicien una mejor gestión organizacional.

En esta investigación se detecta como hallazgo, las carencias en el conocimiento para la atención centrada en la persona por parte de médicos, enfermeros y directivos, de ahí la necesidad de profundizar y realizar acciones que contribuyan a la mejora de la gestión organizacional en los servicios hospitalarios sustentada en la teoría actual de ACPe, lo que motiva el desarrollo de esta investigación.

Justificación:

La realización de este trabajo surge a partir de la necesidad de perfeccionar la gestión organizacional para lograr una mejor atención a los adolescentes en el Hospital Infantil Sur (HIS) de Santiago de Cuba, contextualizada en la teoría de ACPe.

Aunque en el sistema de salud cubano se brinda atención particularizada a los niños y adolescentes, la revisión bibliográfica no reveló investigaciones realizadas con respeto a este tema en otros hospitales pediátricos de la provincia y del país.

Esta investigación está avalada por la experiencia personal de la autora por más de 30 años ininterrumpidos de trabajo como pediatra, profesora con más de 20 años, máster en Atención integral al niño, directora de la institución, objeto de análisis durante ocho años, subdirectora de asistencia médica en la provincia, rectora de la Universidad de Ciencias Médicas y la realización de su tesis de terminación de la especialidad en Organización y Administración en Salud sobre “Servicios hospitalarios amigables desde las expectativas de los adolescentes. Hospital Infantil Sur, 2015”.

En estudios previos realizados por la autora en esta propia unidad: “Servicios hospitalarios “amigables” desde el punto de vista de los adolescentes”³⁰,

“Caracterización de la gestión organizacional para atención centrada en adolescentes en un hospital infantil”³¹ y “Evolución, semejanzas y diferencias entre la atención centrada en el paciente y la atención centrada en la persona”³², permiten identificar un conjunto de dificultades y limitaciones en la gestión organizacional para la atención centrada en este grupo poblacional durante la hospitalización en los servicios hospitalarios.

A partir de las razones antes expuestas, resulta de gran interés y necesidad contribuir a una mejor gestión organizacional, a partir del diseño e implementación de un procedimiento que permita la atención centrada en el adolescente.

Sobre la base de estos aspectos se plantea el siguiente **problema científico**: en la actualidad existen insuficiencias en la gestión organizacional para la atención centrada en el adolescente del hospital pediátrico. Lo anteriormente expuesto propicia la formulación de las preguntas científicas:

1. ¿Cuál es el estado actual de la gestión organizacional para la atención centrada en el adolescente del Hospital Infantil Sur de Santiago de Cuba?
2. ¿Qué acciones deben integrarse para contribuir a la mejora de la gestión organizacional en los servicios hospitalarios?

De ahí que la gestión organizacional del hospital pediátrico centrado en el adolescente se convierte en el **objeto de esta investigación**.

En correspondencia con las preguntas científicas se plantean los **siguientes objetivos**:

1. Identificar el estado actual de la gestión organizacional para la atención centrada en el adolescente del Hospital Infantil Sur en Santiago de Cuba.

2. Diseñar un procedimiento de gestión organizacional para atención centrada en el adolescente en la institución objeto de análisis.
3. Evaluar la efectividad y factibilidad de la implementación del procedimiento diseñado.

Para dar salida a los objetivos, se realiza una investigación de desarrollo e innovación tecnológica cuyo producto fue la elaboración de un procedimiento para la gestión organizacional basado en la actual concepción de la atención centrada en la persona. En la metodología de este trabajo se utiliza métodos empíricos, teóricos y estadísticos. Se consultan documentos normativos del país. Se elaboran encuestas, guías de observación y se entrevistaron a los directivos, lo cual contribuyó a la obtención de la información necesaria para el estudio.

Actualidad:

Esta investigación permite el cambio de paradigma de la atención médica tradicional a la centrada en el adolescente, en el cual el adolescente ocupa un papel protagónico en el centro del proceso asistencial, donde participa activamente en los cuidados a su salud. Además, en este contexto se favorece el establecimiento de una efectiva relación entre el equipo de salud, los adolescentes y sus familias.

La ACP y ACPE han emergido como paradigmas cruciales en el ámbito de la salud, en especial, los hospitales, que transforman la manera en que los sistemas de atención interactúan con las personas, variando el comportamiento de todos y cada uno de los implicados (desde enfermeros, médicos, técnicos, entre otros) inmersos en una cultura de mejora continua de la calidad de atención, y supone, también,

cambios en el modo de organizar, planificar y controlar eficientemente los recursos de las instituciones con el propósito de alcanzar sus objetivos, es decir, cambios en la gestión organizacional.

La investigación tiene en cuenta la “Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud” y las legislaciones implementadas por Cuba desde los años 70 hasta la actualidad, como: Constitución de la República de Cuba, Código de las Familias, así como el Código de la Niñez y la Juventud, el Programa de Atención Integral a la Salud de los Adolescentes y más reciente, la Política de Atención Integral a la Niñez, Adolescencia y Juventudes en Cuba.

Novedad

El tema resulta novedoso, ya que por primera vez se realiza el diseño de un procedimiento de gestión organizacional orientado a perfeccionar la atención que brinda el Hospital Infantil Sur de Santiago de Cuba a los adolescentes ingresados, y contribuye a la solución de las dificultades detectadas, para brindar una atención de calidad a los mismos y alternativas de mejora según las necesidades y expectativas de estos, contribuyendo al constante perfeccionamiento del sistema de salud cubano.

Aportes

- **Práctico:** el diseño de un procedimiento para la gestión organizacional hospitalaria pediátrica que mejora la atención a los adolescentes ingresados, sustentado en la atención centrada en la persona. Facilita el trabajo interactivo con los adolescentes, donde juegan un papel protagónico.

- **Científico:** la sistematización teórica de la gestión organizacional hospitalaria pediátrica en el contexto de la atención centrada en el adolescente.
- **Docente:** se ofrece un curso para directivos y profesionales sobre gerencia organizacional para la ACA en el hospital pediátrico. Asimismo, un suplemento informativo acerca del ACA.
- **Tecnológico:** se aportan cinco recursos informatizados, uno para el acceso de los profesionales sobre el procedimiento de la gestión organizacional diseñado y cuatro para que los adolescentes accedan a las acciones para la promoción y educación de salud.
- **Social:** perfecciona las relaciones entre los adolescentes, la familia y los prestadores de salud en el proceso de atención centrada en la persona, facilitando la satisfacción de estos con los servicios recibidos.

La tesis quedó estructurada en tres capítulos. En el capítulo I se expone el marco teórico, que incluye la actualización y el análisis de los conceptos, las políticas, la evolución histórica de la GO en el hospital pediátrico, la adolescencia y la ACP y ACPe. El capítulo II aborda el diseño metodológico aplicado en la investigación, y la elaboración del procedimiento para la gestión organizacional en la atención centrada en el adolescente. Por último, el capítulo III ofrece el análisis y la discusión de los resultados, que posibilitan el cumplimiento de los objetivos trazados para la investigación.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

En este capítulo se presentan los resultados fundamentales de la sistematización realizada sobre el objeto de investigación; asimismo, se identifican las bases teórico-metodológicas del procedimiento de gestión organizacional para la ACA en los hospitales pediátricos y la necesidad de lograr el cambio de paradigma para obtener la satisfacción con la atención hospitalaria a la salud de ese grupo poblacional.

I.1 Evolución histórica y particularidades de la gestión organizacional en servicios pediátricos para la atención a la infancia y adolescencia.

El desarrollo de la gestión organizacional en hospitales pediátricos en su evolución histórica, no se presenta en forma continua y sistemática. Este proceso de discontinuidad, propicia en el campo teórico y en el práctico, la realización de un estudio de periodización del desarrollo de la gestión organizacional en hospitales pediátricos, que favorezca el análisis del objeto, con una lógica y la objetividad consecuente y favorezca la comprensión del proceso evolutivo en cada uno.

En Cuba en la literatura consultada se reconoce que en 1906 el Dr. Ángel Arturo Aballí Arellano brinda atención a niños y se crean los servicios para estos, en el Hospital No 1 "Calixto García" y el de Nuestra Señora de las Mercedes, los cuales constituyen los pilares para el desarrollo de la escuela de pediatras cubanos.³³

En el período que precede a la Revolución, el ejercicio de la medicina en Cuba tropieza con una serie de dificultades para resolver los problemas fundamentales de salud del país, los cuales se resumen en ausencia de un sistema nacional de salud, insuficiencia cuantitativa de los servicios pediátricos en los hospitales infantiles, baja calidad de los servicios pediátricos estatales, la enseñanza de la pediatría no responde a las necesidades sociales del país y la formación de los profesionales se orienta hacia la práctica privada asistencial de tipo curativo, todos los servicios pediátricos son de tipo curativo y, excepcionalmente, preventivo y están limitados a las zonas urbanas, con abandono absoluto de las zonas rurales.³⁴

Al triunfo de la Revolución (etapa que se periodiza) se inicia un periodo que llega hasta la actualidad donde se produce transformaciones trascendentales en el campo de la salud con hitos que permiten definir etapas con características bien determinadas con respecto a la evolución del objeto que caracteriza carencias y logros que ponen en evidencias las brechas que se presentan en cada etapa.

Sobre estos presupuestos se determinan los hitos que establecen las siguientes etapas a partir del triunfo de la Revolución.³⁴

1.^a Etapa de los cambios radicales en el sistema de salud cubano (1959 a 1969)

En 1958 solo existen en Cuba tres hospitales especializados en los que se enseñaba pediatría a los alumnos de medicina. Se establece un sistema nacional de salud, que incorpora a los hospitales pediátricos existentes y clínicas mutualistas y privadas, a los nuevos hospitales y puestos médicos rurales, así como a los otros hospitales y policlínicas que se crean en la capital y en el interior del país.³⁴

En enero de 1960, se crea el departamento materno infantil dependiente del Ministerio de Salud Pública y se inicia la organización de la atención pediátrica en el país. En esa época se fortalece: la atención pediátrica en las áreas rurales, incremento de las camas pediátricas, aumento de las consultas prenatales, de puericultura y de pediatría general, se ejecutan las campañas de educación sanitaria a la población y los programas sistemáticos de vacunación, preferentemente de la población infantil. Además, se organiza el internado vertical en pediatría.³⁴

En 1962 se crea la Escuela de Medicina de la Universidad de La Habana y posteriormente, dicho sistema se extiende a las capitales provinciales. Por otro lado, se establece el régimen de residencias, que permite, una vez finalizado el servicio médico rural, iniciar la especialización. A principios de 1968 se constituye el Grupo Nacional de Pediatría y los grupos provinciales de las especialidades, ello permite la integración de los especialistas más calificados de la especialidad en el país.³⁴

En esa etapa desde su inicio se producen cambios favorables en la atención al niño debido a las políticas de la Revolución, sin embargo, aún no se observan especificidades que abarquen a los adolescentes.

2.^a Etapa 1970-1979 Humanización de los hospitales pediátricos en la atención de los adolescentes.

Durante 1974 se crea el nuevo programa de la especialidad de pediatría y el proceso de formación de especialistas fue lento en esta etapa. Para la formación de personal de esta especialidad, se dispone de 12 hospitales pediátricos docentes,

de los cuales cinco se ubican en La Habana, dos en Santiago de Cuba y uno en cada una de las capitales de provincia; dichos hospitales cuentan con 4,500 camas pediátricas. A pesar del éxodo médico que se produce en los primeros años después de la Revolución, se incrementa el número de médicos, y, dentro de ellos, de pediatras.³⁴

En esa etapa los adolescentes ingresan en los hospitales pediátricos antes de los 15 años, excepto los que presentan trastornos psiquiátricos y para los cuales existen espacios en estas instituciones y clínicas de salud mental que brindan atención hasta los 16 años. Así mismo se inicia la atención por ginecología a niñas y adolescentes por un grupo de ginecólogos adiestrados en ginecología infanto-juvenil y se implementan lineamientos considerando las particularidades de esta etapa del desarrollo en la mujer.¹¹

Los mayores de esta edad ingresan en hospitales de adultos donde aún no permiten acompañantes a sus enfermos, solo en circunstancias muy especiales. En este periodo se incorpora la madre y el padre acompañante lo que resulta ser una medida en la organización de los hospitales pediátricos que favorece el acercamiento de los servicios a la familia como sustento a las necesidades emocionales del niño hospitalizado y apoyo al personal tanto profesional como no profesional en la observación de la evolución clínica del niño.¹¹

Las transformaciones en los procesos de gestión hospitalaria se favorecen por las acciones de salud que se llevan a cabo, pero aún a nivel hospitalario no hay cambios enfocados a la atención integral al adolescente, que aún se atienden en hospitales de adultos, a partir de 15 años.

3.^a Etapa 1980- 1989 Inicio del subsistema del médico y enfermera de la familia. Acercamiento natural al adolescente en el hospital.

Con la atención primaria de salud, el mismo profesional ofrece servicios a todos los miembros de la familia, existe un acercamiento del médico a la familia y se forma un médico con conocimientos generales de la medicina comunitaria con el apoyo de especialistas de interconsulta.

En 1984 surge el Programa del médico y enfermera de la familia. En esta etapa los residentes de Pediatría realizan un año de su especialidad en un área de atención primaria. Con la familiarización de los educandos del nivel secundario en su periodo de especialización en el nivel primario se produce un fortalecimiento de la atención pediátrica.¹¹

Se considera este hecho como un elemento más para ampliar la visión epidemiológica con carácter social aportando a la calidad de los cuidados de la salud a los niños y adolescentes, que permite una atención integral en el nivel secundario.

Por otra parte, la Asamblea General de las Naciones Unidas, en su Resolución No. 44/25 del 20 de noviembre de 1989, aprueba la Convención sobre los Derechos del Niño, la cual introduce una transformación significativa en la comprensión social de los niños, las niñas y los adolescentes, al reconocerles el carácter de sujetos de derecho y agentes de cambio.^{35,36,37}

Con el modelo del médico y enfermera de la familia se fortalece la atención a este grupo poblacional en la Atención Primaria de Salud (APS), donde hay una atención diferenciada a los mismos con un enfoque eminentemente preventivo, curativo y

de rehabilitación, no así en los hospitales, que no se produce un cambio evidente en la visión integral de atención a los adolescentes.

4.^a Etapa 1990 – 1999 Visualización de los adolescentes como grupo con necesidades particulares en su atención.

Cuba es estado parte de la Convención sobre los derechos del niño, desde el 1990, lo ratifica el 21 de agosto de 1991 y se pone en vigor el 20 de septiembre de ese año, lo que facilita que se reconozca al adolescente como sujeto de derecho y agente de cambio.¹¹

En la década del noventa hay un impulso a las acciones específicas para la atención a los adolescentes, influenciado por la crisis económica, se fortalece sobre todo el cuidado a niños y adolescentes desnutridos en la Atención Primaria de Salud.

En 1996 se crea en los hospitales pediátricos un centro multidisciplinario denominado Centro de Atención Integral a la Salud del Adolescente (CAISA), lo que favorece la atención diferenciada y definida a los adolescentes teniendo en cuenta las características que rigen su desarrollo biológico, psicológico, y social en relación con la familia, la sociedad y como sujetos de derechos. Aunque este centro tiene proyección hospitalaria para adolescentes ingresados, su enfoque es de atención ambulatoria.

En 1998 se crea la Comisión Nacional de Salud para la Atención Integral a Adolescentes, con carácter multidisciplinario e intersectorial, subordinada a la Dirección Nacional Materno Infantil, que en 2005 se transforma de Comisión a Grupo de Trabajo.

En correspondencia, con el apoyo de varios especialistas se confecciona el Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral a la Salud de Adolescentes, apareciendo su primera edición en 1999.²⁶

Aun en esta etapa la atención hospitalaria no fue centrada en el adolescente; se priorizaron otras etapas de la vida infantil.

5.^a De cambio progresivo de la atención integral de los adolescentes en hospitales pediátricos (desde el 2000 hasta la actualidad).

En 2000 se elabora y aprueba el Programa Nacional de Salud para la Atención Integral en el Adolescente y se implementa en todo el país. Con este se inicia la organización de la atención diferenciada a los adolescentes en los niveles de asistencia primario y secundario, con un desarrollo redimensionado y equitativo para todo el territorio nacional, la evaluación de necesidades y la modificación de los factores de riesgo en este grupo, lo cual responde a los objetivos de trabajo e indicadores del Ministerio de Salud Pública (MINSAP).¹¹ A partir de este periodo se extiende la edad para la atención en hospitales pediátricos, lo cual se hace de forma escalonada.

El 4 de octubre del 2002 se crea la Sección de Adolescencia de la Sociedad Cubana de Pediatría, que favorece sustancialmente la organización y desarrollo de todas las actividades relacionadas con la capacitación, investigación y difusión de la información para la atención a los adolescentes.¹¹

Ese periodo se distingue por el perfeccionamiento de la atención a la adolescencia, pero muestra poca influencia de las necesidades de los adolescentes, sin grandes

transformaciones organizativas que propicien un servicio asistencial centrado en la persona, en este caso en el adolescente hospitalizado.

La atención a este grupo de edad transita de forma general, no tiene en cuenta sus características de desarrollo particular, no se reconoce la atención no fragmentada e integral, ni las necesidades de ese grupo de edad, por lo que aún no se logra la atención centrada en ellos.

Durante esas etapas la gestión organizacional no responde a las necesidades particulares de los adolescentes hospitalizados, por lo que es necesario profundizar en estos aspectos que aporten soluciones a las carencias evidenciadas en esta periodización.

I.2 Gestión organizacional para la atención a los adolescentes hospitalizados

El avance de la administración, comienza en el siglo XIX a través de la dominación de varias escuelas clásicas, se despliega con diversos enfoques, evidenciados en los modelos de gestión desde su conceptualización, hasta cómo desarrollarlos y aplicarlos.¹²

Los primeros intentos de hacer una conceptualización de la gerencia se producen a principios del siglo XX, siendo sus promotores Frederic Winslow Taylor, en Estados Unidos de Norteamérica, y Henri Fayol en Francia. Taylor logra éxitos notables en el incremento de la productividad mediante la organización industrial del trabajo, su racionalización, los estudios de tiempo y movimientos y los llamados "principios de Taylor". Fayol aporta en el orden teórico y práctico los denominados principios generales de la administración, que aún hasta fecha reciente, eran algo así como

los diez mandamientos del mundo gerencial.¹ Se reconoce también los aportes de la gestión burocrática de Weber.²

Así, el modelo de gestión pública se ha desarrollado y fragmentado en dos tendencias: una de ellas en la cual algunos autores consideran la administración, la gestión y la gerencia de formas diferentes y otros valoran estas últimas como semejantes.²

Algunos autores como Reyes Mejía⁴⁰ y Huertas y colaboradores⁴¹, señalan que el diseño de modelos de gestión empresarial tiene su justificación histórica en la administración y la gerencia de principios del siglo XX con las contribuciones de Taylor sobre los procedimientos para optimizar la eficiencia y productividad y, posteriormente, con los aportes de Fayol quien establece y asocia al término de gestión, los procesos administrativos de planificación, organización, dirección, coordinación y control.

Los paradigmas científicos han influido y condicionado el desarrollo histórico de las distintas doctrinas administrativas y a su vez, estas han generado teorías gerenciales, basadas en los enfoques: clásico mecanicista, sistémico y posmoderno o complejo. Este último supera todo sentido descriptivo, fragmentario y dicotómico de la realidad, transversalizándola desde una apreciación global, integral y total.²

En la actualidad la gestión organizacional en entidades hospitalarias se basa en lograr una asistencia sanitaria de calidad y lo más eficiente posible mediante la gestión óptima de los recursos y herramientas disponibles, para cumplir con las expectativas y necesidades de los pacientes y logro de su satisfacción. Para el

gestor hospitalario lo más importante es brindar los mejores servicios mediante la gestión eficiente del personal implicado, así como de las herramientas necesarias para el desarrollo del trabajo.⁴²

Pues, en estos tiempos cambiantes en que los valores evolucionan rápidamente y los recursos se vuelven escasos, cada vez es más necesario comprender aquello que influye sobre el rendimiento de los individuos en el trabajo, es por ello que el desarrollo organizacional se orienta hacia la cultura, el clima, los procesos claves y la estructura de la organización, utilizando una perspectiva total de sistema. Este es el camino a seguir donde se despliegan y evolucionan las acciones en la institución en busca de una gestión eficiente, donde la cultura de la organización influye poderosamente en la conducta individual y de grupo.⁹

Resulta oportuno señalar que el desarrollo organizacional constituye el instrumento por excelencia para la gestión del cambio en busca del logro de una mayor eficiencia organizacional; condición indispensable en el mundo actual, caracterizado por la intensa competencia a nivel nacional e internacional.⁴³⁻⁴⁶

En ese sentido, otros autores profundizan en la gestión estratégica y la gestión organizacional hospitalaria.⁴⁷⁻⁵⁰ Sin embargo, los trabajos revisados no se refieren a la aplicación de esa concepción en hospitales pediátricos.

Se consideran en nuestro país que los centros hospitalarios necesitan de modificaciones de la gestión organizacional para la atención centrada en la persona. Segredo Pérez señala que una gestión organizacional acertada, parte de las personas que participan en ella y que son consustanciales a ese proceso: la

motivación, la creatividad y la competitividad de los miembros de la organización hospitalaria y la conducción del gestor o directivo.⁹

Cabe significar que, en la gestión organizacional de los hospitales pediátricos, resulta decisiva la comprensión de la trascendencia de la atención a los adolescentes y de los recursos que se emplean en ese grupo de edad, por ser personas con características particulares, que propicia que se le brinde una atención diferenciada.

Los sistemas de salud y sus instituciones constituyen contextos propicios para el desarrollo de una gestión organizacional que contribuya a la eficiencia de las instituciones sanitarias con la mejora de los procesos y satisfacción de trabajadores y destinatarios inmediatos. En estudios internacionales realizados se evidencia estos aspectos y su influencia en el progreso de la gestión de las organizaciones hospitalarias.⁵¹⁻⁵⁴

Por su naturaleza, el hospital pediátrico integra los procesos administrativos, de la atención médica y el propio de gestión, a fin de cumplir con las políticas de salud de la OMS relacionadas con la inversión social para garantizar el acceso a los servicios de salud de los niños y los adolescentes y, con ello, lograr el desarrollo sostenible de las sociedades.^{55,56}

Por otro lado, se trata de contribuir a la eficiencia organizacional y la administración hospitalaria en instituciones de salud a través del cumplimiento de los indicadores de gestión hospitalaria. De esa manera, es imprescindible el comportamiento de las personas que participan en la organización, pues facilitan el logro de los objetivos de las instituciones. También resulta necesaria la comunicación interna como

elemento innovador en la gestión del cambio, ya que facilita el desarrollo de la organización.⁵⁷⁻⁵⁹

Por tanto, en función de lo antes planteado, autores como Segredo⁶⁰ le dan gran importancia a la valoración del clima organizacional en las instituciones porque constituye un elemento esencial en el desarrollo organizacional y le facilita al directivo una visión futura de la organización, lo que permite identificar las necesidades reales de esta en relación con el futuro deseado, para de esta forma trazar las acciones que deben iniciarse y que posibiliten alcanzar la visión del futuro diseñado para la institución.

Se entiende por clima organizacional al ambiente donde se reflejan las facilidades o dificultades que encuentra la persona para aumentar o disminuir su desempeño, o para encontrar su punto de equilibrio. En la actualidad se plantea que el comportamiento humano es clave, es una acción realista de toda organización dirigir la mirada hacia este enfoque.⁶⁰

Al respecto, la OMS tiene en cuenta, la mejora en la prestación de atención en salud que requiere un enfoque en la calidad de los servicios de salud, lo cual involucra prestar atención efectiva, segura, centrada en las personas, oportuna, equitativa, integrada y eficiente, para el logro de la cobertura universal de salud.⁵⁶

La crisis sanitaria que provocó la COVID-19 a escala mundial y en Cuba demostró la trascendencia de la información y el conocimiento inmediatos para enriquecer protocolos clínico-epidemiológicos y la resolutividad en salud en la atención a los niños y adolescentes por esa enfermedad. Esos aspectos enriquecen las perspectivas de la gestión organizacional de los hospitales pediátricos, lo que

permite transformar crisis y promover cualidades en la atención al niño y al adolescente.⁶¹

En 2015 la Organización de Naciones Unidas (ONU), al declarar los Objetivos de Desarrollo Sostenible refiere en el objetivo tres: “Salud y Bienestar”, los elementos esenciales para el logro de las metas a alcanzar y expone que para el 2030 se debe garantizar el acceso universal a los servicios de atención de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, la información, la educación y la integración de la salud reproductiva en estrategias y programas nacionales.⁵⁵

Al mismo tiempo, se priorizan los servicios pediátricos y se insiste en la calidad de su atención, y como se ha referido constituye un grupo poblacional de priorización sostenible.

Se considera que el impacto fundamental de la gestión organizacional hospitalaria es generar nivel de satisfacción en las personas. Teniendo en cuenta que los adolescentes tienen características que le diferencian del niño y del adulto, resulta necesario conocer las mismas, para brindar una atención centrada en este grupo poblacional.

I.3 Adolescencia y sus etapas

Antes del siglo XIX en Europa y América la adolescencia pasa prácticamente inadvertida como etapa de la vida. La adolescencia es un tema actual y recurrente en nuestras sociedades que propicia un intenso intercambio de opiniones entre científicos sociales, educadores, padres de familia e instituciones.

Al respecto el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)⁶² considera que definir la adolescencia con precisión es problemático por varias razones. Se

sabe que, de la madurez física, emocional y cognitiva, entre otros factores, depende de la manera en que cada individuo experimenta este período de la vida; por otro lado, se reconocen las grandes variaciones en las leyes de los países sobre la edad mínima para realizar actividades consideradas propias de los adultos. Si bien no existe una definición de adolescencia aceptada internacionalmente, la OMS establece que los adolescentes son personas con edades comprendidas entre 10 y 19 años, es decir la segunda década de la vida. En este periodo ocurren constante crecimiento y cambios para la maduración física, sexual, psicológica y desarrollo de identidad.^{62,63} Así pues, estos autores consideran que el desarrollo del adolescente es un proceso de cambios y transformaciones, que permite un enriquecimiento personal y progresivo en interacción con los entes sociales del entorno; su valoración tiene como referente no sólo la biografía del individuo, sino también la historia y el presente de su sociedad.

La adolescencia se divide en tres etapas: inicial, media y final. En cada etapa tiene características propias, con respecto a los cambios biológicos, psicológicos, sociales, emocionales, cognoscitivos, etc. Los autores revisados coinciden en las características biológicas, psicológicas y sociales en las diferentes edades que comprende la adolescencia, pero por su nivel científico y académico y el detalle con que se describen las transformaciones que se suceden en la adolescencia se asume el expresado en el texto básico de Pediatría para describir los mismos.⁶³

I. Adolescencia Inicial: 10-13 años

En esta etapa los adolescentes experimentan cambios puberales que marcan el inicio de la misma, lo que implica la concentración de energía principalmente en la

adaptación y comprensión de los cambios que ocurren en su cuerpo. Se encuentran ambivalentes sobre separarse de sus padres o no y prefieren socializar con “pares” del mismo sexo. Conservan un pensamiento concreto con planes vagos hacia el futuro. En estos años se inicia la curiosidad sexual, principalmente a través de la masturbación, pero no exclusivamente. Se centran mucho en sí mismos y exploran qué tan rígido o flexible es el sistema moral de sus padres o figuras de autoridad.

II. Adolescencia media: 14-16 años

En este período comienzan a evidenciarse los cambios psicológicos y en la construcción de su identidad. Es más marcado el distanciamiento afectivo con los padres. El adolescente explora diferentes imágenes para expresarse y para que lo reconozcan en la sociedad, así como diversos roles de adultos. Socializa con pares de diferente sexo e inicia actividad sexual con quien identifica como su pareja sexual. Se fascina por la capacidad de pensar diferente y por la abstracción de nuevos conceptos. Durante esta etapa es mayor la tendencia a vincularse en actividades colectivas que suplan su necesidad de encontrar identidad y reconocimiento social y cultural.

III. Adolescencia final: 17-19 años

En este grupo el adolescente es independiente y capaz de integrar su imagen corporal con su identidad o personalidad. Eso lo facilita para establecer y consolidar relaciones que se basen en el cuidado y el respeto por la autonomía y por la intimidad de las otras personas. Prefiere relaciones sociales más con individuos que con grupos o colectividades. De igual modo, desde esta etapa, y

cada vez con mayor fuerza, define planes y metas específicas, viables y reales. Es capaz de abstraer conceptos, define su sistema de valores e ideología. Estas transformaciones están condicionadas por las determinantes de cultura, sexo, nivel educativo de la familia y el entorno social, entre otras.

Por lo antes expuesto y, además, los propósitos de la salud cubana respecto a la Política Integral de Atención a la Niñez, Adolescencia y Juventudes, hacen necesario el desarrollo de estas investigaciones que permitan avanzar en la implementación de la atención centrada en el adolescente.

Por esa razón, resulta pertinente, ahondar en la evolución de los criterios de atención centrada en el paciente y/o en la persona.

I.4 Particularidades de la atención centrada en el paciente y/o en la persona

En los últimos años, ante la avalancha tecnológica y de especialización, en el sector de la salud se introdujo el concepto de medicina centrada en el paciente y luego a la persona que enfatiza en la atención individual de los enfermos como sujetos, con un enfoque holístico, general, no fragmentado, que analiza al ser humano en todas sus dimensiones biopsicosociales⁶⁴, tema relevante reconocido a nivel internacional que se encuentra incluido en las transformaciones en torno a las nuevas necesidades en el sector.

Desde la década de 1950 surge la ACP, cuando el psicólogo Carl Rogers y el psicoanalista Michael Balint estudiaron, respectivamente, la «Terapia centrada en el cliente» y de la «Medicina centrada en el paciente». Lo novedoso de esas iniciativas es que la atención se organiza alrededor de las necesidades y expectativas de salud del paciente, en lugar de centrarse en la enfermedad.⁶⁴

La expresión “centrada en el paciente”, acuñada por la psiquiatra inglesa Enid Balint⁶⁵ en 1969, instituye la idea de que “cada paciente debe ser entendido como un ser único”. En 1984, Lipkin y colaboradores⁶⁶ describen la interacción médico-paciente y definen al paciente como ser irrepetible, con su propia historia, y a la enfermedad como parte de su dimensión biopsicosocial.

Por otra parte, Levenstein y colaboradores⁶⁷ presentan, en 1986, el método clínico centrado en el paciente, con un enfoque en la persona más que en la enfermedad. Así, se intenta equipararla a la del médico, que históricamente había regido la relación. Luego, distintos autores continúan en el camino de ampliar el enfoque clásico limitado a la enfermedad y de transformar la relación médico-paciente en una interacción menos asimétrica y más empática, con la intención de encontrar un rol más humanizado para el médico.

No obstante, fue McWhinney⁶⁸ quien sintetiza el cuidado centrado en el paciente como aquel en el que el médico debe entrar en el mundo de este para ver la enfermedad a través de sus ojos. Esa noción de "ver la enfermedad a través de los ojos" es la que pone de manifiesto que para lograr cuidados "centrados en la persona", no es suficiente con mejorar el estilo individual de cada relación médico-paciente, sino que es necesario un cambio radical desde el sistema de salud en general y de las instituciones en particular.

Posteriormente, Mead y Bower⁶⁹ trataron de establecer un marco conceptual preliminar estableciendo cinco dimensiones de ACP: la perspectiva biopsicosocial, el «paciente-como-persona», poder y responsabilidades compartidas, la alianza terapéutica y el «médico-como-persona».

En 1987, nace en los Estados Unidos, *The Picker-Common wealth Program for Patient- Centered Care*. El programa pone énfasis en considerar al paciente como centro y objeto de una forma integrada de prestación de servicios de salud, superior al movimiento inicial de "atención centrada en el paciente", que comienza como un replanteo de la interacción individual médico-paciente.³

Sin embargo, en el 1997, Lambert y colaboradores señalan que la atención centrada en el paciente puede no ser suficiente y que se necesita un enfoque centrado en la persona. En los últimos años se explica el concepto de atención centrada en la persona (ACP), como un desarrollo de la atención centrada en el paciente. El concepto de persona tiene su origen en la filosofía y denota lo más importante del ser humano que lo distingue de todo lo demás.³⁸

Según el análisis en los estudios realizados por Hakansson y colaboradores, la ACP y la ACPe implican empatía, respeto, compromiso, relación, comunicación, toma de decisiones compartidas, enfoque holístico, individualizado y atención coordinada. Existen numerosas similitudes entre los dos conceptos, pero sus objetivos difieren de alguna manera. ACPe es un concepto diferente y se desarrolla para centrarse menos en el papel del enfermo y más en el individuo único con una enfermedad o discapacidad.^{38,39}

Esos autores consideran que los conceptos son similares en un nivel superficial pero diferente en un nivel más profundo a la luz de sus objetivos. Tanto la ACP como la ACPe son alternativas importantes que pueden y deben coexistir en la práctica clínica.^{38,39}

Hoy en día existe una tendencia hacia el uso de la ACPE, en lugar de la ACP, para abordar al paciente como una persona con necesidades y preferencias más allá de la perspectiva médica, por eso la autora, adopta esta concepción para su investigación.

En 2001, el informe del Instituto de Medicina de los Estados Unidos "Cruzando el abismo de calidad: un nuevo sistema de salud para el siglo XXI" propuso seis objetivos: seguridad, eficacia, eficiencia, oportunidad, atención centrada en el paciente y equidad. Así se consolidó el concepto y la atención centrada en el paciente pasó a representar uno de los seis objetivos principales de la mejora de la calidad.³

En definitiva, la ACP es el modelo de cuidados que contempla dos dimensiones diferenciadas, la atención a las personas y el entorno positivo. El concepto de ACP es complejo de definir; la literatura lo define de diversas maneras como «comprender al paciente como ser humano único» o «entrar al mundo del paciente para ver la enfermedad a través de sus ojos».³⁸

En 2008 el informe de la OMS acerca del marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona, refiere la atención centrada en la persona como “forma de entender y practicar la atención sanitaria que adopta de manera consciente el punto de vista de los individuos, los cuidadores, las familias y las comunidades como beneficiarios de sistemas de salud que inspiren confianza, estén organizados en función de las necesidades integrales de la persona y respeten las preferencias”.²⁰

En resumen, un enfoque de atención centrado en la persona, las pone en el centro con su contexto, su historia, su familia y sus fortalezas y debilidades individuales. También significa dejar de ver al paciente desde un objetivo pasivo de un sistema de salud a otro modelo donde el paciente es una parte activa en su atención y toma de decisiones.

Hakansson y colaboradores hacen referencia a Edvardsson, Olsson, Hughes y otros, quienes justifican el uso de la atención centrada en las relaciones, el paciente, la persona, el cliente y la familia y concluyen que se requieren varios tipos de centrado en diferentes contextos.³⁸

Sin embargo, es importante destacar que la práctica de la atención centrada en la persona no significa abandonar los objetivos de la atención centrada en el paciente, pues la primera amplía y extiende la perspectiva de la segunda al considerar toda la vida del paciente. La atención centrada en la persona es más abarcadora que la atención centrada en el paciente, en la medida en que trasciende la consulta clínica para englobar también la salud de las personas en su propia comunidad y la función que desempeña la población en la configuración de la política sanitaria y los servicios de salud.³⁸

En resumen, la OMS considera que la atención centrada en la persona constituye el eje sobre el que giran el resto de las dimensiones relacionadas con: la intervención basada en evidencia científica, la organización del servicio, el equipo, la interdisciplinariedad y el ambiente.²⁰

La idea de poner a la persona en el centro, respetar siempre que se pueda sus decisiones, preferencias y opciones personales, "adaptar el centro a las personas y

"no las personas al centro" resultan elementos claves. La persona se convierte en el centro de la atención, con mayores derechos a exigir ciertos estándares de calidad de servicios, a disponer de una mayor información y a ser incluidos en la toma de decisiones acerca de su salud.

La consecución de servicios de salud integrados y centrados en la persona dependerá de lo que aporten los sistemas de salud, en particular la disponibilidad, accesibilidad y calidad del personal de salud y de los servicios que dispensa. En el proyecto de la estrategia mundial sobre recursos humanos para la salud se definen las acciones necesarias para garantizar un acceso equitativo al personal de salud competente y motivado dentro de un sistema de salud que funcione con plena eficacia.²⁰

En este sentido, se ha hecho lo posible por establecer claros nexos entre el marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona y la estrategia mundial, en particular adaptando a las futuras necesidades de los sistemas de salud los marcos de inversión en recursos humanos para la salud de dimensión nacional y mundial.^{14,20}

Un punto de partida fundamental para la transformación de los servicios en integrados y centrados en la persona, es el reconocimiento explícito del derecho a la salud como base para la construcción de una atención que aspira a ser caracterizada con los principios y valores¹⁸ tales como:

- Holística: enfoque centrado en las personas y las comunidades, que aborda la salud desde una visión no compartimentada, que comprende a la salud en todo el

curso de la vida, en las dimensiones biopsicosociales y de “una salud” entre el ser humano y el ambiente.

- Construcción compartida de la salud: participación protagónica de personas, familias y comunidades. Asociaciones multisectoriales proactivas con personas y comunidades a nivel individual, organizacional y de políticas.
- Integralidad y continuidad de la atención y los cuidados: derechos sociales que generan contexto para el bienestar y la calidad de la vida. Continuidad de los cuidados y atención que se brinda en todo el curso de la vida.
- Coordinación de los servicios de salud: atención y cuidados relacionados en torno a las necesidades, expectativas y preferencias de las personas, de manera efectiva entre múltiples actores, con participación de las personas y las comunidades en la toma de decisiones.
- Equitativa: atención y cuidados accesibles y disponibles para todas las personas, acorde a sus necesidades.
- Sostenible: atención y cuidados eficientes, efectivos, de calidad y de alto valor que contribuye al desarrollo sostenible de la atención.
- Digna: atención y cuidados humanizados y ajustados a las necesidades, particularidades y preferencias. Respetuosa e inclusiva de los diversos saberes y cosmovisiones.

De ahí que se plantee que los hospitales deben enfrentar un cambio de paradigma: situar la experiencia de la persona como un pilar indispensable a la hora de establecer la calidad de la atención clínica junto con la efectividad del tratamiento, la seguridad del enfermo y la unión de todos los grupos de interés de la

organización para desarrollar una cultura de mejora continua de la calidad de la atención centrada en la satisfacción de las personas y sus familiares.¹³

De lo anteriormente expresado, la autora define la gestión organizacional para la atención centrada en el adolescente, como el proceso con enfoque holístico donde se integra lo administrativo, lo técnico y operativo, orientado hacia la cultura, el clima, los procesos claves y la estructura de la organización, que permiten dirigir, administrar y controlar los recursos y lograr las metas y los objetivos propuestos en una institución hospitalaria, partiendo de la atención sanitaria a los adolescentes, sustentado en el respeto pleno de la dignidad y los derechos de las necesidades y preferencias, con su participación activa; además, articula el trabajo en equipo multidisciplinario e interdisciplinario y se dirige a la consecución de la mejora de la calidad de vida, satisfacción y bienestar de este grupo poblacional.

Existe escasa visibilización y experiencia respecto a la atención centrada en el adolescente en el nivel hospitalario; se realizan pocas investigaciones que profundicen en esa realidad, por lo que ha generado a la necesidad de establecer el procedimiento para la gestión organizacional, de manera que permita la atención centrada en el adolescente.

I.5 Fundamentos que sustentan el procedimiento de gestión organizacional hospitalaria para la atención centrada en el adolescente

En la evaluación de programas de salud en el proceso de implementación debe considerarse tres dimensiones: a) médica o profesional, vista como la atención óptima en salud dados los conocimientos biomédicos actuales; b) desde el punto de vista del paciente donde se valora la forma en que el servicio es brindado y los

resultados de esa atención y c) la gerencial que incorpora el uso más apropiado de los recursos, la seguridad y la satisfacción del paciente.⁷⁰

Varios autores se refieren a la conceptualización del procedimiento, como los métodos o las formas más eficientes y eficaces de operativizar las actividades, que permiten describir y comprender las relaciones entre áreas y flujos de información que se suceden en el proceso y la coordinación de las actividades asociadas.⁷¹

En tal sentido, los procedimientos establecidos a partir de las actividades y tareas definidas para cada proceso regulan la forma de operación de los funcionarios de la institución, facilitando el entendimiento de la dinámica organizacional que es requerida para el logro de los objetivos y la obtención efectiva de los productos o servicios del proceso.⁷¹

Así pues, se coincide con otros autores que plantean que el procedimiento tiene como objetivo mejorar los procesos de la institución; desde una perspectiva amplia, con diversidad de herramientas multidisciplinarias, soluciones que permitan el enfoque en sistema y la priorización de los aspectos que tributen al cumplimiento de la misión.^{71,72}

En la actualidad, resulta necesario mejorar los procesos de forma tal que se integren las acciones de mejora y la interacción no perjudique la implementación, para esto se debe tener en cuenta en el diseño del procedimiento, acciones de mitigación de la resistencia al cambio para el logro del éxito y así garantizar la sostenibilidad de la calidad que se alcance.⁷¹

La autora para la elaboración de esta investigación coincide con estos autores, lo cual se explica en el capítulo II y III.

Conclusiones del capítulo

Existen vacíos epistemológicos que deja la evolución histórica de la gestión organizacional en los hospitales pediátricos en Cuba, aunque se reconoce el avance del perfeccionamiento de ese proceso después del triunfo de la Revolución.

Se valoran los principales elementos teórico-conceptuales que sustentan el diseño del procedimiento de la gestión organizacional para la atención centrada en el adolescente en el hospital pediátrico, ellos se basan:

-Al caracterizar la gestión organizacional hospitalaria actual se evidencia un predominio del modelo tradicional y la necesidad del cambio de paradigma al modelo de atención centrada en la persona.

-Se analiza la conceptualización de adolescencia y la caracterización de las etapas de la misma.

-Se asume por la autora la definición de gestión organizacional hospitalaria para la atención centrada en el adolescente.

-Se establecen los fundamentos teóricos para el diseño del procedimiento de la gestión organizacional hospitalaria para la atención centrada en el adolescente.

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

Este capítulo tiene como propósito exponer los métodos teóricos, empíricos y estadísticos empleados para la obtención y el procesamiento de la información. Además, las técnicas y procedimientos que constituyen el diseño metodológico empleado en el desarrollo de la investigación, por lo cual se organizó en epígrafes que abarcan la clasificación de la investigación y los presupuestos metodológicos que favorecen la solución del problema científico y el cumplimiento de los objetivos.

II. 1 Clasificación del estudio

Este estudio responde a una investigación de desarrollo e innovación tecnológica conocida por las siglas I+D+I, cuyo producto fue la elaboración de un procedimiento para la gestión organizacional que brinde a los adolescentes, atendidos en un hospital pediátrico, satisfacción durante su estancia teniendo en cuenta sus necesidades, basado en la actual concepción de la atención centrada en la persona.

II.1.1 Características generales de la investigación

La investigación se realizó en dos etapas (Anexo 1). En la primera etapa se desarrolló un estudio descriptivo transversal para dar cumplimiento al objetivo uno, a partir de la opinión de las necesidades de los adolescentes para la mejora de la

estancia en el hospital, de la infraestructura, condiciones organizacionales y la satisfacción con el proceso de atención.

Por otra parte, se verificaron los conocimientos de los médicos y las habilidades de los médicos y enfermeros que brindaron atención directa durante el periodo de estudio, y se tuvo en cuenta la opinión de los directivos acerca de la necesidad de implementar el procedimiento de la gestión organizacional hospitalaria basado en la teoría de ACPe.

En la segunda etapa, se describe la metodología empleada para la ejecución de los objetivos dos y tres.

II.1.2 Contexto temporo-espacial

El estudio se desarrolló en el Hospital Infantil Sur “Antonio María Béguéz César” de Santiago de Cuba. El periodo de estudio se extendió del 1.^º de enero de 2019 al 31 de marzo de 2022, y constó de dos etapas: la primera del 1.^º de enero de 2019 al 30 de junio de 2020 y la segunda del 1.^º de julio del 2020 al 31 de marzo del 2022.

Esta unidad de salud fue seleccionada basada en los siguientes criterios:

- Es el principal hospital pediátrico en la provincia ofreciendo servicios territoriales.
- Además, dispone de los servicios clínicos y quirúrgicos demandados por el grupo poblacional de estudio.
- La autora dirigió esta institución por ocho años, lo cual permitió conocer las insuficiencias en el proceso de atención a los adolescentes durante la hospitalización.

Por otro lado, la selección de este grupo de edad, se determinó por las dificultades que presentaban en la organización de los servicios en este hospital debido a que fue diseñado para niños en las primeras etapas de la vida hasta 14 años, por lo que, su infraestructura no era adecuada para los adolescentes de la etapa media y final, además de las características propias que le diferencian del niño y del adulto, por lo que resulta importante la búsqueda de soluciones para mejorar la calidad de la atención que se les brinda durante su hospitalización y aunque confluyen otros usuarios con otras edades en el hospital, también se benefician con el perfeccionamiento de la gestión organizacional en estos servicios hospitalarios.

II.1.3 Universo de estudio

El universo de estudio estuvo constituido por varias poblaciones:

1.^a Etapa de la investigación:

- Un total de 1 845 adolescentes, quienes estuvieron ingresados en el Hospital Infantil Docente Sur “Antonio María Béguéz César” de Santiago de Cuba en el período que abarcó del 1.^º de enero del 2019 al 30 de junio del 2020.
- Los profesionales que laboraban en los servicios de hospitalización de dichos adolescentes, (34 médicos y 40 enfermeros).
- Trece directivos de la institución, objeto de estudio.

2.^a Etapa:

- Un total de 28 adolescentes, que estuvieron ingresados en los servicios de Oncología, Hematología y Clínicas Pediátricas en el período que abarcó del 3 de enero al 31 de marzo del 2022.
- Los profesionales que laboraban en dichos servicios de hospitalización (seis

médicos y once enfermeros).

- Seis directivos de los servicios, objeto de análisis.

II.1.4 Criterios de inclusión y exclusión

Concerniente a la determinación de los criterios de inclusión y exclusión para el universo que participó en el estudio, se basó en:

- Criterios de inclusión para los adolescentes
 - Tener entre 10 y 18 años cumplidos.
 - Poseer estado físico y mental que le permitiera colaborar de forma plena en la investigación, según los datos recogidos en la historia clínica.
 - Voluntariedad para participar en la investigación.
- Criterios de exclusión para adolescentes
 - Estar ingresado en el servicio de psiquiatría, o en la unidad de terapia intensiva por interferir en la calidad de la recogida de los datos solicitados en la investigación.
- Criterios de inclusión para los profesionales (médicos y enfermeros) y directivos
 - Laborar en los servicios donde estuvieron ingresados los adolescentes en estudio.
 - Voluntariedad para participar en la investigación.

II.2 Técnicas y procedimientos de obtención de la información

Se realizó una extensa búsqueda bibliográfica en las bases de datos biomédicas localizadas en internet como Scopus, Web of Science, Scielo, Hinary, EBSCO, entre otras. Se consultaron normas y procedimientos de los departamentos de

registros médicos y estadísticas, y otros documentos legales publicados y no publicados.

La información, así obtenida, fue clasificada y se realizó el análisis del estado del arte en el mundo, Cuba y en específico en el sector de la salud, lo cual contribuyó al cumplimiento del objetivo uno. También fue utilizada en el objetivo dos para comprobar y fundamentar el análisis y la discusión de los resultados en que se basó la propuesta del procedimiento que se diseñó.

El método histórico-lógico, se tuvo en cuenta para determinar la evolución del objeto de estudio. Se periodizó la atención al adolescente en el proceso de hospitalización a partir del triunfo de la Revolución.

Asimismo, el enfoque sistémico utilizado en el alcance de los objetivos, posibilitó establecer y analizar la estructura del procedimiento de gestión organizacional (subsistemas, componentes, categorías, cualidades) que lo integra y relaciones entre ellas.

El método de análisis y síntesis permitió evaluar y resumir la información obtenida según las diferentes fuentes consultadas; así mismo posibilitó los resultados del procesamiento y presentación de los datos obtenidos a lo largo de toda la investigación para alcanzar los objetivos propuestos.

El método empírico se empleó a través de la aplicación de encuestas a los adolescentes y médicos, las guías de observación se utilizaron en la búsqueda de información de los médicos y enfermeros que participaron en la atención a este grupo poblacional durante la hospitalización; así como las entrevistas a los directivos y selección del grupo de expertos.

Para la recolección del dato primario se elaboraron los cuestionarios, cuya elaboración estuvo a cargo de la autora, tres especialistas en Pediatría y dos licenciados en Enfermería de alto nivel científico y profesional de la institución; quienes identificaron una serie de ítems en base a una tormenta de ideas dividida en dos sesiones, una para los tres cuestionarios y otra para las guías de observación.

A fin de cumplir el primer objetivo, se aplicaron dos encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP)⁷³ a los adolescentes hospitalizados: una, con el propósito de conocer la opinión de las necesidades y las expectativas que pudieran mejorar su estancia en el hospital y su satisfacción con el proceso de atención y la otra, para identificar la opinión en cuanto a la mejora de la infraestructura y las condiciones organizacionales de los servicios hospitalarios. Además de la encuesta a los médicos y la observación de las habilidades de estos y enfermeros que participaron en el proceso de atención a este grupo de edad y entrevistas a los directivos.

Al final de la primera sesión de la tormenta de ideas, los ítems propuestos para el primer cuestionario fueron agrupados en las tres dimensiones siguientes: trato recibido por el equipo de atención, actividades de entretenimiento, acompañante de preferencia. También, se evaluó la satisfacción de los adolescentes con el proceso de atención (Anexo 2), y los ítems del segundo cuestionario fueron organizados en dos dimensiones: mejora de la infraestructura y las condiciones organizacionales de los servicios (Anexo 3).

Como respuesta a cada ítem se escogió una escala tipo Likert⁷⁴ porque sirve para medir valoraciones personales (conformidad, creencias, opiniones, percepciones), de tipo bipolar simétrica (mide tanto el grado positivo, negativo y neutral de cada enunciado) con cinco opciones de respuesta o elementos Likert según el grado de importancia que confiere el encuestado al ítem, con una presentación numérica que va desde 1 a 5, donde 1 representa muy poco importante 2: poco importante, 3: algo importante, 4: importante y 5: muy importante. Esta numeración sirvió a la vez para otorgar una calificación.

Mientras que, como respuesta de la satisfacción se otorgó cero, uno, dos, y tres puntos, para evaluar el grado de satisfacción y se consideró: no satisfactoria, medianamente satisfactoria, satisfactoria y muy satisfactoria, respectivamente.

Se elaboró el cuestionario para los médicos que participaron directamente en el proceso de atención a los adolescentes, con el objetivo de evaluar sus conocimientos en la atención a ese grupo de edad, respecto a la ACPe, aspectos específicos de esa etapa de desarrollo y las morbilidades en ellos. El cuestionario se conformó con siete preguntas, para lo cual se asignó una puntuación a cada una de ellas, para un total de 30 puntos. (Anexo 4)

Según las respuestas, se realizó la sumatoria de los puntos obtenidos por cada pregunta y se determinó si contaban con los conocimientos para la atención específica a los adolescentes. La calificación máxima consistió en 30 puntos. Se consideró que los conocimientos eran adecuados si el total de puntos era de 21 y más, que representaba el 70 % de la puntuación y no adecuados si se obtenía 20 puntos y menos, lo que representaba menos del 70 %.

En la segunda sesión se elaboraron las guías de observación de los procesos de atención con ocho ítems cada una:

- ✓ Médica (Anexo 5), con el objetivo de evaluar la preparación que poseían los médicos para la atención al adolescente y cómo lograron las habilidades necesarias para la atención de acuerdo con los conocimientos y las destrezas al realizar la anamnesis y el examen físico, facilidad para la realización de la entrevista y el establecimiento de efectiva relación médico-adolescente-familia.
- ✓ De enfermería (Anexo 6), para identificar las habilidades necesarias para la atención al adolescente, teniendo en cuenta destrezas al realizar el interrogatorio y examen físico, las acciones independientes, las mediciones y registro de los signos vitales y la facilidad para el establecimiento de efectiva relación enfermero-adolescente-familia.

Para evaluar las habilidades de los médicos y enfermeros en la atención a los adolescentes se explicó el procedimiento a estos y se observó el proceso de atención del 100 % de los médicos y enfermeros que formaron parte del estudio en ambas etapas para evaluar cada ítem.

La evaluación de la realización adecuada del interrogatorio, ejecución del examen físico y la confección de la hipótesis diagnóstica se sustentaron en los principios básicos para estos.⁷⁵

- Principios básicos para el interrogatorio de médicos y enfermeros:
 1. Mirar a los ojos de la persona que nos brinda la información, siendo atentos y amistosos, y evitando críticas sobre determinadas conductas y acciones.

2. Dirigirse con respeto evitando el tuteo y cualquier término que pueda causar confusión o susceptibilidad.
3. Lograr la mayor privacidad posible y dar a la información que se le brinda la mayor confidencialidad.
4. Permitir que el familiar exprese todas sus preocupaciones, sin mostrar impaciencia y guiar luego el interrogatorio hacia a aquellos elementos que requieran más detalles.
5. Evitar realizar preguntas que sugieran una respuesta.
6. No olvidar que la entrevista médica constituye un momento de estrés para la madre o el familiar acompañante y que ella puede provocar el olvido de antecedentes importantes sobre los cuales habrá que volver a preguntar.
7. Siempre que sea posible, dar al adolescente la posibilidad de expresar sus preocupaciones y ofrecerle la privacidad necesaria para referir aspectos que pueda haber ocultado a los padres.

Se consideraron completamente logradas si cumplían seis y siete principios, parcialmente logradas: cuatro y cinco, y no logradas: tres o menos.

➤ Principios para el examen físico de médicos y enfermeros:

1. El examen físico comienza desde el momento en que se contacta con el adolescente. Elementos como la marcha, la atención, la facies, la motilidad, el color de la piel, las características del cabello, el ritmo respiratorio y otros pueden ser apreciados durante el interrogatorio, sin que se sienta examinado.
2. Cuando comienza propiamente la exploración, es recomendable hacerla causando el mínimo de molestias y dejando para el final las maniobras más

desagradables, como la exploración de la orofaringe o la otoscopia. Se debe incluir el examen ginecológico y de las mamas.

3. Hay que evitar todo aquello que cause malestar, como el contacto con el estetoscopio o las manos frías, manteniendo una expresión sonriente que transmita calma y confianza.
4. Respecto al vestuario, si bien es imprescindible realizar la inspección total de la piel, esta se puede hacer por partes, descubriendo primero determinadas zonas del cuerpo y luego el resto. De esta forma, se evita afectar su pudor y preservar la privacidad.
5. Un elemento imprescindible será la iluminación adecuada, para determinar con objetividad elementos claves como la coloración de la piel y las mucosas, o realizar la inspección de la orofaringe.
6. No se debe olvidar que siempre se realizará un examen físico completo. Obviar algunas maniobras o inferir que por la enfermedad del adolescente no es necesario hacerlo, puede conducir a consecuencias graves.
7. No se puede obviar tampoco el registro de la tensión arterial, que debe hacerse con un esfigmomanómetro adecuado para el tamaño del paciente. La anchura del manguito debe equivaler a dos tercios de la longitud del brazo.
8. No reflejar en la historia clínica datos del examen físico no explorados o que hayan sido referidos por una tercera persona.

Se consideraron completamente logradas si cumplían siete y ocho de los principios, parcialmente logradas: cuatro a seis, y no logradas: tres o menos.

- Al considerar la efectiva relación médico-adolescente-familia, y enfermero-adolescente-familia se evaluaron si cumplían criterios como⁷⁶:
 1. El médico y enfermero deben conocer las características de los adolescentes.
 2. Deben mantener su identidad adulta y no identificarse con los adolescentes por su vestuario, lenguaje o actitud.
 3. Considerar en el intercambio, los objetivos del adolescente.
 4. Dedicar el tiempo necesario.
 5. Mostrar confianza y seguridad.
 6. Existir comunicación asertiva con el adolescente y familia.
- Establecimiento de efectiva relación médico-equipo de salud y enfermero-equipo de salud.⁷⁷

Se valoró si cumplían los siguientes requisitos:

1. Existir un coordinador o líder que utilice canales adecuados de comunicación.
2. Cada miembro debe contribuir con sus conocimientos específicos y asumir sus responsabilidades.
3. Existir comunicación asertiva.
4. Establecer una relación interpersonal basada en el respeto mutuo.
5. Clasificar correctamente los roles profesionales.
6. Valorar los conocimientos y las experiencias de cada miembro para contribuir a la atención de los pacientes.

Se consideraron completamente logradas si cumplían cinco o seis de los criterios, parcialmente logradas: tres o cuatro, y no lograda: dos o menos.

Con respecto a la observación de los restantes ítems se revisaron dos historias clínicas de los adolescentes atendidos, para un total de 68 por la parte médica y 80 de los enfermeros y en la 2^a etapa del estudio se revisó el 100%.

➤ Confección de la hipótesis diagnóstica elaborada por los médicos y enfermeros, se evaluó:

1. Si existía correspondencia del interrogatorio y el examen físico en la evolución médica.
2. Si reconsideraron los planteamientos emitidos por otros profesionales que evaluaron anteriormente al adolescente.

➤ Elaboración de las evoluciones médicas y de enfermería con pensamiento clínico, epidemiológico con enfoque social, se consideró:

1. Tener correspondencia la evolución con el diagnóstico.
2. Considerar el aspecto epidemiológico y social en la evolución.

En los ítems anteriormente expuestos, se consideraron completamente logrados si cumplían los dos principios, parcialmente logrados: si cumplía uno, y no logrados: si no cumplía ninguno.

➤ Identificación y análisis del problema de salud.

1. Considerar el problema de salud priorizando este independientemente de la aparición de varios síntomas.
2. Tener en cuenta todos los aspectos del interrogatorio y examen físico para definir el problema de salud.

3. Realizar el diagnóstico diferencial para el logro del problema de salud.

Se consideró completamente logrado si cumplía los tres aspectos, parcialmente logrado: uno o dos, y no logrado: ninguno.

➤ Independencia para establecer un plan terapéutico.

1. Realizar la prescripción teniendo en cuenta edad, peso, superficie corporal.
2. Integrar los aspectos clínicos, epidemiológicos y sociales para realizar la prescripción.
3. Explicar al paciente y su familiar sobre vigilancia y detección temprana de las reacciones adversas.
4. Indicar el medicamento en correspondencia con el problema de salud del adolescente y no por el éxito terapéutico obtenido en otro paciente con similar cuadro clínico.

Se consideraron completamente logradas si cumplían los cuatro de los aspectos, parcialmente logradas: dos y tres, y no logradas: uno o ninguno.

La observación de otras habilidades de los enfermeros para el logro del proceso de atención de enfermería se tuvo en cuenta:

➤ Medición y registro de signos vitales.

- Cumplir con los procedimientos establecidos para la toma de la temperatura, pulsos, frecuencia cardíaca, respiratoria y tensión arterial.

Si cumple los cinco procedimientos en cada adolescente se clasificó en completamente logradas, cuatro parcialmente logradas y tres o menos: no lograda.

➤ Realización de acciones de enfermería independiente.

Se evaluó la realización de procederes o modos de actuar que ejecuta el personal de enfermería sin orden médica como:

1. Planeación del cuidado del paciente.
2. Supervisión y evaluación del cuidado.
3. La prestación de cuidados.
4. Acciones de promoción y educación para la salud.

Si cumple con los cuatros se clasifican en completamente logradas, tres parcialmente logradas y dos o menos: no logradas.

Por otro lado, se entrevistaron directivos, considerados como informantes claves, (director del hospital, vicedirectores, jefes de servicios y jefes de salas) para identificar las opiniones de estos acerca de la atención que se les brindó a los adolescentes, sugerencias de acciones que favorecieran el proceso de atención a este grupo de edad y la necesidad de la implementación del procedimiento de la gestión organizacional hospitalaria para la atención centrada en el adolescente. (Anexo 7), la cual se consideró: no necesaria, poco necesaria, necesaria y muy necesaria, se otorgó cero, uno, dos, y tres puntos, respectivamente. A tal efecto, recibieron actualización sobre la gestión organizacional centrada en el adolescente, sus objetivos y metas.

La aplicación de estos instrumentos (encuestas, guías de observación y entrevistas) se realizó por la autora y tres profesionales de la institución, considerados colaboradores.

Dando cumplimiento al objetivo dos, se propusieron acciones para el diseño del procedimiento de la gestión organizacional para la atención centrada en este grupo de edad, el cual tuvo dos periodos:

1. Periodo de conformación de las bases teórico-metodológicas que sustentan el procedimiento de la gestión organizacional hospitalaria. (Anexo 8)
2. Periodo de desarrollo del procedimiento de la gestión organizacional hospitalaria en cuatro etapas.

En el primer período se presentó la estructura del procedimiento de la gestión organizacional hospitalaria con sus subsistemas, componentes, categorías y cualidades resultantes. En las bases científicas se explicó las ciencias que lo sustentan (ética y bioética, ciencias de la educación, ciencias de la dirección, ciencias jurídicas, y ciencias de la salud) y las normativas establecidas, organizativas y administrativas del MINSAP.

En el esquema que se ilustra en el anexo 8 puede observarse una relación horizontal en cuanto a las bases científicas con las ciencias que sustentan, los principios éticos y de la ACPE. Además, la relación dialéctica entre los subsistemas, componentes, categorías y cualidades resultantes que lo conforman, lo que redundó en el mejoramiento de la gestión organizacional para la atención centrada en el adolescente.

Este procedimiento está sustentado en el respeto a los valores y principios éticos de la persona, facilita la conducta ante el cuidado de la salud de los adolescentes, favorece la transmisión de conocimientos y de aprendizaje con el proceso salud-enfermedad relacionado con fomentar y proteger la salud, permite la organización y

conducción de los servicios hospitalarios y el cumplimiento de las legislaciones vigentes.

Se tuvieron en cuenta los subsistemas de superación profesional, el de administración-dirección y el de valores. Cada uno de estos subsistemas con sus componentes que conformó el constructo teórico; estos fueron la superación científico-técnica transformadora, la preparación en administración y dirección y el desarrollo en valores. Los componentes con sus categorías: diagnóstico inicial, técnico profesional, dirección en salud, economía y logística, valores compartidos y deseados, y sus cualidades: superación técnica contextualizada, empoderamiento de directivos y cualidades indispensables para la ACA: respeto, autonomía y comunicación dialógica.

En el segundo período se desarrolló el diseño del procedimiento de gestión organizacional para la atención centrada en el adolescente en cuatro etapas, teniendo en cuenta el diagnóstico causal, las propuestas de acciones de los directivos y de la autora el cual se expone en los resultados.

Con respecto al objetivo tres, se aplicó el procedimiento de la gestión organizacional en los servicios de Oncología, Hematología y Clínicas Pediátricas. Luego se verificó la efectividad a través de la modificación de los indicadores después de la aplicación del procedimiento y también se corroboró la factibilidad de la implementación a través del criterio del grupo de expertos y se expresaron los resultados.

II.3 Operacionalización de las variables

Las variables estudiadas se describieron en el anexo 9, se expresaron los

conceptos de conocimientos y habilidades según autores.^{78,79} Así como se detallaron los criterios de efectividad⁸⁰ y la factibilidad según autores.⁸¹

II.4 Procesamiento y análisis de la información

Como medidas de cuantificación y resumen se emplearon el porcentaje, para las variables cualitativas, y el promedio, para las puntuaciones del criterio de los expertos en la validación de contenido de los cuestionarios. El procesamiento de la información se realizó mediante una base de datos computarizada con el procesador estadístico SPSS (*Statistical Package for the Social Science*), versión 24.

Para su comprensión se presentó la información en tablas y se emitieron conclusiones y recomendaciones.

II.4.1 Selección de expertos

Para la selección del grupo de expertos, se evaluaron 15 profesionales de alto nivel científico y profesional pertenecientes a otras instituciones de la provincia: Hospital Infantil Norte “Juan de la Cruz Maceira Martínez”, Policlínico Docente “Camilo Torres” y Hospital Clínico Quirúrgico “Juan Bruno Zayas Alfonso”. Para ello fueron considerados diferentes aspectos, a los que se les otorgó determinada puntuación sobre la base de los criterios concebidos por la autora. (Anexo 10)

Los aspectos considerados y sus puntuaciones se describen a continuación:

- ✓ Años de experiencia en la gestión administrativa de cualquier nivel: de 3 a 5 (2 puntos), de 6 a 10 (5 puntos) y más de 10 (10 puntos).
- ✓ Años de experiencia como especialista de cualquier nivel: de 5 a 10 (2 puntos), de 11 a 20 (5 puntos) y más de 20 (10 puntos).

- ✓ Años de experiencia en la atención a los adolescentes: de 5 a 10 (2 puntos), de 11 a 20 (5 puntos) y más de 20 (10 puntos).
- Nivel científico y docente:
 - ❖ Especialista de Primer Grado en Pediatría, o Licenciado en Enfermería, Máster y Profesor Auxiliar (2 puntos).
 - ❖ Especialista de Primer y Segundo Grado en Pediatría y/o Organización y Administración de Salud, Licenciado en Enfermería y Enfermero Especialista, Máster y Profesor Auxiliar (5 puntos).
 - ❖ Especialista de Primer y Segundo Grado en Pediatría y/o Organización y Administración de Salud, Licenciado en enfermería y Enfermero Especialista, Doctores en Ciencias y Profesor Auxiliar o Titular (10 puntos).

Se consideraron competentes para participar en el estudio, aquellos que alcanzaron un total de 20 o más puntos, con lo cual solo quedaron 10 expertos. Esta indagación se hizo previa a la aplicación del instrumento y se corroboró por la respuesta del propio experto a los datos generales que pide el instrumento.

II.4.2 Validación de los instrumentos

La validación del contenido de cada uno de los cuestionarios y las guías de observación elaboradas, se realizó a través del juicio de los expertos, para lo cual se emplearon los criterios de Moriyama en dos fases, a fin de buscar la estandarización en la inclusión de ítems.

La primera fase de la validación estuvo orientada a obtener información sobre los instrumentos en su generalidad y, la segunda fase a analizar cada uno de los ítems que los componen.

II.4.2.1 Primera fase de la validación

Se evaluaron los criterios generales de los cuestionarios y guías de observación según las escalas siguientes: adecuado, 2 puntos; poco adecuado, 1 punto y no adecuado, 0 puntos. Teniendo en cuenta el número de participantes, se consideró como no adecuado cuando la suma de las votaciones fue menor de 5, lo que determinó la necesidad de un replanteamiento; poco adecuado cuando la puntuación estuvo entre 5 y 15, lo que requeriría modificaciones, y adecuado, si las puntuaciones eran mayores de 15.

Los criterios a evaluar en la primera fase fueron:

- ✓ Criterio 1. Estructura del cuestionario o de la guía de observación
- ✓ Criterio 2. Cantidad de preguntas a responder o de habilidades a observar
- ✓ Criterio 3. Contenido de cada pregunta o habilidad
- ✓ Criterio 4. Interpretación de los ítems

II.4.2.2 Segunda fase de la validación

En esta fase se tuvieron en cuenta cuatro criterios, explorados mediante las preguntas que se presentan a continuación:

1. Razonable y comprensible (¿El ítem comprende los aspectos que se analizan en el fenómeno medido?).
2. Con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables (¿El ítem aporta información adicional o redonda en información aportada eficientemente por otro ítem?).
3. Claridad en las definiciones (¿El ítem se expresa claramente?).
4. Datos factibles de obtener (¿El dato del ítem se puede recoger?).

Se evaluaron los siguientes criterios referentes a los ítems con una escala Likert de 4 puntos de adecuación (mucho-nada), según la escala ordinal siguiente: Mucho: 3, Suficiente: 2, Poco: 1 y Nada: 0.

Se consideró que el ítem era adecuado cuando se obtuvieran puntuaciones mayores de 20 lo que se corresponde con que al menos el 50 % de los expertos evaluó el ítem en la categoría de mucho y otro 25 % en la categoría de suficiente.

Se tuvo en cuenta que, si en algún caso el ítem obtuvo menos de 20 puntos, los expertos según su experiencia, emitieran alguna sugerencia que consideraran importante.

Además, se revisaron los protocolos de las diez primeras causas de morbilidad en los servicios, las guías de buenas prácticas, las políticas de privacidad y confidencialidad, los planes de cuidado personalizados para los adolescentes, la realización de los talleres y las charlas informativas para padres y acompañantes y se verificó el empleo del internet y dispositivos tecnológicos para el uso educativo y recreativo de los adolescentes en el aula.

II.5 Implementación del procedimiento de gestión organizacional para la atención centrada en el adolescente

Para la implementación del procedimiento se tuvo en cuenta aspectos que podían limitar el desarrollo del mismo, tales como:

- Pobre motivación de los médicos, enfermeros y el resto del equipo de atención.
- No comprometimiento para la implementación del procedimiento por parte del equipo de atención y directivos.

- Poco tiempo para el desarrollo de las actividades asistenciales y docentes.

Por estas razones, se incluyeron elementos específicos en las diferentes áreas claves:

1. Evaluación de necesidades

- Herramientas de evaluación: se desarrollaron y emplearon las encuestas, específicas para adolescentes para evaluar sus necesidades físicas, emocionales y sociales.
- Análisis de datos: se estableció un sistema de análisis de datos para identificar situaciones desfavorables en las necesidades de este grupo poblacional.
- Consulta con adolescentes: se realizó intercambio con los adolescentes para obtener retroalimentación directa sobre sus necesidades y expectativas.

2. Formación y capacitación del personal

- Programas de capacitación: se diseñó e implementó un programa de formación continua para todo el personal, incluyendo médicos, enfermeras, psicólogos y personal administrativo, enfocado en la atención en el adolescente.
- Talleres y seminarios: se organizaron los talleres, conferencias y otras actividades de capacitación sobre temas relevantes como desarrollo, salud mental, y comunicación efectiva con los adolescentes.
- Materiales educativos: se proporcionó el suplemento informativo y el cartel interactivo, enfocados en la ACA.

3. Diseño del entorno físico

- Espacios privados: se realizó el diseño de los cubículos con privacidad y

comodidad para este grupo de edad.

- Áreas recreativas: se incluyeron espacios de socialización atractivos y adecuados para adolescentes que permitiera la lectura y los juegos de mesas.
- Acceso a la tecnología: se proporcionó acceso a internet y dispositivos tecnológicos para el uso educativo y recreativo de los adolescentes.

4. Atención integral y multidisciplinaria

- Equipos multidisciplinarios: se formaron los equipos de atención que incluían médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales y otros especialistas que responden a cada servicio.
- Planes de cuidado personalizados: se desarrollaron los planes de cuidado personalizados para cada adolescente, acorde a sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales.
- Reuniones de coordinación: se realizaron reuniones de coordinación del equipo de atención para discutir y ajustar los planes de cuidado.

5. Participación de la familia

- Programas de apoyo familiar: se ofrecieron los programas de apoyo psicológico y educativo para familiares y acompañantes de adolescentes.
- Comunicación abierta: se facilitaron los canales de comunicación entre el equipo de salud y las familias para asegurar que estuvieran informados y participaran activamente en el cuidado del adolescente.
- Talleres y charlas: se organizaron talleres y charlas informativas para los familiares y cuidadores sobre temas relevantes para los adolescentes.

6. Políticas y protocolos

- Desarrollo de protocolos: se revisaron y actualizaron los protocolos específicos para la atención integral de adolescentes, con las principales morbilidades incluyendo manejo de enfermedades crónicas, salud mental, salud sexual y reproductiva y situaciones de emergencia.
- Políticas de privacidad: se implementaron y exigieron las políticas de privacidad y confidencialidad que protegen los derechos de los adolescentes en todos los aspectos de su atención médica.
- Guías de buenas prácticas: se actualizaron las guías de buenas prácticas basadas en la evidencia para el cuidado de los adolescentes, y el control de su cumplimiento.

7. Evaluación y mejora continua

- Indicadores de desempeño: se establecieron los indicadores de desempeño y resultados específicos para evaluar la efectividad del procedimiento de gestión.
- Retroalimentación regular: se realizó la retroalimentación de los adolescentes y sus familias de manera continua para identificar áreas de mejora.
- Auditorías y revisión de procesos: se realizaron auditorías internas de los procesos y protocolos implementados para asegurar su efectividad.
- Planes de mejora: se desarrollaron los planes de mejora continua basados en los resultados de las evaluaciones y la retroalimentación recibida.

Estos aspectos se deben considerar para el desarrollo del procedimiento con calidad y su implementación en otros contextos.

Con el propósito de verificar la efectividad y factibilidad del procedimiento propuesto, se efectuó una aplicación de este, en tres servicios del hospital: Oncología, Hematología y Clínicas Pediátricas, durante el periodo del 3 de enero al 31 de marzo de 2022. Se escogieron los adolescentes hospitalizados en estos servicios (según los criterios de inclusión ya expuestos). Los directivos, los médicos y los enfermeros fueron propios de cada servicio.

Esta aplicación se organizó en tres momentos que se exponen seguidamente.

Primer momento

Se correspondió con la primera etapa del procedimiento propuesto. Se actualizó el estado de la gestión organizacional de esos servicios a través de la aplicación de los cuestionarios.

Responsable: jefe de la investigación.

Duración: cuatro semanas.

Segundo momento

Se ejecutaron las acciones diseñadas en esos servicios, en correspondencia con la tercera etapa del procedimiento propuesto.

Responsables: Directivos, profesionales involucrados y jefe de la investigación.

Duración: cinco semanas.

Tercer momento

Se correspondió con la cuarta etapa del procedimiento propuesto. Se realizó monitoreo de las acciones para evaluar la transformación de las insuficiencias detectadas en el primer momento.

Responsable: jefe de la investigación.

Duración de la etapa: tres semanas.

II.6 Determinación de la efectividad y la factibilidad de la implementación del procedimiento de gestión organizacional para la atención centrada en el adolescente

En el procedimiento de gestión organizacional hospitalaria se partió del diagnóstico sobre la base de las opiniones de los adolescentes y el nivel científico-técnico de los profesionales que los asistieron en los servicios de hospitalización; también se consideraron las opiniones de directivos de la institución, a partir de lo cual se propusieron acciones dirigidas a promover la atención centrada en el adolescente del hospital donde se efectuó el estudio.

Para la determinación de la efectividad del procedimiento de gestión organizacional hospitalaria diseñada, se valoró la modificación de los indicadores luego de la aplicación de este en los servicios seleccionados.

Con respecto a la factibilidad se consideraron, según Pineault y Daveluy⁷⁸ los siguientes aspectos: la valoración del lugar donde se aplicaría la propuesta y la existencia de la información requerida; para ello se realizó una implementación de esta y, además, se entrevistaron a los mismos 10 expertos que participaron en la validación de los instrumentos, para conocer si estaban de acuerdo con los siguientes aspectos:

- ✓ Se respetan las legislaciones vigentes.
- ✓ Existe receptividad de las organizaciones políticas locales y del Ministerio de Salud Pública en relación con su aplicación.

- ✓ Posee el personal preparado, y los recursos para ejecutarla.
- ✓ El lugar donde se ejecuta la gestión organizacional es el adecuado.
- ✓ Está acorde con el grupo poblacional a quien va dirigida.
- ✓ Tiene en cuenta los principios éticos.

Con los resultados de las opiniones de los expertos respecto a los aspectos antes expuestos, se determinó la factibilidad de la implementación del procedimiento diseñado.

II.7 Consideraciones bioéticas

Se realizó la investigación de acuerdo con los principios éticos de: respeto a la persona (adolescente y familiar), la autonomía, la beneficencia- no maleficencia y la justicia, así como la confidencialidad de cada información derivada de este estudio.

Se solicitó el consentimiento informado de adolescentes, médicos, enfermeros y directivos para proceder a la investigación. (Anexos 11 y 12)

La investigación fue aprobada por el Consejo Científico Provincial de la Salud y el Comité de Ética de la Investigación en Salud, además por el Consejo de Dirección de la institución, objeto de análisis. Los instrumentos fueron aplicados en los servicios donde estaban ingresados los adolescentes, sin la presencia de personas involucradas en la investigación y los datos fueron presentados en forma resumida y solo con fines científicos, lo cual garantizó el anonimato, la privacidad y confidencialidad de la información.

II.8 Limitaciones del estudio

Entre las limitaciones del estudio se reconocen:

1. Solo se realizó el estudio teniendo en cuenta a los médicos y enfermeros, no a otros profesionales o al personal de apoyo.
2. No se tuvo en cuenta la medición de los conocimientos de los enfermeros.

A pesar de esas limitaciones se logró el cumplimiento de los objetivos propuestos.

Conclusiones del capítulo

- Se describieron los métodos y las técnicas para el logro de la investigación.
- Se realizó una descripción de cada una de las variables y su operacionalización.
- Se explicaron los procedimientos para cada uno de los logros de los objetivos y los aspectos a considerar en el análisis de la efectividad y factibilidad de la implementación del procedimiento.
- Se detalló la validación de los instrumentos y se realizaron las consideraciones bioéticas.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

CAPÍTULO III. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El propósito de este capítulo es presentar el análisis y la discusión de los resultados del diagnóstico que permitieron proponer un conjunto de acciones que integran el procedimiento de gestión organizacional para la atención a los adolescentes en el hospital pediátrico, tomando en consideración la concepción actual de la atención centrada en la persona.

III.1 Resultados de la validación de contenido de los cuestionarios para los adolescentes

Los resultados obtenidos en la validación de contenido por los criterios de Moriyama se muestran en el anexo 13. En la primera fase (Tabla 1, 2, 3 y 4 del Anexo 13) se determinó que, en los cuestionarios para los adolescentes y los médicos, además en las guías de observación para estos últimos y los enfermeros, todos los aspectos evaluados (estructura, cantidad, contenido e interpretación de los ítems) obtuvieron la calificación de adecuados, pues se encontraron por encima de los 15 puntos.

En la segunda fase, donde se analizan los criterios de Moriyama para los diferentes ítems para los cuestionarios y guías de observación, todos se consideraron como adecuados, pues las puntuaciones estuvieron por encima de 20 puntos. Por tanto, se concluyó que los ítems incluidos en los instrumentos resultaron razonables y comprensibles (Tabla 5, 6 y 7 del Anexo 13), intuitivos y justificados (Tabla 8, 9 y 10

del Anexo 13), definidos claramente (Tabla 11, 12 y 13 del Anexo 13) y son factibles de obtener la información deseada (Tabla 14,15 y 16 del Anexo 13).

III.2 Diagnóstico del problema

Holland Hall⁶³ clasifica la adolescencia en inicial (10 a 13 años), media (14 a 16 años) y final (17 a 19 años) de igual manera lo considera la UNICEF, por lo que así se asumió en esta investigación, aunque solo ingresan en el hospital pediátrico hasta los 18 años.

En la actualidad, en Cuba la población en las edades de 10 a 19 años es de 1 205 102, la cual ha ido descendiendo en los últimos años. En Santiago de Cuba, dicha población solo es superada numéricamente por la de La Habana y existe un equilibrio entre los sexos. En 1981, los adolescentes del país representaban el 23,9% de la población general, en el 2007 constituyán el 14 %, valores que han sufrido una reducción importante por la dinámica demográfica nacional y actualmente conforman el 10,8 %.⁸²

Según grupos de edades la mayor proporción (47,5 %), la mostró el de 10-13 años (adolescencia inicial) seguida por el 14-16 años que aportó el 34,8 % (adolescencia media) y los adolescentes con edades entre 17-18 años representaron el 17,7 % (adolescencia final). En general, primó el sexo femenino, con 56,7 %.

Aunque hace más de 20 años en los hospitales pediátricos se atienden adolescentes de más de 15 años, todavía esos adolescentes no siempre se sienten cómodos con la infraestructura y las condiciones de estas instituciones y se consideran más cerca de los adultos, sobre todo aquellos que acuden por una entidad aguda, mientras que los más pequeños (10 a 13 años) han ingresado por

tradición durante más de 40 años en hospitales pediátricos por lo que lo consideran como habitual.¹¹

Conocer la opinión de los adolescentes sobre el trato recibido por el equipo de atención médica es fundamental para lograr que ellos acepten los servicios. Así, en la tabla 1 se muestran los resultados sobre los criterios de los adolescentes encuestados.

Los más valorados fueron los relativos a la amabilidad del personal sanitario (83,5 %), seguidos de la comunicación dialógica (81,6 %), la información adecuada brindada por el médico (80,2 %) y que los complementarios se realicen en tiempo para que la estancia hospitalaria fuera lo más breve posible (76,9 %).

Tabla 1. Distribución de los adolescentes según opinión sobre trato recibido por el equipo de atención

Opinión	Escala de Likert									
	1		2		3		4		5	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Opinión 1	122	6,6	122	6,6	60	3,3	122	6,6	1 419	76,9
Opinión 2	61	3,3	0	0	168	9,1	76	4,1	1 540	83,5
Opinión 3	0	0	0	0	244	13,2	122	6,6	1 479	80,2
Opinión 4	0	0	0	0	146	7,9	193	10,5	1 506	81,6

Leyenda:

Opinión 1: realización de complementarios en tiempo

Opinión 2: amabilidad del personal de la sala

Opinión 3: información adecuada del médico

Opinión 4: comunicación dialógica

Escala de Likert:

1: muy poco importante, 2: poco importante, 3: algo importante, 4: importante

5: muy importante

Estos resultados fueron similares a los estudios por Pease y colaboradores⁸³ y Miller y colaboradores⁸⁴ en el que reflejan la importancia de tener en cuenta las necesidades y expectativas de los adolescentes para el logro del cuidado de la salud.

Los adolescentes valoraron la importancia que para ellos tenía una serie de ítems relacionados con la calidad del cuidado y con el estilo de comunicación médico-paciente. La comunicación dialógica fue muy valorada por los adolescentes, ya que no siempre se permite que este exprese su opinión acerca de su proceso mórbido y su participación en el proceso de curación durante su ingreso es pasiva.

Las cuestiones relacionadas con la forma de comunicarse y el trato interpersonal en el cuidado, se han evaluado en otros estudios como aspectos muy importantes para valorar la calidad de la atención a la salud que reciben los adolescentes.^{84,85} Así la importancia del conocimiento de estos, que estén informados acerca de su propia salud, sus derechos y sepan dónde y cuándo obtener estos servicios.^{25, 57,58} La autora coincide con esos planteamientos.

Al respecto, la OMS expone recomendaciones sobre la atención a la salud de los adolescentes y jóvenes, y relacionan la importancia de la organización en la atención integral a estos y el estudio sistemático de los actos y las actitudes que las personas muestran en las instituciones sanitarias.⁶²

En estudio reciente realizado por Polloni sugiere que se reconozca a los adolescentes como actores sociales capaces de agenciar por sí mismos, según su edad y nivel de desarrollo, aspectos específicos de su vida; espacios en los cuáles correlativamente y de manera gradual se le otorga márgenes de actuación personal.^{56,57}

En cuanto a los criterios de los adolescentes sobre sus preferencias de entretenimiento (Tabla 2), se encontró que el 53,7 % afirmaron que les resultaba muy importante la visita de sus amigos al hospital, así como la visualización de programas televisivos en la sala (42,8%), mientras que, respecto a los espacios para actividades grupales, los criterios fueron diferentes.

Tabla 2. Distribución de los adolescentes según preferencias de actividades de entretenimiento

Opinión	Escala de Likert									
	1		2		3		4		5	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Opinión 1	0	0	114	6,2	544	29,5	196	10,6	991	53,7
Opinión 2	40	2,1	102	5,5	307	17,4	616	16,6	780	42,8
Opinión 3	0	0	340	18,4	644	34,9	260	14,1	601	32,6
Opinión 4	0	0	446	28,5	297	19,2	343	21,6	476	29,8

Leyenda:

Opinión 1: visitas de los amigos

Opinión 2: visualización de programas televisivos acorde con su edad en la sala

Opinión 3: existencia de espacio fuera de la sala para conversar

Opinión 4: existencia de espacios para actividades grupales

Escala de Likert:

1: muy poco importante, 2: poco importante, 3: algo importante, 4: importante, 5: muy importante

La visita de amigos fue un aspecto considerado muy importante por más de la mitad de los encuestados, esto se explica, entre otras razones, por las características psicosociales de la adolescencia, donde sobresale la tendencia a formar grupos de amigos y se le concede valor a ser aceptado por estos. Los grupos tienden a ser del mismo sexo, lo cual facilita el fortalecimiento de identidades y roles antes de entrar a la interacción heterosexual.^{85,86}

Se coincidió con lo expuesto en la bibliografía revisada de que en todas las etapas existe tendencia a buscar a los amigos; no obstante, en la adolescencia inicial están menos interesados en las actividades con los padres y más interesados en el grupo de compañeros, que son típicamente del mismo sexo.^{58,59}

Por otra parte, en la adolescencia final adquieren preponderancia las relaciones individuales, especialmente las íntimas, lo cual proporciona un componente importante de la identidad para muchos de los adolescentes en esa etapa, quienes buscan compañía de su pareja o amigos.^{58,59}

La distribución de los adolescentes según preferencia de acompañante, indicó el mayor número a tener compañía durante la hospitalización por sus padres u otro familiar (68,2 %) y estar sin acompañante, siendo muy importante para el 51,6 %.

Tabla 3. Distribución de los adolescentes según preferencia de acompañante

Opinión	Escala de Likert									
	1		2		3		4		5	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Opinión 1	87	8,3	26	2,4	54	5,1	165	15,7	715	68,2
Opinión 2	12	15,2	18	22,8	14	18	16	20,3	19	24
Opinión 3	43	15,6	78	28,4	26	9,5	37	13,5	91	33
Opinión 4	0	0	0	0	108	24,4	107	24	229	51,6

Leyenda:

Opinión 1: padres u otro familiar

Opinión 2: pareja

Opinión 3: amigos

Opinión 4: sin acompañante

Escala de Likert:

1: muy poco importante, 2: poco importante, 3: algo importante, 4: importante,

5: muy importante

La mayoría de los adolescentes incluidos en el estudio se encontraban en la adolescencia inicial; etapa que presenta entre sus características psicológicas la necesidad de compartir sus problemas con los padres y, dado que la situación de salud es algo que les preocupa, prefieren estar apoyados por ellos.

Entre los 10 y los 14 años de edad la preocupación psicológica gira básicamente alrededor de lo físico y lo emocional; se produce una reestructuración de la imagen

corporal, se vive un ajuste a los cambios corporales emergentes y el ánimo es fluctuante. Hay una fuerte autoconciencia de las necesidades y los deseos de comprensión y apoyo por parte de los mayores. Aun cuando las figuras parentales dejan de ser la fuente casi exclusiva de fomento de la autoestima, se hace imprescindible tener la posibilidad de compartir los problemas con ellos; las amistades también se tornan cruciales.⁵⁹

Los acompañantes participan decisivamente en la recuperación de la salud del adolescente, adquieren conocimientos acerca de la educación para la salud, conocen acerca de la enfermedad, y emocionalmente lo apoyan, y con ello se logra mayor cooperación, mejora la calidad de la atención, disminuye la estadía hospitalaria y propicia una evolución favorable.⁵⁹

Esta investigación coincide con la literatura revisada, se reconoce que las características psicosociales de los adolescentes determinan las relaciones interpersonales, y el acercamiento de estos a sus padres, sus amigos, al grupo y su pareja, en dependencia de la edad.

En la tabla 4 se observa la opinión de los adolescentes acerca de sus necesidades y expectativas para la mejora de la infraestructura de los servicios hospitalarios donde expresaron la mayor importancia que le atribuyen a cubículos con paredes pintadas y decoradas a los gustos de los adolescentes (80,4 %), la existencia de cubículos con baño sanitario (77 %), espaciosos y ventilados (70 %).

Tabla 4. Distribución de los adolescentes según opinión para la mejora de la infraestructura de los servicios

Opinión	Escala de Likert									
	1		2		3		4		5	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Opinión 1	0	0	0	0	307	16,6	524	28,4	1 014	55
Opinión 2	0	0	14	0,8	355	19,2	185	10	1 291	70
Opinión 3	0	0	0	0	185	10	240	13	1 420	77
Opinión 4	0	0	148	8,02	213	16,8	537	29,1	998	80,4
Opinión 5	0	0	0	0	310	16,8	537	29,1	998	54,1

Leyenda:

Opinión 1: cubículos con condiciones para reconocimiento urogenital y ginecológico

Opinión 2: cubículos espaciosos y ventilados

Opinión 3: cubículos con baño sanitario

Opinión 4: cubículos con paredes pintadas y decoradas a los gustos de los adolescentes

Opinión 5: permanencia de agua corriente y de beber

Escala de Likert:

1: muy poco importante, 2: poco importante, 3: algo importante, 4: importante, 5: muy importante

Estudios realizados por otros investigadores, le atribuyen importancia a la presencia de un servicio para la atención integral al adolescente.⁸⁶⁻⁸⁸ Estos autores refieren

que se debe tener en cuenta que el espacio sea atractivo, decorado por los propios adolescentes y jóvenes, con murales informativos, carteles y materiales educativos disponibles, y que deben utilizarse medios audiovisuales en actividades educativas y de entretenimiento para los adolescentes y jóvenes.

En esta investigación se considera que para que la mayoría de las personas utilicen un servicio, se parte de un mismo punto: el acceso y la oportunidad, el cual depende de varios factores que propician estar en correspondencia con sus necesidades, expectativas y la forma de organización de los servicios, a fin de garantizar la atención de manera oportuna e integral. Se coincide que la calidad que se brinde en los servicios de atención a pacientes reporta sustanciales beneficios a la organización.⁸⁹

También se debe reflexionar que existen factores que contribuyen a que los adolescentes estén alejados de los servicios de salud, entre los cuales se señala las características de los adolescentes que hace que tengan percepción de riesgo muy baja, la necesidad de reafirmación de la personalidad con búsqueda de independencia y la actuación de padres y familiares que condiciona la concesión de mayor independencia para la toma de decisiones en general y en salud; en particular, más marcada en la adolescencia final.⁵

En la tabla 5 se observa la opinión de los adolescentes acerca de sus necesidades y expectativas para la mejora de las condiciones organizacionales de los servicios, donde todos le confirieron mayor importancia al cuidado de la privacidad en los cubículos (56,1 %), a la organización de los cubículos solo para adolescentes

(54,5%) y diferenciados por sexo (45,9 %); además, a la existencia de ropa acorde con la edad y el sexo (40,2 %).

Tabla 5. Distribución de los adolescentes según opinión para la mejora de las condiciones organizacionales de los servicios

Opinión	Escala de Likert									
	1		2		3		4		5	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Opinión 1	12	0,7	95	5,1	145	7,9	558	30	1 035	56,1
Opinión 2	54	2,9	186	10	216	12	384	21	1 005	54,5
Opinión 3	0	0	33	1,8	197	11	769	42	846	45,9
Opinión 4	163	8,8	287	16	435	24	369	20	591	32
Opinión 5	163	8,8	137	7,4	304	16	500	27	741	40,2
Opinión 6	80	4,3	342	19	485	26	347	19	591	32
Opinión 7	89	4,8	246	13	377	20	435	24	698	37,8

Leyenda:

Opinión 1: cuidado de la privacidad en los cubículos

Opinión 2: cubículos organizados solo para adolescentes

Opinión 3: cubículos diferenciados por sexo

Opinión 4: cubículos organizados con adolescentes con similar enfermedad

Opinión 5: utilización de ropa acorde con la edad y el sexo

Opinión 6: existencia de mesitas auxiliares

Opinión 7: existencia de ventiladores

Escala de Likert:

1: muy poco importante, 2: poco importante, 3: algo importante, 4: importante, 5: muy importante

Se destacó la necesidad de privacidad, que es un aspecto muy valorado por los adolescentes; esa opinión también está vinculada con sus características psicosociales y con la aparición de los caracteres y cambios biológicos que suceden en ellos en esa etapa. Según se plantea en la literatura revisada, hay que garantizar condiciones que satisfagan las expectativas de la población adolescente referente a confidencialidad, privacidad, trato del personal y aceptabilidad en general.⁹⁰⁻⁹²

Organizacionalmente, habrá que cuidar la privacidad de los adolescentes mediante el uso de parabanes, confeccionar ropa acordes con las tallas y los gustos en esas edades y, además, agrupar a los adolescentes por edades y sexo en los cubículos.

Se coincide con estudios en relación a que las instituciones de salud deben brindar servicios con horarios convenientes, espacios y ubicación adecuada, ambiente acogedor, limpio, y mantener la privacidad y la confidencialidad en la atención.^{93,94}

La OMS refiere que la consecución de servicios de salud integrados y centrados en la persona dependerá de lo que aporten los sistemas de salud, en particular la disponibilidad, accesibilidad y calidad del personal de salud y de los servicios que dispensan.¹⁴

En la actual investigación se valoraron los resultados del proceso de atención médica según los criterios de los adolescentes, y se obtuvo que solo 830 (45 %)

consideró que era muy satisfactorio, en tanto 554 lo señaló como no satisfactorio, para 30 % (Tabla 6).

Tabla 6. Distribución de adolescentes según opinión acerca del proceso de atención médica

Opinión de los adolescentes acerca del proceso de atención médica	No	%
No satisfactoria	554	30
Medianamente satisfactoria	277	15
Satisfactoria	184	10
Muy satisfactoria	830	45
Total	1 845	100

Hay que destacar que, aunque el mayor porcentaje de los adolescentes sintió satisfacción, es necesario tener en cuenta sus necesidades y expectativas para el logro de la mejora continua de los servicios.

Algunos investigadores, como Avila Peñafiel⁹⁵, Borges Bienes y colaboradores⁹⁶ expresan que los adolescentes manifiestan una perspectiva de usuarios acerca de los procesos hospitalarios, lo cual promueve líneas de mejora en los servicios de salud.

Según Bustamante y colaboradores⁹⁷ los enfoques sobre los servicios de salud para adolescentes deben tener en cuenta la identificación y satisfacción de las necesidades y las experiencias del adolescente, su familia y su comunidad, para que estos sean más aceptados por ellos.

Sin embargo, cuando no sucede, aumentan las probabilidades de que los adolescentes utilicen recursos ajenos al sistema formal de servicios de atención de la salud, tales como los remedios caseros, los métodos tradicionales de anticoncepción, el aborto clandestino o los medicamentos adquiridos sin prescripción o a través de prácticas alternativas a la medicina tradicional.⁵⁹

La autora coincide con los autores referenciados, pues es fundamental conocer las necesidades y expectativas de los adolescentes, para brindar un servicio acorde a sus características y que exista aceptación de ellos.

Por otra parte, los profesionales sanitarios desempeñan un papel destacado en el fomento de conductas saludables entre los adolescentes⁹⁸, para lo cual deben estar capacitados para interactuar con ellos.

De los 34 médicos que respondieron el cuestionario de conocimientos, con el objetivo de evaluar la preparación de estos en la atención a ese grupo poblacional, 21 médicos (61,8 %) mostró un conocimiento adecuado, por lo que se consideró que estaban preparados para la atención a ese grupo de edad, no así 13 de ellos que representó el 38,2 % mostraron conocimientos no adecuados, por lo que aún necesitaban capacitación.

Al analizar los conocimientos de los médicos que atendieron a esos adolescentes, la gran mayoría resultaron adecuados. Sin embargo, las mayores complejidades estuvieron en los conocimientos relacionados con endocrinología, sexualidad y ginecología básica.

En otra publicación consultada se considera que el personal de salud no cuenta con conocimientos acerca de la diversidad de características de esa población; factor

que dificulta su nivel de relaciones, la labor de orientación y disminuye la asistencia de adolescentes a los centros de salud.⁹⁸ Esto indica que, debido a la complejidad de los procesos que transcurren en la adolescencia, hay que buscar una mayor integración de conocimientos.

Los médicos o profesionales que atienden la salud integral del adolescente deben profundizar sus sapiencias en desarrollo humano, psicología evolutiva básica, endocrinología puberal, sexualidad humana y ginecología básica infanto-juvenil.⁹⁹

En Cuba, en la formación del pediatra se deposita la responsabilidad de mantener la observación y orientación preventiva de la salud de los niños y adolescentes, sobre todo al enfrentar enfermedades más complejas, lo que ha permitido mejorar no solo la sobrevida, sino también la calidad de vida de la población infanto-juvenil.⁹⁸

Se coincide que la clave del éxito en la formación de nuevos profesionales en la salud está en la capacidad de preparar al profesional con mejores conocimientos, habilidades, hábitos, sentimientos, actitudes, capacidades, valores, conducta y desempeño profesional, formar a un profesional capaz de producir y transformar conocimientos con un enfoque integrador, docente, asistencial e investigativo que incida en la calidad de los servicios.¹⁰⁰

En la tabla 7 se muestran las habilidades adquiridas por los médicos respecto a la atención a los adolescentes. Como se puede observar, las dificultades mayormente se encontraron al establecer la hipótesis diagnóstica y al elaborar la evolución médica con pensamiento clínico, epidemiológico y enfoque social, con 41,2 % y 35,3 %, respectivamente.

Tabla 7. Distribución de los médicos según habilidades para la atención a los adolescentes

Habilidades de los médicos	Completamente Lograda		Parcialmente Lograda	
	No	%	No	%
Realización adecuada del interrogatorio	34	100	0	0
Ejecución adecuada del examen físico	34	100	0	0
Identificación y análisis del problema de salud	26	76,5	8	23,9
Independencia para establecer un plan terapéutico	26	76,5	8	23,5
Elaboración de evolución médica con pensamiento clínico, epidemiológico y enfoque social	22	64,7	12	35,3
Confección de hipótesis diagnóstica	20	58,8	14	41,2
Establecimiento de efectiva relación médico-adolescente-familia	29	85,3	5	14,7
Establecimiento de efectiva relación médico-equipo de salud	34	100	0	0

Se analizó las habilidades de los médicos en su atención al adolescente hospitalizado y se hallaron insuficiencias en la argumentación del pensamiento científico con que exponían las evoluciones clínicas, lo que dificultó la comunicación del criterio médico al resto de su colectivo.

Según Pérez Toledo⁹⁸ los nuevos tiempos conllevan desafíos que determinan la

necesidad de un pediatra integral, con alto grado de formación, autonomía y buenas decisiones, lo que implica la intencionalidad didáctica en su orientación, desarrollo y evaluación.

En estas ideas subyace la intencionalidad de una formación orientada a desarrollar competencias y habilidades básicas relacionadas con la autonomía, el trabajo en equipo, la integralidad en el análisis y, sobre todo, en la preparación para la toma de decisiones desde los estándares de calidad de la actividad profesional del médico pediatra.

Resulta de vital importancia la preparación del profesional de la salud para desarrollar un conjunto de habilidades, en las que se considere la singularidad de cada persona. Asimismo, se percibe la relevancia de construir un cuidado que incluya, en la práctica clínica, las necesidades expresadas y que mitigue las posibles dificultades y los sufrimientos experimentados por los pacientes durante la hospitalización.^{99,100}

Las habilidades del personal de salud son esenciales para promover servicios integrales de calidad para los adolescentes y en la eliminación de las barreras para el acceso a los servicios de salud. La OMS ha definido que interactuar eficazmente con el adolescente constituye una competencia básica para el cumplimiento de los estándares de calidad de los servicios.⁶²

La tabla 8 exhibe las habilidades adquiridas por los enfermeros respecto a la atención a los adolescentes. Entre los resultados se destacó la dificultad de esos profesionales para establecer acciones de enfermería independientes (30 %) y para efectuar adecuadamente el examen físico (27,5 %).

Tabla 8. Distribución de enfermeros según habilidades para la atención a los adolescentes

Habilidades de los enfermeros	Completamente lograda		Parcialmente lograda	
	No	%	No	%
Medición de signos vitales	40	100	0	0
Ejecución adecuada del examen físico	29	72,5	11	27,5
Identificación y análisis del problema de salud	40	100	0	0
Elaboración del diagnóstico de enfermería	37	92,5	3	7,5
Elaboración de evolución con pensamiento clínico, epidemiológico y enfoque social	37	92,5	3	7,5
Realización de acciones de enfermería independientes	28	70	12	30
Establecimiento de efectiva relación enfermero-adolescente-familia	40	100	0	0
Establecimiento de efectiva relación enfermero- equipo de salud	40	100	0	0

Las habilidades de los enfermeros en la atención a los adolescentes juegan un papel esencial en el funcionamiento del equipo básico de trabajo en cada servicio.

McCormack y colaboradores³⁹ señalan la importancia de que los enfermeros tengan

una comprensión profunda del concepto de personalidad, para no perder los valores humanistas inherentes a la atención centrada en la persona.

También la OMS, sugiere que para contar con servicios de salud integrados y centrados en la persona se necesita un tipo particular de trabajador sanitario, dotado de las competencias adecuadas.²⁰

En efecto, se coincide con Borqués Polloni , referido a que los profesionales de la salud se ven desafíados para la atención integral de los adolescentes, pues ellos como “pacientes activos”, son los actores principales de su proceso de atención en salud.^{56,57} Por lo que es importante incorporar a la práctica profesional herramientas que permitan brindar a este grupo de la población una atención de salud accesible, asequible, de calidad, con pertinencia, respetuosa de sus preferencias y opiniones.

De ahí la importancia de la formación de recursos humanos en salud competentes, preparados científica y políticamente, con valores humanos para lograr una cobertura universal en salud.⁹⁹

Por último, en la entrevista realizada a los directivos se les mostró una versión preliminar de los resultados, con vistas a conocer cuáles eran sus opiniones respecto a la actual atención que se les brindaba a los adolescentes y las posibilidades de adoptar el modelo de atención centrada en la persona.

Como se observa en la tabla 9, el 76,9 % de los directivos consideraron que es muy necesario implementar el procedimiento de atención centrada en el adolescente, lo que implica un cambio de paradigma en la organización de los servicios y en las concepciones de los prestadores.

Tabla 9. Distribución de los directivos según necesidad de la implementación de la gestión organizacional hospitalaria

Necesidad de implementación de la gestión organizacional hospitalaria según directivos	No	%
No necesaria	0	0
Poco necesaria	1	7,7
Necesaria	2	15,4
Muy necesaria	10	76,9
Total	13	100

De forma general, existe coincidencia en las opiniones de los directivos en cuanto a la actual atención que se les brinda a los adolescentes, que la consideraron como necesaria, dado que aún no existe diferenciación en los servicios de salud para ese grupo de edad, ni se tienen en cuenta sus necesidades, por lo que afirmaron la necesidad de un cambio del paradigma.

En la bibliografía consultada sobre el tema, no se aborda la opinión de los directivos sobre la atención centrada en la persona. Sin embargo, un estudio nacional, realizado por Guzmán y colaboradores¹³ plantea que es necesario el cambio de paradigma. Se coincide con lo planteado, y es primordial que los profesionales y directivos, que se dediquen a la gestión hospitalaria, se formen y complementen su superación para el logro del éxito de la institución hospitalaria.

Evidenciado el diagnóstico de la situación actual, se hizo necesario diseñar el procedimiento de gestión organizacional hospitalaria, sustentada en la ACA.

III.3 Procedimiento de gestión organizacional para la atención centrada en el adolescente del hospital pediátrico

Objetivo: Contribuir al perfeccionamiento de la gestión organizacional del Hospital Infantil Sur, sustentado en la atención centrada en el adolescente.

El procedimiento de gestión organizacional hospitalaria que se propuso tiene como **premisas:**

- Presencia de directivos y de profesionales comprometidos para la transformación.
- Estrecho vínculo entre los diferentes profesionales (médicos, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales), administrativos con los adolescentes y familia.
- Existencia de infraestructura hospitalaria para la atención a los adolescentes.

Características del procedimiento:

- Viable: su concepción desde la dimensión asistencial hospitalaria, garantiza su viabilidad y su posible continuidad en el tiempo.
- Flexible: permite su adecuación a las condiciones concretas de los diferentes contextos.
- Humanitaria: facilita el compromiso, solidaridad hacia el adolescente, con trato afable, que respeta los derechos del adolescente.
- Integral: tiene en cuenta los aspectos biopsicosociales del adolescente y de los actores que participan en el procedimiento.

- Integradora: la integración del equipo de atención: médicos, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales en función del adolescente hospitalizado.
- Ética: permite el comportamiento respetuoso, cordial entre las partes, a tenor de los principios bioéticas.
- Comunicativa: favorece la comunicación dialógica entre los actores involucrados en la atención al adolescente.
- Se manifiestan relaciones entre las etapas del procedimiento: relaciones de integración, subordinación y coordinación evidenciando el carácter de sistema de los principales resultados de la investigación.

El diseño del procedimiento de la gestión organizacional hospitalaria se basó en:

Servicio hospitalario con ambiente para el adolescente:

- Cubículos con identificación, organizados por sexo y enfermedades similares.
- Cubículos decorados y pintados acordes con este grupo poblacional y con baño sanitario.
- Cuidado de la privacidad cuando se realicen procederes.
- Existencia de agua corriente y de beber permanente.
- Acompañante durante la hospitalización según preferencia.
- Disponibilidad de los recursos para mejorar la hospitalización: ropa acorde con la edad y sexo, uso de mesitas auxiliares y ventiladores.
- Áreas para actividades grupales: atractivos para adolescentes que permita la lectura, juegos de mesas.
- Incorporación de programación en el TV con respecto a su edad, de material de educación y acciones de promoción para la salud.

Relacionado con el funcionamiento orgánico:

- Que se organice la realización de los complementarios en tiempo.
- El personal médico y de apoyo debe mostrar amabilidad.
- Que se le brinde información clara por parte del equipo de atención.
- Comunicación dialógica entre el adolescente y el equipo de atención.
- Existencia de los protocolos actualizados para la atención de adolescentes, con las principales morbilidades en correspondencia con el servicio, incluyendo manejo de enfermedades crónicas, salud mental y situaciones de emergencia.
- Cumplimiento de las políticas de privacidad y confidencialidad implementadas.
- Existencia de guías de buenas prácticas actualizadas basadas en la evidencia para el cuidado de adolescentes, y control de su cumplimiento.
- Poseer planes de cuidado personalizados para cada adolescente, que consideren sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales.

Relacionado con los equipos de atención:

- Efectiva relación médico-adolescente-familia y enfermero-adolescente-familia.
- Efectiva relación médico-equipo de salud y enfermero-equipo de salud.
- Equipos multidisciplinarios de atención que incluyan médicos, enfermeros, psicólogos, trabajadores sociales y otros especialistas que responden a cada servicio.
- Reuniones de coordinación del equipo de atención para discutir el progreso y ajustar los planes de cuidado de los adolescentes.
- Profesionales con habilidades necesarias para una atención de calidad a los adolescentes.

- Profesionales capacitados, con conocimientos generales en sexología, endocrinología y ginecología básica, que permita la evaluación integral, personalizada y resolutiva de este grupo de edad.
- Directivos comprometidos en la gestión organizacional centrada en el adolescente.

III.4 Estructura organizativa y funcional del procedimiento de gestión organizacional hospitalaria para la atención centrada en el adolescente

Etapas que conforman el procedimiento para la gestión organizacional hospitalaria (Anexo 14):

Primera etapa: Sensibilización y diagnóstico.

Segunda etapa: Diseño de las acciones organizacionales para la atención centrada en el adolescente.

Tercera etapa: Implementación del procedimiento de gestión organizacional hospitalaria para la atención centrada en el adolescente.

Cuarta etapa: Evaluación de la implementación.

Etapa de sensibilización y diagnóstico

Objetivos:

1. Sensibilizar al grupo de dirigentes del hospital y a los profesionales (médicos, enfermeros, psicólogos y trabajadores sociales) que asisten a adolescentes acerca de la necesidad de adoptar nuevos modos de actuación con vistas a lograr un ambiente adecuado de atención a ese grupo de edad, que les proporcione bienestar y satisfacción.

2. Determinar la preparación del equipo de salud que labora en la atención a los adolescentes para una atención centrada en estos.
3. Identificar las necesidades y expectativas de los adolescentes acerca de la mejora durante su estancia en el hospital, incluyendo la mejora de la infraestructura y las condiciones organizacionales de los servicios.

Acciones:

1. Desarrollar encuentros con los profesionales y directivos de estos servicios para explicarles la necesidad de incorporar la gestión organizacional hospitalaria centrada en el adolescente para el cambio de paradigma.
2. Observar los modos de actuación de los médicos y enfermeros para conocer cómo logran las habilidades en la atención a este grupo de edad.
3. Diagnosticar el conocimiento teórico que poseen los médicos, acerca de los problemas de salud de los adolescentes.
4. Identificar las posibilidades de mejora durante su estancia hospitalaria, infraestructura y condiciones organizacionales en función de los adolescentes.

Evaluación:

1. Valorar los conocimientos de los médicos y los modos de actuación de estos y enfermeros, a través de observación y la realización de las encuestas.
2. Determinar los conocimientos de los directivos con respecto a la importancia y necesidad de la implementación del procedimiento de gestión organizacional hospitalaria a través de la entrevista.

3. Evaluar el estado actual del servicio hospitalario, con respecto al ambiente para los adolescentes a través de las encuestas.

Responsable: jefe de investigación y colaboradores.

Etapa de diseño de las acciones organizacionales de atención centrada en el adolescente.

Objetivo:

1. Planificar las acciones para el diseño del procedimiento de la gestión organizacional para la atención centrada en el adolescente.

Acciones:

1. Diseñar el servicio de adolescente sustentado en los resultados obtenidos.
2. Sistematizar la utilización del método clínico-epidemiológico con enfoque social como método de solución de problemas de salud de los adolescentes.
3. Confeccionar materiales educativos como carteles interactivos con acciones de promoción de salud enfocadas en los principales problemas de salud de este grupo poblacional. (Anexo 15, 16, 17 y 18)
4. Elaborar un programa de capacitación continua a través del curso de Gerencia organizacional para profesionales y directivos del hospital pediátrico sobre la atención centrada en el adolescente (Anexo 19)
5. Diseñar el suplemento informativo sobre atención centrada en el adolescente para los profesionales. (Anexo 20)
6. Organizar los talleres, conferencias y otras actividades de capacitación sobre temas relevantes como desarrollo del adolescente, salud mental, y comunicación efectiva con este grupo poblacional.

7. Actualizar protocolos para la atención de adolescentes, las guías de buenas prácticas, las políticas de privacidad y confidencialidad, y los planes de cuidado personalizados.
8. Actualizar el programa de auditoría a los servicios hospitalarios.

Evaluación:

1. Valorar el cumplimiento del diseño según las características de la gestión organizacional.
2. Observar el diseño de las acciones para la gestión organizacional en correspondencia con las características.
3. Verificar el diseño de los carteles interactivos para las acciones de promoción de salud: violencia de género, embarazo en la adolescencia, no uso de las drogas, prevención de las infecciones de transmisión sexual.
4. Comprobar la elaboración del curso para profesionales y directivos.
5. Verificar la actualización de los protocolos para la atención de adolescentes, las políticas de privacidad y confidencialidad, las guías de buenas prácticas y los planes de cuidado personalizados.

Responsable: jefe de investigación y colaboradores.

Etapa de implementación del procedimiento de la gestión organizacional hospitalaria para la atención centrada en el adolescente.

Objetivo:

1. Ejecutar en la práctica el sistema de acciones modeladas, teniendo en cuenta el diagnóstico inicial.

Acciones:

1. Aplicar el procedimiento de la gestión organizacional hospitalaria en los diferentes servicios seleccionados por la autora y colaboradores.
2. Realizar acciones de promoción de salud con los principales problemas de salud de los adolescentes, utilizando los carteles interactivos.
3. Impartir el curso Gerencia organizacional para profesionales y directivos de hospitales pediátricos sobre la ACA.
4. Divulgar el suplemento informativo para los profesionales de salud elaborado sobre la atención centrada en el adolescente.
5. Ejecutar las transformaciones necesarias para la mejora del funcionamiento orgánico, infraestructura y las condiciones organizacionales.
6. Ofrecer programas de apoyo psicológico y educativo para familiares y cuidadores de adolescentes a través de los psicólogos y trabajadores sociales.
7. Organizar intercambios con los familiares y cuidadores sobre temas relevantes para el cuidado de este grupo poblacional.

Evaluación:

1. Monitorear el cumplimiento de las acciones implementadas a través de la observación del servicio con ambiente para adolescente y funcionamiento orgánico y con el equipo de atención.
2. Evaluar la capacitación de los profesionales y directivos acerca de la gestión organizacional hospitalaria para la ACA a través del curso de gerencia organizacional impartido.

3. Valorar la aceptabilidad del suplemento informativo diseñado y su utilización a través de los intercambios con el equipo de atención.
4. Verificar la comunicación entre el personal médico y las familias para asegurar que estén informados y participen activamente en el cuidado del adolescente.
5. Constatar que los familiares y cuidadores estén informados sobre temas relevantes sobre los cuidados de salud de este grupo de edad.

Responsable: jefe de investigación y colaboradores.

Etapa de evaluación de la implementación del procedimiento de gestión organizacional hospitalaria

Objetivo:

1. Valorar la efectividad y factibilidad en la puesta en práctica de las acciones ejecutadas en la implementación del procedimiento.

Acciones:

1. Evaluar la satisfacción de los adolescentes durante su hospitalización.
2. Valorar la satisfacción de los prestadores de servicio en el proceso de atención.
3. Evaluar las transformaciones ocurridas con la implementación del procedimiento de la gestión organizacional hospitalaria enfatizando la teoría actual.

Evaluación:

1. Constatar las transformaciones del servicio y la satisfacción de los adolescentes y prestadores de salud.

2. Evaluar los procesos atencionales en los servicios, dando prioridad a la observación de habilidades de los médicos y enfermeros y cumplimiento de los protocolos.
3. Observar el comportamiento de los adolescentes respecto a la participación en actividades de entretenimiento, el acceso al cartel interactivo para las acciones de promoción y educación para la salud.
4. Valorar el cumplimiento de los indicadores y resultados específicos para evaluar la efectividad del procedimiento de gestión.
5. Realizar la retroalimentación de los adolescentes y sus familias de manera continua para identificar áreas de mejora.
6. Desarrollar los planes de mejora continua basados en los resultados de las evaluaciones y la retroalimentación recibida.
7. Valorar la satisfacción de los adolescentes y de los prestadores de servicio acerca del proceso de atención centrada en el adolescente.

Responsable: jefe de investigación y colaboradores.

En esta investigación se elaboró un cartel interactivo para los profesionales que les permitió el acceso al procedimiento propuesto y la obtención de la información del mismo. (Anexo 21)

III.5 Resultados de la implementación del procedimiento de gestión organizacional hospitalaria para la atención centrada en el adolescente

Resultados del primer momento

- Los servicios no contaban con ambiente para adolescentes según características de esta investigación.

- El 60,7 % de los adolescentes mostraron satisfacción con el proceso de atención hospitalaria.
- De los 17 profesionales encuestados un 70,6 % estaban capacitados acerca de los aspectos más importantes de la ACA y de la importancia de su concepción.
- Solo el 66.7 % de los médicos mostró los conocimientos generales de sexología, endocrinología y ginecología, entre otros.
- El 66.7 % de los médicos y el 72,7 % de los enfermeros mostraron habilidades para la atención a este grupo poblacional.
- El 66,7 % de los directivos conocían acerca de la atención centrada en adolescente y el 100 % expresaron su compromiso para la transformación.
- El 21,4 % de los adolescentes expresaron demora con la realización de los complementarios.
- Existía en el 28,5% de los adolescentes insatisfacción con respecto al trato y no comprendían la situación en la que se encontraban.
- En los servicios existían brechas en la relación médico-adolescente-familia y enfermero-adolescente-familia en el 21,4 % y 25 % respectivamente.
- Se demostró insuficiencias en la relación entre el equipo de salud en el 34.7% de los profesionales.
- En los tres servicios estudiados no estaban actualizados todos los protocolos de las primeras diez causas de morbilidad y las guías de buenas prácticas.
- Las políticas de privacidad y confidencialidad y los planes de cuidado personalizados para los adolescentes estaban desactualizados.
- Se cumplía de forma parcial en el 100% de los servicios con el desarrollo de los

programas de apoyo psicológico y educativo para familiares y no se realizaban sistemáticamente los talleres y charlas informativas para padres y cuidadores sobre temas para el cuidado de adolescentes.

Resultados del segundo momento

- En el 100 % de los servicios se implementó el ambiente para los adolescentes, se efectuaron modificaciones en la infraestructura: pintura y decoraciones acordes con este grupo de edad, se rotularon los cubículos para ellos, con baño sanitario en los servicios de Oncología y Hematología; sin embargo, en el servicio de Clínicas Pediátricas se priorizó la hospitalización de los adolescentes en cubículos con baño sanitario independiente, porque no todos tenían esa condición, en el 100 % de los servicios se garantizó la permanencia de agua corriente y de beber. También, se ubicaron las mesitas auxiliares y los ventiladores.
- Se organizó a los adolescentes en cubículos según sexo y con similar enfermedad (100 %), teniendo en cuenta el cuidado de la privacidad.
- La utilización de ropas acordes con la edad y el sexo, solo se logró en el 44 % de los adolescentes por la no disponibilidad del recurso en la institución.
- Se brindaron programas televisivos, juegos de mesa, libros y revistas acordes con su edad para la lectura y se realizaron las acciones de promoción y educación para la salud a través de la visualización de los carteles interactivos.
- Se organizó la realización de los complementarios en tiempo, se orientó el trato afable y la comunicación dialógica con los adolescentes por el personal médico y de apoyo, así como se ofreció información clara durante su atención.

- Se estableció un sistema de capacitación continua a través de la realización del curso de gerencia organizacional y se distribuyó el suplemento para los profesionales y directivos de los servicios.
- Se actualizaron los protocolos de las diez primeras causas de morbilidad y las guías de buenas prácticas, las políticas de privacidad y confidencialidad y los planes de cuidado personalizados para los adolescentes.
- Se realizaron talleres y charlas informativas para padres y acompañantes sobre temas relevantes para el cuidado de adolescentes.
- Se proporcionó el acceso a internet y dispositivos tecnológicos para el uso educativo y recreativo de los adolescentes en el aula.

Resultados del tercer momento

- Se logró en el 100 % de los servicios el ambiente para los adolescentes.
- El 92,9 % de los adolescentes expresaron satisfacción con el proceso de atención, resaltaron la amabilidad y el respeto hacia sus opiniones por el colectivo de atención y la comunicación entre ellos y los profesionales.
- De los 17 profesionales involucrados el 100 % mostró un conocimiento general acerca del procedimiento de gestión organizacional basado en la atención centrada en el adolescente.
- De los 6 médicos, el 83.3 % mostró los conocimientos generales aprendidos de sexología, endocrinología y ginecología, entre otros. Todos manifestaron su satisfacción por lo aprendido ya que se sentían en mejores condiciones para la atención a los adolescentes.
- El 90,9 % de los enfermeros y 83,3 % de los médicos mostraron habilidades

necesarias para una atención de calidad a este grupo de edad.

- Se logró la realización de los complementarios en tiempo en el 100 % de los adolescentes.
- Se evidenció el trato afable y la comunicación dialógica con los adolescentes por el personal médico y de apoyo, así como se ofreció información clara durante su atención.
- En el 100 % de los servicios se evidenció adecuada relación médico-adolescente-familia y enfermero-adolescente-familia.
- Se demostró adecuada relación entre el equipo de salud en el 100 % de los servicios.
- El 100 % de los directivos mostraron conocimientos acerca de la ACA y evidenciaron su compromiso con el procedimiento implementado.
- Se evidenció en el 100 % de los servicios la actualización de los programas de apoyo psicológico y educativo para familiares y cuidadores de adolescentes.
- En el 100 % de los servicios se corroboró la actualización de los protocolos de las primeras diez causas de morbilidad en los servicios, las guías de buenas prácticas, las políticas de privacidad y confidencialidad y los planes de cuidado personalizados para este grupo poblacional.
- Se cumplió con los talleres y charlas informativas para padres y acompañantes sobre temas relevantes para el cuidado de los adolescentes en los servicios.
- En el aula se brinda servicio de internet y dispositivos tecnológicos para el uso educativo y recreativo al 100 % de los adolescentes.

Durante la implementación del procedimiento se experimentaron dificultades dadas

por la desmotivación de los médicos y enfermeros, el desconocimiento acerca de la teoría de ACPe, la presencia de médicos y enfermeros de poca experiencia, insuficiente disponibilidad de especialistas, la inestabilidad del personal médico y de enfermería y el tiempo limitado para participar en acciones de superación continua.

No obstante, se desarrollaron acciones descritas en el procedimiento que facilitaron la mitigación de estas y se demostró la efectividad de este procedimiento, por las transformaciones ocurridas en la gestión organizacional hospitalaria, teniendo en cuenta la ACA, evidenciado en los indicadores.

III.6 Resultados de la consulta a los expertos acerca de la factibilidad

Los expertos consideraron que el procedimiento de gestión organizacional era factible ya que estuvieron totalmente de acuerdo con los seis aspectos considerados. (Anexo 22)

Al evaluar los resultados de la implementación del procedimiento de gestión organizacional hospitalaria, se le atribuyó factibilidad de carácter:

- Legal: debido a que en el procedimiento de gestión organizacional diseñado se respetan las legislaciones vigentes.
- Política: existió receptividad de las organizaciones políticas locales y del MINSAP en relación a la aplicación del procedimiento.
- Organizacional: fue compatible con la organización existente. Se dispuso del recurso humano, los insumos y recursos materiales existentes en la institución hospitalaria. Permitió el perfeccionamiento de la gestión organizacional hospitalaria teniendo en cuenta la atención centrada en el adolescente.

- Sociocultural: estuvo adaptada para los adolescentes, considerando sus necesidades y expectativas; además, estos participaron de forma activa en su aplicación.
- Ética: incluyó a los adolescentes ingresados en el Hospital Infantil Sur, lo cual posibilitó ubicarlo como centro de referencia para la atención de estos, respetando sus derechos y permitiéndoles disponer de mayor información, además de incluirlos en la toma de decisiones acerca de su salud.

Conclusiones del capítulo

- El diagnóstico realizado a través de la opinión de los adolescentes evidenció dificultades objetivas en la comunicación hegemónica de los profesionales, y la importancia que confieren a la infraestructura hospitalaria y las condiciones organizacionales.
- Se presentaron insuficiencias en el conocimiento de médicos en temas específicos y en el desarrollo de habilidades de los profesionales, imprescindibles para la atención a los adolescentes.
- Se realizó una implementación del procedimiento en tres servicios seleccionados, lo que demostró su factibilidad, según el criterio de expertos.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

- La investigación desarrollada en el Hospital Infantil Sur “Antonio María Béquez César” de Santiago de Cuba mostró en el diagnóstico inicial, insuficiencias en la gestión organizacional para la atención centrada en el adolescente.
- El procedimiento para la gestión organizacional diseñado y evaluado por los expertos contribuyó a la solución de las dificultades detectadas y facilitó el proceso de atención centrada en este grupo poblacional.
- Se demostró la efectividad y factibilidad de la implementación del procedimiento diseñado.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

- Sugerir a los directivos del Hospital Infantil Sur generalizar la aplicación del procedimiento de gestión organizacional hospitalaria diseñada a los restantes servicios.
- Comunicar los resultados a las autoridades de salud de la provincia para implementarlo en otras instituciones pediátricas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carnota Lauzán, O. Hacia una conceptualización de la gerencia en salud a partir de las particularidades. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2013 [citado 2024 oct 21];39(3):501-23. Disponible en:
<https://revaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/10/14>
2. Ropa Carrión B, Alama Flores M. Gestión organizacional: un análisis teórico para la acción. Revista Científica de la UCSA [Internet]. 2022[citado 2024 oct 21];9(1): 81-103. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/ucsa/v9n1/2409-8752-ucsa-9-01-81.pdf>
3. Rodríguez Josefa, Dackiewicz Nora, Toer Daniel. La gestión hospitalaria centrada en el paciente. Arch. argent. pediatr.[Internet]. 2014 Feb [citado 2024Nov22]; 112(1):55-8. Disponible en:
<https://www.scielo.org.ar/pdf/aap/v112n1/v112n1a10.pdf>
4. Pozo Curo C, Ruiz Nizama JL, Vigo Ayasta ER, Flores Canto F. Tendencias gerenciales en las organizaciones: una mirada teórica Revista venezolana de gerencia [Internet]. 2020 [citado 2023 Nov 22]; 25(91):1095-113. Disponible en:
<https://biblat.unam.mx/hevila/Revistavenezolanadegerencia/2020/Vol.%202025/No.%2091/23.pdf>
5. Díaz Álvarez JC. Modelos de Gestión Hospitalaria y su Influencia en la Calidad de Atención al usuario del Servicio de Salud: Revisión Sistemática Rápida de la literatura. [Tesis]. Colombia: Universidad EAN, Maestría en Administración de Empresas (MBA); 2021. [citado 2023 Nov 22]. Disponible en:

- <https://repository.universidadean.edu.co/bitstream/handle/10882/10484/DiazJu an2021.pdf?sequence=1>
6. Baño Alvares CA. Análisis de la Gestión Organizacional y su incidencia en la calidad de servicio de los trabajadores del Hospital Martin Icaza de Babahoyo.[Tesis].Universidad Estatal de Milagro;2020.[citado 2022 Mar 5]. Disponible en:
<http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/5267/1/CARLA%20BA%C3%93%20ALVAREZ-ARTICULO-DERECHO-PLAG.pdf>
7. Flores Arévalo J, Barbarán Mozo HP. Gestión Hospitalaria: una mirada al desarrollo de sus procesos. CPAH Science Journal of Health [Internet]. 2021 [citado2022 Mar 5]; 4(1):26–40. Disponible en:
<https://www.cpahtjournal.com/cpah/article/view/46>
8. González Castillo AM, Oblitas Guerrero SM, Mosqueira Moreno RP, Heredia Llatas FD. Liderazgo transformacional en gestión hospitalaria. Una revisión bibliográfica. Acta Médica del Centro[Internet]. 2023 [citado 2024 Mar12];17(4).Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/amdc/v17n4/2709-7927-amdc-17-04-819.pdf>
9. Segredo Pérez AM, Martín Linares X, Gómez Zayas O. Gestión y desarrollo organizacional en Salud Pública. INFODIR [Internet]. 2012 [citado 2022 Mar12]8(15):1-7. Disponible en:
<https://www.medicgraphic.com/pdfs/infodir/ifd-2012/ifd1215m.pdf>
- 10.Cuba. Ministerio de Salud Pública. Reglamento general de hospitales-Área de Asistencia médica y social. 2007. [citado 2022Ago 31]. Disponible en:

<https://files.sld.cu/hospitalarias/files/2019/09/reglamento-general-de-hospitales.pdf>

11. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud para la Atención Integral en la Adolescencia. Cuba 2013-2018. [citado 2022 Feb 12]. Disponible en:

<https://silo.tips/download/republica-de-cuba-ministerio-de-salud-publica-programa-nacional-de-salud-para-la-atencion>

12. Pascual López JA, Gil Pérez T, Sánchez Sánchez JA, Menárguez Puche JF. ¿Cómo valorar la atención centrada en la persona según los profesionales? Un estudio Delphi. Atención Primaria [Internet]. 2022 [citado 2022 Feb 12]; 54(1). Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656721002663#bib0320>

13. Guzmán Vázquez M, Machado Godoy RC, Torres Esperón JM. Atención centrada en el paciente hospitalizado para la mejora de la calidad de atención. INFODIR [Internet]. 2021 [citado 2022ago 31];(37): e_1157. Disponible en: <http://www.revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/1157>

14. Organización Mundial de la Salud. [Sitio en internet]. Washington, D.C., EUA. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud [Actualizado 2014 octubre 2; citado 2024 mar 23]. 53. Consejo Directivo 66.^a sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas. Washington, D.C, EUA, 29 de septiembre al 3 de octubre del 2014. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/2021-04/cd53_5_esp-pub.pdf

15. Nápoles-Villa A, Marrero-Fornaris C, Reyes-Ramírez L, Leyva-del-Toro C. Concepto de gestión por competencias desde los riesgos, necesidad en la cultura de entidades médicas. Archivo Médico Camagüey [Internet]. 2021 [citado 2024 Ene 22]; 25 (4): [aprox. 12 p.]. Disponible en:
<https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/8422/4065>
16. Cabrera Solis L, Urgellés Carreras SA, Santamaría Trujillo CL, o Rodríguez Iglesias G, Gil Agramonte E. Gerencia del Centro Materno-Infantil para el enfrentamiento a la COVID-19. Información para directivos de la Salud [Internet]. 2021;35:e_1038.[citado 6 ene 2024] Disponible en:
<https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/1038/1291>
17. Bueno Domínguez J, Ibor Vidal PJ, Mur de Viu C, Pérez Hernández C, Sánchez Jiménez J, Vargas Negrín F. Modelo de Atención Centrada en la persona con enfermedad y dolor crónicos. [Monografía en internet]. Nephila Health Partnership, S.L; 2021. [citado 2024 ene 23]. Disponible en:
https://www.plataformadepacientes.org/sites/default/files/modelo_de_acp_con_enfermedad_y_dolor_cronicos_vf.pdf
18. Pérez-Hernández G, Ehrenberg N, Gómez-Duarte I, Artaza O, Cruz D, Leyns C, et al. Pilares y líneas de acción para los sistemas de salud integrados y centrados en las personas y las comunidades. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2022[citado 2023 jun 24].; 10(46):e48. Disponible en:
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9186094/pdf/rfsp-46-e48.pdf>

19. Espinosa Brito, AD. La medicina centrada en las personas y la medicina personalizada. Punto de vista [Internet]. 2015 [citado 2022 Ago 31];13(6) Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v13n6/ms17613.pdf>
20. Organización Mundial de la Salud. Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona: Informe de la Secretaría. No. A69/39 [Internet]. 2016 [citado 2021 ene 20]. Disponible en:
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/251214/B138_37-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. Vera Lituma ON. Estrategia de Atención Integral en Adolescentes en el Establecimiento de Salud Buijo Histórico, Ecuador 2020. [Tesis]. Perú: Universidad César Vallejo; 2020. [citado 2022 Ago 31]. Disponible en:
<https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/49965/VeraLON-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Rodríguez Sáenz KD, Maldona do Becerra MX, Ramírez Vera JA, Samacá Niño JA. Implementación del programa de Servicios de Salud Amigables para Adolescentes y Jóvenes en Colombia [Tesis]. Colombia: Universidad Cooperativa de Colombia; 2020.[citado 2022 Ene 20].Disponible en:
<https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/c175b727-565a-4664-af4e-68663709b0a2/content>
23. Maceira DA, Hasicic C, Carlino MF, Ibarra M, Marcos P, Navarro D, et al. Salud adolescente y la mirada de los actores institucionales en cinco provincias del norte argentino: Paradigmas, percepciones y programas. Revista de Salud

Pública [Internet]. 2019 [citado 2022Ago 31]; 23(1): [aprox. 10p.]. Disponible en:

https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/121590/CONICET_Digital_Nro_a8bdb581-46d2-4742-9bd4-8346e487184f_A.pdf?sequence=2&isAllowed=y

24. Moons P, Bratt EL, De Backer J, Goossens E, Hornung T, Tutarel O, et al. Transition to adult hood and transfer to adult care of adolescents with congenital heart disease: a global consensus statement of the ESC Association of Cardiovascular Nursing and Allied Professions (ACNAP), the ESC Working Group on Adult Congenital Heart Disease (WG ACHD), the Association for European Pediatric and Congenital Cardiology (AEPC), the Pan-African Society of Cardiology (PASCAR), the Asia-Pacific Pediatric Cardiac Society (APPCS), the Inter-American Society of Cardiology (IASC), the Cardiac Society of Australia and New Zealand (CSANZ), the International Society for Adult Congenital Heart Disease (ISACHD), the World Heart Federation (WHF), the European Congenital Heart Disease Organisation (ECHDO), and the Global Alliance for Rheumatic and Congenital Hearts (Global ARCH). Eur Heart J. 2021; 42(41):4213-23. Disponible en:

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8560210/pdf/ehab388.pdf>

25. Hevia BD, Perea HL. Embarazo y adolescencia. Rev Cubana Pediatr [Internet]. 2020[citado 2022 Feb 12];92(4):1-9. Disponible en:
<https://www.medicgraphic.com/pdfs/revcubped/cup-2020/cup204b.pdf>

- 26.Cuba. Ministerio de Salud Pública. Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral a la Salud de Adolescentes [Internet]. La Habana: MINSAP; 1999 [citado 2022 Ene 5]. p.461. Disponible en:
<https://files.sld.cu/adolescencia/files/2012/03/manual-de-practicas-clinicas-adolescencia.pdf>
- 27.Ferrá Torres, TM. Determinación de la incidencia de infecciones de transmisión sexual en la Consulta Infanto-Juvenil. Archméd Camagüey [Internet]. 2021 [citado 2023 Sep 04]; 25(5): e8097. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/amc/v25n5/1025-0255-amc-25-05-e8097.pdf>
- 28.Cuba. Ministerio de Salud Pública. [Sitio en internet].Sitio oficial de gobierno de Salud Pública en Cuba © 2024. Embarazo en la adolescencia: desafío de la salud sexual y reproductiva en Cuba. [actualizado 2021 jul 1; citado 2023 feb 12]. Disponible en:
<https://salud.msp.gob.cu/la-fecundidad-en-la-adolescencia-desafio-de-la-salud-sexual-y-reproductiva-en-cuba/Capitulo 1º 1>
- 29.Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa de especialidad de Primer Grado de Pediatría. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2023.
- 30.Fernández-Villalón M, Reyes-Mediaceja R, Bastart-Ortiz E. Servicios hospitalarios “amigables” desde el punto de vista de los adolescentes. MEDISAN. 2017 [citado 4 sep 2024];21(7) Disponible en:
<https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/1433>

31. Fernández-Villalón M, Bastart-Ortiz EA, Reyes-Mediaceja R, Gorguet-Pi MM, Mayor-Guerra E. Caracterización de la gestión organizacional para atención centrada en adolescentes en un hospital infantil. RevMéd Electrón. 2024 [citado 4 sep 2024];46(0). Disponible en:
<https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/5595>
32. Fernández Villalón M, Pérez Ferreiro Y, Bastart Ortiz EA, Reyes Mediaceja R, Gorguet Pi MM. Evolución, semejanzas y diferencias entre la atención centrada en el paciente y la atención centrada en la persona. Rev InfCient [Internet]. 2024 [citado 2024 Nov 5]; 103. Disponible en:
<https://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/4508/6306>
33. Alonso Menéndez Daniel. Profesor Dr Ángel Arturo Aballí Maestro de la Pediatría Cubana. Cuad Hist Salud Pública [Internet]. 2003 [citado 2024 Dic 06]; (93). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0045-91782003000100002
34. Riverón Corteguera R, Ferrer García H, Valdés Lazo F. Avances en Pediatría y Atención Infantil en Cuba (1959-1974). Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana [Internet]. Marzo 1976. p.187-204. [citado 2022 Ene 5]. Disponible en:
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16194/v80n3p187.pdf>
35. UNICEF. Convención sobre los Derechos del Niño [Internet]. Madrid: UNICEF; 2006 [citado 2022 Ene 5]. Disponible en:
<https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

36. Bórquez Polloni B. Salud y derechos en la niñez y la adolescencia: conocer el marco normativo para mejorar la práctica clínica Andes pediatr. 2024 [citado 2024 mayo 3];95(1):7-9. Disponible en:

<https://www.revistachilenadepediatria.cl/index.php/rchped/article/view/4977/4686>

37. Bórquez Polloni B. Transformar a niños, niñas y adolescentes en los protagonistas de su atención en salud. Andes pediatr [Internet]. 2024[citado 2024 Mayo 3]; 95(1): 10-16. Disponible en:

<https://www.revistachilenadepediatria.cl/index.php/rchped/article/view/5103/4743>

38. Hakansson Eklund J, Holmström IK, Kumlin T, Kaminsky E, Skoglund K, Höglander J, et al."Same same or different?"A review of reviews of person-centered and patient-centered care. Patient Educ Couns [Internet]. 2019 [citado 2022 Abr 20]; 102(1):3-11. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399118306232?via%3Dihub>

39. Rodríguez Weber FL, Ramírez Arias JL. Medicina personalizada, individualizada, de precisión y centrada en el paciente; diferencias o sinónimos. Su importancia. Acta méd. Grupo Ángeles [Internet]. 2022 [citado 2024 Dic 03]; 20(1): 111-2. Disponible en:

<https://www.scielo.org.mx/pdf/amga/v20n1/1870-7203-amga-20-01-111.pdf>

40. Reyes Mejía, VJ. Vigencia de la Teoría Burocrática de Max Weber y su relación con la satisfacción laboral en una institución pública. [Tesis]. Quito: Universidad Andina Simón Bolívar;2020.[citado 2022 dic 20]. Disponible en:
<https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/7786/1/T3189-MDTH-Reyes-Vigencia.pdf>
41. Huertas López TE, Suárez García E, Salgado Cruz M, Jadán Rodríguez LR, Jiménez Valero B. Diseño de un modelo de gestión. Base científica y práctica para su elaboración. Universidad y Sociedad[Internet]. 2020.[citado 2022 dic 20];12 (1). Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202020000100165
42. UNIR. La Universidad en Internet. La gestión hospitalaria: claves e importancia de esta disciplina. [actualizado 2023 feb 01; citado 2023 dic 12]. Disponible en:
<https://www.unir.net/salud/revista/gestion-hospitalaria/>
43. Durán Pérez, YM, Rivero Martínez LE. Análisis de la Eficiencia Hospitalaria de Canarias. [Tesis]. San Cristóbal de La Laguna: Universidad de La Laguna; 2020.[citado 2022 Mar 12] Disponible en:
<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/21463/Analisis%20de%20la%20eficiencia%20hospitalaria%20de%20Canarias.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
44. Urbina Henríquez I, Sugg Herrera D. Análisis de la eficiencia de los hospitales públicos de alta complejidad en Chile entre 2014 y 2018. Chile: Dirección de presupuestos; 2021.[citado 2022 Mar 12]. Disponible en:
http://www.dipres.cl/598/articles-232639_doc_pdf.pdf

45. Montufar Quimis JM. Modelo de gestión contextualizado a procesos administrativos de la Universidad Estatal del Sur de Manabí. [Tesis de maestría]. Jipijapa –Ecuador: Universidad Estatal del Sur de Manabí; 2021. [citado 2022 Feb 12]. Disponible en:
<http://repositorio.unesum.edu.ec/bitstream/53000/4017/1/TESIS%20FINAL%20PARA%20EMPASTAR.pdf>
46. Zanabria Ortega, M. Modelo sistémico con enfoque en disciplinas individuales de las organizaciones inteligentes y la eficiencia organizacional: “Yo soy el cambio”. Rev. cient. sist. Inform [Internet]. 2022 [citado 2022 Mar 12]; 2(1): 264. Disponible en:
<https://revistas.unsm.edu.pe/index.php/rksi/article/download/264/387>
47. Céspedes Tamayo, L. La cultura organizacional y su gestión desde un enfoque estratégico una revisión bibliográfica, análisis y valoraciones. Psocial.2020 [citado 2022 Mar12]; 6(2). Disponible en:
<http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/123/1231854010/html/>
48. Vázquez de Dios NM, Vázquez Jiménez LL. Gestión organizacional, categoría principal para enfrentar la COVID – 19. En: Congreso Internacional Virtual Sobre Covid-19. Consecuencias Psicológicas, Sociales, Políticas y Económicas; mayo 2020 [citado 2022 Mar 12]. Disponible en:
<https://www.eumed.net/actas/20/covid/21-gestion-organizacional-categoría-principal-para-enfrentar-la-covid.pdf>
49. Franco Miguela JL, Fullana Beldab C. Influencia de los modelos de gestión basados en la colaboración público-privada en la eficiencia técnica e

investigadora de los hospitales del sistema sanitario público. Revista de Contabilidad Spanish Accounting Review [Internet]. 2020 [citado 2022 Mar 12]; 23 (1): 50-63. Disponible en:

<https://revistas.um.es/rccs/article/view/389261/274511>

50. Reynaldos Grandón K, Saiz Alvarez JM, Sánchez Rodríguez JR. La gestión financiera hospitalaria y los errores en la creación de grupos relacionados por diagnóstico. Información para Directivos de la Salud [Internet]. 2023 [citado 2022 dic 20]; 41: e1326. Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/372478861_2023_La_gestion_financiera_hospitalaria_y_los_errores_en_la_creacion_de_GRD

51. Espíritu Martínez AP, Castro Llaja L. Clima Organizacional y Gestión de Servicios de Salud por enfermería del Hospital Daniel Alcides Carrión. Conrado [Internet]. 2020 [citado 2022 Mar 12]; 16(76): 157-68. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442020000500157

52. Reynaga Salazar SL. Gestión hospitalaria en la calidad de servicio del Hospital Nacional Cayetano Heredia, 2019 [Tesis de Maestría]. Lima: Universidad Cesar Vallejo; 2020 [citado 2022 Mar 12] .71 p. Disponible en:

<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/43437>

53. Balcazar Daza, AM. Gestión administrativa en entidades sociales del estado E.S.S hospitales de Cundinamarca. Lúmina [Internet]. 2020 [citado 2022 Mar12];(21):140-62 Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8679417.pdf>

54. Morejón Valdés M, Ramírez Pérez JF, Vargas Contreras E, Henríquez Ritchie PS. Contribución de los Indicadores de Gestión en la Eficiencia Organizacional y la Administración Hospitalaria en Instituciones de Salud. UNESUM-Ciencias: Revista Científica Multidisciplinaria [Internet]. 2021 [citado 2022 Mar 12]; 5(4):109-22. Disponible en:
<https://revistas.unesum.edu.ec/index.php/unesumciencias/article/download/580/408>
55. Organización de Naciones Unidas. La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe. 2021 [acceso 2024 Feb 12]; Disponible en:
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/40155/24/S1801141_es.pdf
56. Organización Mundial de la Salud. Prestación de servicios de salud de calidad: imperativo global para la cobertura sanitaria universal [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, OCDE y Banco Mundial; 2020 [citado 2022 Mar 12]. Disponible en:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340027/9789240016033-spa.pdf?sequence=3>
57. Pacheco Ochoa V, Jiménez Pérez AL, Ramírez Pérez JF. Contribución de los Indicadores de Gestión en la Eficiencia Organizacional y la Administración Hospitalaria en Instituciones de Salud. Revista Científica Multidisciplinaria [Internet]. 2021 [citado 2022 Mar 12] 5(4 Número Especial):109-22. Disponible en:

[https://scholar.archive.org/work/mux4jxhp3vblboql3yyzbb4om/access/waybac
k/https://revistas.unesum.edu.ec/index.php/unesumciencias/article/download/5
80/367](https://scholar.archive.org/work/mux4jxhp3vblboql3yyzbb4om/access/wayback/https://revistas.unesum.edu.ec/index.php/unesumciencias/article/download/580/367)

58. Zambrano Loor RM, Rivas Cedeño LL, Mendoza Zamora WM. Comportamiento organizacional y capital humano Revista Científica Multidisciplinaria SAPIENTIAE. 2022;5(9): 27-32, Disponible en:
<http://publicacionescd.uleam.edu.ec/index.php/sapientiae/article/view/345>
59. Castro-Martínez A, Díaz-Morilla P. La comunicación interna como área estratégica para la innovación a través de la gestión del cambio y la felicidad organizacional. OBRA DIGITAL [Internet]. 2020 [citado 2022 Mar 12];(20):131-48. Disponible en:
<https://revistesdigitals.uvic.cat/index.php/obradigital/article/download/293/347>
60. Segredo Pérez AM. Clima organizacional en la gestión del cambio para el desarrollo de la organización. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2013 [citado 2022 Mar 12]; 39(2):385-93. Disponible en:
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0864-
34662013000200017&script=sci_arttext&tlang=en](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=s0864-34662013000200017&script=sci_arttext&tlang=en)
61. Roque González R, Ruiz Torre JF, Torres Peña RC. Gestión de la calidad y el conocimiento en los servicios hospitalarios en tiempos de pandemia. Información para directivos de la Salud [Internet]. 2020 [citado 2022 Mar 12]; 32: e_850. Disponible en:
<https://revinfodir.sld.cu/index.php/infodir/article/view/850/1193>

62. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Washington: WHO; 2022[actualizado 12 de agosto de 2022; citado 2022 Dic 20]. Salud del adolescente y el joven adulto; [aprox. 3 pantallas]. Disponible en:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>
63. Holland Hall C. Parte XII. Medicina del adolescente. Cap. 132. Desarrollo físico y social en la adolescencia. En: Nelson. Pediatría [Internet]. 21ed. España: Elsevier; 2020 [citado 2021 Dic 20]. Disponible en:
<https://booksmedicos.org/nelson-tratado-de-pediatria-21a-edicion/>
64. Cacace Patricio J., Giménez-Lascano Gustavo. Modelos de atención centrados en la persona: evolución de conceptos humanizadores de nuestras prácticas. Rev. Mex. med. familiar [Internet]. 2022 [citado 2024 Ene 23]; 9(2):63-72. Disponible en:
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2696-12962022000200063
65. Balint E. The possibilities of patient-centered medicine. J R Coll Gen Pract. [Internet] 1969 [citado 2021 Ene 20];17(82): 269-76. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2236836/>
66. Lipkin M Jr, Quill TE, Napodano RJ. The medical interview: a core curriculum for residencies in internal medicine. Ann Intern Med [Internet] 1984 [citado 2021 Ene 20];100(2):277-84. Disponible en:
<https://www.acpjournals.org/doi/abs/10.7326/0003-4819-100-2-277>

67. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR. The patient-centered clinical method. 1. A model for the doctor patient interaction in family medicine. Fam Pract [Internet]. 1986 [citado 2021 Ene 20];3(1):24-30. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3956899/>
68. McWhinney I. The need for a transformed clinical method [Internet]. In: Stewart M, Roter D, editors. Communicating with medical patients. London: Sage; 1989 [citado 2021 Ene 20]. Disponible en:
<https://psycnet.apa.org/record/1989-97921-000>
69. Mead N, Bower P. Patient-centeredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. Soc Sci Med [Internet]. 2000 [citado 2021 Ene 20]; 51:1087-110. Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pumed/11005395>
70. Ricardo Cabrera H, Medina León A, Puentes Andreu M. Procedimiento para la gestión de procesos con contribución a la integración de sistemas normalizados. Revista Universidad y Sociedad. [Internet]. 2017 [citado 2024 May 24]; 9(2):271-77. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202017000200037
71. Falcón Fariñas IN, de Dios Martínez A, Macías Llanes ME. Procedimiento para evaluar programas de salud desde un enfoque gerencial. Retos de la Dirección [Internet]. 2021 [citado 2021 Ene 20];15 (Supl. 1):187-215. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2306-91552021000300187&lng=es&tlng=es

72. Medina León AA, Nogueira Rivera D, Hernández Nariño A, Medina Nogueira D, Medina Nogueira YE, El Assafiri Ojeda Y, et al. Contribución al control de gestión y a la gestión por procesos. Anales de la Academia de Ciencias de Cuba[Internet].2021[citado 2021 Ene 20];11(3). Disponible en:
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-01062021000300012&lng=es&tlang=es.](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-01062021000300012&lng=es&tlang=es)
73. Holman, A. Encuestas de Conocimientos, Actitudes y Prácticas en el ámbito de la Protección de la Infancia. Guía detallada para el diseño e implementación de métodos de encuestas de conocimientos, actitudes y prácticas para programas de protección de la infancia. [Internet]. Save the Children; 2012. [citado 2023 Ene 27]. Disponible en:
http://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/4021_d_Encuestas_CAP_SaveChildren.pdf
74. Canto de Gante AG, Sosa González WE, Bautista Ortega J, Escobar Castillo J, Santillán Fernández A. Escala de Likert: Una alternativa para elaborar e interpretar un instrumento de percepción social. Revista de la alta tecnología y sociedad[Internet].2020[citado 2021 Ene 20];12(1). Disponible en:
Romero MC, Álvarez MB. Usos del término Likert. Una revisión en estudios sobre aprendizaje organizacional. Investigación Operativa Internet].2022[citado 2021 Ene 20];30(51):47-57. Disponible en:
<http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s18539777/dh75ayy5h>
75. Castro Pacheco BL, Machado Lubian MC, López González LR. Pediatría. Diagnóstico y Tratamiento. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2016.

76. Guerrero Vaca DJ, Guerrero Vaca DI, Escobar Zabala OD, Herrera Abarca JM. La relación médico paciente en la actualidad. Una revisión. Polo del Conocimiento[Internet].2022 [citado 2021 Ene 20];7(4):1038-56. Disponible en:
<http://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es>
77. Maya JM. Relación médico-equipo de salud. Rev Asoc Colomb Dermatol [Internet]. 2021 [citado 2024 Nov 27]; 29(4): 322. Disponible en:
<https://revista.asocolderma.org.co/index.php/asocolderma/article/download/1699/1420>
78. Díaz, JL. Conocimiento médico y epistemología clínica. Salud Ment [Internet]. 2016 [citado 2024 Nov 27]; 39(5): 275-80. Disponible en:
[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252016000500275&lng=es.](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252016000500275&lng=es)
79. Zurita Aguilera MS. Aprendizaje cooperativo y el desarrollo de las habilidades cognitivas[Internet].2020[citado 2023 jun 27];24(1):51-74. Disponible en:
<https://revistas.investigacion-pelipb.com/index.php/educare/article/view/1226>
80. George Quintero RS, Gamez Toirac Y, Matos Laffita D, Gonzalez Rodriguez I, Labori Ruiz R, Guevara Silveira SA, et al. Eficacia. Efectividad, eficiencia y equidad en relación con la calidad de los servicios de salud. Infodir[Internet].2021 Ago [citado 2024 Dic 14]; (35). Disponible en:
http://Scielo.sld.cu/Scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1996-352120211000200013&lng=es. Epub01-Mar-2020
http://Scielo.sld.cu/Scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1996-352120211000200013&lng=es. Epub01-Mar-2020

81. Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria. Conceptos, métodos y estrategias. Barcelona: Masson, SA; 1987.p. 215-6.
82. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud [Internet]. La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2022 [citado 10/12/2022]. Disponible en:
<https://salud.msp.gob.cu/wp-content/Anuario/Anuario-2022.pdf>
83. Pease MA, De La Torre-Bueno S, Guillén H, Urbano E, Aranibar C, Rengifo, F. Acompañar adolescentes en medio de una pandemia. Visibilizando los retos y necesidades de las y los adolescentes en el contexto del COVID-19 en el Perú. 2020 Disponible en:
<https://www.unicef.org/peru/media/7901/file/Acompa%C3%B1ar%20adolescentes>
84. Miller VA, Ibarra Toro A, Friedrich EA, Snyder M, Stevens E, Fremont ER. Adolescent, Parent, and Clinician Perspective son Increasing Adolescent Involvement in Decision-Making During Clinic Visits. J Pediatr Health Care. 2023 [citado 2024 Ene 23];37(5):528-36. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0891524523001219?via%3Dihub>
85. Ceballos Casas MA, Caicedo Bucheli M A. La humanización en los entornos hospitalarios y sus aristas. En: Ceballos Casas MA, Caicedo Bucheli MA. Humanizar el contexto hospitalario. Experiencias y desafíos desde la mirada psicológica. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; Fundación

Universitaria de Popayán; 2020.p.13-32.[citado 2022 Dic 13]. Disponible en:

<https://libros.usc.edu.co/index.php/usc/catalog/view/107/480/6888>

86. Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Manual de Atención integral en salud en adolescentes 2023. Ecuador: UNFPA; 2023. [citado 2024 Feb 22]. Disponible en:

https://ecuador.unfpa.org/sites/default/files/public/pdf/registro_oficial_manual_atencion_integral_de_salud_en_adolescentes.pdf

87. Pastrana Sámano R, Heredia Pi IB, Olvera García M, Ibáñez Cuevas M, Castro F, Hernández AV, et al. Adolescent Friendly Services: quality assessment with simulated users. Rev Saude Publica [Internet]. 2020 [citado 2024 Ene 3]; 54:36. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7112745/pdf/1518-8787-rsp-54-36.pdf>

88. Torres Ospina SM, Delgadillo Morales AM, Orcasita Pineda LT. Conocimientos, experiencias y actitudes sobre derechos sexuales y derechos reproductivos en adolescentes y jóvenes. Hacia. Promoc. Salud [Internet]. 2021 [citado 2023 Ene 27]; 26 (1): 52-68. Disponible en:

<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v26n1/0121-7577-hpsal-26-01-52.pdf>

89. Saenz Jara LD, Rodríguez Rodríguez A. Modelo de gestión para la calidad del servicio a los pacientes en el hospital del día jipijapa. Revista Científica Arbitrada Multidisciplinaria PENTA CIENCIAS. 2022 [citado 2022 Feb 12]; 4(2):112-23. Disponible en:

<http://www.editorialalema.org/index.php/pentaciencias/article/view/79>

90. Rodríguez Sáenz KD, Maldonado Becerra MX, Ramírez Vera YA, Samacá Niño JA. Implementación del programa de servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes en Colombia. [Tesis]. Colombia: Universidad Cooperativa De Colombia; 2020. [citado 2024 Ene 3]; Disponible en:
<https://repository.ucc.edu.co/server/api/core/bitstreams/c175b727-565a-4664-af4e-68663709b0a2/content>
91. Ibáñez Cuevas M, Torres Pereda P, Olvera García M, Pastrana Sámano R, Heredia Pi I. Calidad de la atención en los servicios de salud amigables para adolescentes en Morelos, México: Perspectiva de usuarios y prestadores. Investigación y Ciencia de la Universidad Autónoma de Aguascalientes [Internet].2021 [citado 2024 Ene 3]; 29(83): e3750. Disponible en:
<https://revistas.uaa.mx/index.php/investycien/article/view/3750/3122>
92. Healthy Children [Sitio en Internet]. USA: American Academy of Pediatrics; 2022 [actualizado 21 May2019; citado 2021Dic 20]. Etapas de la adolescencia; [aprox. 4 pantallas]. Disponible en:
<https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx>
93. Flores Díaz G D, Mopán Chito P A, Orozco Guerrero YY, Cardozo Duarte M. Percepción de los pacientes hospitalizados frente a la atención humanizada en salud generada por enfermeros del Hospital Susana López de Valencia. En: Ceballos Casas MA, Caicedo Bucheli MA. Humanizar el contexto hospitalario. Experiencias y desafíos desde la mirada psicológica. Cali, Colombia: Editorial

- Universidad Santiago de Cali; Fundación Universitaria de Popayán; 2020. p.33-50 [citado 2021 Ene 20]. Disponible en:
<https://libros.usc.edu.co/index.php/usc/catalog/view/107/480/6889>
94. Serradas M. Hacia la humanización de la atención de niños en hospitales. Rev. estud. Psicol [Internet]. 2022[citado 2024 Ene 3];2(4):99-108. Disponible en:
<https://estudiospsicologicos.com/index.php/rep/article/view/78/153>
95. Ávila Peñafiel MN. Estándares de calidad del programa de atención integral para adolescentes en el Distrito 09-D24, Durán - Ecuador 2020. [Tesis]. Piura – Perú: Universidad César Vallejo; 2020. [citado 2022 Ene 07]. Disponible en:
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/49142/Avila_PMN-SD.pdf?sequence=8&isAllowed=y
96. Borges Bienes DI, Soriano Gómez OT, Rojas Sandoval A. Actividades para mejorar la inclusión escolar de educandos con necesidades educativas especiales. Revista Atlante Cuadernos de Educación y Desarrollo [Internet].2020 [citado 2022 Ene 5]; 12(7). Disponible en:
<https://ojs.cuadernoseducacion.com/ojs/index.php/ced/article/view/689/675>
97. Bustamante Espinoza LK, Luzuriaga Calle MA, Rodríguez Rodríguez PE, Espadero Faican RG. Desarrollo psicológico del adolescente: una revisión sistemática. Pro Sciences. Revista de producción, ciencia e investigación [Internet]2022[citado 2021 Dic 13]; 6 (42). Disponible en:
<https://journalprosciences.com/index.php/ps/article/view/498>
98. Pérez Toledo L, Caballero Pérez R, Baños Leiva L, Baños Leiva A. Concepciones sobre la formación del especialista en pediatría en Cuba:

desafíos didácticos. Medisur [Internet]. 2020 [citado 2023 Ene 27]; 18(6):

[aprox. 8 p.]. Disponible en:

<http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4684>

99. Vela-Valdés J. La formación masiva de médicos como factor clave en la cobertura sanitaria universal en Cuba. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2019 [citado 2023 Ene 27]; 41 (5) Disponible en:

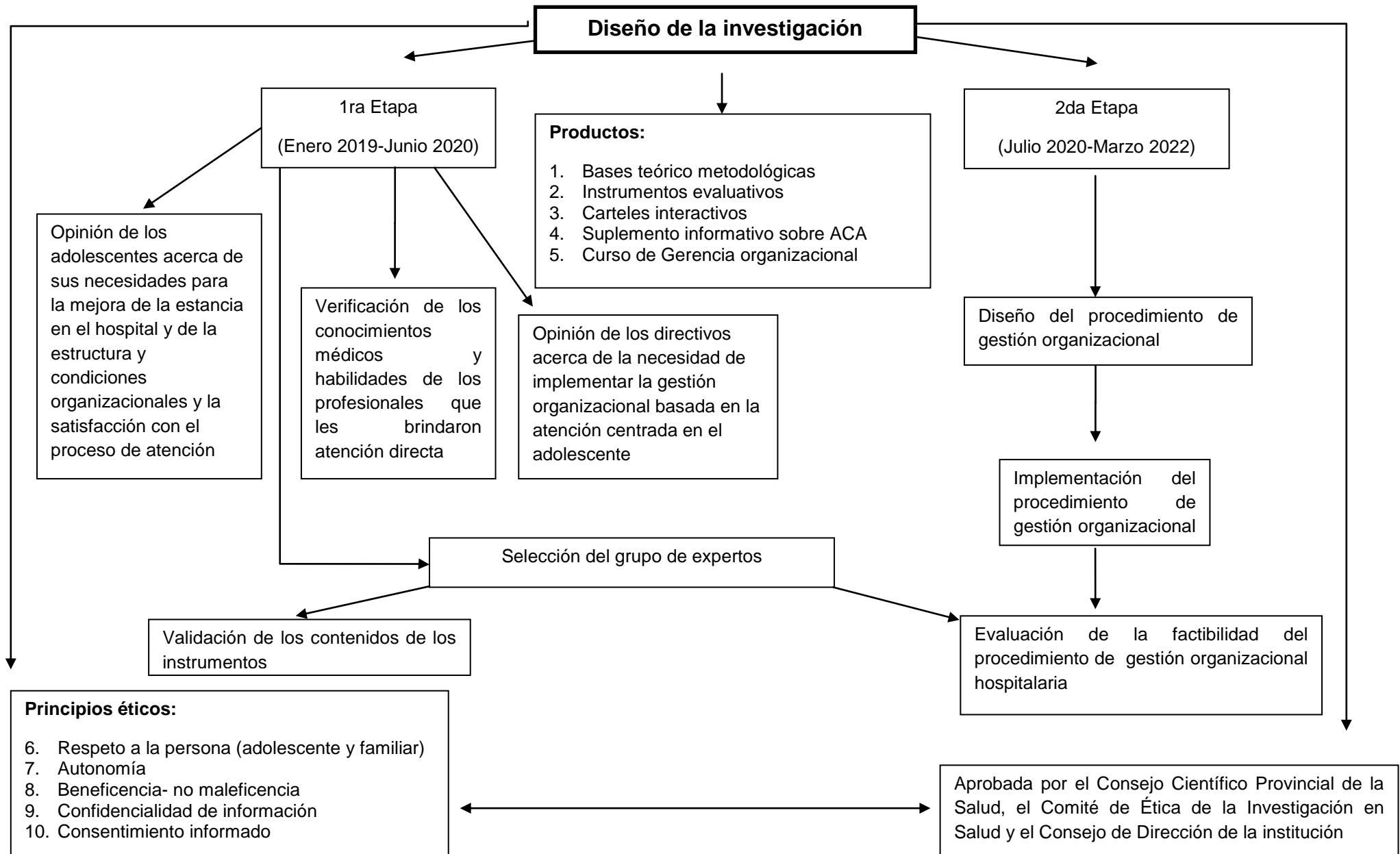
<https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/632/533>

100. Aparicio Suarez JL, Pérez Rivero JL. Variables, indicadores y criterios de evaluación del servicio médico como escenario de formación de especialistas. Humanidades médicas [Internet].2023 [citado 2024 Ene 27];23(1):31-51. Disponible en:

<http://www.humanidadesmedicas.sld.cu/index.php/hmarticle/vew/2046>

ANEXOS

ANEXO 1. Diseño de la investigación



ANEXO 2. Cuestionario para conocer las necesidades y expectativas de los adolescentes para la mejora de la estancia hospitalaria

El siguiente cuestionario es parte de una investigación para un trabajo de opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Salud.

Sus respuestas sinceras serán de gran ayuda al éxito de la misma por lo que agradecemos su colaboración.

La autora

Objetivo: conocer las necesidades y expectativas de los adolescentes en relación con diversos aspectos que pudieran mejorar su estancia en el hospital y la satisfacción con el proceso de atención.

Edad:

Sexo:

Marque con X según su criterio desde 1 muy poco importante 2 poco importante, 3 algo importante, 4 importante y hasta 5 muy importante

5	Que se permita visitas de los amigos				
6	Ver programas televisivos acorde con su edad en la sala				
7	Que exista espacio fuera de la sala para conversar				
8	Que exista espacio para actividades grupales				
Acompañante de preferencia (Solo puede marcar una opción)					
9	Durante la hospitalización te acompañen tus padres u otro familiar				
10	Durante la hospitalización te acompañe tu pareja				
11	Durante la hospitalización te acompañen tus amigos				
12	Prefiero estar solo				

Satisfacción: Marcar con una x según su criterio desde cero punto no satisfactoria, 1 punto medianamente satisfactoria, 2 puntos satisfactoria y 3 puntos muy satisfactoria

Satisfacción con el proceso de atención recibida (Solo puede marcar 1 opción)	
No satisfactoria	
Medianamente satisfactoria	
Satisfactoria	
Muy satisfactoria	

Puedes escribir tus sugerencias, inquietudes o preguntas al dorso. Gracias por colaborar

ANEXO 3. Cuestionario para conocer la opinión de los adolescentes con respecto a la estructura y las condiciones organizacionales de los servicios

El siguiente cuestionario es parte de una investigación para un trabajo de opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Salud.

Sus respuestas sinceras serán de gran ayuda al éxito de esta por lo que agradecemos su colaboración.

La autora

Objetivo: conocer la opinión de los adolescentes acerca de sus necesidades y expectativas para la mejora de la estructura y las condiciones organizacionales de los servicios donde ingresan.

Marque con X según su criterio desde 1 muy poco importante 2 poco importante, 3 algo importante, 4 importante y hasta 5 muy importante

No	Indicadores	1	2	3	4	5
Estructura						
1	Cubículo con condiciones para reconocimiento urogenital y ginecológico					
2	Cubículos espaciosos y ventilados					
3	Cubículos con baño sanitario					
4	Cubículos con paredes pintadas y decoradas a los gustos de los adolescentes					
5	Existencia de agua corriente y de beber					

	permanente					
Condiciones organizacionales de la sala						
1	Se cuida la privacidad en los cubículos					
2	Se organizan los cubículos solo para adolescentes					
3	Se organizan los cubículos por sexo					
4	Cubículos donde el adolescente de al lado tenga problemas médicos similares					
5	Se utiliza ropa acorde con la edad y el sexo					
6	Uso de mesitas auxiliares personales					
7	Uso de ventiladores					

Puedes escribir tus sugerencias, inquietudes o preguntas al dorso. Gracias por colaborar

ANEXO 4

La siguiente encuesta es parte de una investigación para un trabajo de opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Salud.

Sus respuestas sinceras serán de gran ayuda al éxito de la misma por lo que agradecemos su colaboración.

La autora

Objetivo: Evaluar los conocimientos que poseen los médicos para la atención al adolescente.

- Sabe usted que es la atención centrada en la persona y que ventajas ofrece al adolescente hospitalizado. (3 puntos)

Respuesta:

Es la forma de entender y practicar la atención sanitaria que adopta conscientemente el punto de vista de los individuos, los cuidadores, las familias y las comunidades como partícipes y beneficiarios de sistemas de salud que inspiren confianza, estén organizados no tanto en función de enfermedades concretas, sino de las necesidades integrales de la persona, y respeten las preferencias sociales. La atención centrada en la persona exige también que los pacientes reciban la información y el apoyo que necesitan para tomar decisiones y participar en su propia atención y que los cuidadores estén en condiciones de rendir al máximo dentro de un entorno de trabajo favorable. La atención centrada en la persona es más amplia que la atención centrada en el

paciente, en la medida en que trasciende la consulta clínica para englobar también la salud de las personas en su propia comunidad y la crucial función que desempeña la población en la configuración de la política sanitaria y los servicios de salud.

- Cite cinco causas de hipogonadismo en el adolescente. 1 punto c/ítem 5pts

Respuesta:

1. Anorexia nerviosa
2. Sangrado en zona de la hipófisis
3. Medicamentos. glucocorticoides y opiáceos
4. Problemas genéticos
5. Infecciones
6. Exceso de hierro
7. Deficiencias nutricionales

- Diga si las siguientes expresiones son verdaderas con una (V) o (F) si las considera falsas 1 punto c/ítem 5 puntos en total

V Las tasas de morbimortalidad por accidentes en los adolescentes son altas por incumplimiento y/o desconocimiento de normas o leyes establecidas.

F El problema del abuso del consumo de sustancia en los jóvenes en nuestra sociedad no es motivo de preocupación.

F La negligencia no es una causa relativamente frecuente de maltrato infantil.

V Se puede sospechar que el adolescente está sufriendo abuso sexual cuando se muestra apatía, depresión, bajo rendimiento escolar, etc.

V El dolor abdominal es una causa frecuente de morbilidad en la adolescencia.

- Defina los siguientes términos: (3 puntos)

_Pubarquia precoz: Aparición de vello pubiano o axilar antes de los ocho años en niñas y nueve años en varón.

_Telarquia precoz: desarrollo de las mamas en niñas antes de los ocho años sin otros cambios puberales.

_Hebiatría: es la especialidad médica que designa a los que atienden adolescentes. Se reconoce como parte de la Pediatría.

- Señale cinco afecciones más frecuentes en ginecología infantojuvenil. (1 punto para c/ elemento 5 puntos en total)

Respuesta:

_ Vulvovaginitis premenárquica

_ Adherencias labiales

_ Himen imperforado

_ Abuso infantil

_ Presencia de verrugas, úlceras y fisuras genitales

_ Trauma genital

- Marque con una x, los factores de riesgo para el embarazo en la adolescencia (0.5 puntos por cada una para un total de 4 puntos)

Respuesta:

_Maduración física más avanzada que la psicosocial.

_ Baja autoestima.

_ Falta de comunicación familiar.

- _ Grupo de pares con comportamiento de riesgo (consumo de alcohol o drogas, conductas violentas, relaciones sexuales indiscriminadas).
 - _ Información sexual no adecuada.
 - _ Inicio de las relaciones sexuales antes de los 16 años.
 - _ Depresión o duelo por pérdidas (fallecimiento, aborto reciente)
 - _ Antecedentes de embarazo o aborto previo.
- Mencione comportamientos sexuales riesgosos. (1 punto para c/ elemento 5 puntos en total)

Respuesta:

- _ Relaciones sexuales sin protección.
 - _ Sexo con parejas casuales.
 - _ Promiscuidad.
 - _ Iniciación sexual temprana.
 - _ Bisexual.

ANEXO 5. Guía de observación a los médicos en actividades atencionales a los adolescentes

Objetivo: identificar si se han logrado las habilidades necesarias de los médicos para una atención de calidad a adolescentes.

INDICADORES:

- _ Destrezas al realizar la anamnesis y el examen físico
- _ Facilidad para la realización de la entrevista
- _ Establecimiento de efectiva relación médico-adolescente-familia

Tipo de habilidad

Habilidades clínicas:	CL	PL	NL
• Realización adecuada del interrogatorio.	2	1	0
• Ejecución adecuada del examen físico.	2	1	0
• Identificación y análisis del problema de salud.	2	1	0
• Confección de hipótesis diagnóstica	2	1	0
• Elaboración de la evolución con pensamiento clínico, epidemiológico y enfoque social.	2	1	0
• Independencia para establecer un plan terapéutico.	2	1	0

b) Habilidades que relacionan lo afectivo y lo cognitivo

- | | | | |
|---|---|---|---|
| a) Establecimiento de efectiva relación médico-adolescente-familia. | 2 | 1 | 0 |
| b) Establecimiento de efectiva relación médico-equipo de salud | 2 | 1 | 0 |

Leyenda: CL: completamente lograda PL: parcialmente lograda NL no lograda

ANEXO 6. Guía de observación a los enfermeros en actividades atencionales a los adolescentes

Objetivo: identificar si se han logrado las habilidades necesarias de los enfermeros para una atención de calidad a adolescentes.

INDICADORES:

- _ Destrezas al realizar la anamnesis y el examen físico
- _ Facilidad para la realización de la entrevista
- _ Establecimiento de efectiva relación médico-adolescente-familia

Tipo de habilidad

a) Habilidades clínicas	CL	PL	NL
• Medición y registro de signos vitales.	2	1	0
• Ejecución adecuada del examen físico.	2	1	0
• Identificación y análisis del problema de salud.	2	1	0
• Elaboración del diagnóstico de enfermería.	2	1	0
• Elaboración de la evolución con pensamiento clínico, epidemiológico y enfoque social	2	1	0
• Realización de acciones de enfermería independientes	2	1	0

b) Habilidades que relacionan lo afectivo y lo cognitivo

- Establecimiento de efectiva relación 2 1 0
enfermero-adolescente-familia.
- Establecimiento de efectiva relación 2 1 0
enfermero-equipo de salud.

Leyenda: CL: Completamente lograda PL Parcialmente lograda NL no lograda

ANEXO 7. Guía de entrevista a los directivos acerca de la necesidad de la implementación del procedimiento de gestión organizacional hospitalaria

Objetivo: conocer las opiniones de los directivos acerca de la necesidad de implementación del procedimiento de gestión organizacional hospitalaria centrada al adolescente hospitalizado.

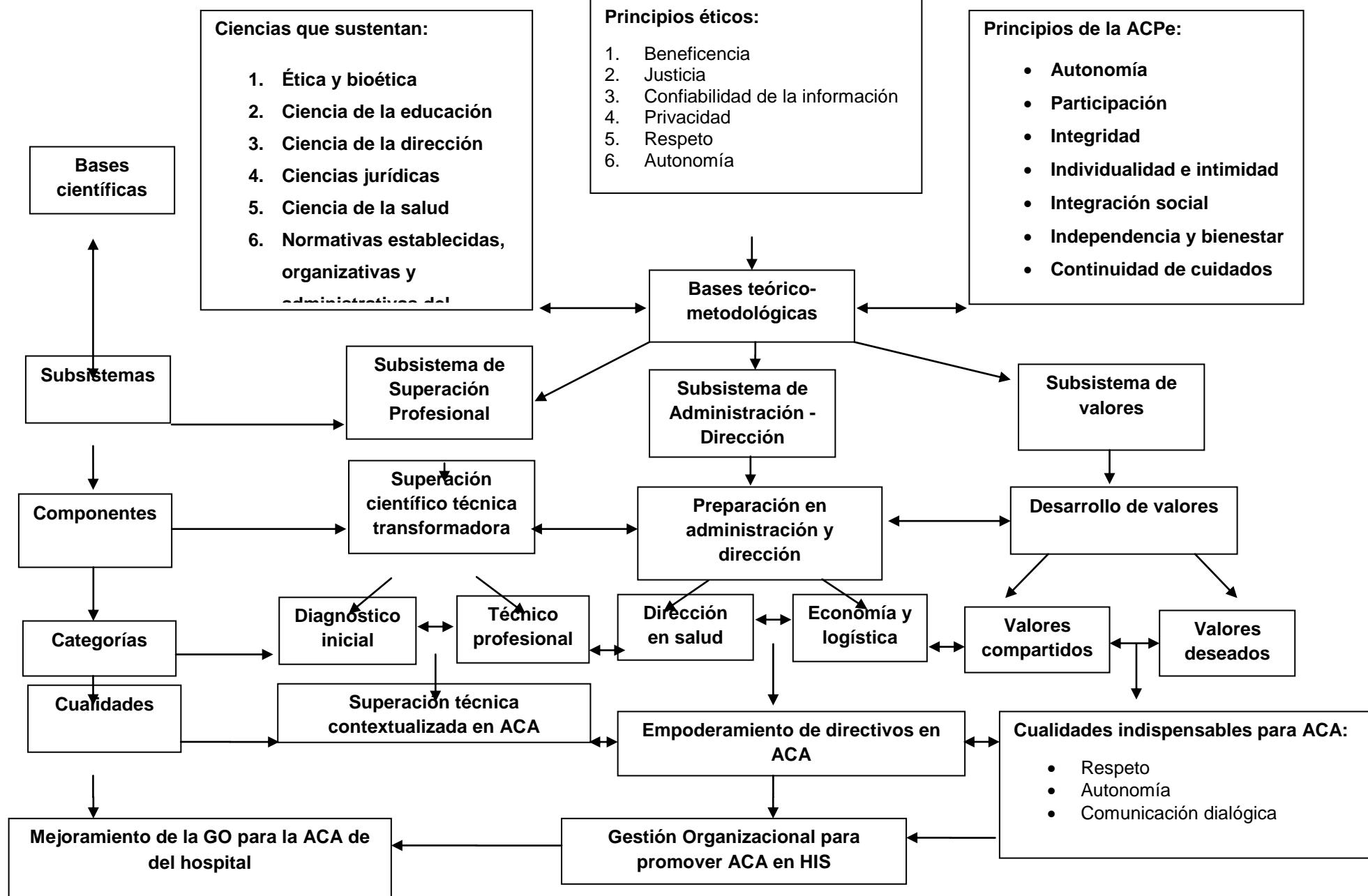
Preguntas:

- ¿Cómo considera usted la atención que se les brinda a los adolescentes en la actualidad?
- Sugiera algunas acciones que favorezcan la atención a ese grupo de edad.
- ¿Considera no necesaria, poco necesaria, algo necesaria, muy necesaria la implementación del procedimiento de gestión organizacional para la atención centrada en el adolescente del hospital pediátrico?

Tenga en cuenta de cero a tres puntos el grado de necesidad.

Luego se realiza el taller de sensibilización sobre la gestión organizacional centrada en el adolescente, sus objetivos y metas.

ANEXO 8. Bases teórico-metodológicas del procedimiento de gestión organizacional hospitalaria para la ACA



ANEXO 9 Operacionalización de variables

Variables	Definición	Escala de Clasificación	Frecuencia
Variables epidemiológicas			
Grupo de edad (años)	Según años cumplidos acordes con las etapas de adolescencia ⁶³	✓ 10-13 ✓ 14-16 ✓ 17-18	Porcentaje
Sexo	Según clasificación biológica	✓ Femenino ✓ Masculino	Porcentaje
Variables: opinión de los adolescentes acerca de sus necesidades y expectativas para la mejora de su estancia hospitalaria.			
Sobre trato recibido por el equipo de atención	✓ Realización de complementarios en tiempo ✓ Amabilidad del personal de la sala ✓ Información adecuada del médico ✓ Comunicación dialógica	✓ Muy poco importante. ✓ Poco importante ✓ Algo importante ✓ Importante ✓ Muy importante	Porcentaje
Preferencia de	✓ Visita de amigos	✓ Muy poco	Porcentaje

actividades de entretenimiento	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Visualizar programas televisivos acordes con su edad en sala <input checked="" type="checkbox"/> Existencia de espacio fuera de la sala para conversar <input checked="" type="checkbox"/> Existencia de espacios para actividades grupales 	<ul style="list-style-type: none"> importante. <input checked="" type="checkbox"/> Poco importante <input checked="" type="checkbox"/> Algo importante <input checked="" type="checkbox"/> Importante <input checked="" type="checkbox"/> Muy importante 	
Acompañante de preferencia durante la hospitalización	<p>Persona que es preferida por el adolescente para su acompañamiento hospitalario:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Padres u otro familiar <input checked="" type="checkbox"/> Pareja <input checked="" type="checkbox"/> Amigos <input checked="" type="checkbox"/> Sin acompañante 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Muy poco importante. <input checked="" type="checkbox"/> Poco importante <input checked="" type="checkbox"/> Algo importante <input checked="" type="checkbox"/> Importante <input checked="" type="checkbox"/> Muy importante 	Porcentaje
Variables: opinión de los adolescentes acerca de sus necesidades y expectativas para la mejora de la estructura y las condiciones organizacionales de los servicios			
Para la mejora de la infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Cubículo con condiciones para 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Muy poco importante. 	Porcentaje

de los servicios	<p>reconocimiento urogenital y ginecológico.</p> <p>✓ Cubículos espaciosos y ventilados</p> <p>✓ Cubículos con baño sanitario</p> <p>✓ Cubículos con paredes pintadas y decoradas a los gustos de los adolescentes</p> <p>✓ Permanencia de agua corriente y para beber</p>	<p>✓ Poco importante</p> <p>✓ Algo importante</p> <p>✓ Importante</p> <p>✓ Muy importante</p>	
Para la mejora de las condiciones organizacionales de los servicios	<p>✓ Cuidado de la privacidad en los cubículos</p> <p>✓ Cubículos organizados solo para adolescentes</p> <p>✓ Cubículos organizados con adolescentes por sexo</p> <p>✓ Cubículos organizados con adolescentes con</p>	<p>✓ Muy poco importante.</p> <p>✓ Poco importante</p> <p>✓ Algo importante</p> <p>✓ Importante</p> <p>✓ Muy importante</p>	Porcentaje

	<p>similar enfermedad</p> <p>✓ Utilización de ropa acorde con la edad y el sexo</p> <p>✓ Uso de mesitas auxiliares personales</p> <p>✓ Uso de ventiladores</p>		
Variable: opinión de los adolescentes acerca del proceso de atención médica			
Resultados del proceso de atención a los adolescentes	Expresión de la satisfacción o no que percibieron los adolescentes al egreso	<p>✓ No satisfactorio</p> <p>✓ Medianamente satisfactorio</p> <p>✓ Satisfactorio</p> <p>✓ Muy satisfactorio</p>	
Variables: conocimientos de los médicos y habilidades de los médicos y enfermeros para la atención a los adolescentes			
Conocimientos de los médicos	Conjunto de teorías y prácticas, el saber, la comprensión que los médicos utilizan para entender el proceso salud enfermedad basados en la literatura	<p>✓ Adecuados (21 -30 puntos) [70 % de las respuestas]</p> <p>✓ No adecuados (20 o menos puntos)[menos</p>	Porcentaje

	médica y que guía la toma de decisiones. ⁷⁸	del 70 % de las respuestas]	
Habilidades de los médicos	<p>Conjunto de operaciones mentales que integran la información mediante los sentidos en una estructura de conocimientos significativos de modo que no está limitado al proceso de adquisición, sino que es capaz de construir el conocimiento haciendo uso de la experiencia previa para la comprensión y precisión del nuevo aprendizaje.⁷⁹</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Realización adecuada del interrogatorio ✓ Ejecución adecuada del examen físico ✓ Identificación y análisis del problema de salud 	<p>Según los criterios descritos en cada ítem</p> <p>✓ Completamente lograda</p> <p>✓ Parcialmente lograda</p> <p>✓ No lograda</p>	Porcentaje

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Confección de hipótesis diagnóstica ✓ Elaboración de evolución con pensamiento clínico epidemiológico y enfoque social ✓ Independencia para establecer un plan terapéutico ✓ Establecimiento de efectiva relación médico-adolescente-familia ✓ Establecimiento de efectiva relación médico-equipo de salud 		
Habilidades de los enfermeros	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Medición y registro de signos vitales ✓ Ejecución adecuada del examen físico ✓ Identificación y análisis del problema 	<p>Según los criterios descritos en cada ítem</p> <p>✓ Completamente lograda</p> <p>✓ Parcialmente</p>	Porcentaje

	<p>de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Confección del diagnóstico de enfermería ✓ Elaboración de la evolución con pensamiento clínico epidemiológico y enfoque social ✓ Realización de acciones de enfermería independientes ✓ Establecimiento de efectiva relación enfermero- adolescente-familia ✓ Establecimiento de efectiva relación enfermero- equipo de salud 	<p>lograda</p> <p>✓ No lograda</p>	
--	---	------------------------------------	--

Variable: opinión de los directivos acerca de la necesidad del procedimiento de gestión organizacional

Necesidad del	Expresión de la	✓ No necesaria	Porcentaje
---------------	-----------------	----------------	------------

procedimiento de gestión organizacional según directivos	necesidad para implementar el procedimiento de gestión organizacional hospitalaria basada en la atención centrada en el adolescente	✓ Poco necesaria ✓ Necesaria ✓ Muy necesaria	
Variable: efectividad del procedimiento de gestión organizacional diseñado			
Efectividad ⁸⁰	Los efectos de una actividad y sus resultados finales, beneficios y consecuencias para una población en relación con los objetivos establecidos.	Evaluar el cumplimiento de los indicadores	Porcentaje
Variable: factibilidad del procedimiento de gestión organizacional diseñado			
Factibilidad ⁸¹	Factibilidad legal	✓ Valorar si se respetan las legislaciones vigentes	Factible No factible
	Factibilidad política	▪ Determinar si existe receptividad de las	Factible No factible

		organizaciones políticas locales y del Ministerio de Salud Pública en relación con la aplicación del procedimiento	
	Factibilidad organizacional	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Valorar si es adecuado el lugar donde se aplicará ✓ Determinar si se dispone del personal, los insumos y recursos requeridos 	<ul style="list-style-type: none"> Factible No factible
	Factibilidad sociocultural	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Identificar si es aceptable para la población, si está relacionada con las necesidades sentidas por 	<ul style="list-style-type: none"> Factible No factible

		<p>esta y si</p> <p>participará en la</p> <p>aplicación de</p> <p>esta</p> <p>metodología</p>	
	Factibilidad ética	<input checked="" type="checkbox"/> Identificar si respeta los principios éticos	Factible No factible

ANEXO 10. Selección de expertos

Objetivo: seleccionar los expertos según experiencia de estos.

- Años de experiencia en la gestión administrativa de cualquier nivel: _____
- Años de experiencia como especialista de cualquier nivel: _____
- Años de experiencia en la atención a adolescentes: _____
- Nivel científico y docente: especifique especialidad:
 - Especialista de primer grado_____
 - Especialista de segundo grado_____
 - Licenciado en enfermería_____
 - Enfermero especialista_____
 - Categoría docente_____
 - Categoría científica_____

ANEXO 11. Consentimiento informado para adolescentes

Esta investigación permitirá el desarrollo de la gestión organizacional para promover la atención centrada a los adolescentes teniendo en cuenta sus necesidades y expectativas y la utilización más racional de los recursos disponibles de la institución.

La investigación consiste en una serie de cuestionarios sobre el tema, a los que usted debe responder con sinceridad. Su participación es totalmente voluntaria y confidencial y si desea abandonarla puede hacerlo cuando lo desee.

El presente documento de consentimiento informado fue consultado antes por la investigadora y entregado posteriormente para su firma.

Yo _____

ejerciendo mi libre poder de elección y mi voluntad expresa por este medio, doy mi consentimiento para que se me apliquen los instrumentos del estudio.

He tenido tiempo para decidir mi participación sin sufrir presión alguna y sin temor a represalias en caso de rechazar la propuesta. Se me ha asegurado que la información que yo brinde es confidencial.

Estoy consciente de mi derecho a no responder a cualquier pregunta que considere indiscreta, sin tener que dar razones para ello, y que tengo el derecho de retirarme si considero oportuno no continuar en la investigación.

Para que así conste, firmo el presente consentimiento a los ____ días del mes de _____ de 20_____.

Firma: _____

ANEXO 12. Consentimiento informado para médicos, enfermeros y directivos

Esta investigación permitirá el desarrollo de la gestión organizacional para promover la atención centrada a los adolescentes teniendo en cuenta las necesidades y expectativas de estos y la utilización más racional de los recursos disponibles de la institución.

La investigación consiste en una serie de cuestionarios sobre el tema, a los que usted debe responder con sinceridad. Su participación es totalmente voluntaria y confidencial y si desea abandonarla puede hacerlo cuando lo deseé.

El presente documento de consentimiento informado fue consultado antes por la investigadora y entregado posteriormente para su firma.

Yo _____

ejerciendo mi libre poder de elección y mi voluntad expresa por este medio, doy mi consentimiento para que se me apliquen los instrumentos del estudio.

He tenido tiempo para decidir mi participación sin sufrir presión alguna y sin temor a represalias en caso de rechazar la propuesta. Se me ha asegurado que la información que yo brinde es confidencial.

Estoy consciente de mi derecho a no responder a cualquier pregunta que considere indiscreta, sin tener que dar razones para ello, y que tengo el derecho de retirarme si considero oportuno no continuar en la investigación.

Para que así conste, firmo el presente consentimiento a los _____ días del mes de _____ de 20_____.

Firma: _____

ANEXO 13. Resultados de la validación de contenido

Tabla 1. Fase 1 Moriyama. Cuestionarios para los adolescentes.

Aspectos a evaluar	Escalas				Puntuación total
	Adecuado	Poco adecuado	Inadecuado	Total	
Estructura del cuestionario	9	1	0	10	19
Cantidad de preguntas a responder	10	0	0	10	20
Contenido de cada pregunta	9	1	0	10	19
Interpretación de los ítems	9	1	0	10	19

Tabla 2. Fase 1 Moriyama. Cuestionario para los médicos.

Aspectos a evaluar	Escalas				Puntuación total
	Adecuada	Poco adecuada	Inadecuada	Total	
Estructura del cuestionario	10	0	0	10	20
Cantidad de preguntas a	9	1	0	10	19

responder					
Contenido de cada pregunta	8	2	0	10	18
Interpretación de los ítems	9	1	0	10	19

Tabla 3. Fase 1 Moriyama. Guía de observación para los médicos.

Aspectos a evaluar	Escalas				Puntuación total
	Adecuada	Poco adecuada	Inadecuada	Total	
Estructura de la guía	10	0	0	10	20
Cantidad de habilidades a observar	8	1	1	10	18
Contenido de cada habilidad	8	2	0	10	18
Interpretación de los ítems	9	1	0	10	19

Tabla 4. Fase 1 Moriyama. Guía de observación para los enfermeros.

Aspectos a evaluar	Escalas				Puntuación total
	Adecuada	Poco adecuada	Inadecuada	Total	
Estructura de la guía	10	0	0	10	20
Cantidad de habilidades a observar	9	0	1	10	18
Contenido de cada habilidad	8	1	1	10	18
Interpretación de los ítems	9	1	0	10	19

Tabla 5. Fase 2 Moriyama. Resultado criterio 1. Razonable y comprensible

Ítems	Escalas				Puntuación	Promedio
	Mucho	Suficiente	Poco	Nada		
Primer cuestionario para los adolescentes						
1	8	1	1	0	27	2.7
2	6	2	2	0	24	2.4
3	5	2	3	0	22	2.2
4	8	1	1	0	27	2.7

5	6	2	2	0	24	2.4
6	7	2	1	0	26	2.6
7	6	3	1	0	25	2.5
8	5	4	1	0	24	2.4
9	6	3	1	0	25	2.5
10	7	2	1	0	26	2.6
11	6	3	1	0	25	2.5
12	6	2	2	0	24	2.4
13	8	1	1	0	27	2.7

Segundo cuestionario para los adolescentes

1	8	1	1	0	27	2.7
2	9	1	0	0	29	2.9
3	8	1	1	0	27	2.7
4	9	1	0	0	29	2.9
5	8	1	1	0	27	2.7
6	9	1	0	0	29	2.9
7	8	1	1	0	27	2.7
8	9	1	0	0	29	2.9
9	9	1	0	0	29	2.9
10	8	1	1	0	27	2.7
11	8	1	1	0	27	2.7
12	8	1	1	0	27	2.7
13	8	1	1	0	27	2.7

Tabla 6. Fase 2 Moriyama. Resultado criterio 1. Razonable y comprensible

Ítems	Escalas				Puntuación	Promedio
	Mucho	Suficiente	Poco	Nada		
Cuestionario para los médicos						
1	10	0	0	0	30	3.0
2	6	2	2	0	24	2.4
3	5	2	3	0	22	2.2
4	8	1	1	0	27	2.7
5	8	1	1	0	27	2.7
6	6	2	2	0	24	2.4
7	5	2	3	0	22	2.2

Tabla 7. Fase 2 Moriyama. Resultado criterio 1. Razonable y comprensible

Ítems	Escalas				Puntuación	Promedio
	Mucho	Suficiente	Poco	Nada		
Guía de observación de los médicos						
1	9	1	0	0	29	2.9
2	9	1	0	0	29	2.9
3	5	2	3	0	22	2.2
4	8	1	1	0	27	2.7
5	6	2	2	0	24	2.4
6	7	2	1	0	26	2.6
7	6	3	1	0	25	2.5
8	6	3	1	0	25	2.5

Guía de observación de los enfermeros						
1	9	1	0	0	29	2.9
2	9	1	0	0	29	2.9
3	8	1	1	0	27	2.7
4	6	3	1	0	25	2.5
5	5	4	1	0	24	2.4
6	7	2	1	0	26	2.6
7	8	1	1	0	27	2.7
8	9	1	0	0	29	2.9

Tabla 8. Fase 2 Moriyama. Resultado criterio 2. Con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables

Ítems	Escalas				Puntuación	Promedio
	Mucho	Suficiente	Poco	Nada		
Primer cuestionario para los adolescentes						
1	8	1	1	0	27	2.7
2	8	1	1	0	27	2.7
3	8	1	1	0	27	2.7
4	8	1	1	0	27	2.7
5	8	1	1	0	27	2.7
6	9	1	0	0	29	2.9
7	8	1	1	0	27	2.7
8	9	1	0	0	29	2.9
9	8	1	1	0	27	2.7

10	6	2	2	0	24	2.4
11	5	4	1	0	24	2.4
12	8	1	1	0	27	2.7
13	6	3	1	0	25	2.5

Segundo cuestionario para los adolescentes

1	8	1	1	0	27	2.7
2	6	2	2	0	24	2.4
3	5	2	3	0	22	2.2
4	8	1	1	0	27	2.7
5	6	2	2	0	24	2.4
6	7	2	1	0	26	2.6
7	8	1	1	0	27	2.7
8	6	2	2	0	24	2.4
9	8	1	1	0	27	2.7
10	9	1	0	0	29	2.9
11	8	1	1	0	27	2.7
12	9	1	0	0	29	2.9
13	7	2	1	0	26	2.6

Tabla 9. Fase 2 Moriyama. Resultado criterio 2. Con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables

Ítems	Escalas				Puntuación	Promedio
	Mucho	Suficiente	Poco	Nada		
Cuestionario para los médicos						
1	8	1	1	0	27	2.7
2	5	2	3	0	22	2.2
3	5	2	3	0	22	2.2
4	6	2	2	0	24	2.4
5	6	2	2	0	24	2.4
6	7	2	1	0	26	2.6
7	5	2	3	0	22	2.2

Tabla 10. Fase 2 Moriyama. Resultado criterio 2. Con suposiciones básicas justificables e intuitivamente razonables

Ítems	Escalas				Puntuación	Promedio
	Mucho	Suficiente	Poco	Nada		
Guía de observación de los médicos						
1	7	2	1	0	26	2.6
2	6	3	1	0	25	2.5
3	5	2	3	0	22	2.2
4	8	1	1	0	27	2.7
5	6	2	2	0	24	2.4
6	7	2	1	0	26	2.6

7	6	2	2	0	24	2.4
8	5	4	1	0	24	2.4
Guía de observación de los enfermeros						
1	8	1	1	0	27	2.7
2	9	1	0	0	29	2.9
3	8	1	1	0	27	2.7
4	8	1	1	0	27	2.7
5	5	4	1	0	24	2.4
6	9	1	0	0	29	2.9
7	5	2	3	0	22	2.2
8	9	1	0	0	29	2.9

Tabla 11. Fase 2 Moriyama. Resultado criterio3. Claridad en las definiciones

Ítems	Escalas				Puntuación	Promedio
	Mucho	Suficiente	Poco	Nada		
Primer cuestionario para los adolescentes						
1	8	1	1	0	27	2.7
2	6	2	2	0	24	2.4
3	5	4	1	0	24	2.4
4	8	2	0	0	28	2.8
5	8	1	1	0	27	2.7
6	6	2	2	0	24	2.4
7	5	2	3	0	22	2.2
8	8	1	1	0	27	2.7

9	8	1	1	0	27	2.7
10	9	1	0	0	29	2.9
11	8	1	1	0	27	2.7
12	6	2	2	0	24	2.4
13	7	2	1	0	26	2.6

Segundo cuestionario para los adolescentes

1	8	1	1	0	27	2.7
2	9	1	0	0	29	2.9
3	8	1	1	0	27	2.7
4	9	1	0	0	29	2.9
5	8	2	0	0	28	2.8
6	8	1	1	0	27	2.7
7	6	2	2	0	24	2.4
8	5	2	3	0	22	2.2
9	8	1	1	0	27	2.7
10	9	1	0	0	29	2.9
11	8	1	1	0	27	2.7
12	6	2	2	0	24	2.4
13	9	1	0	0	29	2.9

Tabla 12. Fase 2 Moriyama. Resultado criterio 3. Claridad en las definiciones

Ítems	Escalas				Puntuación	Promedio
	Mucho	Suficiente	Poco	Nada		
Cuestionario para los médicos						
1	8	1	1	0	27	2.7
2	6	2	2	0	24	2.4
3	5	2	3	0	22	2.2
4	8	1	1	0	27	2.7
5	6	2	2	0	24	2.4
6	7	2	1	0	26	2.6
7	6	1	3	0	23	2.3

Tabla 13. Fase 2 Moriyama. Resultado criterio 3. Claridad en las definiciones

Ítems	Escalas				Puntuación	Promedio
	Mucho	Suficiente	Poco	Nada		
Guía de observación de los médicos						
1	9	1	0	0	29	2.9
2	7	2	1	0	26	2.6
3	5	2	3	0	22	2.2
4	6	1	3	0	23	2.3
5	6	2	2	0	24	2.4
6	7	2	1	0	26	2.6
7	6	3	1	0	25	2.5
8	5	4	1	0	24	2.4

Guía de observación de los enfermeros						
1	8	1	1	0	27	2.7
2	6	1	3	0	23	2.3
3	8	1	1	0	27	2.7
4	7	2	1	0	26	2.6
5	6	3	1	0	25	2.5
6	7	2	1	0	26	2.6
7	5	4	1	0	24	2.4
8	6	3	1	0	25	2.5

Tabla 14. Fase 2 Moriyama. Resultado criterio 4. Datos factibles de obtener

Ítems	Escalas				Puntuación	Promedio
	Mucho	Suficiente	Poco	Nada		
Primer cuestionario para los adolescentes						
1	9	1	0	0	29	2.9
2	8	1	1	0	27	2.7
3	9	1	0	0	29	2.9
4	8	1	1	0	27	2.7
5	9	1	0	0	29	2.9
6	8	1	1	0	27	2.7
7	6	2	2	0	24	2.4
8	5	4	1	0	24	2.4
9	6	2	2	0	24	2.4
10	5	2	3	0	22	2.2

11	8	1	1	0	27	2.7
12	6	2	2	0	24	2.4
13	8	1	1	0	27	2.7

Segundo cuestionario para los adolescentes

1	7	2	1	0	26	2.6
2	8	1	1	0	27	2.7
3	6	2	2	0	24	2.4
4	8	1	1	0	27	2.7
5	8	1	1	0	27	2.7
6	8	1	1	0	27	2.7
7	9	1	0	0	29	2.9
8	8	1	1	0	27	2.7
9	8	1	1	0	27	2.7
10	6	2	2	0	24	2.4
11	8	1	1	0	27	2.7
12	8	1	1	0	27	2.7
13	7	2	1	0	26	2.6

Tabla 15. Fase 2 Moriyama. Resultado criterio 4. Claridad en las definiciones

Ítems	Escalas				Puntuación	Promedio
	Mucho	Suficiente	Poco	Nada		
Cuestionario para los médicos						
1	8	1	1	0	27	2.7
2	6	2	2	0	24	2.4

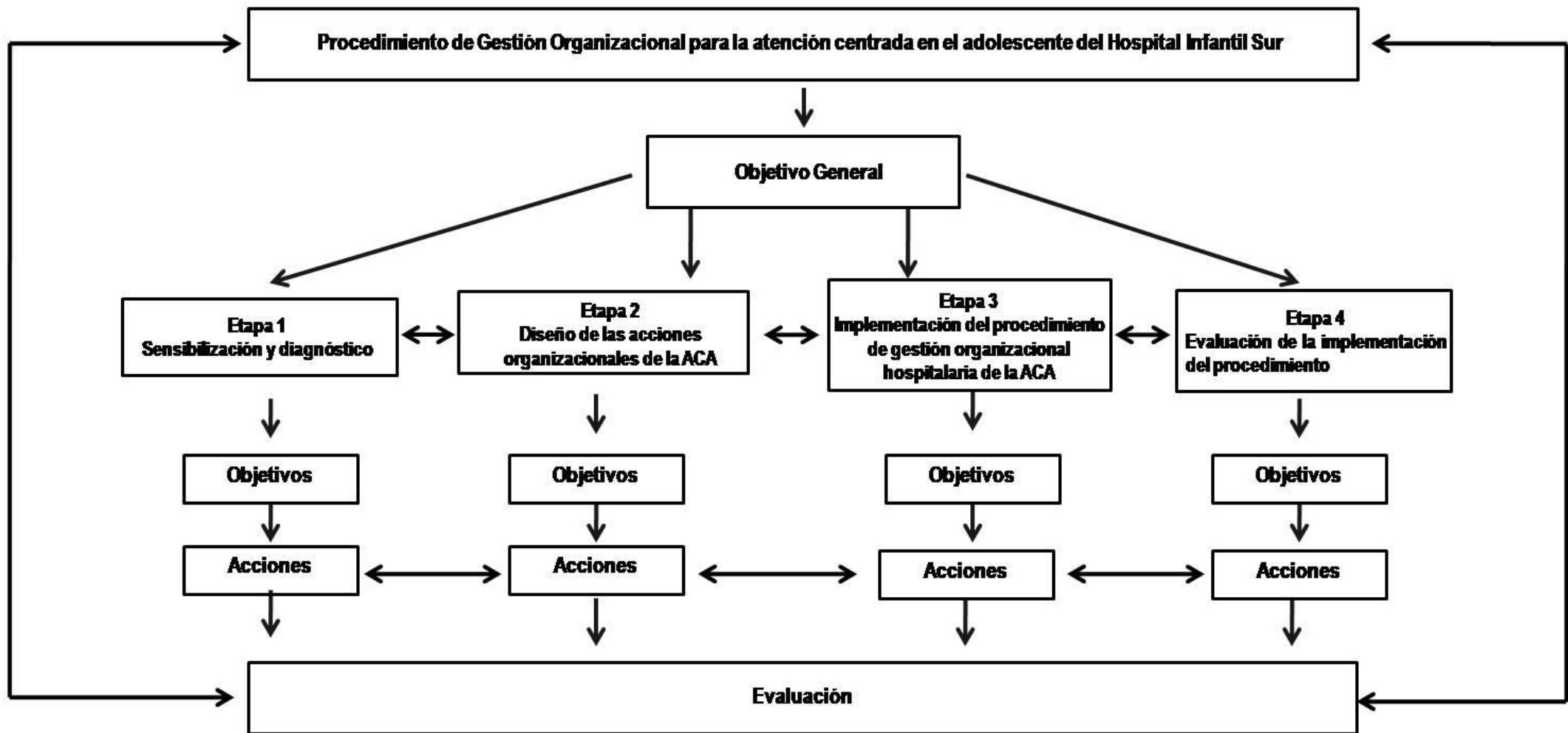
3	7	2	1	0	26	2.6
4	9	1	0	0	27	2.7
5	6	2	2	0	24	2.4
6	7	2	1	0	26	2.6
7	6	2	2	0	24	2.4

Tabla 16. Fase 2 Moriyama. Resultado criterio 4. Claridad en las definiciones

Ítems	Escalas				Puntuación	Promedio
	Mucho	Suficiente	Poco	Nada		
Guía de observación de los médicos						
1	8	1	1	0	27	2.7
2	6	2	2	0	24	2.4
3	9	1	0	0	29	2.9
4	9	1	0	0	29	2.9
5	8	1	1	0	27	2.7
6	8	1	1	0	27	2.7
7	6	3	1	0	25	2.5
8	8	1	1	0	27	2.7
Guía de observación de los enfermeros						
1	8	1	1	0	27	2.7
2	7	2	1	0	26	2.6
3	6	2	2	0	24	2.4
4	9	1	0	0	29	2.9
5	8	1	1	0	27	2.7

6	6	2	2	0	24	2.4
7	8	1	1	0	27	2.7
8	9	1	0	0	29	2.9

ANEXO 14. Procedimiento de Gestión Organizacional para la atención centrada en el adolescente del Hospital Infantil Sur



ANEXO 15. Cartel interactivo. Infecciones de Transmisión Sexual

Si bien es casi imposible tener relaciones sexuales completamente seguras con otra persona, existen diversas cosas que puedes hacer para protegerte de las infecciones de transmisión sexual (ITS)

¡Que

Veamos cómo podemos evitar el contagio de una infección

Contraer o transmitir una ITS es más fácil de lo puedes imaginar. Entender cómo prevenir las ITS es importante para proteger tu salud y la de los demás a largo plazo.

NO TE LA PEGUEN CON LAS ITS!

Entonces, ¿cómo puedes prevenir una ITS?



1. Condones

Los condones son el método de barrera más común utilizado para prevenir las ITS, así como embarazos. Si bien el uso de un preservativo no brindará una protección completa, siempre es una buena idea utilizar uno, especialmente si no conoces el pasado sexual de tu pareja.



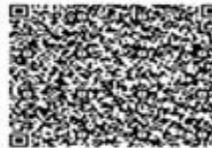
2. Conversaciones honestas con tu pareja

Poder discutir abiertamente tu pasado sexual con una pareja antes de participar en actividades sexuales te permite conocer si tu pareja se ha realizado recientemente una prueba para ITS o no. Esto puede ser incómodo en el momento, pero evitará conversaciones complicadas en el futuro y, lo que es más importante, protegerás tu salud y la de tu pareja.



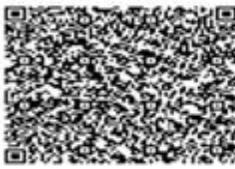
3. Pruebas periódicas para ITS

Las pruebas regulares ayudan a evitar dejar una infección sin detectar y transmitir una ITS a una pareja, reduciendo así la incidencia general de las infecciones. En muchos casos, las pruebas regulares para ITS ayudan a detectar una desde el inicio, lo que previene que la infección avance a un estadio posterior donde puede producir daños irreversibles.



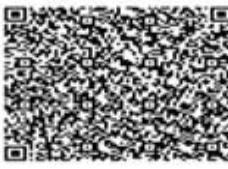
4. Tener relaciones sexuales con una sola pareja

Una relación monógama suele ser muy segura cuando se practica con fidelidad, siempre que ambas personas se hayan sometido a pruebas de detección de ITS. Hacerse una prueba para ITS al inicio de una nueva relación y alentar a tu pareja a que también obtenga una, asegura que puedas entrar a la relación sintiéndote seguro de tu estado de salud sexual.



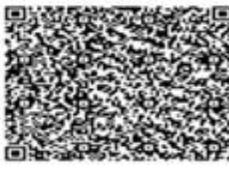
5. Ten cuidado cuando estés bajo la influencia del alcohol

Es importante recordar que, si bebes alcohol o consumes drogas, tu juicio puede verse afectado y tu capacidad para resistir tener relaciones sexuales sin protección puede verse reducida. Si tienes relaciones sexuales de riesgo, debes obtener una prueba para ITS lo antes posible.



6. Vacunas

La vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) protege contra los tipos de VPH que son responsables de la mayoría de los tipos de cáncer y enfermedades relacionadas con el VPH, incluido el cáncer de cuello uterino (tipos 16 y 18) y las verrugas genitales (tipos 6 y 11). También se encuentran disponibles vacunas para la Hepatitis A y Hepatitis B. Estar vacunado ayudará a protegerte. Por lo tanto, siempre se recomienda tener relaciones sexuales seguras.



ANEXO 16. Cartel interactivo. No a la violencia de género

The poster features a large hand with the word "NO" written on it, set against a purple background. A circular text box states: "La violencia contra la mujer es una de las violaciones más generalizadas de los derechos humanos en el mundo." A QR code is located in the top right corner with the text "ESCANÉAME". Below the main title "a la Violencia" is a list of 21 types of violence, each with a checkbox. Most checkboxes are checked. The poster also includes several QR codes with handwritten numbers next to them (e.g., 1 al 9, 10 al 11, 12 al 15, 16 al 19, 20 al 21) and two small circular images showing women's faces.

La violencia contra la mujer es una de las violaciones más generalizadas de los derechos humanos en el mundo.

**a la
Violencia**

Si eres víctima de estos actos, denúncialo, defiende tu integridad:

1. Violencia psicológica
2. Acoso u hostigamiento
3. Amenaza
4. Violencia física
5. Violencia doméstica
6. Violencia sexual
7. Acceso carnal violento
8. Prostitución forzada
9. Esclavitud sexual
10. Acoso sexual
11. Violencia laboral
12. Violencia patrimonial y económica
13. Violencia Obstétrica
14. Esterilización Forzada
15. Violencia Mediática
16. Violencia institucional
17. Violencia simbólica
18. Tráfico de mujeres, niñas y adolescentes
19. Trata de mujeres, niñas y adolescentes
20. Inducción o ayuda al suicidio
21. Femicidio

1 al 9
10 al 11
12 al 15
16 al 19
20 al 21

ANEXO 17. Cartel interactivo. No uso a las drogas

¿QUÉ SON LAS DROGAS?

DROGAS

Las drogas son sustancias químicas que pueden cambiar el funcionamiento de su cuerpo y mente. Incluyen medicamentos recetados, medicamentos de venta libre, alcohol, tabaco y drogas ilegales.

¿Qué es el consumo de drogas?
El consumo o uso indebido de drogas incluye:

Uso de sustancias ilegales, como:

- Esteroides anabólicos
- Drogas de club
- Cocaína
- Heroína
- Inhalantes
- Marihuana
- Metanfetaminas

Uso indebido de medicinas recetadas, incluyendo opioides.
Esto significa tomar medicamentos de una manera diferente a la prescrita por el profesional de la salud. Incluye:

- Tomar un medicamento recetado para otra persona.
- Tomar una dosis mayor que la recomendada.
- Usar el medicamento de una forma diferente de la que debe hacerlo. Por ejemplo, en lugar de tragar sus tabletas, puede aplastarlas y luego inhalarlas o inyectarlas.
- Usar el medicamento para otro propósito, como drogarse.
- Uso indebido de medicamentos de venta libre, incluyendo usarlos para otro propósito y usarlos de una forma diferente a la que se supone.

El consumo de drogas es peligroso. Puede dañar su cerebro y cuerpo, a veces en forma permanente. Puede herir a las personas que le rodean, incluyendo amigos, familia, niños y bebés no nacidos. El consumo de drogas también puede conducir a la adicción.

1. ¿Qué es la drogadicción?
La adicción a las drogas es una enfermedad cerebral crónica. Hace que una persona tome drogas repetidamente, a pesar del daño que provoca. El uso repetido de drogas puede cambiar el cerebro y provocar adicción.

2. ¿Todos quienes consumen drogas se vuelven adictos?
No todos quienes usan drogas se vuelven adictos. El cuerpo y cerebro de cada persona es diferente, por lo que su reacción a las drogas también puede ser diferente. Algunas personas pueden volverse adictas rápidamente, o puede ocurrir con el tiempo. Otras personas nunca se vuelven adictas. Que alguien se vuelva adicto o no depende de muchas cosas, incluyendo factores genéticos, ambientales y del desarrollo.

3. ¿Cuáles son las señales de que alguien tiene un problema de drogas?
Las señales de que alguien tiene un problema de drogas incluyen:

- Cambiar mucho de amigos
- Pasar mucho tiempo solo
- Perder interés en sus cosas favoritas
- No cuidarse a sí mismos, por ejemplo, no tomar duchas, no cambiarse de ropa ni lavarse los dientes
- Sentirse muy cansado y triste
- Comer más o menos de lo habitual
- Tener mucha energía, hablar rápido o decir cosas que no tienen sentido
- Estar de mal humor
- Pasar rápidamente entre sentirse mal y sentirse bien
- Dormir a horas extrañas
- Ausentarse de citas o compromisos importantes
- Tener problemas en el trabajo o la escuela
- Tener problemas en las relaciones personales o familiares

ANEXO 18. Cartel interactivo. Consecuencias del Embarazo en la adolescencia

**CONSECUENCIAS DEL
EMBARAZO
EN LA
ADOLESCENCIA**

El embarazo adolescente es aquel embarazo que se produce en una mujer adolescente, entre la adolescencia inicial o pubertad (comienzo de la edad fértil) y el final de la adolescencia.



1. IMPACTO SOCIAL Y EDUCATIVO

✓ Abandono escolar: El embarazo puede llevar al abandono de la escuela, lo que afecta las oportunidades educativas y futuras.
✓ Estigmatización: Las adolescentes embarazadas pueden enfrentar discriminación y estigmatización por parte de la sociedad.
✓ Presión económica: Criar a un hijo requiere recursos financieros, lo que puede ser difícil para las jóvenes madres.

2. SALUD DEL BEBÉ

✓ Prematuridad y bajo peso al nacer: Los bebés nacidos de madres adolescentes tienen un mayor riesgo de nacer prematuramente o con bajo peso.
✓ Desarrollo infantil: La falta de experiencia y recursos puede afectar el cuidado y el desarrollo del bebé.

3. SALUD MATERNA

✓ Riesgos físicos: Las adolescentes embarazadas enfrentan un mayor riesgo de complicaciones durante el embarazo y el parto, como la preeclampsia, la anemia y la hemorragia postparto.
✓ Salud mental: El estrés y la ansiedad pueden aumentar durante el embarazo en la adolescencia.
✓ Falta de atención prenatal: Las jóvenes pueden no recibir la atención médica adecuada durante el embarazo debido a la falta de conocimiento o acceso a servicios de salud.

El embarazo en la adolescencia puede tener diversas consecuencias tanto para la madre como para el bebé.

Es importante brindar apoyo y educación a las adolescentes para prevenir embarazos no deseados y garantizar un futuro saludable para ellas y sus hijos.



ANEXO 19. Curso de Perfeccionamiento para profesionales y directivos del hospital pediátrico sobre atención centrada en el adolescente

Título del curso: Gerencia organizacional para profesionales y directivos de hospitales pediátricos sobre atención centrada en el adolescente.

Nombres y Apellidos del profesor principal: M.Sc. Migdalia Fernández Villalón.

Duración: 30 horas.

Fecha de inicio: 2022.

Fecha de terminación: 2022.

Sede: Hospital Pediátrico Infantil Sur. Santiago de Cuba.

Dirigido a: Profesionales y directivos de la institución.

Matrícula: 20.

Modalidad: Tiempo Parcial.

Carácter: Provincial.

Fundamentación:

La gestión organizacional actual para la atención centrada en el adolescente en los hospitales pediátricos, no constituye una práctica sistemática, lo cual repercute, de forma negativa, en la satisfacción de esa persona con los servicios recibidos. Por lo que se hace necesario ofrecer las herramientas para profesionales y directivos, con el objetivo de adquirir los conocimientos acerca de la atención centrada en este grupo de edad, para su aplicación y el consecuente logro del bienestar de los adolescentes. Además, fomentar el intercambio y la actualización en temas de interés sobre la atención centrada en el adolescente.

Especialidad: Especialista de I grado de Pediatría y de I y II grado de Organización y Administración en Salud.

Temática Central: Gerencia organizacional.

Datos del contacto: M.Sc. Migdalia Fernández Villalón.

Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Rectora. Profesora Auxiliar.

Dirección: Calle E s/n Entre 6 y Avenida de las Américas. Reparto Sueño. Santiago de Cuba.

E-mail: migdalia.fernandez@infomed.sld.cu

Carné de Identidad: 69071808810

Objetivo: Brindar conocimientos actualizados y recomendaciones acerca de las diversas temáticas sobre Gerencia Organizacional para la atención centrada en el adolescente en el hospital pediátrico.

Medios de enseñanza a utilizar. PC, data show, pizarra, tiza.

Contenido, distribución de horas por temas y por profesor y calendario

Temáticas:

Tema 1: Gerencia organizacional hospitalaria. Introducción. Definición. Importancia. Ética médica y de los cuadros del Estado y del Gobierno. Fortalecimiento de los valores del socialismo.

Sumario: Gerencia organizacional hospitalaria. Introducción. Definición. Evolución. Importancia económica y social. Impacto. Principios de la ética médica y de la ética de los cuadros del Estado y del Gobierno. Fortalecimiento de los valores.

Profesora. M.Sc. Migdalia Fernández Villalón.

Forma de organización de la enseñanza: Conferencia.

Duración: dos horas.

Horario: 14:00-16:00.

Evaluación: Taller de debate por equipos.

Duración: dos horas

Tema 2: Legislaciones vigentes relacionadas con el desarrollo a la salud de los adolescentes

Sumario: Política Integral de la Niñez, Adolescencia y Juventudes. Plan de Acción 2023-2030. Programa de Atención Integral al Niño, Adolescente y a la Mujer. Derechos del Niño y el Adolescente según la Organización de Naciones Unidas (ONU).

Profesora. M.Sc. Migdalia Fernández Villalón.

Forma de organización de la enseñanza: Conferencia.

Duración: dos horas.

Horario: 14:00-16:00.

Evaluación: Taller de debate por equipos.

Duración: dos horas.

Tema 3: Técnicas y herramientas de dirección

Sumario: Técnicas de dirección. Métodos y estilos de dirección. Habilidades de dirección. Motivación. Comunicación. Trabajo en equipo (multidisciplinario e interdisciplinario). Otras herramientas de dirección. Integración de competencias y los entornos habilitadores.

Profesor. Dr.C. Reinaldo Reyes Mediaceja.

Forma de organización de la enseñanza: Conferencia.

Duración: dos horas.

Horario: 14:00-16:00.

Evaluación: Taller de debate por equipos.

Duración: dos horas.

Tema 4: Atención Centrada en la Persona (ACPe)

Sumario: Atención Centrada en la Persona (ACPe). Definición. Evolución. Pilares.

Aseguramiento médico y no médico para la ACPe. La organización del servicio, el equipo, la interdisciplinariedad y el ambiente para la atención.

Profesora: M.Sc. Migdalia Fernández Villalón

Forma de organización de la enseñanza: Conferencia.

Duración: dos horas.

Horario: 14:00-16:00.

Evaluación: Taller de debate por equipos.

Duración: dos horas.

Tema 5: Atención centrada en el adolescente

Sumario: Atención centrada en el adolescente (ACA). Premisas. Características.

Aseguramiento médico y no médico para la ACA. Normas de organización y administración interna. Calidad de los servicios para adolescentes. Aspectos a considerar para su implementación.

Profesora. M.Sc. Migdalia Fernández Villalón.

Forma de organización de la enseñanza: Conferencia.

Duración: dos horas.

Horario: 14:00-16:00.

Evaluación: Taller de debate por equipos.

Duración: dos horas.

Tema 6: Método clínico epidemiológico con enfoque social en los adolescentes.

Sumario: Método clínico epidemiológico con enfoque social. Comunicación. Tipos. Comunicación dialógica. Aspectos más relevantes para el manejo del adolescente en Psicología, Sexología, Endocrinología y Ginecología.

Profesora. Dr.C. Emma Aurora Bastart Ortiz.

Dr.C. Iliana Cecilia Gorguet Pi.

Forma de organización de la enseñanza: Conferencia.

Duración: dos horas.

Horario: 14:00-16:00

Evaluación: Taller de debate por equipos.

Duración: dos horas.

Bibliografía a entregar y a orientar y donde se encuentra localizada

1. Holland Hall C. Parte XII. Medicina del adolescente. Cap. 132. Desarrollo físico y social en la adolescencia. En: Nelson. Pediatría [Internet]. 21ed. España: Elsevier; 2020 [citado 2021 Dic 20]. Disponible en:

<https://booksmedicos.org/nelson-tratado-de-pediatria-21a-edicion/>

2. UNICEF. Convención sobre los Derechos del Niño [Internet]. Madrid: UNICEF; 2006 [citado 2022 Ene 5]. Disponible en:

<https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

3. Palacios X. Adolescencia: ¿una etapa problemática del desarrollo humano? Revista Ciencias de la Salud [Internet]. 2019 [citado 2021Dic 20]; 17 (1):2-5.

Disponible en:

<https://www.redalyc.org/jatsRepo/562/56258058001/56258058001.pdf>

4. Borqués Polloni B. Salud y derechos en la niñez y la adolescencia: conocer el marco normativo para mejorar la práctica clínica Andes pediatr. 2024[citado 2024 mayo 3];95(1):7-9. Disponible en:

<https://www.revistachilenadepediatria.cl/index.php/rchped/article/view/4977/46>

5. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Departamento Materno Infantil. Manual para la atención a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2019. p.112. [citado 2022 Feb 12]. Disponible en:

<http://www.bvscuba.sld.cu/libro/manual-para-la-atencion-a-la-salud-sexual-y-reproductiva-en-la-adolescencia/86>

6. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud para la Atención Integral en la Adolescencia. Cuba 2013-2018. [citado 2022 Feb 12].Disponible en:

<https://silo.tips/download/republica-de-cuba-ministerio-de-salud-publica-programa-nacional-de-salud-para-la-atencion>

7. Serradas M. Hacia la humanización de la atención de niños en hospitales. Rev. estud. Psicol [Internet]. 2022[citado 2024 Ene 3];2(4):99-108. Disponible en:

<https://estudiospsicologicos.com/index.php/rep/article/view/78/153>

Evaluación final:

Exposición de la GO para ACA por equipos.

Duración: dos horas.

Horario: 14:00-16:00.

Claustro que lo impartirá:

Minicurriculum Vitae

Profesora Principal: M.Sc. Migdalia Fernández Villalón

Categoría docente: Profesora Auxiliar

Categoría Científica: Máster en Atención Integral al niño.

Especialista de I y II Grado: Especialista de I grado en Pediatría

Especialista de I y II grado en Organización y Administración de Salud

Cursos de Postgrado recibidos:

- ✓ 2019 UCM III Simposio de Salubristas del Caribe y las Américas.
- ✓ 2019 UCM II Curso Internacional de Investigación en Psicofisiología y Neurofisiología Aplicada Iván Pavlov 2019.
- ✓ 2019 Taller Nacional para la Atención Integral de Niñas, Niños y Adolescentes UNICEF.
- ✓ 2020 UCM V Taller Provincial de Ciencia e Innovación tecnológica. I Taller de Investigaciones, postgrado e Impacto en salud.
- ✓ 2020 Universidad de La Habana XII Congreso Internacional de Educación Superior.
- ✓ 2020 UCM I Taller nacional de Láser en estomatología. Odontolaser Santiago 2020.
- ✓ 2022 Taller por el 120 aniversario de la Organización Panamericana de la Salud.
- ✓ Convención Cuba Salud 2022.
- ✓ 2022 Congreso de Medicina Interna 2022.
- ✓ 2023 HipnoSantiago 2023.

- ✓ 2023 Marcadores Persistentes para la visibilidad del docente investigador.
- ✓ 2024 Curso Internacional: La Publicación Científica en diferentes plataformas. De la tesis al artículo y viceversa.
- ✓ 2024 Curso Internacional: Redacción de artículos científicos.
- ✓ 2024 Diplomado en gestión de la calidad Educativa en Instituciones de Educación Superior.
- ✓ 2024 Seminario Integrando Miradas sobre las adolescencias.

Cursos de Postgrado impartidos:

1. 2016 Curso introductorio (8 horas).
2. 2017 Curso Dirección a Directores de Atención Primaria de Salud (4 horas).
3. 2017 Curso Introductorio 8 horas.
4. 2018 Curso Introductorio 8 horas.
5. 2018 Curso de Administración de Salud a Residentes (20 horas).
6. 2022 Diplomado de Administración en Salud.
7. 2023 Diplomado de Gerencia Integradora.

Participación en Eventos Científicos:

- 2017 VII Seminario de adolescencia y juventud de Iberoamérica, Italia y el Caribe.
- 2017 I Simposio Internacional de formación de futuros padres.
- 2017 Adoleca 2017.

- 2018 XXVIII Congreso Cubano de Pediatría. VII Simposio Internacional de terapia Intensiva neonatal y Pediátrica. II Simposio Internacional de Puericultura.
- 2018 Cuba Salud 2018. III Convención Internacional de Salud Pública.
- 2019 UCM III Simposio de Salubristas del Caribe y las Américas.
- 2020 Universidad de La Habana. XII Congreso Internacional de Educación Superior.
- 2021 Evento Virtual de Educación Médica.
- 2021 junio Taller de perspectivas de colaboración universitaria entre Cuba y Alemania en el sector salud.
- 2022 Cuba Salud IV Convención Internacional de salud.
- 2022 Psicosalud.
- 2024 Universidad 2024.
- 2024 Jornada Adolescencias Compartiendo experiencias

Trabajos sobre la especialización presentados en eventos científicos:

- Principios del Sistema de Salud Cubano y particularidades en Santiago de Cuba 2017.
- Estrategia de gestión organizacional para transformar un hospital pediátrico en amigable para adolescentes 2017.
- Servicios hospitalarios amigables desde la expectativa de los adolescentes. Hospital Infantil Sur 2015.
- Organización de los servicios hospitalarios amigables para adolescentes en Santiago de Cuba 2015.

- Gestión de transformación de hospitales pediátricos en amigables por el bienestar de los adolescentes 2023.
- La educación médica desde una perspectiva inclusiva y equitativa por un desarrollo sostenible 2024.

Participación en tribunales estatales y de exámenes de promoción: si

Tribunales de otorgamiento, promoción y ratificación de categoría docente:

no

Tutoría de Trabajos de Terminación de Especialidad (TTE):

- Morbilidad por Intoxicaciones exógenas en el Hospital Infantil Sur TTE Dra. Jacqueline Gerlin. 2018
- Características clínicas epidemiológicas de las intoxicaciones exógenas en la edad pediátrica. TTE Dra. Meliset Cabrales Rodríguez. 2019

Tutoría de tesis de diplomado y maestría: no

Publicaciones:

- Fernández Villalón M, Reyes Mediaceja R, Bastart Ortiz E. Autor. Servicios hospitalarios amigables desde las expectativas de los adolescentes. Hospital Infantil Sur, 2015. MEDISAN vol.21 no.7 Santiago de Cuba jul. 2017. ISSN 1029-3019. Grupo I MES. Indexada en Scielo CitationIndex
- Pérez Del Toro Y, Pérez Medina, Fernández Villalón M, Fernández Villalón M. Coautor. Algunos aspectos clínico epidemiológicos en niños y adolescentes con intoxicaciones exógenas. Revista electrónica MEDISAN con (ISSN 1029-3019 (Vol.22 no.4 del mes de abril. 2018 Indexada en

LILACS, CUMED, IMBIOMED; Scielo-Cuba, EBSCO, LATINDEX, Redalyc, Medigraphic y en Scielo Citation Index de la web of Science

- Fernández Villalón M, Pérez Medina Y, Urgullés Díaz D, Leyva Peguero Y, Fernández Villalón M. Autor. Supervivencia de niños y adolescentes con leucemia linfoblástica aguda. Revista electrónica MEDISAN con (ISSN 1029-3019 (Vol.23 no.3 del mes de mayo 2019. Indexada en LILACS, CUMED, IMBIOMED; Scielo-Cuba, EBSCO, LATINDEX, Redalyc, Medigraphic y en Scielo CitationIndex de la web of Science.
- Pérez Medina Y, Fernández Villalón M, Urgellés Díaz D, Leyva Peguero Y, Fernández Villalón M. Coautor. Morbilidad por intoxicaciones exógenas en un hospital pediátrico de Santiago de Cuba. Revista electrónica MEDISAN con (ISSN 1029-3019 (Vol.24 no.6 del mes de diciembre. 2020 indexada en LILACS, CUMED, IMBIOMED; Scielo-Cuba, EBSCO, LATINDEX, Redalyc, Medigraphic y en Scielo Citation Index de la web of Science
- Paizan Olivares G, Fernández Villalón M, Ruiz Marin E, Romero Pardo G Coautor: La educación virtual en I contexto de Educación Médica en tiempo de covid19, coautor: Revista Científica del Amazonas, 5(9), 39-46.<http://doi.org/10.34069/RA/2022.9.04>
- Paizan Olivares G, Travieso Ramos N, González García TR, Fernández Villalón M. Coautor: Modelo para la evaluación de la profesionalización de los docentes de enfermería y tecnología, coautor: Medimay 2022-09-01/ vol 29, No 3 (2022)
- Esplanger González L, Toirac Borges ML, Servicios Palacios SR Fernández Villalón M. Travieso Ramos N. Coautor: Estrategia de grado científico para la

Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba. Revista electrónica MEDISAN con (ISSN 1029-3019 (Vol.26 no.4 ,2022 Indexada en LILACS, CUMED, IMBIOMED; Scielo-Cuba, EBSCO, LATINDEX, Redalyc, Medigraphic y en Scielo Citation Index de la web of Science

- Fernández-Villalón M, Lambert-Delgado A, Leyva-Caballero R. Promoción de la salud en la Universidad Médica a 35 años de la Declaración de Edimburgo. MEDISAN [Internet]. 2023 [citado 12 Sep 2023]; 27 (4). Disponible en: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/4457>
- Fernández Villalón M, Bastart Ortíz EA, Reyes Mediaceja R, Gorguet Pi MM, Mayor Guerra E. Caracterización de la gestión organizacional para atención centrada en adolescentes en el Hospital Infantil Sur. Revista médica electrónica [Internet]. 2024 [citado 27 Jun 2024]; 46 (0). Disponible en: <https://revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/index.php/rme/article/view/55>

Dirección Particular: Avenida de Mármol No 77 Entre E y G Reparto Mármol. Santiago de Cuba.

Teléfono: 22 643513-52852712

E- mail: migdalia.fernandez@infomed.sld.cu

Otros profesores:

1. Profesora: Iliana Cecilia Gorguet Pi

Categoría docente: Profesora Titular y Consultante

Categoría Científica: Doctora en Ciencias Médicas

Especialista de I y II Grado: I y II grado en Psiquiatría

2. Profesora: Emma Aurora Bastart Ortiz

Categoría docente: Profesora Titular y Consultante

Categoría Científica: Doctora en Ciencias Pedagógicas

M.Sc. en Educación Médica

M.Sc. en Atención Integral al Niño

Especialista de I y II Grado: I y II grado en Pediatría

3. Profesor: Reinaldo Reyes Mediaceja

Categoría docente: Profesor Titular

Categoría Científica: Doctor en Ciencias Pedagógicas

Especialista de I y II Grado: I y II grado en Organización y Administración en

Salud

ANEXO 20. Suplemento informativo sobre atención centrada en el adolescente



Atención centrada al adolescente:

Editorial

La adolescencia es la fase de la vida que va de la niñez a la edad adulta, o sea desde los 10 hasta los 19 años. Representa una etapa singular del desarrollo humano y un momento importante para sentar las bases de la buena salud. Los adolescentes experimentan un rápido crecimiento físico, cognoscitivo y psicosocial. Esto influye en cómo se sienten, piensan, toman decisiones e interactúan con su entorno. Para crecer y desarrollarse sanamente, los adolescentes necesitan información, en particular una educación integral acerca de la sexualidad que sea apropiada para la edad; oportunidades para adoptar aptitudes para la vida; servicios de salud aceptables, equitativos, apropiados y eficaces; y la creación de entornos seguros y propicios. También necesitan oportunidades para participar positivamente en la concepción y la ejecución de intervenciones para mejorar y mantener su salud. La ampliación de esas oportunidades es fundamental para responder a las necesidades y derechos específicos de los adolescentes.



Organización
Mundial de la Salud



Salud del adolescente

Los adolescentes y jóvenes juegan un papel importante en la sociedad, y forman el 30% de la población de Latinoamérica y el Caribe. Los adolescentes son considerados como un subconjunto saludable de la población, y como resultado, generalmente no se le da importancia a sus necesidades de salud. Sin embargo el fortalecimiento del desarrollo de salud de los jóvenes les permite pasar a la vida de adultos con más habilidades para servir a sus comunidades de una forma productiva, estimulando crecimiento económico. Además, muchos hábitos dañinos son adquiridos tempranos en la vida, y se convierten en problemas serios de salud en la edad adulta.

Datos clave

- La violencia juvenil es un problema mundial de salud pública. Incluye una serie de actos que van desde la intimidación y las riñas al homicidio, pasando por agresiones sexuales y físicas más graves.
- La mayoría de los jóvenes goza de buena salud, pero la mortalidad prematura, la morbilidad y las lesiones entre los adolescentes siguen siendo considerables.
- El embarazo en la adolescencia sigue siendo uno de los principales factores que contribuyen a la mortalidad materna e infantil y al círculo de enfermedad y pobreza.

Política de Atención Integral a la Niñez, Adolescencia y Juventudes

La Política de Atención Integral a la Niñez, Adolescencia y Juventudes aprobada el 20 de julio de 2023, junto a su Plan de Acción 2023-2030, por los diputados de la Asamblea Nacional del Poder Popular (ANPP).

Propósito

El propósito es articular a todos los factores que intervienen en la atención y protección de las niñas, niños y adolescentes y jóvenes cubanos, en todas las etapas de su vida y en las diversas condiciones en que viven, transversalizar sus derechos y concebir a las generaciones jóvenes como actores estratégicos del desarrollo del país.

Objetivo general

Propiciar el desarrollo integral de niñas, niños, adolescentes y jóvenes, el respeto pleno a sus derechos, su protección e inclusión social con equidad y su contribución al desarrollo social y a la unidad nacional, a partir de articular las políticas, legislaciones y normativas nacionales y los compromisos internacionales en materia de niñez y juventudes asumidos por el país.

La atención centrada en la persona y el modelo de cuidados basado en esta se sustentan en siete principios fundamentales los cuales son apropiados en esta investigación:

- Principio de autonomía
- Principio de participación.
- Principio de integralidad.
- Principio de individualidad e intimidad.
- Principio de integración social.
- Principio de independencia y bienestar.
- Principio de continuidad de cuidados.

EDUCACIÓN SEXUAL

La educación sexual es una educación para la sexualidad. El objetivo de esta es la preparación del individuo para ejercer el derecho a:

- Sexualidad plena y responsable.
- Equidad de género.
- Salud sexual.
- Planificación familiar.

Derecho al desarrollo de una sexualidad plena y responsable.

- Asumir a lo largo de toda su vida, su sexualidad de una manera enriquecedora, placentera y responsable.
- Desarrollar una auto imagen positiva para sustentar su auto estima y autonomía, asumiéndose en la originalidad de su identidad de género.
- Desarrollar la capacidad de sentir, gozar, amar y ser amado, comprender, dar, compartir y recibir, de respetarse y respetar.
- Preservar la intimidad y la integridad sexual de las personas, reconociendo su derecho a fijar los límites de su sexualidad sin amenazar la integridad física, psíquica y sociocultural suya y de los demás.
- La salvaguarda de estos derechos implica el ejercicio de una sexualidad responsable, basada en el respeto a la otra persona, a su identidad, a los límites que ella establezca, considerando, al mismo tiempo los patrones socio-etno culturales en los cuales encuentran insertadas.

Derecho a una equidad de género.

- Establecer relaciones con seres del otro sexo sobre la base de equidad, respeto, colaboración y solidaridad; interactuando en igualdad de condiciones en el desarrollo de tareas, sean de interés personal o colectivo.
- Cuestionar y evitar replicar la formación de la sexualidad sobre la base de modelos educativos rígidos y estereotipados que contraponen los sexos, fomentando relaciones de supremacía y subordinación que limitan el desarrollo pleno, integral y armónico del ser humano.
- Integrarse, sin distinciones de sexo, en todas las esferas de la vida social en igualdad de condiciones, superando privilegios, prejuicios y discriminaciones.
- Analizar críticamente las relaciones varón-mujer utilizando un enfoque de género en todos los ámbitos de convivencia.
- Utilizar un lenguaje que omita las connotaciones discriminatorias hacia la mujer o al varón.

Derecho a la salud sexual.

- Reconocer las medidas y hacer uso de los medios para prevenir infecciones y enfermedades de transmisión sexual u otras que afecten el sistema genital reproductor.
- Vivenciar de forma plena y disfrutar su vida sexual excluyendo factores y situaciones de riesgo, para sí y su pareja.
- Fomentar la expresión y proyección social de cada persona a fin de que ello contribuya a su crecimiento y desarrollo, individual e interpersonal.
- Saber vivenciar su sexualidad, distinguiendo la función reproductiva, del placer, dentro de la afectividad.
- Brindar las condiciones necesarias para el ejercicio de la sexualidad con responsabilidad y prevenir consecuencias no deseadas.

Derecho a la Planificación Familiar.

- Ejercer el derecho de decidir libre y responsablemente la oportunidad, el número y espaciamiento de sus hijos y, exigir para esto, información, medios y servicios adecuados.
- Disponer de informaciones para vivir su sexualidad independientemente de la reproducción, en especial los adolescentes, a través de formación integral de su afectividad.
- Disponer de informaciones adecuadas sobre los riesgos del embarazo no planificado en cualquier etapa de su vida.
- Disponer de conocimientos para utilizar todos aquellos métodos anticonceptivos, a los cuales puede recurrir, para hacer efectiva su decisión, permitiendo el ejercicio de su sexualidad más allá de la reproducción.
- Vincular la decisión de tener un hijo con la capacidad de ofrecerle atención, cuidado, educación, amor y salud.



Sitios web de interés

adolescere

FORMACIÓN CONTINUADA EN MEDICINA DE LA ADOLESCENCIA



MedlinePlus

Información de salud para usted



infomed

RED DE SALUD DE CUBA



Sugerencias Bibliográficas

Disponible en:



1.Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud para la Atención Integral en la Adolescencia. Cuba 2013-2018. [citado 2022 Feb 12].



2.Cuba. Ministerio de Salud Pública. Departamento Materno Infantil. Manual para la atención a la salud sexual y reproductiva en la adolescencia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2019. p.112. [citado 2022 Feb 12].



3.Organización Mundial de la Salud. Prestación de servicios de salud de calidad: imperativo global para la cobertura sanitaria universal [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, OCDE y Banco Mundial; 2020 [citado 2022 Mar 12].



4.Bórquez Polloni B. Transformar a niños, niñas y adolescentes en los protagonistas de su atención en salud. Andes pediatr [Internet]. 2024[citado 2024 Mayo 3];95(1): 10-16.



healthychildren.org

Desarrollado por pediatras. Recomendado por los padres.



APRENDER GRATIS.ES



ANEXO 21. Cartel interactivo. Procedimiento de gestión organizacional para la atención centrada en el adolescente

Procedimiento de gestión organizacional para la atención centrada en el adolescente en el hospital pediátrico

Objetivo General: Contribuir al perfeccionamiento del proceso de gestión organizacional en el Hospital Infantil Sur a partir de la atención centrada al adolescente.

La gestión organizacional hospitalaria que se propone tiene como premisas:

- Presencia de directivos y de profesionales con motivación para la transformación.
- Estrecho vínculo entre los diferentes actores (médicos y enfermeros), administrativos y adolescentes.
- Existencia de infraestructura hospitalaria para la atención a los adolescentes.

Características de la gestión organizacional hospitalaria que se propone:

Servicio hospitalario con ambiente para el adolescente:

- Cubículos con identificación, organizados por edad, sexo y enfermedades similares.
- Cubículos decorados y pintados acordes con este grupo de edad.
- Cuidado de la privacidad cuando se realicen procederes.
- Cubículos con baños sanitarios.
- Existencia de agua corriente y de beber permanentes.
- Utilización de los recursos para mejorar la hospitalización de los adolescentes: ropa acorde con la edad, uso de mesitas auxiliares, ventiladores, pesa, tallímetro.
- Incorporación de juegos de mesa, de material de educación y promoción de la salud.

Relacionado con el funcionamiento orgánico

- Realización de los complementarios sin demora.
- Amabilidad del personal médico y de apoyo.
- Que se le brinde información clara por parte del equipo de atención.
- Comunicación dialógica entre adolescente y el equipo de atención.

Relacionado con los equipos de atención

- Adecuada relación médico-adolescente-familia y enfermero-adolescente- familia.
- Profesionales capacitados, con conocimientos generales en sexología, endocrinología y ginecología básica, que permita la evaluación integral, personalizada y resolutiva de este grupo de edad.
- Los directivos involucrados en el proceso de gestión organizacional centrado en el adolescente.
- Adecuada relación entre el equipo de salud.
- Profesionales con habilidades necesarias para una atención de calidad a adolescentes.

Etapas que conforman el procedimiento para la gestión organizacional hospitalaria:

- 01 I - Primera etapa: Sensibilización y diagnóstico.
- 02 II- Segunda etapa: Diseño de las acciones organizacionales de atención centrada en el adolescente.
- 03 III- Tercera etapa: Implementación de la gestión organizacional hospitalaria centrada en el adolescente.
- 04 IV-Cuarta etapa: Evaluación de la implementación.

Objetivos

1

2

3

4

ANEXO 22. Resultados del criterio de los expertos sobre la factibilidad de la implementación del procedimiento de gestión organizacional para la atención centrada en el adolescente

Expertos según acuerdo con los aspectos a considerar

Aspectos a considerar	Totalmente de acuerdo	Parcialmente de acuerdo	En desacuerdo
• El lugar donde se ejecutará la gestión organizacional hospitalaria es el adecuado	10	0	0
• Se respetan las legislaciones vigentes	10	0	0
• Existe receptividad de las organizaciones políticas locales y del MINSAP en relación a la aplicación del procedimiento	10	0	0
• Disponen con el personal preparado, y los recursos para ejecutarla	10	0	0
• Está acorde con el grupo poblacional a quien va dirigida	10	0	0
• Tiene en cuenta los principios éticos	10	0	0