

**ESCUELA UNIVERSITARIA DE ENFERMERÍA SANTA MADRONA**  
de la Fundación "la Caixa"

**TITULO**

**EL MANDO INTERMEDIO DE ENFERMERIA  
PIEZA CLAVE DE LA GESTION**

**AUTORES :**

**Marisol Lolo Vide  
Roser Llach Giner  
Núnia Grau Batlló**

Trabajo presentado al curso de Administración y Gestión en Enfermería para la obtención del Master

R. 9532



## **INDICE**

- 1. Introducción**
- 2. Justificación**
- 3. Objetivos**
- 4. Marco teórico**
  - 4.1 Evolución de las responsabilidades gestoras en enfermería**
  - 4.2 Gestión de recursos**
  - 4.3 Control de calidad**
  - 4.4 Profesionalización y autonomía de los gestores**
  - 4.5 Interacción del equipo Asistencial**
- 5. Hipótesis Generales**
- 6. Proceso de investigación**
- 7. Resultados**
- 8. Conclusiones**
- 9. Propuestas de investigación**

## 1.- INTRODUCCION

La misión de los hospitales ha ido cambiando adecuándola a los cambios sociales y a los avances tecnológicos. Según el antropólogo B. Malinowsky (1884-1942) " la Sociedad, en todos los tiempos y latitudes, acaba por crear aquellas instituciones que le resultan necesarias para su funcionamiento".

La demanda de atención en el sector sanitario se ha visto modificada, por aparición de nuevas patologías, por el envejecimiento de la población el descenso de la natalidad, el aumento de la esperanza de vida y el desarrollo de nuevas tecnologías.

No hace muchos años la frase " la salud no tiene precio " era interpretada al pie de la letra, y en los hospitales no se tenía conciencia del coste de los procesos que se atendían, ya que todo era justificable basándose en la frase anteriormente citada.

Los cambios en el patrón de la morbilidad con incremento de enfermedades que precisan costosos tratamientos, el descubrimiento de nuevos productos farmacéuticos así como la ampliación de prestaciones y la investigación en la asistencia, sin duda alguna contribuyen a aumentar el gasto sanitario.

En estos momentos el sector sanitario reclama el máximo interés de los poderes públicos y de sus gestores para seguir garantizando la mejor atención posible a los ciudadanos.

La coyuntura económica actual no es la más adecuada para que se produzca un incremento de los recursos destinados a la sanidad, por lo que se hace imprescindible efectuar una buena gestión para sacar el máximo rendimiento a la infraestructura disponible.

Las prioridades del Departamento de Sanidad y Seguridad Social están enfocadas a la gestión y planificación. En lo referente a la gestión el Servei Catalá de Salut está adoptando los mecanismos previstos en la Llei d'Ordenació Sanitaria de Catalunya para avanzar en el camino de eficacia y eficiencia del sistema sanitario y aboga para que las diferentes instituciones públicas o privadas aporten en la provisión de los servicios una oferta adecuada en calidad y coste a los objetivos del sistema sanitario en un marco de competencia regulada<sup>1</sup>.

En cuanto a la planificación el principal instrumento que debe permitir afrontar las necesidades asistenciales en los próximos años es el Pla de Salut de Catalunya

---

<sup>1</sup> Xavier Trias Hace referencia al tema en el Prólogo del libro Gestión de Hospitales 1.994

El Plan de Reordenación Sanitario a su vez nos propone mejorar la eficiencia de los centros hospitalarios a base de mejorar la productividad del personal y los medios materiales.

El Servei Català de Salut es el responsable de conseguir el cumplimiento de los objetivos de mejora de salud y de garantizar la mejor calidad de servicio para los clientes en el marco de los recursos disponibles y en defensa de los intereses de los clientes, para la consecución de este objetivo dispone de una red de hospitales que ofrecen sus servicios con un adecuado nivel tecnológico, eficientes en costes, con políticas de calidad establecidas, que compiten en el mercado con el ánimo de conseguir una mejor dotación de recursos.

Con la introducción de la figura de los gerentes en los hospitales, se inició una nueva etapa en la gestión sanitaria, intentando controlar gastos ajustándose a unos presupuestos determinados y dando los niveles de calidad asistencial exigidos.

Progresivamente , el control de costes , el ajuste a presupuestos y la oferta de una asistencia de calidad , ha ido descendiendo desde el gerente hasta los mandos intermedios , siendo estos en la actualidad responsables de la consecución de los objetivos , de una buena gestión de los recursos asignados y de la oferta de una asistencia de calidad.

## **2.- JUSTIFICACIÓN**

Debido a los cambios producidos en el entorno sanitario, ha ido cambiando el modo en el que se administran los hospitales.

El cambio se fundamenta en la consideración de las unidades de enfermería como proveedoras de servicios y como tales ofertan productos-servicios a la sociedad.

Hace algunos años, estamos observando un descenso en cascada de las responsabilidades de gestión, desde el gerente hasta el mando intermedio de enfermería, en quien recae, a nuestro entender, gran parte del éxito de una buena gestión.

El objetivo de promover la eficiencia a nivel micro-económico se refiere tanto al estado de salud de la población y a la satisfacción de los usuarios como al logro de mejoras organizativas que supongan un aumento de la

productividad de los recursos humanos y tecnológicos . El conocimiento de los gastos y la consecución de objetivos de cada unidad productiva posibilita la continua mejora de resultados

Es evidente que ante los nuevos planteamientos, el rol del mando intermedio de enfermería ha sufrido un cambio importante, para dar respuesta a las necesidades actuales de gestión y asumir un nivel de competencia que debe estar a la altura de la demanda de resultados y a la cumplimentación de objetivos.

Creemos que el cambio que se ha experimentado en la gestión de base, se traduce en:

- Una mayor implicación en el control de los costes, tanto de personal como de material.
- La visión de la profesión como la de un agente que produce salud, ya sea como proveedor directo o como proveedor de servicios a otros profesionales.
- Mayor preocupación por mejorar la calidad de los productos que ofrece.
- Una mayor conciencia del campo que abarcan sus competencias como profesional de la enfermería, potenciando así su rol autónomo.
- Ha aumentado la responsabilidad de estar al día en los avances de la profesión.
- Existe preocupación por saber el resultado de sus actividades y la percepción que han tenido sus clientes de las mismas.
- Una tendencia al trabajo en equipo, asignando a cada persona unas funciones, unas responsabilidades y exigiéndole unos resultados por los cuales se le debe evaluar.
- Mayor participación en los cambios estructurales de las unidades asignadas.

- Preocupación por la actividad de su unidad y de todo el hospital, teniendo presente los centros que pueden ser sus competidores y de este modo tratar de reforzar los puntos fuertes y mejorar los puntos débiles.

Intuyendo que todos estos cambios se están produciendo con mayor o menor intensidad en todos los hospitales, creemos que será útil saber en que punto de esta evolución nos encontramos, para que sirva de estímulo de superación y para medir el ritmo en el que seguimos avanzando, además de averiguar si en realidad nos acercamos a lo que la sociedad y el entorno sanitario nos exige.



### 3.- OBJETIVOS

En nuestra investigación hacemos especial énfasis en la introducción de nuevos elementos de gestión, utilizados por los mandos de enfermería. Pretendemos construir un instrumento que nos sirva de guía para averiguar en que punto está esta gestión, que elementos han avanzado más, y cuales están más desarrollados. ¿ Realmente ha cambiado la gestión de los mandos actuales ?.

Los mandos de enfermería son piezas clave para el desarrollo de los objetivos que abarcan todo el sistema sanitario, son las ejecutoras de la gestión de sus unidades.

Principales objetivos :

⇒ Conocer la evolución de la gestión de los mandos de enfermería, basándonos en las innovaciones en gestión.

- ⇒Averiguar que cambios se han introducido con mayor profundidad, en que puntos se hace mayor énfasis.
- ⇒Construir un instrumento que evalúe el desarrollo de la gestión de los mandos de enfermería.
- ⇒¿Es consecuente la gestión actual con los cambios producidos en el entorno.?

#### **4.- MARCO TEORICO**

Según la O.M.S.. el hospital es parte integrante de la organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar. Es también centro de formación del personal médico-sanitario y de investigación bio-social.

Con el paso de los años los hospitales han ido atravesando diversas etapas.

En la primera etapa hablaríamos del HOSPITAL-CARIDAD en el cual el personal era voluntario y se sostenía mediante donaciones.

La segunda etapa el concepto era diferente y estaríamos ante el HOSPITAL-BENEFICENCIA, que era una institución de carácter humanitario donde la responsabilidad de la atención recaía sobre las parroquias.

La tercera etapa corresponde al HOSPITAL-ASISTENCIAL donde la responsabilidad de atención recae sobre el estado.

En la cuarta etapa surge el HOSPITAL-EMPRESA en el que se trata de aplicar técnicas y métodos demostradamente rentables en otros campos de la actividad.

Finalmente en la quinta etapa encontramos el HOSPITAL-INTEGRAL que es un hospital-empresa con una organización jerarquizada y cuyo objetivo es la Unidad Asistencial desde los tres niveles: Preventivo, Asistencial y Rehabilitador.

A partir del año 1.981 en el que se iniciaron las transferencias de los servicios del Insalud a las comunidades autónomas, se incorpora una nueva información de actividad asistencial, este año se aprueba el Plan general de contabilidad en centros de asistencia sanitaria, adquiriendo un nuevo concepto sobre ingresos, estructura, dotación, servicios e información económica

Los pilares en que se apoya el sistema sanitario público son: La financiación pública, la gestión empresarial y la separación de la financiación respecto a la provisión de servicios.

Especial énfasis se hizo a los indicadores de actividad asistencial, tendencia al descenso de la estancia media, mejora de los índices de ocupación, rotación enfermo cama y frecuentación hospitalaria, significativos de una mejor utilización de los servicios sanitarios, por el que los hospitales han introducido en su gestión nuevas políticas de actuación, aproximando técnicas de

contabilidad analítica al mando de enfermería, para agilizar la toma de decisiones y controlar de una forma más directa las partidas presupuestarias.

Sin embargo esta gestión no puede limitarse al tratamiento económico de la sanidad, sino que tiene que abarcar todos los demás aspectos asistenciales.

Para que la gestión se convierta en un instrumento realmente eficaz, es imprescindible que todos los profesionales sanitarios realicen su gestión, se involucren en ella y se conviertan en corresponsables del resultado obtenido, es necesario un esfuerzo por parte de los médicos, enfermeras y el resto de especialistas de nuestra sanidad, para que la nueva cultura sanitaria basada en la gestión empresarial, sea una realidad, creando un mercado de servicios de salud y considerando a la salud como un bien que se puede producir.

Las respuestas básicas para una mejora en la gestión según varios autores<sup>2</sup> se centran en :

- Competir en calidad y costes con otros centros similares.
- Profesionalidad y autonomía de los gestores
- Consideración del paciente como cliente de los servicios y centro de atención y cuidado.
- Interacción del equipo asistencial para mejorar el cuidado.

---

<sup>2</sup> J.L. Cuervo, J. Varela, R. Belenes Gestión de Hospitales Barcelona. Ed Vicens Vives (1,994)

## **4.1 EVOLUCIÓN DE LAS RESPONSABILIDADES GESTORAS DE ENFERMERÍA**

En 1.951 con la aparición de las nuevas normas promulgadas por Carlos I, para difundir espíritu a los hospitales reales, encontramos la figura del superior, cuyo fin era supervisar la buena marcha de los enfermos.

Posteriormente el Arzobispo de Granada decide organizar los hospitales fundados por Juan de Dios promulgando "El Reglamento de los Hospitales del Enfermero Juan de Dios", donde la figura clave es el enfermero mayor que depende del Hermano Mayor o Gerente. Sus funciones eran supervisar el cuidado de los enfermos, las tareas de enfermería, la medicación, la limpieza y ayudar a llevar las cuentas al Hermano Mayor.

Después de la Edad Media se produjo una conversión en comunidades sanitarias, dividiendo el trabajo: Los monjes varones se dedicaban al saber y buscar remedios y eran las monjas las mujeres quien se cuidaban de los enfermos y les aplicaban los remedios.

En 1.883 aparece la primera convocatoria pública para la plaza de Enfermero Mayor en el Hospital de La Santa Creu en Barcelona.

Después de la Guerra Civil española y con la instauración de la Seguridad Social es cuando se construyen hospitales y se crea la necesidad de profesionales de enfermería. Pero la profesión cae en una fase de mecanicismo, perdiendo su entidad como tal, su personalidad y filosofía disminuyendo también la motivación.

Las direcciones de enfermería pasan a depender de la dirección médica perdiendo parte del poder y gestión directiva que habían tenido hasta entonces. A partir de ese momento se crean dos modelos de administración en enfermería : Uno propio de la Seguridad Social que responde al modelo político : Autoritario, vertical y con nula capacidad de gestión y otro propio de los hospitales provinciales (Hospital Clínico y provincial) que responde al modelo religioso (concepto de beneficencia), las direcciones tienden a ser poco participativas, poco profesionales y muy jerarquizadas . Muy eficaces pero poco eficientes . Hay alguna excepción que se rige en el modelo inglés como el Hospital General de Asturias , donde se establece una organización de enfermería formal y estructurada.

Es en 1.977 cuando algunos hospitales empiezan a preocuparse por tener direcciones de enfermería y una supervisión eficaz y eficiente , ya que ven la posibilidad de mejorar la calidad de sus centros.

Los cambios políticos ayudan favoreciendo el cambio, creando direcciones más participativas , pero muy pronto se evidencia la falta de preparación de los profesionales y la conciencia del colectivo , que unido a la poca comprensión y concienciación de la dirección médica y de los gerentes, llevará a las direcciones de enfermería a ser gestores de recursos, dejando a un lado la mejora asistencial, la planificación e investigación y dedicándose más al control de los recursos económicos.

El 22 de octubre de 1.979 en el Departamento de Sanitat y Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya se creó la Dirección General de Asistencia Sanitaria , a la cual se le pidió un análisis de la situación de enfermería en Catalunya.

Es en 1.981 cuando se establecen las respectivas responsabilidades médicas , de enfermería, administrativas y de mantenimiento.

Actualmente en Catalunya la organización de los centros sanitarios esta recogida por la Ley, estableciendo las funciones de las diferentes direcciones . Queda especificada la estructura interna del Departamento de Enfermería , creando los puestos de adjuntos y supervisores a los cuales se le asignaran funciones y la forma de acceder al cargo que representarán.

Es también en 1981 cuando se crea la Secció D'Infermeria , que desarrolla el primer reconocimiento a la participación del personal de enfermería , en el que -hacer de la Administración Sanitaria, con objetivos tales como: lograr una mayor profesionalización de los mandos de enfermería .

La misión del mando de enfermería se entiende actualmente , situada dentro de una dirección con un cambio de valores hacia la profesionalización, la flexibilidad, el trabajo en equipo , la participación social, la solidaridad, tolerancia al error, facilitando la manifestación de carencias formativas, ofreciendo oportunidades de mejora, saber adelantarse a los problemas , capacidad de decisión.

Otros como la empatía con el otro , hacerse cargo de las necesidades de los demás, sociedad , empleados, espíritu crítico etc., con el principal objetivo de mejorar los resultados, en el seno de una dirección facilitadora y participativa<sup>3</sup>.



## **Definición de la misión del mando de enfermería :**

Supervisar, coordinar, distribuir i controlar , los recursos humanos y materiales de los servicios que se le asignan , de acuerdo con el modelo, filosofía y directrices de la Dirección de Enfermería y de la Institución, para garantizar una atención de enfermería integral y de calidad, con una utilización óptima de los recursos que posee y con un alto grado de satisfacción de los clientes externos e internos.

Las **dimensiones** de su puesto, son las relativas, a la cantidad de personal que forma su equipo, los recursos materiales, estructura que controla, presupuesto que gestiona.

Definimos como **complejidad de su trabajo** : La coordinación de los diferentes servios médicos, de soporte y asistenciales con los que se relaciona . Fomentar relaciones interpersonales satisfactorias, Motivación del personal. Disponer de personal para la cobertura del servicio durante las 24h. Favorecer una correcta comunicación tanto vertical como horizontal. Resolver conflictos y adelantarse a las posibles dificultades.

Tiene la **responsabilidad**, de llevar a cabo una correcta organización de sus unidades, optimizar la distribución de los recursos asignados, coordinar alumnos de enfermería, y auxiliares en prácticas, cumplimiento de los objetivos marcados, fomentar la formación de su equipo. Conocer la actividad de su servicio y los posibles desvíos, asignación de camas a sus pacientes y corregir posibles

---

<sup>3</sup> José M. Ortiz . Director de estudios de la Universidad de Navarra. Conferencia pronunciada en el Congreso de Gestión de hospitales . Sevilla 1.997

incompatibilidades etc.. Ofrecer una atención de enfermería que satisfaga a todos sus clientes.

Debe tomar **decisiones** , relativas a cambios organizativos, de distribución de recursos, elaboración de objetivos con su personal , priorización de recursos etc.,

Efectua **propuestas** de mejora, relativas a cambios organizativos, mejoras asistenciales, de la estructura, de programación , de asignación de camas.

Debe **relacionarse** tanto interna como externamente , para conocer el entorno, los posibles puntos fuertes y débiles de su organización, para estar al día con las innovaciones del mercado.

Para todo ello realiza una serie de **actividades** determinadas ,con la finalidad de cumplir con el desarrollo de los objetivos marcados por la dirección y mantener la relación para la que fue contratada, Debe conocer la evolución de su trabajo por medio de la evaluación de su mando superior. Es conveniente que cada mando de enfermería conozca, la descripción de su puesto de trabajo, sepa lo que se espera de él y se le reconozca el trabajo bien hecho.<sup>4</sup>

Para cumplir con la misión descrita necesitamos un profesional con un perfil determinado, acorde con las exigencias actuales. Destacaremos las siguientes aptitudes :

---

<sup>4</sup> Dirección de Enfermería. Descripción de puestos de trabajo. Hospital Mutua de Terrassa 1.997  
Nota : El modelo de la descripción de puestos de trabajo se basa en el libro de : Manuel Fernandez Rios , Análisis y descripción de puestos de trabajo . Ed. Diaz de Santos, Madrid 1.995

- Capacidad de análisis , síntesis, control y evaluación
- Sentido de la organización y autonomía
- Habilidades interpersonales : diplomacia, discreción, capacidad comunicativa  
Iniciativa, liderazgo, y voluntad de implicarse con el trabajo en equipo multidisciplinar
- Tolerancia, equilibrio emocional y adaptación continua al cambio
- Respeto hacia los demás , saber escuchar y asertividad en sus respuestas
- Criterio profesional

No cabe duda que para el cumplimiento del cargo se necesita un profesional , con una dilatada formación , y con capacidad para estar al día y autoformarse .

## 4.2 GESTIÓN DE RECURSOS

Basándonos en la gestión empresarial, podemos considerar las unidades de enfermería como unidades productivas, debemos tener en cuenta la cantidad de recursos que consumen, como parte integrante en el resultado final presupuestario .

El control de cada una de ellas depende de los mandos intermedios de enfermería. Su contribución a ayudar, mantener o incrementar las mejoras de productividad asistencia, calidad y atención al cliente son esenciales para mantenerse en un mercado altamente competitivo. Son el punto clave de la gestión

del sistema organizativo, este es el handicap principal de nuestro colectivo, que siendo una profesión joven debe afianzar su función propia, dentro del sistema sanitario.

Debe ofrecer un servicio efectivo para el paciente-cliente, que sea eficiente y costo-efectivo , un producto que pueda definirse, que tiene un precio que puede venderse y que es capaz de contribuir en los objetivos de la organización.<sup>5</sup>

El mando de enfermería debe disponer de la máxima información de los cuidados que se ofrecen en cada proceso , desarrollando herramientas de gestión, que permitan conocer las actividades realizadas.

Como líder al frente de sus unidades, debe aportar el máximo conocimiento de las innovaciones en la gestión, que le permitan ser reconocido como el gestor principal, ofreciendo el máximo servicio a sus clientes.

El modelo de gestión para las unidades de enfermería que propicia el cambio que se pretende, se fundamenta en la consideración de las mismas como proveedoras de servicios, como tales ofertan servicios a dos tipos de clientes :

- Clientes internos.- Servicios médicos y otros profesionales
- Clientes externos.- Usuarios , familias etc.

A su vez la unidad asume el papel de cliente respecto a otros servicios :

- Mantenimiento
- Compras

---

<sup>5</sup> C. Yarritu Fernandez, Modelos de Gestión : Gestión de enfermería para la reforma sanitaria , Gestión Hospitalaria 1.994 nº 4

- Servicios administrativos
- Servicios Hoteleros etc.

El producto final de los centros lo constituyen, las altas, consultas etc. aunque necesariamente debemos pasar por productos intermedios como : dietas servidas, pruebas analíticas, curas ofrecidas etc.

El producto enfermero forma parte del producto sanitario y contribuye significativamente tanto en los costes como en los resultados.

La enfermería profesional puede mostrar su valor real al asumir una participación activa en el desarrollo de productos, debe considerarse a si misma como línea de negocio, debe ofrecer variedad de productos tales como :

Los servicios de atención domiciliaria, los servicios de educación continua, la atención de enfermería también es un producto en si mismo, las curas de determinados procesos etc.

La atención de enfermería puede ser un producto final o un producto intermedio si es componente de un producto del hospital.

Por lo que el rol de enfermería se convierte en la administración de un producto intermedio , la administración de recursos humanos y materiales en la producción del producto intermedio ,convierten a la administración en un producto también de enfermería.

La medida de producción de los servicios médicos se establece a través de los G.R.D. (Grupos relacionados con el diagnóstico ) un sistema de medición que ofrece una guía de financiación.

Los G.R.D. son producto de una larga investigación llevada a cabo por la Universidad de Yale , iniciada a mediados de los años 60 y finalizada a mediados de los años 80. Se obtienen a través de los registros de codificaciones al alta con el sistema de clasificación de enfermedades internacional, se les asigna una única patología general y se agrupan por patologías con el mismo consumo o aproximado. Utilizados como sistema de pago prospectivo por proceso por el gobierno federal de los EEUU para los pacientes de Medicare<sup>\*</sup> y Medicaid<sup>\*\*</sup> Están clasificados en 490 grupos. Y a cada uno de ellos se le asigna una intensidad de recursos o peso relativo, que se define como el consumo de recursos hospitalarios esperados.<sup>6</sup>

El concepto de producto hospitalario va ligado de forma directa a los servicios que presta el hospital, al conjunto de procesos o case-mix, así como a la gama de cuidados que presta al paciente hasta su alta hospitalaria..

El hospital debe enfocar la gestión en el marco competitivo en que se desenvuelve de manera que se encuentra obligado a plantear mejoras , por lo que se requiere una política de control de gasto e innovación tecnológica , una política capaz de aventajar las competencias del mercado . Estas medidas deben situar al hospital en una posición de alta eficiencia.

Para ello es necesario disponer de un sistema de información potente, capaz de ofrecer una visión real para la toma de decisiones.Lo que nos permitirá conocer el coste real de las unidades de consumo .

---

<sup>\*</sup> Medicare.- Sistema público obligatorio desarrollado en EEUU , instaurado en 1.965 que cubre la asistencia sanitaria de los mayores de 65 años.

<sup>\*\*</sup> Sistema público obligatorio, que cubre la asistencia sanitaria de los pobres

Sería interesante por parte de la enfermería disponer de un sistema de cargas de trabajo y niveles de dependencia que nos permitieran relacionar y conocer con mayor exactitud los consumos de plantilla de las diferentes unidades.

Existen diferentes estudios al respecto, entre ellos encontramos : PRN, Montesinos, etc.

## **PRN**

Es un sistema de información para la gestión del personal enfermero, su objetivo consiste en medir la cantidad de personal que se necesita en una unidad. La concepción de los cuidados enfermeros se basa en el modelo conceptual de Virginia Henderson y el nivel de ayuda de Dorotea Orem. Consta de una lista de 214 factores a los cuales se le asigna una puntuación., un punto es igual a 5 minutos, se agrupan en siete grupos :

Respiración, alimentación e hidratación, eliminación, higiene y confort, comunicación, tratamientos y métodos diagnósticos.

Es un método directo, ya que se basa en los tiempos necesarios para realizar cada actividad.

A partir de cada plan de cuidados, se suma una totalidad de puntos que sitúan a los pacientes ,según la puntuación obtenida en seis niveles de dependencia.

---

<sup>6</sup> M. Casas,: Los grupos relacionados con el diagnóstico GRD Experiencia y perspectivas de utilización. Barcelona Ed. Masson 1.991.

Es un método estudiado y desarrollado en Canadá.<sup>7</sup>

- **Montesinos**

Método de tercera generación, indirecto . La dependencia de los pacientes se calcula en base a la observación de algunas características de los mismos , este sistema analiza 16 variables del sujeto , para cada variable el paciente recibe una puntuación entre el 1 (menos dependiente ) y el 4 (más dependiente) . La suma de puntos nos da una escala que va desde 16 en los menos dependientes , hasta 64 la máxima dependencia . Montesinos agrupa esta escalas en cinco tipos de pacientes : a) enfermos independientes hasta 18 puntos , b) enfermos muy poco dependientes, de 19 a 22 ; c) poco dependientes . de 23 a 32 ; d) dependientes, de 33 a 42 ; e) muy dependientes , de 43 a 53 y f) enfermos altamente dependientes de 54 a 64 . que consiste en una parrilla de cuidados , para cada paciente, con unos parámetros determinados , que nos darán una puntuación, que permitirá clasificar a los pacientes por niveles.

Mediante auto-evaluación se recogen durante un periodo , los tiempos de cuidados directos e indirectos utilizados para los pacientes de cada nivel. La suma de tiempos nos permitirá definir la plantilla determinada a cada unidad.

Para la oferta de servicio el mando debe disponer de unos recursos, humanos y materiales que le permitan desarrollar su actividad y dar soporte a las necesidades que se presentan, recursos que debe gestionar en base a la cantidad de personal, material fungible, de inversión etc., lo que permite tener un conocimiento exhaustivo de los costes en que incurre cada unidad. De esta

---

<sup>7</sup> C.Tilquin, J. Carle, D. Saulnier, P. Lambert. PRN 80 Mesure du niveau des soins infirmiers requis. Montreal Ed l'Insa . 1.980



forma se dispone de herramientas de comparación con otras unidades y las evolutivas de su propia unidad. Iniciándose una dinámica de control de costes.

El conocimiento del mando de enfermería de la producción de su unidad, le permite determinar la actividad que en ella se desarrolla, y si dispone de un sistema efectivo de información, le dará a conocer el coste por proceso asistencial, medida por la que en un futuro se financiarán los hospitales.<sup>8</sup>

Los objetivos que marca la Dirección deben convertirse en retos de consecución. Así como los estándares de calidad que permitirán no desviar la atención, que se le ofrece al cliente en base a una contención de costes.

Es fundamental conexionar un buen servicio de soporte que no interrumpa la dinámica establecida.

Tener establecido un control del material fungible, buscando nuevas fórmulas que nos ayuden a contener costes.

Es fundamental establecer la dinámica de la flexibilización de la plantilla, dimensionándola según necesidades, cargas de trabajo, niveles de dependencia etc.

El mando de enfermería debe conocer los consumos totales en los que incurre su unidad, tales como fungibles, plantilla, gastos de farmacia. La contabilidad analítica instaurada en el hospital le permitirá conocer con más precisión, lo que cuesta en realidad un proceso asistencial, cuales son rentables o no, y en cuales se pueden optimizar recursos.

---

<sup>8</sup> J.L.Temes , J.L. Diaz, B. Parra. El Coste por Proceso Hospitalario . Madrid Ed. Interamericana . 1.994

Es imprescindible la dinámica del trabajo en equipo que permitirá resolver de una forma integral las necesidades que presenten nuestros clientes.

Disponer de planes de formación continuada, que estimulen y motiven la continua mejora de conocimientos y retén a realizar trabajos de investigación que permitan nuevos enfoques profesionales.

El papel del mando intermedio es fundamental para la consecución de los objetivos en el nuevo modo de gestionar, debe reforzar técnicas y habilidades que permitan el desarrollo de las nuevas tendencias, debe transformar la gestión que realiza, introduciendo los cambios que la sociedad le reclama. Es pieza clave en la contribución de la satisfacción del cliente.

#### **4.3 CONTROL DE CALIDAD**

El aumento de la cultura sanitaria y el mayor interés, por parte del usuario, en participar en el restablecimiento y conservación de su salud, ha provocado un mayor grado de exigencia a los profesionales sanitarios.

La calidad de atención, el trabajo bien hecho, correctamente y a la primera, es el reto principal en la actualidad.

Las organizaciones y los gobiernos también han sido sensibles a la introducción de la calidad en el sistema sanitario, demandando de los

profesionales responsabilidad sobre este tema y exigiéndoles el control de su producto final que es la atención sanitaria

En el sector de la industria esta exigencia ha existido siempre y gradualmente las industrias han ido asumiendo la función de comprobar la calidad de sus productos antes de su salida al mercado. Los productores se dieron cuenta de cuanto más costoso e irreversible era el proceso de producción, más empeño se ponía no tan sólo en la calidad del producto sino también en conseguir la mayor calidad posible.

Teniendo en cuenta esta reflexión final por parte de la industria, los sectores de servicios, especialmente sanitarios, donde los errores son irreparables en casi todas las actuaciones, han incorporado políticas de calidad en el sistema.

### **Antecedentes Históricos**

Se cita frecuentemente a Florence Nightingale como la iniciadora de las medidas de la efectividad en la atención sanitaria, por medio de sus estudios sobre estadísticas hospitalarias y tasa de morbi-mortalidad, comenzadas en el año 1.854. Tales estudios supusieron la base de muchos de los sistemas de medida implantados posteriormente.

En los inicios de 1.900 en Estados Unidos, dada la mala organización de los hospitales llevó al *American College of Surgeons* a elaborar cinco estándares que se consideraban como mínimos para prestar una asistencia de calidad (Estandarización de hospitales) y estos se concretaban en :

- Calificación del personal.
- Calidad de la documentación clínica.
- Uso de la documentación clínica.
- Tratamiento que recibía el enfermo
- Revisión de asistencia por colegas.

Posteriormente en 1951 el *American College of Surgeons* se fusiona con la *American Hospital Association*, la *American Medical Association* y la *Canada Medical Association* , creando la *Joint Commission on Accreditation of Hospital (JCAH)*.

Años más tarde, la *Canada Medical Association* se separa para crear junto con otras asociaciones canadienses el *Canada Council on Hospital Accreditation*, difundiendo la acreditación de hospitales en Canadá.

El interés por la calidad sigue acentuándose . en los países de América del Norte, que desarrollan, a partir de los años sesenta , diversos métodos y organismos de control de calidad , fundados en los trabajos de Donavedian , a quien se le puede considerar como el padre de la aplicación de la ciencia al estudio de la calidad de la atención sanitaria, al publicar en 1.966 su primer texto sobre este tema.<sup>9</sup>

Entre los organismos dirigidos a la calidad y su control que inician su actividad en estos años , destacan el sistema de control del ejercicio médico denominado PEER REVIEW, o la Comisión para la Acreditación de Hospitales (Joint Commission on Accreditation of Hospitals )

El Peer Review , literalmente "revisión de pares y colegas" , se basa en la existencia de la Organización de Estándares Profesionales (PSRO), que evalúa las necesidades de salud de la población, verifica si la política y los servicios de salud son los adecuados y si su coste global esta en relación con el beneficio obtenido , en valores que miden los estados de salud de los individuos y la población . Su objetivo es el de revisar la calidad de la asistencia que prestaban los hospitales concertados con los programas Medicare y Medicaid.

Por su parte la Comisión para la Acreditación ( o Joint Comisión), es un organismo no gubernamental que establece normas para la calidad de actuación de la instituciones de salud y de sus profesionales , médicos y enfermeras, concediendo, de acuerdo al cumplimiento de sus normas , la acreditación oportuna para la realización de determinadas actuaciones , entre ellas la enseñanza de los profesionales .

La (JCAH) realiza el primer intento serio de acreditación hospitalaria , cuya actividad se mantiene en la actualidad y su finalidad es la comprobación de que los hospitales , cumplen unas normas mínimas para desarrollar su actividad correctamente.

En España tanto en la Ley de Hospitales de 1962 como en el Real Decreto sobre los Indicadores de Rendimiento Hospitalario de 1978, aparecen referencias importantes sobre todo en este último, a la calidad asistencial hospitalaria.

En 1980. Objetivo 31. de *Salud para todos en el año 2000*, para la Oficina Regional Europea de la Organización Mundial de la Salud :

---

<sup>9</sup> Donavedian, A. : Evaluating the Quality of medical care . Midbank Quaterly , 44, 166-203, 1966

- “ De aquí a 1990, todos los Estados miembros deberán haber creado unas comisiones eficaces que aseguren la calidad de las atenciones a los enfermos en el ámbito de sus sistemas de prestaciones sanitarias.”
- “ Se podrá atender este objetivo si se establecen métodos de vigilancia, continua y sistemática, para determinar la calidad de los cuidados prestados a los enfermos, convirtiendo las actividades de evaluación y control en una preocupación constante de las actividades habituales de los profesionales sanitarios y finalmente, impartiendo a todo el personal sanitario una formación que asegure y amplíe su conocimientos.”

La OMS al anunciar este problema y plantear las posibles soluciones, indica que la evaluación de la calidad de los cuidados no debe limitarse únicamente al nivel de desarrollo técnico o de experiencia, sino que se trata de una responsabilidad de investigadores, profesionales de la sanidad, autoridades y beneficiarios.

En España las primeras experiencias en control de calidad se producen en los años ochenta , iniciándose con la aparición de legislación pertinente en Catalunya . A partir de 1.986 con la promulgación de la Ley General de Sanidad, el Ministerio de Sanidad y Consumo organiza un sistema de acreditación , tanto para la atención primaria como para la especializada , encaminando a valorar fundamentalmente la capacidad de docencia de las estructuras sanitarias.

La descripción de la Ley 14/1986 de 25 de Abril, punto 2 de su artículo 69 nos dice :

“ La evaluación de la calidad de la asistencia prestada debe ser un proceso continuado que informe todas la actividades del personal de salud de los servicios sanitarios del Sistema Nacional de Salud.

La Administración Sanitaria establece sistemas de evaluación de la calidad asistencial tras consultar a las sociedades científicas sanitarias.

Los médicos y demás profesionales titulados del centro deberán participar en los órganos encargados de la evaluación de la calidad *asistencial del mismo.*”

En el punto 3 del mismo artículo dice:

“Todos los hospitales deberían posibilitar o facilitar a las unidades de control de calidad externo, el cumplimiento de sus cometidos. Asimismo, se deberán establecer los mecanismos adecuados para ofrecer un alto nivel de calidad asistencial.”

Del mismo modo, determina como funciones de las dirección de enfermería el promover y evaluar la calidad de las actividades asistenciales, docentes e investigadoras desarrolladas por el personal de enfermería.

Los organismos oficiales por medio de la promulgación de comunicados y leyes obligan a los centros sanitarios a establecer políticas de calidad asistencial., como las citadas anteriormente.

En enfermería son también las primeras investigadoras estadounidenses y canadienses quienes inician los estudios de calidad de los cuidados , destacando en su comienzo los trabajos de Phaneuf (1972), que desarrolla un método de “auditoria de enfermería “; de la Asociación Americana de enfermeras , que pública en 1.973 sus *Normas de garantía de la calidad de los cuidados de enfermería* , y de la Orden de Enfermeras del Quebec que bajo la





En el Real Decreto 571/90 se dictan normas sobre la estructura periférica de gestión de los servicios sanitarios gestionados por el INSALUD. El principal objetivo de este Real Decreto es adaptar la ordenación territorial de los Servicios Sanitarios de la Seguridad Social gestionados por el INSALUD a la efectuada por las Comunidades Autónomas en las que ya se ha transferido su gestión. Por este Real Decreto se crean las Direcciones Territoriales y de Sector por Comunidad Autónoma y por Sector respectivamente, así como la Comisión de Participación Ciudadana a nivel de Sector. Esta Comisión es el órgano de participación comunitaria para programación, control y evaluación de la gestión y de la calidad de la asistencia prestada, y es a ella a quien corresponde proponer a los órganos de dirección del Sector el que adopten las medidas necesarias para la mejora de la calidad asistencial.

En todas las organizaciones se vio durante los años 80 una creciente interés por la calidad, este cambio es un énfasis importante en las empresas de todo tipo , una buena parte de su interés se basó en las fuerzas del mercado junto con la visión de que de su introducción podrían resultar unos menores costes y una eficiente utilización de los recursos, espacios, estructuras y equipos.

Aunque su introducción ha sido un proceso lento y difícil, que debe englobar a toda la entidad, implicar a todos sus colaboradores y a todos los sistemas tanto técnicos como humanos. La calidad debe satisfacer y exceder las expectativas del cliente.

La rentabilidad en la inversión de programas de formación continuada vinculada al trabajo ha sido y es consecuencia de una mejora de resultados y procesos.

Se aborda la importancia de orientar el servicio hacia la calidad y satisfacción tanto del cliente externo como del interno, el proceso debe implicar una mejora continua, para la que se precisa conocer las expectativas del cliente y que factores de la atención proyectan sobre el una percepción de calidad. El compromiso del equipo con la mejora de la calidad asistencial, así como una buena planificación son esenciales para el éxito de cualquier iniciativa (R. Marquette et al).

Conseguir un alto nivel de calidad de los servicios es una cuestión de actitudes mas que de métodos. En 1.996 , Donabedian definía la calidad como “ el grado de conformidad entre la atención prestada y los criterios establecidos de buena asistencia “.

Otros autores han ido aportando nuevos conceptos sobre la calidad. Taylor. En 1970 escribió teorías acerca “ de la organización científica del trabajo “, propone la descomposición de un trabajo complejo en varias tareas individuales simples, que pueden ser realizadas por trabajadores distintos , menos cualificados , mas baratos y fácilmente sustituibles, había nacido la línea de producción.

El sociólogo M. Weber ,1.947, desarrolló la teoría de la organización, rígida y jerarquizada , que aún influye en las organizaciones , en especial en la nuestra , la organización burocrática.

Elton Mayo demostró hasta que punto los factores psicológicos y sociales influyen en el rendimiento del individuo en los grupos de trabajo.

Por citar algunos que hacen referencia a pautas hoy en día conocidas en nuestros hospitales, tenemos a Deming, es el genio que revitalizó la industria japonesa con sus trabajos centrados en el control de la calidad y la mejora continua de esta. La Reacción en Cadena de Deming se establece como sigue: 1) Mejora de la calidad, 2) Reducción de costos con menos errores, menos repeticiones de trabajo, menor número de retrasos y un mejor uso del tiempo y de los materiales. 3) Mejora de la productividad, 4) Captación del mercado a través de una mejor calidad y unos mejores precios 5) Permanencia en el negocio, 6) Creación de puestos de trabajo. Hace énfasis en la prevención, el valor de los empleados, el análisis de los procesos, y el liderazgo de la gerencia. Señala catorce puntos del método de dirección<sup>10</sup>

Crosby hablaba de, cero defectos, del coste de la no calidad y la importancia de la formación, o sea la prevención de errores, ha identificado catorce pasos en la mejora de la calidad, algunos de los cuales son paralelos<sup>11</sup>.

Dentro de las teorías multidisciplinarias J.M. Juran, uno de los máximos defensores del control de calidad total (TQM) realizó la trilogía de Juran, planificar, controlar y mejorar la calidad. Incluye la identificación de los clientes y sus expectativas, la descripción del proceso por medio de diagramas, medición,

---

<sup>10</sup> Estos catorce puntos se comentan en Walton M: El método de dirección de Deming, Nueva York, 1986. Putnam y Walton M.: La dirección de Deming en el trabajo, Nueva York, 1.990, Putnam's Sons.

<sup>11</sup> De Crosby PB: La calidad es gratis, Nueva York, 1979, McGraw-Hill; Crosby PB: Calidad sin lágrimas. Nueva York, 1984.

análisis de la discrepancia, atención a las oportunidades de mejora soluciones de problemas etc.<sup>12</sup>

Otras aportaciones fueron las de Ishikawa<sup>13</sup> que llevó el nombre de "Control de calidad total" y promocionó los círculos de calidad en Japón. La filosofía japonesa hace énfasis en el cambio de actitudes.

#### Contenidos básicos :

- Beneficio de la atención sanitaria y práctica de los profesionales a través de estudios de estructura, proceso y resultado (Donabedian, 1980).
- Riesgos de la asistencia sanitaria, seguridad, buen balance riesgo/ beneficio.
- Confort y respecto a los derechos de los pacientes (cumplimiento de expectativas).

Se tiene la responsabilidad ética y profesional de proporcionar una atención de calidad, es responsabilidad del hospital y de los profesionales de identificar y solucionar problemas, estableciendo oportunidades de mejora.

La definición de las 4<sup>o</sup> Jornadas de Calidad Total nos refieren que la calidad "Es un programa global de empresa en la que cada persona asume que es cliente y proveedor de productos, servicios, información etc. respecto a los demás departamentos y personas de la organización" (Donabedian).

Igualmente se puede definir la calidad como el grado de obtención de una determinada característica , de acuerdo con una escala de medida , en la

---

<sup>12</sup> Modificado de Juran JM : Juran y el liderazgo para la calidad , Nueva York , 1989, The Free Press.

<sup>13</sup> Ishikawa K. What is total quality control. Englewood Cliffs . Nueva Jersey. Prentice Hall Inc. 1985

que se definen los puntos extremos como "malo-bueno" , siendo el intermedio el normal.

Podemos definir como componentes de la calidad la eficacia, eficiencia y nivel científico-técnico.

El lugar que ocupan las enfermeras en los servicios de salud hace este grupo un importante elemento en la definición y consecución de niveles de calidad, los cuidados son parte sustancial del contexto total de la atención sanitaria y por este motivo influyen decisivamente en la calidad global por la que se valora la institución. En primer lugar por la importancia de las acciones enfermeras y sus consecuencias en el estado de salud de los usuarios, en segundo lugar por el volumen del trabajo y de las acciones de las enfermeras supone un elevado porcentaje del total de la actividad y en tercer lugar hay que tener en cuenta que cada vez más las enfermeras tienen capacidad de planificar, ejecutar y evaluar sus acciones profesionales en un contexto de autonomía y responsabilidad propia.

Si enfocamos la calidad analizando, la estructura , proceso y resultado. Nos encontramos que en lo referente a estructura, un programa de acreditación hospitalaria analiza el hospital como un conjunto de medios materiales, humanos y organizativos . Los medios materiales se valoran por la disposición física de los espacios, asistenciales y administrativos, su diseño y distribución, dotación de mobiliario etc .

Los medios organizativos son valorados en función de la existencia y adecuación de estructuras, normas, procedimientos etc. Los medios humanos se

valoran por su número, cualificación niveles de formación, titulación etc. La evaluación de la estructura se realiza siguiendo un formulario de valoración, que según la puntuación alcanzada se le otorga al hospital una acreditación determinada . La acreditación es un proceso voluntario que el hospital puede solicitar, para que se le otorgue una determinada categoría.

El análisis del proceso proporciona una visión más cercana a la calidad que se ofrece, el instrumento más utilizado para su valoración, suelen ser por lo general, las historias de los pacientes y los registros que en ellas se realizan. Se puede llevar a cabo también por la observación de acciones directas, o por medios indirectos, como la entrevista a profesionales .

El análisis de los resultados, trata de evaluar las consecuencias de la actividad realizada.

El rendimiento de la actividad, se evalúa por indicadores establecidos, tales como : Las estancias medias, estancia pre-quirúrgica, tasas de mortalidad, infecciones nasocomiales, altas voluntarias, necropsias realizadas.etc.. En enfermería suele medirse por la valoración de la implantación y cumplimiento de las normas y protocolos de actuación de los cuidados enfermeros, la correcta cumplimentación de registros, la monitorización de riesgos tales como : Úlceras por presión, caídas de los pacientes, infecciones por vía venosa, errores de medicación etc.

La opinión del usuario constituye un resultado específico de especial utilidad para valorar la calidad asistencial , la evaluación del usuario, según su satisfacción es un factor a tener en cuenta para mejorar los cuidados ofrecidos.

En definitiva después de todo lo anteriormente descrito es evidente que cada centro sanitario optará por definir cuales deben ser las características de la calidad que ofrece, sobre las que se asentará un sistema que las evalúe, en este sentido no valen fórmulas absolutas para cualquier centro ya que cada uno tiene una realidad concreta, debería por eso ser personalizado y seguir el espíritu de Ishikawa, cuando decía que hacer calidad era "desarrollar, diseñar, producir y servir un producto o servicio económico, útil y satisfactorio para el cliente".

Introducir la calidad como consecuencia de la continua mejora, del compromiso de garantía de resultado, ante una sociedad cada vez más exigente debido a la difusión a través de los medios de comunicación de temas sanitarios, al aumento de la formación, al desarrollo de una sociedad de bienestar y la potenciación de la calidad de vida. Todo ello contribuye a aumentar la cultura sanitaria por lo que los individuos esperan depositar su confianza en el centro sanitario que le atiende su proceso.

La preocupación por la calidad de la asistencia es una constante en la historia de las profesiones sanitarias basada en el contacto directo con los usuarios, así mismo la preocupación social por los temas sanitarios y el encarecimiento progresivo de la tecnología empleada, obliga a plantearse la introducción de políticas de calidad. Por lo que la Institución pasa a ser tan responsable como los profesionales de velar por la calidad asistencial que se dispensa y de justificar ante la sociedad que sus recursos no son mal gastados.

El Pla de Salut de Catalunya que ha de constituir el instrumento indicativo y el marco de referencia para todas las instituciones públicas en el ámbito de la salud, queda reflejado que la actividad del hospital se ha de

orientar a conseguir los objetivos de salud, calidad, eficiencia y satisfacción del usuario.

Es evidente que en la globalización de estas directrices los hospitales se ven con la necesidad de elaborar planes de calidad que sirvan como guía para la consecución de los objetivos marcados y que les acrediten en el cumplimiento de los estándares de calidad marcados.

Que los profesionales asimilen la importancia de estar sumergidos dentro de la calidad continua, para proyectar una imagen social comprometida con una continua mejora de resultados.

El mando de enfermería debe garantizar los cuidados, la continua y oportuna disponibilidad de servicios de enfermería, los estándares de la práctica asistencial, las normas y procedimientos, que surgen de la necesidad de expresar la diferencia entre la actividad de enfermería y otras disciplinas, así como, identificarla como profesión y por tanto definir funciones independientes.

#### **4.4 PROFESIONALIZACION Y AUTONOMIA DE LOS GESTORES**

Mary Follet , en los años 20 (1868-1933) fue la primera que se fijó en los ejecutivos como motor del funcionamiento de los trabajadores ya que entendía que estos debían ser motivados individualmente y como grupo para trabajar



hacia una finalidad común, motivo por el cual los directivos tenían que ser adiestrados para conocer los métodos de motivación al igual que dominar la técnica del buen uso de la autoridad.

Henry Mintzberg ( 1.973) recomienda que los gestores sean adiestrados de manera específica para desarrollar las relaciones entre iguales, llevar a cabo negociaciones, resolver conflictos, establecer canales de información y tomar decisiones en situaciones de incertidumbre o inseguridad.

Si tenemos en cuenta la recomendación de Henry Mintzberg la responsabilidad del buen funcionamiento de una unidad productiva recae totalmente en su gestor que tiene que poner en práctica todos sus conocimientos y habilidades personales para planificar una estrategia que conduzca a su personal a la consecución de los objetivos de su unidad y de toda la organización.

Basándonos en la gestión empresarial, podemos considerar las unidades de enfermería como unidades productivas en las que el mando intermedio de enfermería es el responsable de la cantidad de recursos que consume, de la adecuación al presupuesto establecido y de la calidad de servicios prestados todo ello como una parte del resultado final de la organización. En consecuencia creemos que una buena formación en gestión y una visión renovadora de la gestión sanitaria son imprescindibles para poder ofrecer los resultados que la sociedad exige y las organizaciones esperan obtener.

Teniendo en cuenta el entorno hospitalario como empresa que ofrece productos, las enfermeras deben conocer su contribución en el producto final del hospital, y deben estar preparadas para tomar nuevas posiciones como

managers de productos y adoptar un rol activo en la toma de decisiones, sobre el producto y su marketing.

El primer paso es pensar en la atención de enfermería en un entorno empresarial, la enfermería puede mostrar su valor real al asumir una participación activa en el desarrollo de productos, dirección por línea de productos. Los hospitales, los grupos médicos, y las corporaciones de enfermería, están desarrollando habilidades empresariales para sobrevivir en el ambiente cambiante que les toca vivir.

Cada vez más, los servicios de un hospital se definen como productos y líneas de productos, una definición amplia del producto, sería decir que se trata de la atención de la salud y pueden organizarse de maneras distintas, por DRGs, especialidades, programas, procedimientos específicos etc.

Las enfermeras deben tener una actitud activa para aprovechar las oportunidades que brinda esta época de cambios . Hay que demostrar el valor de la enfermera, documentando resultados cuantificables de sus acciones .

El responsable de la gestión debe basarse en un Modelo Teórico, que tiene como finalidad orientar las actuaciones y guiar la práctica de enfermería. Para que este modelo sea útil en la planificación, orientación, y evaluación de la práctica enfermera, debe identificar al cliente de los servicios de enfermería, debe definir los objetivos apropiados, así como especificar las acciones para llevarlos a cabo.

La filosofía de enfermería expresará las creencias del colectivo acerca de la finalidad de los cuidados y la necesidad de los servicios de enfermería que tiene la población.

Los problemas de Salud detectados en la persona cuidada, se identifican utilizando el Proceso de Atención de Enfermería, para aplicar el proceso es necesario apoyarse en un modelo de cuidados .<sup>14</sup>

La recogida de datos del paciente permite determinar los problemas de salud, que en relación con las causas y manifestaciones permiten elaborar un diagnóstico y planificar con el paciente objetivos y acciones para mejorar su salud , que posteriormente deberán ser evaluadas.<sup>15</sup>

Las investigaciones en Estados Unidos han proporcionado a las enfermeras una Taxonomía determinada para clasificar los diagnósticos enfermeros, (Taxonomía de la NANDA ), aunque en la literatura al respecto encontramos otras publicaciones que los definen.

Los diagnósticos enfermeros son las guías que especifican las manifestaciones de los problemas y las causas. ( L. Riopelle 1.993 ).

Todas estas intervenciones se apoyan en instrumentos creados para registrar la práctica asistencial. En España no existen normativas legales sobre los registros, solo las referencias generales a la historia del paciente, en la Ley

---

<sup>14</sup> L. Riopelle, L. Grondin, M.Phaneuf, Un proceso centrado en las necesidades de la persona, De Interamericana, Madrid 1.993.

<sup>15</sup> M. Phaneuf, Cuidados de enfermería, De. Interamericana , Madrid 1.993

General de Sanidad, tampoco existen directrices de organismos profesionales en relación a los mismos.

Un registro debe ser objetivo y completo debiendo abarcar con exactitud lo que ha pasado. El mando de enfermería debe verificar su cumplimentación y establecer estándares de consecución .

Es necesario introducir elementos de ayuda que nos permitan mejorar los procesos de atención, con el objetivo de evitar la variabilidad, se elaboran protocolos de actuación que se definen como guías ante un proceso determinado, es frecuente encontrar muchos de ellos desarrollados en las instituciones sanitarias, determinan una buena forma de actuar y en consecuencia influyen sobre el proceso.

Los planes de cuidados estándar definidos también como guías que nos orientan, se les supone un alto grado de eficiencia y efectividad, son un facilitador del desarrollo de actuaciones ante la elaboración de un diagnóstico enfermero (P. Haynor 1.996 ).

Las trayectorias clínicas, se definen pautando las actuaciones y los cuidados aplicados al paciente ante un diagnóstico, día a día mientras dure su estancia hospitalaria, son creados por todas las disciplinas que intervienen en el proceso del paciente, facilitan el trabajo porque las acciones están pautadas y no permiten olvidos (P. Haynor 1.996). Es habitual verlas reflejadas en un gráfico, definiendo las actividades en una eje y los días de duración de la estancia en otro. Se diseñan para minimizar retrasos, consumos y maximizar la calidad de los cuidados, proceso y diagnóstico

Se ha visto necesario elaborar guías que permitan tener controlado todo el proceso asistencial, no podemos permitirnos prolongar estancias hospitalarias que suponen un elevado coste de recursos, los servicios centrales deben tener una gran capacidad de respuesta.

La determinación del proceso , simplemente persigue la orientación lógica de actividades y la perfecta coordinación y sincronía de personas , con vistas a satisfacer las necesidades de nuestros usuarios., y los definimos como :

Conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada para conseguir un fin, producto o servicio. Esta compuesto por dos líneas coordinadas y sinérgicas de decisión y actuación, la médica y la de enfermería, que conducen al alta del paciente.

Un método para la mejora de la eficiencia de los procesos asistenciales , lo constituye la gestión de casos, su objetivo es conseguir el encaje de acuerdo con el protocolo previamente elaborado , este protocolo forzosamente debe ser interdisciplinar y es sobre el que la gestión de caos hace el seguimiento .

Se consiguen así diversos objetivos, los más significativos son :

- Trabajo interdisciplinar y normalización
- Gestión inmediata de desviaciones
- Evaluación de la causalidad
- Apoyo para la gestión global

Los sujetos potenciales para la gestión de casos, serían todos los ambientes asistenciales, donde existe el riesgo de desajuste de estancias, consumos, secuencias etc. entre las previsiones y la realidad.

El ejercicio de la profesión exige a la enfermera una capacitación cada vez más amplia así como una identificación precisa de su papel y del servicio propio, que solamente ella es capaz de ofrecer, la competencia de la enfermera se demuestra por medio de la profundidad de conocimientos, habilidades, actitud de ayuda y un criterio, clarificado con la colaboración del usuario y en función del objetivo perseguido. El proceso entonces se convierte en un medio, puesto a su disposición para actuar de forma racional y reflexiva que le permite desempeñar con plenitud su papel, dentro del equipo de salud (M. Chagnon 1.993).

El mando de enfermería debe conocer el grado de competencia del personal que dirige, por medio de la evaluación periódica que le permitirá establecer momentos de comunicación con su personal con el objetivo de pautar objetivos de mejora o reconocer el trabajo bien hecho, es la estimuladora de su equipo y como tal debe poder escoger el personal de nueva incorporación y reconducir el que le es asignado.

Identificando como claves del éxito:

- Cambios de actitud.
- Capacidades conductuales y de gestión.
- Metas y objetivos.

Para conseguir un incremento de la productividad, aprovechamiento de los recursos, satisfacción de los clientes, reducción de costes, y aumento de competitividad.

El tener determinada la descripción de puestos de trabajo, donde se reflejan deberes y responsabilidades, sitúa al personal en el desarrollo de la actividad diaria, sabe lo que se espera de él. Los mandos deben asegurar que los empleados :

- Sepan perfectamente de que tareas son responsables
- Estén cualificados y motivados para realizar estas tareas
- Participen en el análisis frecuente y regular de su actividad diaria
- Sean recompensados satisfactoriamente por alcanzar sus objetivos.

Una de las responsabilidades mas importantes de un mando es supervisar a sus empleados, debe manejar el desempeño de individuos cuyo conocimiento, habilidades, actitudes y años de experiencia varían mucho de uno a otro. Es inapropiado que un mando adopte un modelo de supervisión único para todos , se requiere un enfoque mas adaptable porque :

- Los empleados tienen distintos niveles de conocimiento , habilidades y motivación.
- No existe una única forma de supervisar.
- Los mandos deben adaptarse a una variedad de estilos , para afrontar las necesidades de la situación.
- Los empleados deben participar en su propia evaluación y marcar objetivos para su mejora.

- La supervisión y dirección participativas presentan ventajas notables en la mayoría de los casos.

Un buen líder detecta las necesidades de formación de su equipo y las supe con programas formativos, dirigidos al aumento de conocimientos, debe poder promocionar y proponer nuevos caminos o reconducir al personal que no es capaz de seguir el ritmo marcado.

La responsabilidad de analizar las razones de unos resultados deficientes radica casi siempre en el mando.

Los enfoques hacia un mando efectivo, se orientan en el futuro, dirigidos a mejoras, basado en las tareas, participativo, continuo, objetivo, relacionado a objetivos y con referencia en la mejora individual. Este enfoque debe adaptarse a las organizaciones de hoy, más horizontales, participativas, abocadas al servicio y a la mejora de la calidad de los resultados.

Ser un buen mando de enfermería es actualmente uno de los desafíos de la profesión.

Toda esta filosofía de actuación va realmente encaminada a la consideración del paciente como cliente y centro de atención y cuidados .

Como consecuencia de la universalización de la sanidad pública, se genera un gasto elevadísimo, por lo que se dan las condiciones necesarias para dar paso al escenario actual, centrado en la cultura de empresa. Con esta aparece una nueva terminología que hace referencia al cliente, producto y costos. La palabra enfermo reducía la dimensión de la persona a un problema



sanitario; la palabra cliente la complementaría transfiriéndole la capacidad de elegir y decidir, lo que crea que más le conviene (A. Guillamet et al, 1.996 ).

Las necesidades de los clientes en los centros sanitarios se manifiestan en cada uno de los servicios que estos reciben. La interconexión existente en todos los servicios exige, la concepción del servicio, como un sistema integral, configura el sistema de información y atención al cliente como una función que para su empeño satisfactorio esta implicada toda la organización.

La captación de clientes en los centros teniendo en cuenta el entorno sanitario (desde el punto de vista competitivo) formula la necesidad de mejorar las instalaciones hoteleras para ponerlas en consonancia con el aumento de la calidad de vida, por lo que se ha hecho necesaria remodelar las instituciones con el objetivo de obtener un alto grado de confort.

La detección de problemas mediante la recogida de información mediante reclamaciones y sugerencias permiten la mejora del servicio. Para ello se han creado departamentos de atención al cliente.

La información es un punto estrella para orientarlo en la institución, desde su ingreso y en ocasiones antes del mismo para que llegue informado al hospital. Es conveniente tener establecido un protocolo de acogida a la institución. Facilitarle información sobre sus derechos y deberes, normas, utilización de los servicios, horas de información etc. y darle a conocer el servicio de atención al cliente donde puede hacer llegar sus sugerencias.

La comunicación sobre su proceso debe llegar a los centros que posteriormente le ofrecerán sus cuidados, para no romper la línea de actuación.

Para mejorar la comunicación debe disponer al alta de un informe, tanto médico como de enfermería donde se registren los cuidados específicos que precisa.

El Cliente debe tener respuesta a las reclamaciones que presenta. No olvidemos tampoco que su familia, entorno etc. son clientes del hospital, por lo que la información y trato son ejes fundamentales a tener en cuenta.

#### **4.5 INTERACCION DEL EQUIPO ASISTENCIAL**

Rensis Likert (1903- 1981) propuso como una organización eficiente aquella en la que existe confianza entre superiores y subordinados, donde fluye la información libremente de forma ascendente, descendente y lateral y donde se solicita la participación del grupo para determinar objetivos y las decisiones se toman a todos los niveles de la organización.

Del periodo comprendido entre 1.970 hasta 1.990, centrado en los hospitales. destacamos como característica mas relevante, que la figura del médico da paso a la del equipo sanitario, donde cobra gran importancia la competencia profesional.

La enfermería se convierte en una profesión, primero técnica en 1,957 y más tarde en universitaria en 1.977, lo que confiere una mayor preparación de las futuras enfermeras.

Admitiendo como premisa, que la sanidad tiene como núcleo principal el diagnóstico, pronóstico, tratamiento y cuidados individualizados, la cultura

empresarial actual, ha añadido entre otras dimensiones la de "calidad". (A. Guillaumet et al 1.996).

Si lo entendemos así , hay que tener en cuenta que :

- ⇒ La calidad debe partir de todos los niveles.
- ⇒ La participación es motivadora.
- ⇒ Las personas que componen el equipo son las que mejor conocen los aspectos básicos de su trabajo.
- ⇒ Para promover mejoras deben participar todas las personas relacionadas con el producto.
- ⇒ La participación debe articularse en grupos de trabajo orientados hacia la política de calidad, sus sugerencias deberán tenerse en cuenta.
- ⇒ Participar en grupos de trabajo requiere conocer una metodología determinada.
- ⇒ Los mandos deben tener en cuenta que el poder de liderazgo, es más influyente que el poder legal.
- ⇒ La calidad obliga a analizar el acto sanitario y por tanto la actividad de enfermería y de todos los componentes del equipo de trabajo.

Es evidente que cada vez se exige una mayor participación de todas las profesiones, para satisfacer las necesidades de los clientes. Lo que ha provocado un aumento de los equipos multidisciplinares que aúnan esfuerzos para la consecución de objetivos, lo que exige una mayor competencia de la enfermera, para manifestar las aportaciones propias de la disciplina que representa.

El trabajo en equipo esta orientado a la mejora continua del proceso, supone un compromiso total de todos los implicados.

El mando debe conseguir el máximo partido de su equipo, y puede hacerlo de la siguiente manera :

- ⇒Guiando sus esfuerzos con una visión ambiciosa inspiradora y bien concebida de su unidad.
  - ⇒Compartiendo con el personal , su visión y argumentos en los que se sustenta
  - ⇒Generando expectativas en cada miembro del equipo de cara a alcanzar los objetivos marcados.
  - ⇒Contratando a gente que pueda compartir sus expectativas.
  - ⇒Haciendo saber sus expectativas de forma clara
  - ⇒Negociando para conseguir lo que quiere del personal
  - ⇒Delegando responsabilidades que estimulen a los miembros del equipo.
- Escúcheles, demuéstreles, entusiasmo, iniciativa, compromiso, energía, lealtad, formalidad, sinceridad, cuidado y competencia que usted espera de ellos  
Notifíqueles como cumplen sus objetivos.<sup>16</sup>

Esta necesidad de evolucionar hacia una organización intraprofesional del trabajo orientado al paciente ha suscitado la búsqueda de referentes externos como reacción lógica, a fin de situarse sobre la exacta significación y naturaleza del cambio y su amplitud. Decimos evolución intraprofesional porque creemos que exige la plena aceptación no solo de que hay conocimientos diversos que deben tenerse en cuenta, sino de actitudes y comportamientos de diferentes profesiones, que deben conjuntarse en equipos asistenciales.

La gestión integrada y el desarrollo profesional integrado de los diversos colectivos profesionales que hacen posible la asistencia es, por tanto, una condición ineludible y marca a nivel micro-sanitario una de las características mas relevantes del cambio actual. (Pere Monrás 1.993).

El trabajo en equipo lo encontramos constituido, en las comisiones hospitalarias, en círculos de mejora, en la elaboración de protocolos, trayectorias clínicas, procesos asistenciales, etc.

---

<sup>16</sup> Gestión de enfermería, Nursing1.993 Diciembre N. 36



La colaboración de todas las disciplinas, enriquece el producto final ofertado. El mando de enfermería debe estimularlo, ofrecer formación para trabajar en equipo y marcar las directrices que configuran que un trabajo tenga éxito.

Para que un equipo sea más productivo, es importante tener en cuenta su madurez , tanto la de los componentes, como la del equipo en general.

Según el psicólogo Daniel Goleman<sup>17</sup>, el dominio emocional, es un factor determinante en las relaciones grupales , para mejorar la capacidad de trabajo y las relaciones afectivas , sostiene que la inteligencia emocional junto con el coeficiente de inteligencia resulta esencial para poder alcanzar una posición personal privilegiada , para Goleman las personas que han desarrollado esta forma de inteligencia , suelen sentirse satisfechas de si mismas , son más eficaces y generalmente tienen éxito en su vida profesional y personal .

La capacidad de potenciar las relaciones humanas , escuchar al otro , hablar con asertividad, habilidad para conocer y controlar emociones , es propio de personas inteligentes .

El verdadero líder es aquel que sabe como persuadir a su equipo , en la construcción de un objetivo común , citando como claves del éxito :

- ⇒ Autoconciencia
- ⇒ Control de las emociones
- ⇒ Capacidad para motivarse
- ⇒ Empatía
- ⇒ Arte en las relaciones interpersonales.

---

<sup>17</sup> Daniel Goleman , Inteligencia Emocional ,De. Kairós , Barcelona 1.996

## **5.-HIPOTESIS:**

### **HIPOTESIS GENERAL**

En base al marco teórico y conociendo el trabajo que se le exige actualmente al mando intermedio , elaboramos la siguiente hipótesis de trabajo :

**Los cambios en el entorno sanitario influyen en la gestión de los mandos intermedios.**

→**Variable independiente:**

Los cambios en el entorno sanitario

→**Variable dependiente:**

La gestión de los mandos intermedios

→**Variables intervinientes :**

**Variables personales :** edad, años de experiencia como mando, título académico.

**Variables organizativas :** Servicio, tipo de hospital, nº de camas que gestiona, disponer de planes de cuidados estándar, de programas de educación sanitaria, de programas de atención a domicilio, de estándares de calidad, de círculos de mejora, de planes informatizados y de modelo de atención.

Dada la amplitud de la hipótesis general , creímos conveniente especificarla más y para ello elaboramos las siguientes sub-hipótesis.

## **SUB-HIPÓTESIS**

- 1- Los mandos intermedios tienen formación específica en gestión y están actualizados en sus conocimientos profesionales.
- 2- Gestionan los recursos humanos de un modo eficiente, prestando atención
- 3- a su competencia como profesionales y trabajando en equipo.
- 4- Han incorporado el concepto de la atención de enfermería como un producto del cual son responsables de su calidad y para ello han introducido control en el proceso de atención.
- 5- Han integrado en la profesión de enfermería el concepto de cliente.
- 6- Se interesan por conocer los resultados de su producto y la satisfacción producida en sus clientes.
- 7- Gestionan los recursos adaptándose a un presupuesto.
- 8- Los mandos intermedios actuales tienen una experiencia en gestión superior a cinco años.





Desde el mes de Julio hasta Octubre revisamos bibliografía sobre el tema , recogiendo las ideas más interesantes para elaborar el marco teórico.

Posteriormente definimos como objetivo de nuestra investigación remarcar la importancia, del mando intermedio de enfermería al frente de las unidades y conocer si su gestión actual se encuentra influenciada por los cambios en el entorno sanitario , y en que parámetros se hace mayor énfasis.

Una vez centrado nuestro objetivo, elaboramos una hipótesis general ,que posteriormente dividimos en siete sub-hipótesis y dentro de cada una de ellas identificamos variables, de las que elaboramos una definición operativa, (Anexo-1)

En Enero-97 contactamos con las direcciones de enfermería para entregar los cuestionarios destinados a los responsables de las unidades , estos cuestionarios iban acompañados de una carta de presentación.

En el mes de Marzo-97 estaban recogidos en su totalidad . Fueron 80 de una población de 109 unidades de hospitalización, dando una participación del 73%.

Cuando empezamos a recoger cuestionarios introducimos los datos en el ordenador, utilizando el programa SPSS y con la siguiente secuencia de trabajo:

1. Asignar un número de variable a cada una de las preguntas del cuestionario.
2. Etiquetar cada variable y codificar las posibles respuestas (Anexo-4)
3. Introducir los datos de cada cuestionario.
4. Diferenciar la variables cuantitativas de las cualitativas.
5. Conocer la frecuencia y el porcentaje de cada respuesta, (estadística descriptiva, anexo-5)
6. Basándonos en el resultado de la estadística descriptiva y agrupando las variables por sub-hipótesis y dentro de estas por tipo de respuesta, elaboramos una primera impresión de los resultados.
7. Seleccionamos las variables dependientes que nos interesaba cruzar con las variables intervinientes y agrupamos las variables de cada subhipótesis en dos grupos definidos según el tipo de respuesta con lo que construimos nuevas variables dentro de cada sub-hipótesis.
8. Teniendo en cuenta las características de las variables aplicamos análisis de varianza, comparación de medias y correlación de Pearson para conocer la estadística inferencial .
9. Conociendo el resultado de la estadística inferencial hicimos un comentario de cada una de las variables cruzadas (Especificaciones).
10. Una vez analizada la estadística inferencial pasamos a elaborar las conclusiones y a partir de estas una propuesta de mejora, además de dejar abiertas posibles líneas de investigación.

## **TIPO DE ESTUDIO**

Hemos realizado un estudio inductivo, con metodología descriptiva de corte transversal

## **POBLACION Y MUESTRA**

La población de nuestro estudio son los mandos intermedios de las unidades de hospitalización de los hospitales en los cuales consideramos que podríamos obtener colaboración, procurando que las características de todos ellos fueran distintas, para poder incluir en nuestro estudio centros públicos , concertados y privados del Bages, , Maresme y Vallés Occidental y Barcelona ciudad,

Los hospitales que aceptaron colaborar fueron:

- Centre Cardiológic de Manresa
- Consorci Hospitalari Parc Taulí
- Hospital de Barcelona
- Hospital de Calella
- Hospital Clínic I Provincial de Barcelona
- Hospital de la Creu Roja de Barcelona
- Hospital Mútua de Terrassa
- Hospital Nuestra Sra. De la Esperanza
- Institut Dexeus

La distribución de supervisoras de hospitalización en cada centro es la siguiente:

<b>Centro hospitalario</b>	<b>Nº supervisoras</b>
Centre Cardiológic de Manresa	9
Consorti Hospitalari Parc Taulí	14
Hospital de Barcelona	6
Hospital de Calella	30
Hospital Clínic I Provincial de Barcelona	9
Hospital de la Creu Roja de Barcelona	9
Hospital Murua de terrassa	9
Hospital Ntra. Sra. De la Esperanza	3
Clínica Dexeus	7

Dado el tamaño de la población, 109 mandos decidimos no trabajar con muestra, sino con la totalidad de la misma.

## **INSTRUMENTO DE MEDIDA**

Como instrumento de medida utilizamos un cuestionario (Anexo-2).

Para la elaboración del cuestionario fuimos haciendo un listado de preguntas de las cuales íbamos seleccionando las que más información aportaban a nuestro estudio. Este cuestionario hubo que retocarlo en varias ocasiones y finalmente constaba de setenta preguntas agrupadas en dos modalidades de respuesta, " si - no" y " nunca, a veces, casi siempre, siempre ".Antes de su distribución fue testado con dos personas de uno de los centros colaboradores y cuatro compañeras del Máster.

Los cuestionarios fueron distribuidos en los hospitales y clínicas entregándolos a la dirección de enfermería, acompañados de una carta de presentación (Anexo-3), donde se repartían a los responsables de las unidades, salvo en dos centros en los cuales se repartieron por una de las integrantes del grupo de trabajo. Los cuestionarios eran anónimos, de respuesta voluntaria y sin dar información adicional del contenido de las preguntas.

## **7.- RESULTADOS**

Exponemos los resultados de la estadística descriptiva agrupándolos según la formulación de nuestras sub-hipótesis, ayudándonos de las tablas y los gráficos que a continuación presentamos.

### **1. LOS MANDOS INTERMEDIOS TIENEN FORMACIÓN ESPECÍFICA EN GESTIÓN Y ESTÁN ACTUALIZADOS EN SUS CONOCIMIENTOS PROFESIONALES**

La mayor parte de los mandos intermedios han realizado algún curso específico de gestión, y mantienen sus conocimientos actualizados mediante la asistencia a congresos, no considerando tan importante la suscripción a revistas profesionales y la pertenencia a asociaciones

<b>Formación específica en gestión y actualización</b>	<b>Si %</b>	<b>No %</b>
Pertenece a asociaciones profesionales	48	52
Asistencia a congresos en los tres últimos años	98	2
Estar suscrito a revistas profesionales	63	37
Haber realizado algún curso específico en gestión	96	4

## **2. GESTIONAN LOS RECURSOS HUMANOS DE UN MODO EFICIENTE, PRESTANDO ATENCIÓN A SU COMPETENCIA COMO PROFESIONALES Y TRABAJANDO EN EQUIPO**

La gestión de recursos humanos según la actividad del servicio y las cargas de trabajo no es del todo habitual entre los mandos intermedios de las unidades.

Cuando se gestiona el personal según la actividad del servicio la mayoría de las veces se reajusta en la propia unidad, aunque en ocasiones se distribuye en los servicios que lo precisen.

Aunque en el 84% de los casos se dispone de descripciones del puesto de trabajo, sólo se efectúan evaluaciones al personal en el 40% de las veces, aunque la competencia profesional es conocida por el responsable de la unidad en un 98%.





	<b>Si</b> <b>%</b>	<b>No</b> <b>%</b>
Tener descripción del puesto de trabajo	84	16
Tener planes de acogida para nuevas incorporaciones	81	19
Conocer la competencia profesional de la plantilla	98	2
Tener objetivos consensuados de acuerdo con el centro	79	21
Pertenecer a alguna comisión del hospital	83	17
Personal correctamente identificado	57	43
Personal correctamente uniformado	99	1

### **3. HAN INCORPORADO EL CONCEPTO DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA COMO UN PRODUCTO DEL CUAL SON RESPONSABLES DE SU CALIDAD Y PARA ELLO HAN INTRODUCIDO CONTROL EN EL PROCESO DE ATENCIÓN**

Se tiene en cuenta al paciente de una forma más globalizada, realizando educación sanitaria, prevención y contando con él para establecer objetivos.

La responsabilidad sobre el proceso de atención requiere no descuidar la calidad de los cuidados y el entorno en que se desarrollan, lo cual quiere decir estar atento a los cambios que se pueden presentar en la unidad. Como la afecta si la complejidad de los procesos varía, cumplir los estándares de calidad, registrar correctamente todo el proceso de atención, y protocolizar para evitar la diversificación.

<b>Calidad y control del proceso de atención</b>	<b>Nunca %</b>	<b>A veces %</b>	<b>Casi Siempre %</b>	<b>Siempre %</b>
Llevar a cabo programas de formación	17	40	33	10
Realizar educación sanitaria	3	41	42	14
Establecer objetivos de mejora con el usuario	35	31	25	9
Cumplimentación de registros	1	10	72	17
Informes de alta	24	31	22	23
Revisar registros	4	19	63	14
Cumplir estándares de calidad (1)	11	21	49	19

(1) El 19% de los casos no han contestado

<b>Control de calidad</b>	<b>Si %</b>	<b>No %</b>
Exigir servicio a los departamentos de soporte	96	4
Conocer cambios en la unidad cuando la complejidad de procesos varia (2)	73	27
Tener protocolos de actuación	100	0
Tener protocolos de ingreso para pacientes	81	19

(2) El 12% de los casos no han contestado.

#### 4. HAN INTEGRADO EN LA PROFESION DE ENFERMERIA EL CONCEPTO DE CLIENTE

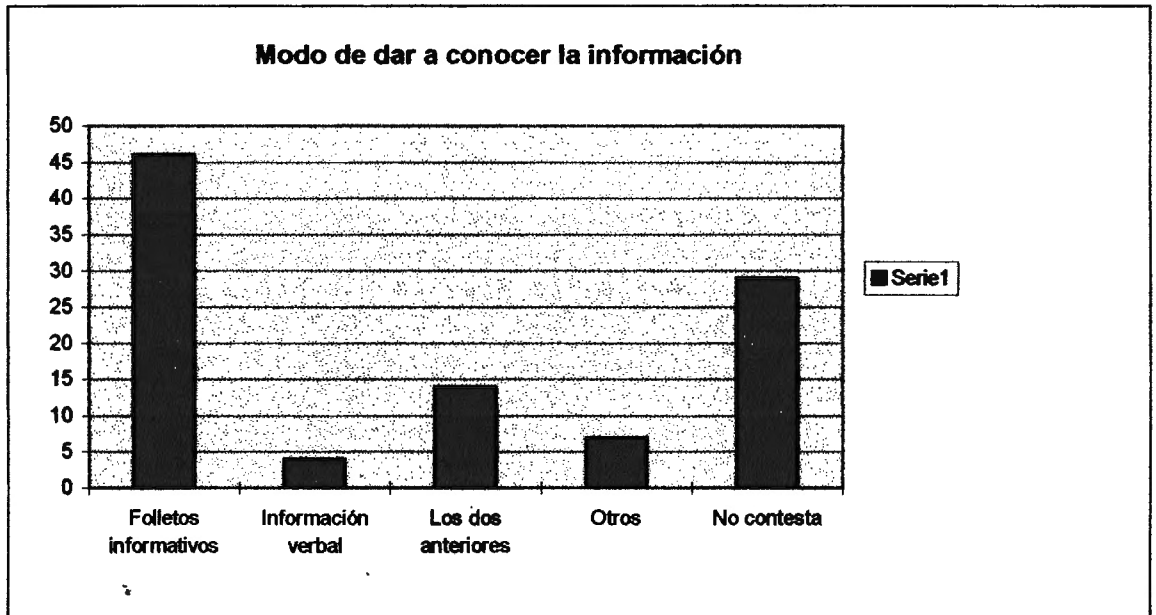
Se tienen en cuenta los derechos del usuario, se es consciente de tener otros clientes además del paciente y se conocen los centros que plantean competencia directa.

La información y la presencia de los familiares respecto a los procesos de atención es insuficiente

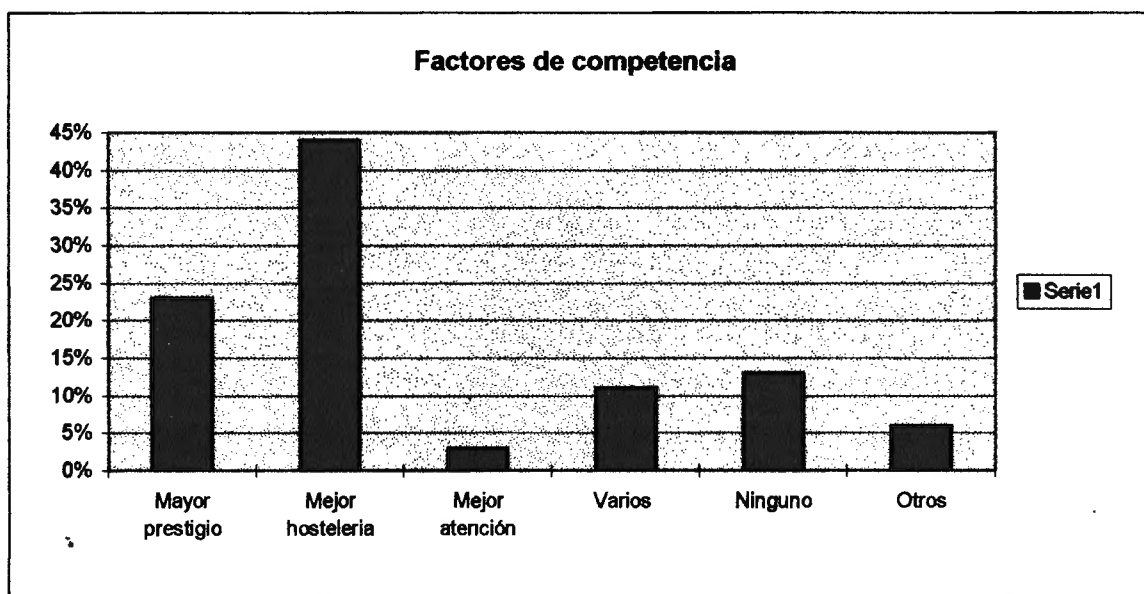
Información y presencia de familiares o acompañantes	Nunca	A veces	casi siempre	siempre
	%	%	%	%
Presencia de acompañantes	17	41	26	16
Familiares informados	8	37	46	9

Visión del paciente y entorno como cliente dentro del mercado de la sanidad	Si	No
	%	%
Se dan a conocer los derechos al usuario	76	24
Disponer de un horario para dar información	55	45
Considerar otros clientes además del paciente	79	21
Saber que centros plantean competencia directa	78	22

Mayoritariamente se dan a conocer los derechos al usuario por medio de folletos informativos.

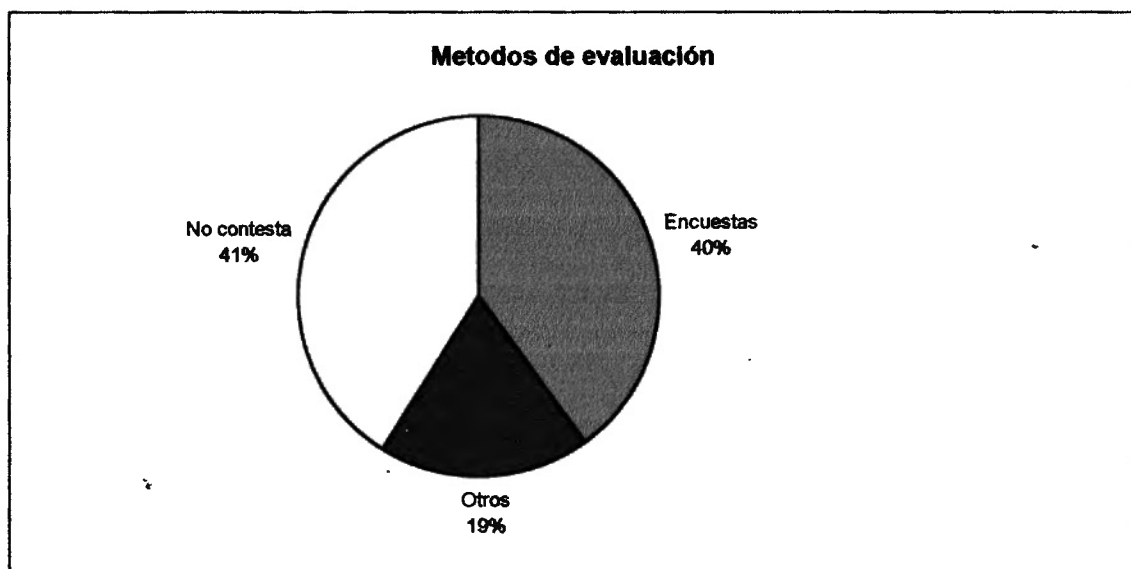


El motivo más importante al que se atribuye la competencia en los centros sanitarios es por la hostelería y el menos importante es la mejor atención.

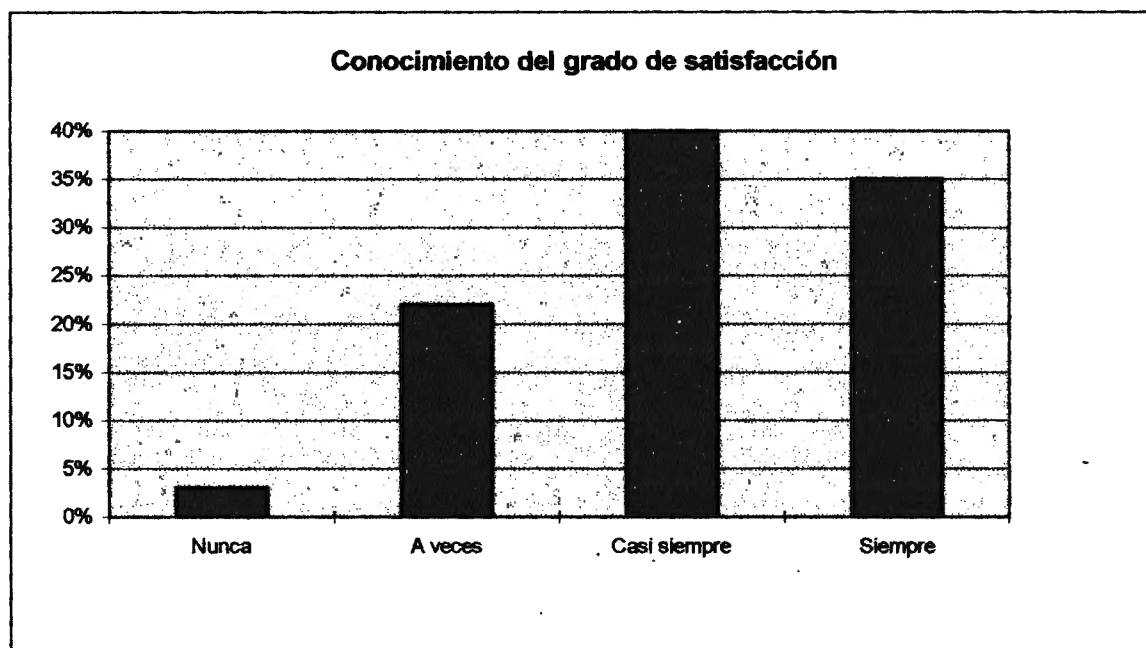


## 5. SE INTERESAN POR CONOCER LOS RESULTADOS DE SU PRODUCTO Y LA SATISFACCIÓN PRODUCIDA EN SUS CLIENTES

En el 64% de los casos evalúa el proceso de atención a los pacientes.

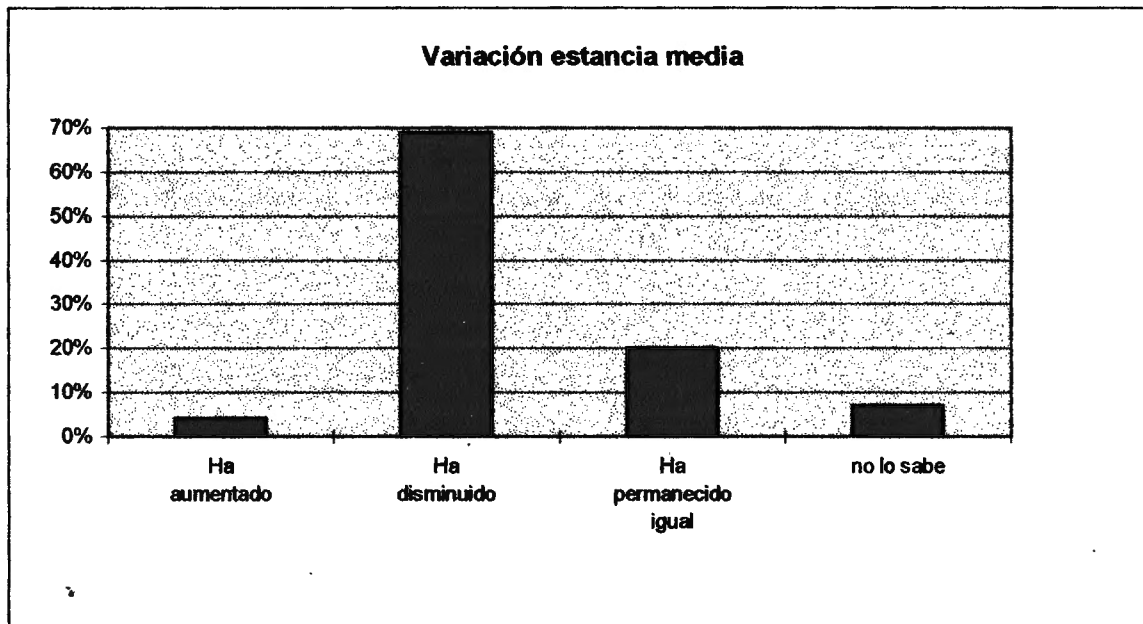


Existe marcado interés por conocer el grado de satisfacción de los clientes



<b>Modo de conocer el grado de satisfacción del cliente</b>	<b>%</b>
Mediante encuestas	35
Servicio atención al cliente	10
Información verbal	10
Varios de los anteriores	23
Otros	10
Encuesta telefónica	1
No contesta	11

El 93% de los casos conocen la estancia media de los pacientes de sus unidades.



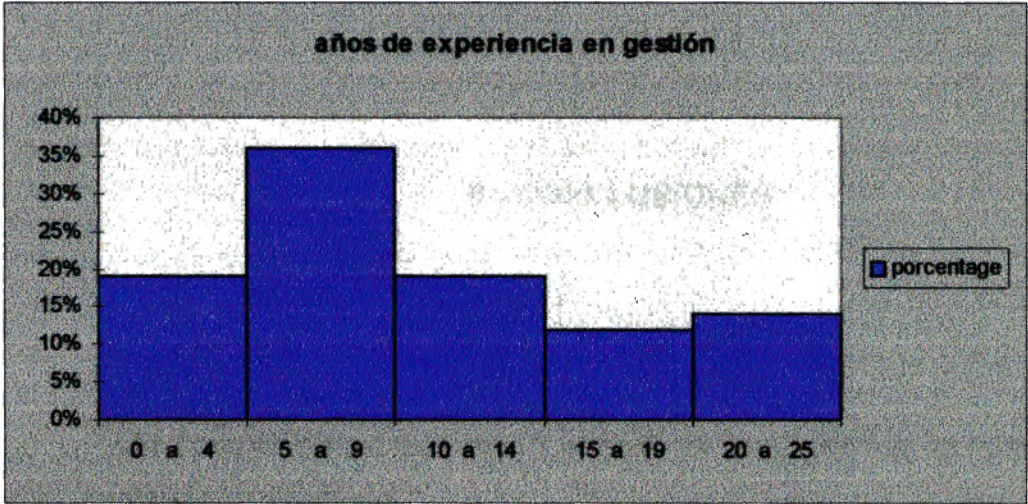


## 6. GESTIONAN LOS RECURSOS ADAPTÁNDOSE A UN PRESUPUESTO

Los mandos intermedios encuestados gestionan recursos con un presupuesto preestablecido y se preocupan de hacer saber al equipo la necesidad de controlar gastos, conocen sus desvíos presupuestarios

<b>Adaptarse a un presupuesto</b>	<b>Nunca %</b>	<b>A veces %</b>	<b>Casi siempre %</b>	<b>siempre %</b>
Conocer desvío presupuestario De personal	20	16	19	45
Conocer desvío presupuestario De material fungible	14	11	14	61
Conocer el coste de los medicamentos	20	24	21	25
Informar al equipo de controlar gastos	2	10	31	57

**7. LOS MANDOS INTERMEDIOS ACTUALES TIENEN UNA EXPERIENCIA EN GESTIÓN SUPERIOR A CINCO AÑOS**



## 8.- CONCLUSIONES

Las conclusiones a que hemos llegado las expondremos en relación con nuestras subhipótesis.

⇒ Los mandos intermedios tienen formación específica en gestión y mantienen sus conocimientos actualizados asistiendo a cursos y congresos. Casi en su totalidad son D.U.E. y más de las tres cuartas partes tienen una experiencia en gestión igual o superior a diez años y una edad media de 41 años.

Sólo la mitad de los encuestados pertenecen a alguna asociación profesional y el 63% está suscrito a alguna revista de ámbito científico.

⇒ La gestión eficiente de los recursos humanos y el trabajo en equipo está más evolucionado en las unidades en las que existen estándares de calidad y círculos de mejora. También podemos observar que en las unidades materno-infantiles y en las de cirugía, además de en los centros privados el control de la

competencia de los profesionales y la imagen que estos proyectan está más cuidada que en la demás unidades y los centros públicos y concertados.

Esta última consideración referente al tipo de especialidad del servicio, puede ser debida a que en los centros privados la actividad más importante es la quirúrgica y la materno-infantil.

Cuando se dispone de programas de atención a domicilio la gestión de los recursos humanos se decanta más a una distribución adecuada de la plantilla, bien sea en el aspecto de la relación Actividad/plantilla, como en el de la evaluación y selección del personal de la unidad.

⇒La responsabilidad de la calidad del producto de enfermería y el control del proceso de atención es mayor en las unidades en las que se dispone programas de atención a domicilio y tienen determinados estándares de calidad. La especialidad de la unidad y el suministro del material fungible mediante unidades hemos visto que también le influye al mando intermedio a la hora de responsabilizarse de la calidad de sus productos

⇒Para los mandos intermedios el concepto del paciente y su entorno, como clientes, está más incorporado en las unidades en las que se trabaja con planes estándar de enfermería.

En las unidades en las que se dispone de programas de atención a domicilio y/o existen círculos de mejora el concepto de cliente se orienta más hacia el entorno del paciente. En los centros públicos y concertados y en las unidades que disponen de programas de educación sanitaria la orientación es hacia el exterior.

En los centros concertados es donde mayor interés despierta, en los responsables de las unidades el conocer cual es el resultado de los productos ofrecidos, seguidamente están los centros privados y por último los públicos. En las unidades que disponen de programas de atención a domicilio y círculos de mejora también es considerado importante conocer el resultado del producto.

⇒La satisfacción de los clientes siempre es considerada importante en cualquier tipo de centro y cualesquiera que sean las características de la unidad.

⇒La gestión adaptada a un presupuesto establecido está más introducida en los centros privados y en las unidades en que existen círculos de mejora.

Con todo lo expuesto anteriormente llegamos a la conclusión de que el tipo de financiación del centro y la existencia de programas de atención a domicilio y la creación de círculos de mejora son las variables más influyentes en la gestión de los mandos intermedios de enfermería.

La especialidad de la unidad y tener marcados estándares de calidad son factores que también influyen en la gestión.

La edad, el sexo, la formación, los años de experiencia y el número de camas que se gestionan no representa ser ningún factor influyente en el modo de gestionar. Este resultado creemos que es debido a la gran uniformidad de estos caracteres en todos los mandos encuestados.

Podemos concluir que aunque no haya habido gran renovación en los puestos de responsabilidad de las unidades de enfermería, los mandos

intermedios han sabido ir adaptándose a las demandas de los cambios del entorno sanitario, que a su vez han sido provocadas por las exigencias de los cambios producidos en la sociedad.

## **9.-PROPUESTAS DE INVESTIGACIÓN**

Observando los resultados obtenidos , podríamos hacer las siguientes propuestas:

Sería conveniente introducir progresivamente patrones de calidad en los centros, dado que influyen en la gestión de las unidades, ya sea desde el punto de vista del producto como en el ámbito de la gestión.

También consideramos interesante realizar un nuevo estudio , comparativo en un mismo centro de los resultados que obtiene las unidades en las que se han introducido parámetro de calidad, con respecto a las que no, para valorar la incidencia que la introducción de estos parámetros, ha tenido en la gestión de los mandos intermedios, sin que influyan las características del centro.

Sería conveniente que se profundizara más en la implementación de un método que permitiera conocer de forma científica , niveles de dependencia y

cargas de trabajo, para determinar la plantilla necesaria. De forma que nos permitiera comparar resultados con hospitales con similares características .

Dado que parece poco introducido en el sistema, la elaboración de trayectorias clínicas o caminos críticos sería conveniente investigar sobre el tema en cuanto a las mejoras que significan para el hospital y el paciente.

Investigar sobre lo que aporta la informática a la planificación de cuidados, en cuanto a seguimiento de un modelo y mejora total de comunicación y registros.



## **VARIABLES : DEFINICION OPERATIVA**

**MANDO INTERMEDIO:** Persona con autoridad sobre un numero indeterminado de trabajadores que es responsable ante su inmediato superior de la consecución de objetivos y resultados así como de las actuaciones propias y de las personas a su cargo dentro del ámbito laboral.

**TENER FORMACION EN GESTION:** Haber realizado uno o más cursos destinados a formarse como mando.

**ESTAR ACTUALIZADO:** Estar informado de los avances de la profesión desde el punto de vista asistencial o de gestión.

**GESTIONAR:** Planificar unas actuaciones dirigidas a la consecución de objetivos preestablecidos con un control y responsabilidad sobre los gastos y los resultados.

**RECURSOS HUMANOS EN SANIDAD:** Conjunto de individuos disponibles o adiestrados para las diferentes ocupaciones y empleos de la atención o del cuidado sanitario, teniendo en cuenta el acervo de conocimientos, destrezas, experiencias y características generales de tales profesionales.

**EFICIENTE:** Obtener los resultados esperados con el mínimo de recursos

**PRESTAR ATENCION:** Estar preocupado por. Atender.

**COMPETENCIA COMO PROFESIONALES:** Calidad científico-técnica de los profesionales.

**TRABAJAR EN EQUIPO:** Funcionamiento de un grupo de personas para un fin común y determinado.

**INCORPORAR:** Formar parte de.

**ATENCION DE ENFERMERÍA:** Actuaciones profesionales encaminadas a restablecer la salud, paliar la enfermedad o acompañar en los últimos momentos de la vida a las personas que precisan y solicitan la intervención de los profesionales de enfermería.

**PRODUCTO:** Bien o servicio que se utiliza o se percibe como capaz para satisfacer un deseo o una necesidad humana.

**SER RESPONSABLE:** Estar obligado a dar cuenta de sus actuaciones.

**CALIDAD:** satisfacción por parte del usuario y del profesional ya sea en cuanto a resultados medibles como en resultados percibidos.

**CONTROL:** Proceso de observación y medida a través de la comparación sistemática de los objetivos previstos respecto a los resultados obtenidos.

**PROCESO:** Secuencia de acontecimientos que representan la forma en que tiene lugar el cambio o transición de una situación a otra.

**INTEGRAR:** Hacer entrar. Unir. Formar parte de.

**CLIENTE:** Persona que utiliza los servicios de un profesional.

**INTERESARSE:** Dar valor.

**RESULTADO:** Modificación en el estado de salud como consecuencia de la aplicación de un procedimiento o proceso.

**SATISFACCION:** Utilidad que consigue y que percibe un usuario después de una actuación del equipo asistencial.

**ADAPTARSE A UN PRESUPUESTO:** Acomodarse a la estimación previamente hecha de los gastos de una unidad económica durante un periodo de tiempo determinado.

**EXPERIENCIA EN GESTION:** Conocimiento adquirido gracias a la práctica en dirigir personas hacia unos mismos objetivos siendo responsable de los resultados.

**PARTICIPAR EN REMODELACIONES DE LA UNIDAD:** Ser tomada en cuenta la opinión de la persona en el momento de hacer cambios estructurales en la unidad.

## **BIBLIOGRAFIA :**

Cuesta Gómez, J.A. Moreno Ruiz, R. Gutierrez Marti, La Calidad de la asistencia hospitalaria, Ed. Doyma , Madrid 1.986

M. Paz Monpart Garcia , Administración de servicios de enfermería . Ed. Masson . Barcelona 1.994

Ann Marriner Tomey, Administración y liderazgo en enfermería. Ed. Doyma Madrid 1.996

J.L.Temes , J.L.Diaz, B. Parra., El Coste por proceso hospitalario. De McGraw-Hill-Interamerica de España , Madrid 1.994

The Joint Comission , Manual de Acreditación de Hospitales, De. S.G. Editores S.A. Barcelona 1.955

Lluis Bohigas Santasusagna, El control de gestión en enfermería, De. Duppes, Barcelona 1.994

Ann Guilles Dee, Gestión de enfermería , una aproximación a los sistemas, De. Masson , Barcelona 1.994

M. Casas . Los grupos relacionados con el diagnóstico . Experiencia y perspectivas de utilización., De. Masson , Barcelona 1.991.

J.L. Cuervo, J. Varela, R. Belenes , Gestión de hospitales. Nuevos instrumentos y tendencias , De. Vicens Vives , Barcelona 1.994

Ann Marriner Tomey, Manual para la administración de enfermería, De. Interamericana, Méjico 1.982

E.T. Thora Kron, Liderazgo y administración en enfermería, De. Interamericana , Mejico 1.983

Pedro Schmitt Zalbide, M. Dolores Urtasun, Adelina Perez, Gestión del proceso asistencial hospitalario, Servicio Vasco de Salud, Organismo Autónomo del Gobierno Vasco.

Enrique Pacheco del Cerro , Administración de los servicios de enfermería, De. Sintesis, Madrid 1.995

Pere Monrás , Exigencias del cambio sanitario actual , Revista Rol de enfermería nº 183, Noviembre 1.993

Carmen Alonso, Pilar Arroyo, Mariona Creus et al. Jornada de debate, El producto enfermero, una necesidad social, Madrid 15-3-96

M. Teresa Diaz, " Accountability" Revista Rol de enfermería, nº 215-216 ,julio-agosto 1.996

G. Mateo Catala, Servicios de información, Administración Hospitalaria , Madrid 1.996, Dirección por línea de productos de enfermería, Nursing Administration Quarterly

Gestión de enfermería , apuntes, nº 36, Nursing, Diciembre 1.993

Manual teòric i pràctic per la implementació de l'evaluació dels cursos de formació, Institut Catalá de la salut , any 1.996 (document intern)

Plá de Salut de Catalunya , Departament de Sanitat y Seguretat Social, Maig 1.993

Gestión del producto enfermero, Asociación Nacional de directivos de enfermería.

G. Mateo Catala, Servicios de información, Administración Hospitalaria Madrid , 1.996 , Técnicas para el manejo de la productividad del personal de enfermería, Health Care Supervisor.

E. Fernadez Collado, Desarrollo del producto enfermero en la línea asistencial, Gestión Hospitalaria nº 1, 1.996, pag. 48-64



---

**EL MANDO  
INTERMEDIO  
DE ENFERMERÍA  
PIEZA CLAVE  
DE LA GESTIÓN**

**ANEXOS**



**LOLO Marisol  
LLACH Roser  
GRAU Núria**

---

A. 10. 597

# ANEXO 1

## VARIABLES : DEFINICION OPERATIVA

**MANDO INTERMEDIO:** Persona con autoridad sobre un numero indeterminado de trabajadores que es responsable ante su inmediato superior de la consecución de objetivos y resultados así como de las actuaciones propias y de las personas a su cargo dentro del ámbito laboral.

**TENER FORMACION EN GESTION:** Haber realizado uno o más cursos destinados a formarse como mando.

**ESTAR ACTUALIZADO:** Estar informado de los avances de la profesión desde el punto de vista asistencial o de gestión.

**GESTIONAR:** Planificar unas actuaciones dirigidas a la consecución de objetivos preestablecidos con un control y responsabilidad sobre los gastos y los resultados.

**RECURSOS HUMANOS EN SANIDAD:** Conjunto de individuos disponibles o adiestrados para las diferentes ocupaciones y empleos de la atención o del cuidado sanitario, teniendo en cuenta el acervo de conocimientos, destrezas, experiencias y características generales de tales profesionales.

**EFICIENTE:** Obtener los resultados esperados con el mínimo de recursos

**PRESTAR ATENCION:** Estar preocupado por. Atender

**COMPETENCIA COMO PROFESIONALES:** Calidad científico-técnica de los profesionales

**TRABAJAR EN EQUIPO:** Funcionamiento de un grupo de personas para un fin común y determinado.

**INCORPORAR:** Formar parte de.

**ATENCION DE ENFERMERÍA:** Actuaciones profesionales encaminadas a restablecer la salud, paliar la enfermedad o acompañar en los últimos momentos de la vida a las personas que precisan y solicitan la intervención de los profesionales de enfermería.

**PRODUCTO:** Bien o servicio que se utiliza o se percibe como capaz para satisfacer un deseo o una necesidad humana.

**SER RESPONSABLE:** Estar obligado a dar cuenta de sus actuaciones.



**CALIDAD:** satisfacción por parte del usuario y del profesional ya sea en cuanto a resultados medibles como en resultados percibidos.

**CONTROL:** Proceso de observación y medida a través de la comparación sistemática de los objetivos previstos respecto a los resultados obtenidos.

**PROCESO:** Secuencia de acontecimientos que representan la forma en que tiene lugar el cambio o transición de una situación a otra.

**INTEGRAR:** Hacer entrar. Unir. Formar parte de.

**CLIENTE:** Persona que utiliza los servicios de un profesional.

**INTERESARSE:** Dar valor

**RESULTADO:** Modificación en el estado de salud como consecuencia de la aplicación de un procedimiento o proceso.

**SATISFACCION:** Utilidad que consigue y que percibe un usuario después de una actuación del equipo asistencial.

**ADAPTARSE A UN PRESUPUESTO:** Acomodarse a la estimación previamente hecha de los gastos de una unidad económica durante un periodo de tiempo determinado.

**EXPERIENCIA EN GESTION:** Conocimiento adquirido gracias a la práctica en dirigir personas hacia unos mismos objetivos siendo responsable de los resultados.

**PARTICIPAR EN REMODELACIONES DE LA UNIDAD:** Ser tenida en cuenta la opinión de la persona en el momento de hacer cambios estructurales en la unidad.

# ANEXO 2

CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTO DEL NIVEL DE PARTICIPACIÓN DE LOS MANDOS INTERMEDIOS DE ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN DE LAS UNIDADES

Este cuestionario, está encaminado a conocer el grado en el que ha evolucionado la participación de los mandos intermedios de enfermería, a raíz de los cambios que se han producido en el entorno, como: Limitación de recursos, cambio de concepto de salud, aumento de cultura sanitaria, visión de los pacientes como clientes y creación de equipos multidisciplinares y desarrollo del rol autónomo de enfermería.

DATOS PROFESIONALES :

1 - Edad ..... Años

2 - Género : (1)Masculino [ ] (2)Femenino [ ]

3 - Servicio de (1)Medicina [ ] (2)Cirugía [ ]

(3)Médico-quirurgico [ ] (4) Materno-Infantil [ ]

Numero de camas que gestiona .....

4 - Hospital: (1)Público [ ] (2)Privado [ ] 3)Concertado [ ]

5 - Experiencia como mando Intermedio ..... años

6 - Experiencia como enfermera ..... años

7 - Su titulación es de : (1)A . T . S . [ ] (2) A.T.S. convalidado [ ] (3)D . U . E . [ ]

8 - ¿ Pertenece a alguna asociación profesional ? (1)SI [ ] (2)NO [ ]

¿ Cual ? .....

9 - ¿ En los últimos tres años ha asistido a algún curso o congreso ? (1)SI [ ] (2)NO [ ]

¿ Cuantos ? .....

10 - ¿ Está suscrita a alguna revista profesional ? (1)SI [ ] (2)NO [ ]

¿ Cual ? .....

11 - ¿ Ha realizado algún curso específico de gestión ? (1)SI [ ] (2)NO [ ]

¿ Cual ? .....

- 12 - ¿Dispone de unidosis de material fungible ? (1)SI [ ] (2)NO [ ]
- 13 - ¿ La elección de un aparato para su unidad depende de Ud. ?(1)SI [ ] (2)NO [ ]
- 14 - ¿ Cada una de las personas a su cargo conoce el grado de absentismo que presenta ? (1)SI [ ] (2)NO [ ]
- 15 - ¿ Conoce el nivel de competencia de sus trabajadores ? (1)SI [ ] (2)NO [ ]
- ¿ Cómo ? :
- Por observación (3)[ ]
- Evaluación (4)[ ]
- Auto-evaluación (5)[ ]
- Resultados (6)[ ]
- 16 - ¿ Su personal trabaja correctamente identificado ? (1)SI [ ] (2)NO [ ]
- 17 - ¿ Su personal trabaja correctamente uniformado ? (1)SI [ ] (2)NO [ ]
- 18 - ¿ Dispone de planes de acogida para personal de nueva incorporación ? (1)SI [ ] (2)NO [ ]
- 19 - ¿ Cree que su trabajo puede ser medido en términos de productividad ? (1)SI [ ] (2)NO [ ]
- 20 - ¿ Que cambios experimenta en la unidad cuando la complejidad de los procesos varia ? .....
- .....
- 21 - ¿ En su unidad se trabaja conforme a un modelo conceptual de enfermería ? (1)SI [ ] (2)NO [ ]
- ¿ Cual ? .....
- 22 - ¿ Dispone de algún mecanismo de evaluación de procesos de atención al cliente? (1)SI [ ] (2)NO [ ]
- ¿ Cual ? .....
- 23 - ¿ Dispone de programas específicos de educación sanitaria para enfermos diabéticos, respiratorios, etc. (1)SI [ ] (2)NO [ ]
- 24 - ¿ Dispone de programas de atención a domicilio ? (1)SI [ ] (2)NO [ ]
- 25 - ¿ Dispone en su unidad de protocolos de actuación ? (1)SI [ ] (2)NO [ ]
- 26 - ¿ Dispone de estándares de calidad en su centro ? (1)SI [ ] (2)NO [ ]
- 27 - ¿ Existen en su centro círculos de mejora ? (1)SI [ ] (2)NO [ ]

- 28 - ¿ En su unidad se han hecho remodelaciones de hostelería ? (1)SI [ ] (2)NO [ ]
- 29 - ¿ Dispone de un protocolo de ingreso para pacientes (1)SI [ ] (2)NO [ ]
- 30 - ¿ Da a conocer sus derechos al usuario ? (1)SI [ ] (2)NO [ ]

¿ Cómo ? .....

- 31 - ¿ Dispone de un horario para dar información al paciente y la familia ? (1)SI [ ] (2)NO [ ]
- 32 - ¿ Dispone de objetivos a conseguir consensuados con su personal y de acuerdo con los objetivos generales del centro ? (1)SI [ ] (2)NO [ ]
- 33 - ¿ Tiene realizada la descripción de puestos de trabajo ? (1)SI [ ] (2)NO [ ]
- 34 - ¿ Pertenece o ha pertenecido a alguna comisión de su hospital ? (1)SI [ ] (2)NO [ ]
- 35 - ¿ Les exige servicio a los departamentos de soporte ? (1)SI [ ] (2)NO [ ]
- 36 - ¿ Tiene informatizados los planes de cuidados de enfermería ? (1)SI [ ] (2)NO [ ]
- 37 - ¿ Además de los pacientes, considera que tiene algún otro cliente ? (1)SI [ ] (2)NO [ ]

¿ Cual ? .....

- 38 - ¿ Su centro tiene un modelo conceptual de cuidados de enfermería, basado en su filosofía de atención al cliente ? (1)SI [ ] (2)NO [ ]

¿ Cual ? .....

- 39 - ¿ En su unidad se trabaja con diagnósticos de enfermería ? (1)SI [ ] (2)NO [ ]
- 40 - ¿ Dispone de registros adecuados para realizar correctamente el proceso de atención de enfermería ? (1)SI [ ] (2)NO [ ]
- 41 - ¿ Tiene definida alguna trayectoria clínica ? (1)SI [ ] (2)NO [ ]
- 42 - ¿ Sabe que centros le plantean competencia directa ? (1)SI [ ] (2)NO [ ]

- ¿ Porque?:
- Mayor prestigio [ ]
  - Mejor hostelería [ ]
  - Mejor atención [ ]

- 43 - ¿ En el último año la estancia media en su unidad:
- Ha aumentado ? (1)[ ]
  - Ha disminuido ? (2)[ ]
  - Ha permanecido igual ? (3)[ ]
  - No lo sabe (4)[ ]

44 - ¿ Dispone de unidosis medicamentosa? (1)SI [ ] (2)NO [ ]

Seleccione la respuesta teniendo en cuenta los siguientes valores de la escala:

NUNCA [ 1 ]                      A VECES [ 2 ]                      CASI SIEMPRE [ 3 ]                      SIEMPRE [ 4 ]

45 - ¿ Conoce sus desvíos presupuestarios en cuanto  
Gestión de personal ? [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ]

46 - ¿ Conoce sus desvíos presupuestarios en cuanto  
Material fungible ? [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ]

47 - ¿ Conoce el coste de los medicamentos que utiliza ? [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ]

48 - ¿ Tiene establecido un sistema de asignación de pacientes  
según cargas de trabajo ? [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ]

49 - ¿ Gestiona su personal según la actividad del servicio ? [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ]

Si selecciona la respuesta 2, 3, o 4 :

- Lo cede a otras unidades ? (5)[ ]

- Intenta reajustarlo en su unidad? (6)[ ]

50 - ¿ Informa a su personal de la necesidad de controlar gastos ? [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ]

51 - ¿ Aprovecha el ingreso en el hospital para llevar a cabo  
programas de prevención ? [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ]

52 - ¿ Efectúa evaluaciones de su personal ? [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ]

53 - Si en su centro hay establecidos estándares de calidad,  
¿ se cumplen en su servicio ? [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ]

54 - ¿ Tiene oportunidad de seleccionar a su personal ? [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ]

55 - ¿ Revisa la correcta cumplimentación de los registros  
de enfermería ? [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ]

- 56 - Si se han hecho remodelaciones de hostelería en su unidad, ¿ ha participado Ud. en ellas ? [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ]
- 57 - ¿ Conoce el grado de satisfacción de sus clientes ? [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ]
- ¿ De que forma? .....
- 58 - ¿ En su unidad se permite la presencia de un acompañante al realizarle cualquier proceso de atención a un cliente ? [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ]
- 59 - ¿ En su unidad se comentan los procesos de atención de enfermería en equipo ? [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ]
- 60 - ¿ Detecta las necesidades de formación de su equipo ? [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ]
- 61 - ¿ Realiza sesiones de enfermería ? [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ]
- 62 - ¿ Participa en reuniones con los servicios de soporte, como mantenimiento, limpieza, etc.? [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ]
- 63 - ¿ En su unidad se trabaja con planes de cuidados estándar ? [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ]
- 64 - ¿ Establece objetivos de mejora de salud con el usuario ? [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ]
- 65 - ¿ En su unidad se realizan informes de alta de enfermería ? [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ]
- 66 - ¿ Conoce el nivel de dependencia de sus clientes ? [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ]
- En caso afirmativo, ¿ que sistema utiliza ? .....
- 67 - ¿ Los familiares están informados por la enfermera de los planes de atención de enfermería ? [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ]
- 68 - ¿ -Realiza educación sanitaria ? [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ]
- 69 - ¿ Cumplimenta su personal todos los datos solicitados en los registros de enfermería ? [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ]
- 70 - ¿ En su servicio se realiza gestión de cdsos ? [ 1 ] [ 2 ] [ 3 ] [ 4 ]

# ANEXO 3



**Dirección de enfermería**

**Estamos realizando un trabajo de investigación dentro del Master de Gestión de enfermería de la Escuela de Santa Madrona, encaminado a saber el grado de participación de los mandos intermedios en la gestión de las unidades de enfermería y del cual le adjuntamos un resumen del motivo por el cual hemos decidido emprender nuestra investigación.**

**Solicitamos su consentimiento, para poder distribuir el cuestionario que adjuntamos, a sus mandos intermedios en las unidades de hospitalización.**

**Confiamos en su colaboración y en la de su equipo y se la agradecemos de antemano.**

**Atentamente.**

**Fdo.:**

**Barcelona, Enero de 1.997**

Con la evolución de los sistemas sanitarios ha ido cambiando el modo en el que se administran los hospitales. Hace algunos años, estamos observando un descenso en cascada de las responsabilidades de gestión, desde el gerente hasta el mando intermedio de enfermería, en quien recae, a nuestro entender, gran parte del éxito de una buena gestión.

Es evidente que ante los nuevos planteamientos, el rol del mando intermedio de enfermería ha sufrido un cambio importante, para dar respuesta a las necesidades actuales de gestión y asumir un nivel de competencia que debe estar a la altura de la demanda de resultados y a la cumplimentación de objetivos.

Creemos que el cambio que se ha experimentado en la gestión de base, se traduce en:

- Una mayor implicación en el control de los costes, tanto de personal como de material.
- La visión de la profesión como la de un agente que produce salud, ya sea como proveedor directo o como proveedor de servicios a otros profesionales.
- Mayor preocupación por mejorar la calidad de los productos que ofrece.
- Una mayor conciencia del campo que abarcan sus competencias como profesional de la enfermería, potenciando así su rol autónomo.
- Ha aumentado la responsabilidad de estar al día en los avances de la profesión.
- Existe preocupación por saber el resultado de sus actividades y la percepción que han tenido sus clientes de las mismas.
- Una tendencia al trabajo en equipo, asignando a cada persona unas funciones, unas responsabilidades y exigiéndole unos resultados por los cuales se le debe evaluar.
- Mayor participación en los cambios estructurales de las unidades asignadas.
- Preocupación por la actividad de su unidad y de todo el hospital, teniendo presente los centros que pueden ser sus competidores y de este modo tratar de reforzar los puntos fuertes y mejorar los puntos débiles.

Intuyendo que todos estos cambios se están produciendo con mayor o menor intensidad en todos los hospitales, creemos que será útil saber en que punto de esta evolución nos encontramos, para que sirva de estímulo de superación y para medir el ritmo en el que seguimos avanzando

# ANEXO 4

List of variables on the working file

Name		Position
V1	<p>AÑOS</p> <p>Print Format: F8</p> <p>Write Format: F8</p>	1
V2	<p>genero</p> <p>Print Format: F8</p> <p>Write Format: F8</p> <p>Value      Label</p> <p>    1      masculino</p> <p>    2      femenino</p>	2
V3	<p>servicio en que trabaja</p> <p>Print Format: F8</p> <p>Write Format: F8</p> <p>Value      Label</p> <p>    1      medicina</p> <p>    2      cirugia</p> <p>    3      medico-quirurgico</p> <p>    4      materno-infantil</p>	3
V4	<p>Print Format: F8</p> <p>Write Format: F8</p>	4
V5	<p>tipo de hospital</p> <p>Print Format: F8</p> <p>Write Format: F8</p> <p>Value      Label</p> <p>    1      público</p> <p>    2      privado</p> <p>    3      concertado</p>	5
V6	<p>experiencia como mando int.</p> <p>Print Format: F8</p> <p>Write Format: F8</p>	6
V7	<p>experiencia como enfermera</p> <p>Print Format: F8</p> <p>Write Format: F8</p>	7

V8 tipo de titulación 8  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	a.t.s.
2	a.t.s. convalidado
3	d.u.e.

V9 pertenencia a asociación 9  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	si
2	no

V10 asistencia cursos-congresos 10  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	si
2	no

V11 suscripción a revistas 11  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	si
2	no

V12 cursos de gestión 12  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	si
2	no

V13	unidosis material fuñgible	13
	Print Format: F8	
	Write Format: F8	
	Value      Label	
	1      si	
	2      no	
V14	decisión de elección de aparatos	14
	Print Format: F8	
	Write Format: F8	
	Value      Label	
	1      si	
	2      no	
V15	su personal conoce su absentismo	15
	Print Format: F8	
	Write Format: F8	
	Value      Label	
	1      si	
	2      no	
V16	conocimiento compt. trabajadores	16
	Print Format: F8	
	Write Format: F8	
	Value      Label	
	1      si	
	2      no	
V17	por observación	17
	Print Format: F8	
	Write Format: F8	
	Value      Label	
	1      si	
	2      no	

V18	Por evaluación Print Format: F8 Write Format: F8	18
	Value      Label	
	1      si	
	2      NO	
V19	Por auto-evaluación Print Format: F8 Write Format: F8	19
	Value      Label	
	1      si	
	2      no	
V20	Por resultados Print Format: F8 Write Format: F8	20
	Value      Label	
	1      si	
	2      no	
V21	Personal corec. identificado Print Format: F8 Write Format: F8	21
	Value      Label	
	1      si	
	2      no	
V22	Personal correct. uniformado Print Format: F8 Write Format: F8	22
	Value      Label	
	1      si	
	2      no	

V23	Tiene P. de acog. personal nuevo Print Format: F8 Write Format: F8	23
	Value      Label	
	1      si	
	2      no	
V24	Cree trabajo como producto Print Format: F8 Write Format: F8	24
	Value      Label	
	1      si	
	2      no	
V25	Cambios por complejidad de procesos Print Format: F8 Write Format: F8	25
	Value      Label	
	1      si	
	2      no	
V26	Trabaja con modelo Print Format: F8 Write Format: F8	26
	Value      Label	
	1      si	
	2      no	
V27	Tipo Modelo Print Format: F8 Write Format: F8	27
	Value      Label	
	1      HENDERSON	
	2      OTROS	



V28	Evaluación procesos atención	28
	Print Format: F8	
	Write Format: F8	
	Value Label	
	1 si	
	2 no	
V29	Tipo mecanismo evaluación	29
	Print Format: F8	
	Write Format: F8	
	Value Label	
	1 encuestas	
	2 otros	
V30	Tener prog. educación sanitaria	30
	Print Format: F8	
	Write Format: F8	
	Value Label	
	1 si	
	2 no	
V31	Tener prog. atención domicilio	31
	Print Format: F8	
	Write Format: F8	
	Value Label	
	1 si	
	2 no	
V32	Tener protocolos actuación	32
	Print Format: F8	
	Write Format: F8	
	Value Label	
	1 si	
	2 no	

V33	Tener standar calidad Print Format: F8 Write Format: F8	33
	Value      Label	
	1      si	
	2      no	
V34	Tener circulos de mejora Print Format: F8 Write Format: F8	34
	Value      Label	
	1      si	
	2      no	
V35	Remodelación hostelera Print Format: F8 Write Format: F8	35
	Value      Label	
	1      si	
	2      no	
V36	Tener protocolo ingreso Print Format: F8 Write Format: F8	36
	Value      Label	
	1      si	
	2      no	
V37	Dá conocer derechos usuario Print Format: F8 Write Format: F8	37
	Value      Label	
	1      si	
	2      no	

V38	Como da a conocer derechos Print Format: F8 Write Format: F8	38
	Value      Label	
	1      folleto informativo 4      otros	
V39	Tener horario información Print Format: F8 Write Format: F8	39
	Value      Label	
	1      si 2      no	
V40	Objetivos consensuados Print Format: F8 Write Format: F8	40
	Value      Label	
	1      si 2      no	
V41	Tener descripción puestos trabajo Print Format: F8 Write Format: F8	41
	Value      Label	
	1      si 2      no	
V42	Pertenecer a comisiones Print Format: F8 Write Format: F8	42
	Value      Label	
	1      si 2      no	

V43 Exigir servicio soporte 43  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value Label

1 si  
2 no

V44 Informatización planes cuidados 44  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value Label

1 si  
2 no

V45 Además del paciente tiene clientes 45  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value Label

1 si  
2 no

V46 Tipos clientes 46  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value Label

1 médicos  
2 colegas  
3 otro personal  
4 familia  
5 varios

V47 Modelo centro 47  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value Label

1 si  
2 no

V48	Tipo modelo Print Format: F8 Write Format: F8	48
	Value      Label	
	1      HENDERSON	
	2      otros	
V49	Trabajar con diagnósticos Print Format: F8 Write Format: F8	49
	Value      Label	
	1      si	
	2      no	
V50	Registros proceso Print Format: F8 Write Format: F8	50
	Value      Label	
	1      si	
	2      no	
V51	Tener trayectorias clinicas Print Format: F8 Write Format: F8	51
	Value      Label	
	1      si	
	2      no	
V52	conoce centros comp. directa Print Format: F8 Write Format: F8	52
	Value      Label	
	1      si	
	2      no	

V53 sabe por que 53  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	mayor prestigio
2	mejor hosteleria
3	mejor atencion

V54 variacion estancia media 54  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	ha aumentado
2	ha disminuido
3	ha permanecido igual
4	no lo sabe

V55 tener unidosis medicamentosa 55  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	si
2	no

V56 conoce desvios presup. personal 56  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	nunca
2	a veces
3	casi siempre
4	siempre

V57 con. desvios presup mat fungible 57  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	nunca
2	a veces
3	casi siempre
4	siempre



V63      infor. neces. control gastos      63  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	nunca
2	a veces
3	casi siempre
4	siempre

V64      aprov. ingre. programas preven.      64  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	nunca
2	a veces
3	casi siempre
4	siempre

V65      efectua eval. personal      65  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	nunca
2	a veces
3	casi siempre
4	siempre

V66      cumplimiento estandar calidad      66  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	nunca
2	a veces
3	casi siempre
4	siempre



V67      selecciona a su personal      67  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	nunca
2	a veces
3	casi siempre
4	siempre

V68      revisa cumplimentacion registros      68  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	nunca
2	a veces
3	casi siempre
4	siempre

V69      ha participado remodel. unidad      69  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	nunca
2	a veces
3	casi siempre
4	siempre

V70      conoce grado satisf. clientes      70  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	nunca
2	a veces
3	casi siempre
4	siempre

V71 cómo lo conoce 71  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	resultado encuestas
2	servicio atención cliente
3	encuesta telefonica
4	varios
5	otros

V72 permitir presencia acomp. proceso 72  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	nunca
2	a veces
3	casi siempre
4	siempre

V73 comentario procesos equipo 73  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	nunca
2	a veces
3	casi siempre
4	siempre

V74 deteccion nec. formacion 74  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	nunca
2	a veces
3	casi siempre
4	siempre

V75

realiza sesiones enf.

75

Print Format: F8

Write Format: F8

Value	Label
1	nunca
2	a veces
3	casi siempre
4	siempre

V76

participacion reunion serv soporte

76

Print Format: F8

Write Format: F8

Value	Label
1	nunca
2	a veces
3	casi siempre
4	siempre

V77

trabaj planes cuidados estandar

77

Print Format: F8

Write Format: F8

Value	Label
1	nunca
2	a veces
3	casi siempre
4	siempre

V78

obj. salud con usuario

78

Print Format: F8

Write Format: F8

Value	Label
1	nunca
2	a veces
3	casi siempre
4	simepre

V79 realiza informes alta 79  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	nunca
2	a veces
3	casi siempre
4	siempre

V80 conoce nivel dependencia 80  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	nunca
2	a veces
3	casi siempre
4	siempre

V81 qué sistema utiliza 81  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	PRN
2	otros

V82 fam conocen planes atencion 82  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	nunca
2	a veces
3	casi siempre
4	siempre

V83 realiza educacion sanitaria 83  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	nunca
2	a veces
3	casi siempre
4	siempre

V84 cumplimentacion total registros 84  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	nunca
2	a veces
3	casi siempre
4	siempre

V85 realiza gestion de casos 85  
Print Format: F8  
Write Format: F8

Value	Label
1	nunca
2	a veces
3	casi siempre
4	siempre

# ANEXO 5

á

edad

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	28	1	1,3	1,3	1,3
	31	1	1,3	1,3	2,5
	32	2	2,5	2,5	5,0
	33	1	1,3	1,3	6,3
	34	4	5,0	5,0	11,3
	35	3	3,8	3,8	15,0
	36	4	5,0	5,0	20,0
	37	5	6,3	6,3	26,3
	38	8	10,0	10,0	36,3
	39	7	8,8	8,8	45,0
	40	6	7,5	7,5	52,5
	41	5	6,3	6,3	58,8
	42	6	7,5	7,5	66,3
	43	5	6,3	6,3	72,5
	44	3	3,8	3,8	76,3
	45	7	8,8	8,8	85,0
	46	1	1,3	1,3	86,3
	47	2	2,5	2,5	88,8
	48	1	1,3	1,3	90,0
	49	2	2,5	2,5	92,5
	50	1	1,3	1,3	93,8
	51	1	1,3	1,3	95,0
	52	1	1,3	1,3	96,3
	53	1	1,3	1,3	97,5
	54	1	1,3	1,3	98,8
	60	1	1,3	1,3	100,0
		-----	-----	-----	
	Total	80	100,0	100,0	
	40,850	Std dev	5,623	Variance	31,623
	32,000	Minimum	28,000	Maximum	60,000
	3268,000				
cases	80	Missing cases	0		

N.mero de camas

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	0	8	10,0	11,9	11,9
	1	1	1,3	1,5	13,4
	8	1	1,3	1,5	14,9
	11	1	1,3	1,5	16,4
	16	1	1,3	1,5	17,9
	19	1	1,3	1,5	19,4
	20	1	1,3	1,5	20,9
	21	1	1,3	1,5	22,4
	23	1	1,3	1,5	23,9
	24	1	1,3	1,5	25,4
	26	1	1,3	1,5	26,9
	27	3	3,8	4,5	31,3
	28	1	1,3	1,5	32,8
	29	1	1,3	1,5	34,3
	30	11	13,8	16,4	50,7
	32	1	1,3	1,5	52,2
	34	3	3,8	4,5	56,7
	36	2	2,5	3,0	59,7
	37	4	5,0	6,0	65,7
	42	1	1,3	1,5	67,2
	45	1	1,3	1,5	68,7
	46	1	1,3	1,5	70,1
	50	1	1,3	1,5	71,6
	51	1	1,3	1,5	73,1
	52	3	3,8	4,5	77,6
	55	1	1,3	1,5	79,1
	56	2	2,5	3,0	82,1
	60	1	1,3	1,5	83,6
	61	1	1,3	1,5	85,1
	62	1	1,3	1,5	86,6
	65	1	1,3	1,5	88,1
	69	1	1,3	1,5	89,6
	75	1	1,3	1,5	91,0
	79	1	1,3	1,5	92,5
	84	1	1,3	1,5	94,0
	88	2	2,5	3,0	97,0
	92	1	1,3	1,5	98,5
	100	1	1,3	1,5	100,0
	,	13	16,3	Missing	
	Total	80	100,0	100,0	



N.mero de camas

36,881	Std dev	24,620	Variance	606,137
100,000	Minimum	,000	Maximum	100,000
2471,000				

cases 67 Missing cases 13

-----

experiencia como mando int.

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	0	1	1,3	1,3	1,3
	1	3	3,8	3,8	5,0
	2	2	2,5	2,5	7,5
	3	6	7,5	7,5	15,0
	4	3	3,8	3,8	18,8
	5	12	15,0	15,0	33,8
	6	6	7,5	7,5	41,3
	7	7	8,8	8,8	50,0
	8	3	3,8	3,8	53,8
	9	1	1,3	1,3	55,0
	10	5	6,3	6,3	61,3
	11	3	3,8	3,8	65,0
	12	3	3,8	3,8	68,8
	13	2	2,5	2,5	71,3
	14	2	2,5	2,5	73,8
	15	4	5,0	5,0	78,8
	16	2	2,5	2,5	81,3
	17	2	2,5	2,5	83,8
	18	2	2,5	2,5	86,3
	20	5	6,3	6,3	92,5
	21	3	3,8	3,8	96,3
	24	1	1,3	1,3	97,5
	25	2	2,5	2,5	100,0
		-----	-----	-----	
	Total	80	100,0	100,0	

9,838	Std dev	6,478	Variance	41,961
25,000	Minimum	,000	Maximum	25,000
787,000				

cases 80 Missing cases 0

experiencia como enfermera

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	2	1	1,3	1,3	1,3
	4	1	1,3	1,3	2,5
	5	4	5,0	5,0	7,5
	6	1	1,3	1,3	8,8
	7	2	2,5	2,5	11,3
	8	5	6,3	6,3	17,5
	9	1	1,3	1,3	18,8
	10	5	6,3	6,3	25,0
	11	2	2,5	2,5	27,5
	12	2	2,5	2,5	30,0
	13	3	3,8	3,8	33,8
	14	4	5,0	5,0	38,8
	15	6	7,5	7,5	46,3
	16	4	5,0	5,0	51,3
	17	1	1,3	1,3	52,5
	18	3	3,8	3,8	56,3
	19	3	3,8	3,8	60,0
	20	11	13,8	13,8	73,8
	21	3	3,8	3,8	77,5
	22	5	6,3	6,3	83,8
	23	1	1,3	1,3	85,0
	24	1	1,3	1,3	86,3
	25	3	3,8	3,8	90,0
	26	2	2,5	2,5	92,5
	27	3	3,8	3,8	96,3
	28	1	1,3	1,3	97,5
	30	1	1,3	1,3	98,8
	34	1	1,3	1,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	
16,350	Std dev	6,945	Variance	48,230	
32,000	Minimum	2,000	Maximum	34,000	
1308,000					
cases	80	Missing cases	0		

asistencia cursos-congresos

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	78	97,5	97,5	97,5
	2	1	1,3	1,3	98,8
	4	1	1,3	1,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	
cases	80	Missing cases	0		

suscripción a revistas

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	50	62,5	62,5	62,5
	2	30	37,5	37,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	
cases	80	Missing cases	0		

cursos de gestión

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	76	95,0	96,2	96,2
	2	3	3,8	3,8	100,0
	,	1	1,3	Missing	
	Total	80	100,0	100,0	
cases	79	Missing cases	1		

unidosis material fungible

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	46	57,5	59,0	59,0
	2	32	40,0	41,0	100,0
	,	2	2,5	Missing	
	Total	80	100,0	100,0	
cases	78	Missing cases	2		

decisi3n de elecci3n de aparatos

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	52	65,0	70,3	70,3
	2	22	27,5	29,7	100,0
	,	6	7,5	Missing	
	Total	80	100,0	100,0	
cases	74	Missing cases	6		

su personal conoce su absentismo

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	56	70,0	72,7	72,7
	2	20	25,0	26,0	98,7
	12	1	1,3	1,3	100,0
	,	3	3,8	Missing	
	Total	80	100,0	100,0	
cases	77	Missing cases	3		

conocimiento compt. trabajadores

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	77	96,3	97,5	97,5
	2	2	2,5	2,5	100,0
	,	1	1,3	Missing	
	Total	80	100,0	100,0	
cases	79	Missing cases	1		

por observaci3n

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	66	82,5	84,6	84,6
	2	11	13,8	14,1	98,7
	3	1	1,3	1,3	100,0
	,	2	2,5	Missing	
	Total	80	100,0	100,0	
cases	78	Missing cases	2		

Por evaluaci3n

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	50	62,5	64,9	64,9
	2	27	33,8	35,1	100,0
	,	3	3,8	Missing	
	Total	80	100,0	100,0	
cases	77	Missing cases	3		

Por auto-evaluaci3n

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	12	15,0	15,6	15,6
	2	65	81,3	84,4	100,0
	,	3	3,8	Missing	
	Total	80	100,0	100,0	
cases	77	Missing cases	3		

genero

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
lino	1	4	5,0	5,1	5,1
lino	2	74	92,5	94,9	100,0
	,	2	2,5	Missing	
	Total	80	100,0	100,0	
cases	78	Missing cases	2		

Por resultados

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	43	53,8	55,1	55,1
	2	35	43,8	44,9	100,0
	,	2	2,5	Missing	
	Total	80	100,0	100,0	
cases	78	Missing cases	2		

Personal corec. identificado

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	45	56,3	57,0	57,0
	2	34	42,5	43,0	100,0
	,	1	1,3	Missing	
	Total	80	100,0	100,0	
cases	79	Missing cases	1		

Personal correct. uniformado

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	79	98,8	98,8	98,8
	2	1	1,3	1,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	
cases	80	Missing cases	0		

Tiene P. de acog. personal nuevo

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	65	81,3	81,3	81,3
	2	15	18,8	18,8	100,0
	Total	80	100,0	100,0	
cases	80	Missing cases	0		

Cree trabajo como producto

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	47	58,8	63,5	63,5
	2	27	33,8	36,5	100,0
	,	6	7,5	Missing	
	Total	80	100,0	100,0	
cases	74	Missing cases	6		

Cambios por complejidad de procesos

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	51	63,8	72,9	72,9
	2	19	23,8	27,1	100,0
	,	10	12,5	Missing	
	Total	80	100,0	100,0	
cases	70	Missing cases	10		

Trabaja con modelo

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	43	53,8	57,3	57,3
	2	32	40,0	42,7	100,0
	,	5	6,3	Missing	
	Total	80	100,0	100,0	
cases	75	Missing cases	5		



Tipo Modelo

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
PERSONA	1	31	38,8	83,8	83,8
S	2	6	7,5	16,2	100,0
	,	43	53,8	Missing	
		-----	-----	-----	
	Total	80	100,0	100,0	
Valid cases	37	Missing cases	43		

Evaluación procesos atención

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	49	61,3	63,6	63,6
	2	28	35,0	36,4	100,0
	,	3	3,8	Missing	
		-----	-----	-----	
	Total	80	100,0	100,0	
Valid cases	77	Missing cases	3		

Tipo mecanismo evaluación

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
estas	1	32	40,0	68,1	68,1
s	2	15	18,8	31,9	100,0
	,	33	41,3	Missing	
		-----	-----	-----	
	Total	80	100,0	100,0	
Valid cases	47	Missing cases	33		

servicio en que trabaja

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
na	1	26	32,5	34,7	34,7
a	2	17	21,3	22,7	57,3
-quirurgico	3	24	30,0	32,0	89,3
o-infantil	4	8	10,0	10,7	100,0
	,	5	6,3	Missing	
		-----	-----	-----	
	Total	80	100,0	100,0	

cases 75 Missing cases 5

Tener prog. educaci3n sanitaria

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	46	57,5	58,2	58,2
	2	33	41,3	41,8	100,0
	,	1	1,3	Missing	
		-----	-----	-----	
	Total	80	100,0	100,0	

cases 79 Missing cases 1

Tener prog. atenci3n domicilio

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	24	30,0	30,8	30,8
	2	54	67,5	69,2	100,0
	,	2	2,5	Missing	
		-----	-----	-----	
	Total	80	100,0	100,0	

ases 78 Missing cases 2

Tener protocolos actuaci≤n

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	80	100,0	100,0	100,0
	Total	80	100,0	100,0	
cases	80	Missing cases	0		

Tener standar calidad

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	47	58,8	60,3	60,3
	2	31	38,8	39,7	100,0
	,	2	2,5	Missing	
	Total	80	100,0	100,0	
cases	78	Missing cases	2		

Tener circulos de mejora

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	44	55,0	62,0	62,0
	2	27	33,8	38,0	100,0
	,	9	11,3	Missing	
	Total	80	100,0	100,0	
ases	71	Missing cases	9		

Remodelaci3n hostelera

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	60	75,0	75,9	75,9
	2	19	23,8	24,1	100,0
	,	1	1,3	Missing	
	Total	80	100,0	100,0	
cases	79	Missing cases	1		

Tener protocolo ingreso

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	64	80,0	81,0	81,0
	2	15	18,8	19,0	100,0
	,	1	1,3	Missing	
	Total	80	100,0	100,0	
cases	79	Missing cases	1		

DB conocer derechos usuario

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	60	75,0	75,9	75,9
	2	19	23,8	24,1	100,0
	,	1	1,3	Missing	
	Total	80	100,0	100,0	
ases	79	Missing cases	1		

Como da a conocer derechos

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
co informativo	1	37	46,3	64,9	64,9
macion verbal	2	3	3,8	5,3	70,2
s	3	11	13,8	19,3	89,5
	4	6	7,5	10,5	100,0
	,	23	28,8	Missing	
		-----	-----	-----	
	Total	80	100,0	100,0	
cases	57	Missing cases	23		

Tener horario informaci3n

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	42	52,5	54,5	54,5
	2	35	43,8	45,5	100,0
	,	3	3,8	Missing	
		-----	-----	-----	
	Total	80	100,0	100,0	
cases	77	Missing cases	3		

Objetivos consensuados

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	63	78,8	78,8	78,8
	2	17	21,3	21,3	100,0
		-----	-----	-----	
	Total	80	100,0	100,0	
cases	80	Missing cases	0		

Tener descripción puestos trabajo

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	65	81,3	83,3	83,3
	2	12	15,0	15,4	98,7
	11	1	1,3	1,3	100,0
	,	2	2,5	Missing	
	Total	80	100,0	100,0	
cases	78	Missing cases	2		

Pertenecer a comisiones

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	66	82,5	82,5	82,5
	2	14	17,5	17,5	100,0
	Total	80	100,0	100,0	
cases	80	Missing cases	0		

Exigir servicio soporte

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	73	91,3	96,1	96,1
	2	3	3,8	3,9	100,0
	,	4	5,0	Missing	
	Total	80	100,0	100,0	
cases	76	Missing cases	4		

Informatización planes cuidados

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	9	11,3	11,5	11,5
	2	69	86,3	88,5	100,0
	,	2	2,5	Missing	
	Total	80	100,0	100,0	
cases	78	Missing cases	2		

Además del paciente tiene clientes

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	63	78,8	87,5	87,5
	2	9	11,3	12,5	100,0
	,	8	10,0	Missing	
	Total	80	100,0	100,0	
cases	72	Missing cases	8		

Tipos clientes

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
os	1	10	12,5	16,1	16,1
is	2	4	5,0	6,5	22,6
personal	3	1	1,3	1,6	24,2
a	4	17	21,3	27,4	51,6
	5	29	36,3	46,8	98,4
	6	1	1,3	1,6	100,0
	,	18	22,5	Missing	
	Total	80	100,0	100,0	
cases	62	Missing cases	18		

Modelo centro

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	52	65,0	77,6	77,6
	2	15	18,8	22,4	100,0
	,	13	16,3	Missing	
		-----	-----	-----	
	Total	80	100,0	100,0	
cases	67	Missing cases	13		

Tipo modelo

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
SON	1	28	35,0	73,7	73,7
	2	10	12,5	26,3	100,0
	,	42	52,5	Missing	
		-----	-----	-----	
	Total	80	100,0	100,0	
cases	38	Missing cases	42		

Trabajar con diagnósticos

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	15	18,8	19,5	19,5
	2	62	77,5	80,5	100,0
	,	3	3,8	Missing	
		-----	-----	-----	
	Total	80	100,0	100,0	
cases	77	Missing cases	3		



tipo de hospital

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
co	1	19	23,8	24,7	24,7
lo	2	17	21,3	22,1	46,8
rtado	3	39	48,8	50,6	97,4
	4	1	1,3	1,3	98,7
	6	1	1,3	1,3	100,0
	,	3	3,8	Missing	
	Total	80	100,0	100,0	
cases	77	Missing cases	3		

Registros proceso

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	51	63,8	67,1	67,1
	2	25	31,3	32,9	100,0
	,	4	5,0	Missing	
	Total	80	100,0	100,0	
cases	76	Missing cases	4		

Tener trayectorias clinicas

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	28	35,0	41,2	41,2
	2	40	50,0	58,8	100,0
	,	12	15,0	Missing	
	Total	80	100,0	100,0	
ases	68	Missing cases	12		

conoce centros comp. directa

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	59	73,8	77,6	77,6
	2	17	21,3	22,4	100,0
	,	4	5,0	Missing	
	Total	80	100,0	100,0	
cases	76	Missing cases	4		

sabe por que

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
r prestigio	1	14	17,5	22,6	22,6
r hosteleria	2	27	33,8	43,5	66,1
r atencion	3	2	2,5	3,2	69,4
os	4	7	8,8	11,3	80,6
uno	5	8	10,0	12,9	93,5
s	6	4	5,0	6,5	100,0
	,	18	22,5	Missing	
	Total	80	100,0	100,0	
cases	62	Missing cases	18		

variacion estancia media

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
mentado	1	3	3,8	3,9	3,9
smnuido	2	53	66,3	69,7	73,7
rmanecido igual	3	15	18,8	19,7	93,4
o sabe	4	5	6,3	6,6	100,0
	,	4	5,0	Missing	
	Total	80	100,0	100,0	
cases	76	Missing cases	4		

tener unidosis medicamentosa

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	66	82,5	83,5	83,5
	2	13	16,3	16,5	100,0
	,	1	1,3	Missing	
	Total	80	100,0	100,0	
cases	79	Missing cases	1		

conoce desvios presup. personal

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
s	1	16	20,0	20,0	20,0
siempre	2	13	16,3	16,3	36,3
e	3	15	18,8	18,8	55,0
	4	36	45,0	45,0	100,0
	Total	80	100,0	100,0	
cases	80	Missing cases	0		

con. desvios presup mat fungible

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	11	13,8	13,8	13,8
	2	9	11,3	11,3	25,0
siempre	3	11	13,8	13,8	38,8
	4	49	61,3	61,3	100,0
	Total	80	100,0	100,0	
ases	80	Missing cases	0		

conoce coste medicamentos

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	16	20,0	20,0	20,0
s	2	27	33,8	33,8	53,8
siempre	3	17	21,3	21,3	75,0
e	4	20	25,0	25,0	100,0
		-----	-----	-----	
	Total	80	100,0	100,0	

cases 80 Missing cases 0

asig. pacientes cargas

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	22	27,5	29,3	29,3
s	2	25	31,3	33,3	62,7
siempre	3	9	11,3	12,0	74,7
e	4	19	23,8	25,3	100,0
	,	5	6,3	Missing	
		-----	-----	-----	
	Total	80	100,0	100,0	

cases 75 Missing cases 5

gestion pers. segun actividad

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	13	16,3	16,9	16,9
s	2	11	13,8	14,3	31,2
siempre	3	22	27,5	28,6	59,7
e	4	31	38,8	40,3	100,0
	,	3	3,8	Missing	
		-----	-----	-----	
	Total	80	100,0	100,0	

cases 77 Missing cases 3

cede a otras unidades

Model	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	36	45,0	46,2	46,2
	2	42	52,5	53,8	100,0
	,	2	2,5	Missing	
		-----	-----	-----	
	Total	80	100,0	100,0	
Cases	78	Missing cases	2		

reajusta en su unidad

Model	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	60	75,0	76,9	76,9
	2	18	22,5	23,1	100,0
	,	2	2,5	Missing	
		-----	-----	-----	
	Total	80	100,0	100,0	
Cases	78	Missing cases	2		

infor. neces. control gastos

Model	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	2	2,5	2,5	2,5
	2	8	10,0	10,0	12,5
mpre	3	25	31,3	31,3	43,8
	4	45	56,3	56,3	100,0
		-----	-----	-----	
	Total	80	100,0	100,0	
Cases	80	Missing cases	0		

aprov. ingre. programas preven.

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	13	16,3	16,9	16,9
es	2	31	38,8	40,3	57,1
siempre	3	25	31,3	32,5	89,6
e	4	8	10,0	10,4	100,0
	,	3	3,8	Missing	
	Total	80	100,0	100,0	
cases	77	Missing cases	3		

efectua eval. personal

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	5	6,3	6,4	6,4
s	2	18	22,5	23,1	29,5
siempre	3	24	30,0	30,8	60,3
e	4	31	38,8	39,7	100,0
	,	2	2,5	Missing	
	Total	80	100,0	100,0	
cases	78	Missing cases	2		

cumplimiento estandar calidad

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	7	8,8	10,8	10,8
es	2	14	17,5	21,5	32,3
siempre	3	32	40,0	49,2	81,5
e	4	12	15,0	18,5	100,0
	,	15	18,8	Missing	
	Total	80	100,0	100,0	
cases	65	Missing cases	15		

selecciona a su personal

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	6	7,5	7,6	7,6
	2	33	41,3	41,8	49,4
siempre	3	31	38,8	39,2	88,6
	4	9	11,3	11,4	100,0
	,	1	1,3	Missing	
	Total	80	100,0	100,0	
Cases	79	Missing cases	1		

revisa cumplimentacion registros

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	3	3,8	3,8	3,8
	2	15	18,8	19,0	22,8
siempre	3	50	62,5	63,3	86,1
e	4	11	13,8	13,9	100,0
	,	1	1,3	Missing	
	Total	80	100,0	100,0	
Cases	79	Missing cases	1		

ha participado remodel. unidad

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	19	23,8	27,5	27,5
s	2	24	30,0	34,8	62,3
siempre	3	17	21,3	24,6	87,0
	4	9	11,3	13,0	100,0
	,	11	13,8	Missing	
	Total	80	100,0	100,0	
Cases	69	Missing cases	11		

conoce grado satisf. clientes

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
	1	2	2,5	2,7	2,7
es	2	17	21,3	22,7	25,3
siempre	3	30	37,5	40,0	65,3
e	4	26	32,5	34,7	100,0
	,	5	6,3	Missing	
		-----	-----	-----	
	Total	80	100,0	100,0	
cases	75	Missing cases	5		

cómo lo conoce

Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
ado encuestas	1	28	35,0	39,4	39,4
io atención cl	2	8	10,0	11,3	50,7
ca telefonica	3	1	1,3	1,4	52,1
verbal	4	8	10,0	11,3	63,4
	5	18	22,5	25,4	88,7
	6	8	10,0	11,3	100,0
	,	9	11,3	Missing	
		-----	-----	-----	
	Total	80	100,0	100,0	
cases	71	Missing cases	9		



772 permitir presencia acomp. proceso

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
nunca	1	13	16,3	17,1	17,1
a veces	2	31	38,8	40,8	57,9
casi siempre	3	20	25,0	26,3	84,2
siempre	4	12	15,0	15,8	100,0
,		4	5,0	Missing	
Total		80	100,0	100,0	

Valid cases 76 Missing cases 4

773 comentario procesos equipo

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
nunca	1	3	3,8	4,0	4,0
a veces	2	27	33,8	36,0	40,0
casi siempre	3	32	40,0	42,7	82,7
siempre	4	13	16,3	17,3	100,0
,		5	6,3	Missing	
Total		80	100,0	100,0	

Valid cases 75 Missing cases 5

774 deteccion nec. formacion

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
nunca	1	1	1,3	1,3	1,3
a veces	2	11	13,8	14,1	15,4
casi siempre	3	41	51,3	52,6	67,9
siempre	4	25	31,3	32,1	100,0
,		2	2,5	Missing	
Total		80	100,0	100,0	

Valid cases 78 Missing cases 2

75 realiza sesiones enf.

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
nunca	1	10	12,5	13,0	13,0
a veces	2	31	38,8	40,3	53,2
casi siempre	3	26	32,5	33,8	87,0
siempre	4	10	12,5	13,0	100,0
,		3	3,8	Missing	
		-----	-----	-----	
	Total	80	100,0	100,0	

Valid cases 77 Missing cases 3

76 participacion reunion serv soporte

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
nunca	1	22	27,5	28,2	28,2
a veces	2	26	32,5	33,3	61,5
casi siempre	3	19	23,8	24,4	85,9
siempre	4	11	13,8	14,1	100,0
,		2	2,5	Missing	
		-----	-----	-----	
	Total	80	100,0	100,0	

Valid cases 78 Missing cases 2

77 trabaj planes cuidados estandar

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
nunca	1	28	35,0	39,4	39,4
a veces	2	21	26,3	29,6	69,0
casi siempre	3	10	12,5	14,1	83,1
siempre	4	12	15,0	16,9	100,0
,		9	11,3	Missing	
		-----	-----	-----	
	Total	80	100,0	100,0	

Valid cases 71 Missing cases 9

V78 obj. salud con usuario

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
nunca	1	26	32,5	34,7	34,7
a veces	2	23	28,8	30,7	65,3
casi siempre	3	19	23,8	25,3	90,7
siempre	4	7	8,8	9,3	100,0
,		5	6,3	Missing	
		-----	-----	-----	
Total		80	100,0	100,0	

Valid cases 75 Missing cases 5

V79 realiza informes alta

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
nunca	1	18	22,5	24,0	24,0
a veces	2	23	28,8	30,7	54,7
casi siempre	3	17	21,3	22,7	77,3
siempre	4	17	21,3	22,7	100,0
,		5	6,3	Missing	
		-----	-----	-----	
Total		80	100,0	100,0	

Valid cases 75 Missing cases 5

V8 tipo de titulaci3n

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
.t.s.	1	8	10,0	10,0	10,0
.t.s. convalidado	2	54	67,5	67,5	77,5
.u.e.	3	18	22,5	22,5	100,0
		-----	-----	-----	
Total		80	100,0	100,0	

Valid cases 80 Missing cases 0

V80 conoce nivel dependencia

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
nunca	1	10	12,5	14,1	14,1
a veces	2	6	7,5	8,5	22,5
casi siempre	3	28	35,0	39,4	62,0
siempre	4	27	33,8	38,0	100,0
,		9	11,3	Missing	
		-----	-----	-----	
	Total	80	100,0	100,0	

Valid cases 71 Missing cases 9

V81 que sistema utiliza

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
otros	2	49	61,3	100,0	100,0
,		31	38,8	Missing	
		-----	-----	-----	
	Total	80	100,0	100,0	

Valid cases 49 Missing cases 31

V82 fam conocen planes atencion

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
nunca	1	6	7,5	7,9	7,9
a veces	2	28	35,0	36,8	44,7
casi siempre	3	35	43,8	46,1	90,8
siempre	4	7	8,8	9,2	100,0
,		4	5,0	Missing	
		-----	-----	-----	
	Total	80	100,0	100,0	

Valid cases 76 Missing cases\* 4

783

## realiza educacion sanitaria

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
nunca	1	2	2,5	2,6	2,6
a veces	2	31	38,8	40,8	43,4
asi siempre	3	32	40,0	42,1	85,5
siempre	4	11	13,8	14,5	100,0
,		4	5,0	Missing	
		-----	-----	-----	
	Total	80	100,0	100,0	

Valid cases 76 Missing cases 4

## 784 cumplimentacion total registros

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
nunca	1	1	1,3	1,3	1,3
a veces	2	8	10,0	10,4	11,7
asi siempre	3	55	68,8	71,4	83,1
siempre	4	13	16,3	16,9	100,0
,		3	3,8	Missing	
		-----	-----	-----	
	Total	80	100,0	100,0	

Valid cases 77 Missing cases 3

## 785 realiza gestion de casos

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
nunca	1	56	70,0	76,7	76,7
a veces	2	11	13,8	15,1	91,8
asi siempre	3	5	6,3	6,8	98,6
siempre	4	1	1,3	1,4	100,0
,		7	8,8	Missing	
		-----	-----	-----	
	Total	80	100,0	100,0	

Valid cases 73 Missing cases 7

pertenencia a asociaci3n

Value Label	Value	Frequency	Percent	Valid Percent	Cum Percent
i	1	38	47,5	47,5	47,5
o	2	42	52,5	52,5	100,0
	<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	
<b>Valid cases</b>	<b>80</b>	<b>Missing cases</b>	<b>0</b>		

- - - - - O N E W A Y - - - - -

Variable CALIDAD1 nivel de calidad (si)  
 Variable V3 servicio en que trabaja

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
1 Groups	3	14,8633	4,9544	3,0376	,0346
Groups	71	115,8034	1,6310		
	74	130,6667			

Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int	for Mean
26	4,8846	1,3062	,2562	4,3570 TO	5,4122
17	6,0588	,9663	,2344	5,5620 TO	6,5557
24	5,1667	1,4646	,2990	4,5482 TO	5,7851
8	5,1250	1,1260	,3981	4,1836 TO	6,0664
75	5,2667	1,3288	,1534	4,9609 TO	5,5724

MINIMUM	MAXIMUM
3,0000	7,0000
4,0000	7,0000
3,0000	7,0000
4,0000	7,0000
3,0000	7,0000

- - - - - O N E W A Y - - - - -

Variable CALIDAD1 nivel de calidad (si)  
 y Variable V3 servicio en que trabaja

Multiple Range Tests: Duncan test with significance level ,05

A difference between two means is significant if  
 $|\text{MEAN}(J) - \text{MEAN}(I)| \geq ,9031 * \text{RANGE} * \text{SQRT}(1/\text{N}(I) + 1/\text{N}(J))$   
 with the following value(s) for RANGE:

Group	2	3	4
MEAN	2,82	2,97	3,06

\*) Indicates significant differences which are shown in the lower triangle

G G G G  
 r r r r  
 p p p p  
 1 4 3 2

Mean	V3
4,8846	Grp 1
5,1250	Grp 4
5,1667	Grp 3
6,0588	Grp 2

\* \*



- - - - - O N E W A Y - - - - -

Variable CALIDAD2 nivel de calidad(1-4)  
 Variable V3 servicio en que trabaja

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
n Groups	3	,9343	,3114	1,8259	,1502
Groups	71	12,1098	,1706		
	74	13,0441			

Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean		
26	2,5731	,4434	,0870	2,3940	TO	2,7522
17	2,7761	,3069	,0744	2,6183	TO	2,9340
24	2,7325	,3808	,0777	2,5717	TO	2,8933
8	2,4410	,5797	,2050	1,9563	TO	2,9256
75	2,6560	,4198	,0485	2,5594	TO	2,7526

MINIMUM	MAXIMUM
1,8889	3,5556
2,2222	3,2222
2,0000	3,6667
1,3333	3,2222
1,3333	3,6667

- - - - - O N E W A Y - - - - -

Variable CALIDAD2 nivel de calidad(1-4)  
By Variable V3 servicio en que trabaja

Multiple Range Tests: Duncan test with significance level ,05

The difference between two means is significant if  
 $MEAN(J) - MEAN(I) \geq ,2920 * RANGE * \sqrt{1/N(I) + 1/N(J)}$   
with the following value(s) for RANGE:

Step	2	3	4
RANGE	2,82	2,97	3,06

No two groups are significantly different at the ,050 level

- - - - - O N E W A Y - - - - -

Variable CLIENTE1 nivel de gestion (si)  
 Variable V3 servicio en que trabaja

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
n Groups	3	,5796	,1932	,2091	,8898
Groups	71	65,6071	,9240		
	74	66,1867			

Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean	
26	3,3077	,8376	,1643	2,9694	TO 3,6460
17	3,5294	,7998	,1940	3,1182	TO 3,9406
24	3,4167	1,1765	,2401	2,9199	TO 3,9134
8	3,5000	,9258	,3273	2,7260	TO 4,2740
75	3,4133	,9457	,1092	3,1957	TO 3,6309

MINIMUM	MAXIMUM
2,0000	5,0000
2,0000	5,0000
1,0000	5,0000
2,0000	5,0000
1,0000	5,0000

- - - - - O N E W A Y - - - - -

Variable CLIENTE1 nivel de gestion (si)  
By Variable V3 servicio en que trabaja

Multiple Range Tests: Duncan test with significance level ,05

A difference between two means is significant if  
 $MEAN(J) - MEAN(I) \geq ,6797 * RANGE * \sqrt{1/N(I) + 1/N(J)}$   
with the following value(s) for RANGE:

Step	2	3	4
RANGE	2,82	2,97	3,06

No two groups are significantly different at the ,050 level

- - - - - O N E W A Y - - - - -

Variable CLIENTE2 nivel de cliente(1-4)  
 Variable V3 servicio en que trabaja

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
1 Groups	3	2,0116	,6705	1,4145	,2461
Groups	68	32,2350	,4740		
	71	34,2465			

Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
25	2,3200	,6595	,1319	2,0478 TO 2,5922
17	2,4706	,7174	,1740	2,1017 TO 2,8395
22	2,6364	,5811	,1239	2,3787 TO 2,8940
8	2,8125	,9613	,3399	2,0088 TO 3,6162
72	2,5069	,6945	,0818	2,3437 TO 2,6701

MINIMUM	MAXIMUM
1,5000	4,0000
1,0000	3,5000
1,5000	4,0000
1,0000	4,0000
1,0000	4,0000

- - - - - O N E W A Y - - - - -

Variable CLIENTE2 nivel de cliente(1-4)  
By Variable V3 servicio en que trabaja

Multiple Range Tests: Duncan test with significance level ,05

The difference between two means is significant if  
 $MEAN(J) - MEAN(I) \geq ,4868 * RANGE * \sqrt{1/N(I) + 1/N(J)}$   
with the following value(s) for RANGE:

Step	2	3	4
RANGE	2,82	2,97	3,07

No two groups are significantly different at the ,050 level

- - - - - O N E W A Y - - - - -

Variable FORMACIO nivel de formaci≤n  
 Variable V3 servicio en que trabaja

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
n Groups	3	2,4660	,8220	1,1576	,3320
Groups	71	50,4140	,7101		
	74	52,8800			

Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean		
26	2,8462	,7845	,1538	2,5293	TO	3,1630
17	3,2941	,7717	,1872	2,8973	TO	3,6909
24	3,0000	,9780	,1996	2,5870	TO	3,4130
8	3,2500	,7071	,2500	2,6588	TO	3,8412
75	3,0400	,8453	,0976	2,8455	TO	3,2345

MINIMUM	MAXIMUM
1,0000	4,0000
2,0000	4,0000
1,0000	4,0000
2,0000	4,0000
1,0000	4,0000

- - - - - O N E W A Y - - - - -

Variable FORMACIO nivel de formaci<sub>n</sub>  
By Variable V3 servicio en que trabaja

Multiple Range Tests: Duncan test with significance level ,05

A difference between two means is significant if  
 $MEAN(J) - MEAN(I) \geq ,5958 * RANGE * \sqrt{1/N(I) + 1/N(J)}$   
with the following value(s) for RANGE:

Step	2	3	4
RANGE	2,82	2,97	3,06

No two groups are significantly different at the ,050 level



- - - - - O N E W A Y - - - - -

Variable GESTION1 nivel de gestion (si)  
 Variable V3 servicio en que trabaja

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
n Groups	3	14,0066	4,6689	4,5174	,0059
Groups	71	73,3801	1,0335		
	74	87,3867			

Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
26	5,2692	1,1509	,2257	4,8044 TO 5,7341
17	6,1176	1,1114	,2696	5,5462 TO 6,6891
24	6,2500	,7372	,1505	5,9387 TO 6,5613
8	6,0000	1,0690	,3780	5,1063 TO 6,8937
75	5,8533	1,0867	,1255	5,6033 TO 6,1034

MINIMUM	MAXIMUM
3,0000	7,0000
3,0000	7,0000
5,0000	7,0000
4,0000	7,0000
3,0000	7,0000

- - - - - O N E W A Y - - - - -

Variable GESTION1 nivel de gestion (si)  
 By Variable V3 servicio en que trabaja

Multiple Range Tests: Duncan test with significance level ,05

A difference between two means is significant if  
 $|\text{MEAN}(J) - \text{MEAN}(I)| \geq t_{\alpha} * \text{RANGE} * \text{SQRT}(1/N(I) + 1/N(J))$   
 with the following value(s) for RANGE:

Group	2	3	4
RANGE	2,82	2,97	3,06

(\*) Indicates significant differences which are shown in the lower triangle

G G G G  
 r r r r  
 p p p p  
 1 4 2 3

Mean	V3
5,2692	Grp 1
6,0000	Grp 4
6,1176	Grp 2 *
6,2500	Grp 3 *

- - - - - O N E W A Y - - - - -

Variable GESTION2 nivel de gestion(1-4)  
 Variable V3 servicio en que trabaja

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	3	1,6108	,5369	1,6291	,1903
Within Groups	71	23,4002	,3296		
Total	74	25,0110			

Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
26	2,6455	,5427	,1064	2,4263 TO 2,8647
17	2,8529	,6611	,1603	2,5130 TO 3,1929
24	2,9771	,4749	,0969	2,7766 TO 3,1776
8	2,6458	,7424	,2625	2,0252 TO 3,2665
75	2,7987	,5814	,0671	2,6649 TO 2,9324

MINIMUM	MAXIMUM
2,0000	3,8333
1,6667	3,8333
1,6667	3,6667
1,0000	3,3333
1,0000	3,8333

- - - - - O N E W A Y - - - - -

Variable GESTION2 nivel de gestion(1-4)  
By Variable V3 servicio en que trabaja

Multiple Range Tests: Duncan test with significance level ,05

The difference between two means is significant if  
 $MEAN(J) - MEAN(I) \geq ,4059 * RANGE * \sqrt{1/N(I) + 1/N(J)}$   
with the following value(s) for RANGE:

Step	2	3	4
RANGE	2,82	2,97	3,06

No two groups are significantly different at the ,050 level

- - - - - O N E W A Y - - - - -

Variable PRESUP02 nivel de gestion(1-4)  
 By Variable V3 servicio en que trabaja

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	3	1,6239	,5413	1,1464	,3364
Within Groups	71	33,5228	,4722		
Total	74	35,1467			

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
Grp 1	26	2,9231	,5735	,1125	2,6915 TO 3,1547
Grp 2	17	3,1471	,8104	,1965	2,7304 TO 3,5638
Grp 3	24	3,1458	,5940	,1212	2,8950 TO 3,3966
Grp 4	8	2,7188	,9769	,3454	1,9021 TO 3,5355
Total	75	3,0233	,6892	,0796	2,8648 TO 3,1819

GROUP	MINIMUM	MAXIMUM
Grp 1	1,5000	4,0000
Grp 2	1,5000	4,0000
Grp 3	1,7500	4,0000
Grp 4	1,0000	4,0000
TOTAL	1,0000	4,0000

----- O N E W A Y -----

Variable PRESUPO2 nivel de gestion(1-4)  
By Variable V3 servicio en que trabaja

Multiple Range Tests: Duncan test with significance level ,05

A difference between two means is significant if  
 $|\text{MEAN}(J) - \text{MEAN}(I)| \geq ,4859 * \text{RANGE} * \text{SQRT}(1/\text{N}(I) + 1/\text{N}(J))$   
with the following value(s) for RANGE:

Step	2	3	4
RANGE	2,82	2,97	3,06

No two groups are significantly different at the ,050 level

áááá

- - - - - O N E W A Y - - - - -

Variable CALIDAD1 nivel de calidad (si)  
 By Variable V77 trabaj planes cuidados estandar

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	3	8,4364	2,8121	1,6795	,1797
Within Groups	67	112,1833	1,6744		
Total	70	120,6197			

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
Group 1	28	5,0714	1,4123	,2669	4,5238 TO 5,6191
Group 2	21	4,9048	1,2209	,2664	4,3490 TO 5,4605
Group 3	10	5,2000	1,2293	,3887	4,3206 TO 6,0794
Group 4	12	5,9167	1,1645	,3362	5,1768 TO 6,6566
Total	71	5,1831	1,3127	,1558	4,8724 TO 5,4938

GROUP	MINIMUM	MAXIMUM
Group 1	3,0000	7,0000
Group 2	3,0000	7,0000
Group 3	3,0000	7,0000
Group 4	4,0000	7,0000
TOTAL	3,0000	7,0000

- - - - - O N E W A Y - - - - -

Variable CALIDAD1 nivel de calidad (si)  
By Variable V77 trabaj planes cuidados estandar

Multiple Range Tests: Duncan test with significance level ,05

The difference between two means is significant if  
 $|\text{MEAN}(J) - \text{MEAN}(I)| \geq ,9150 * \text{RANGE} * \text{SQRT}(1/\text{N}(I) + 1/\text{N}(J))$   
with the following value(s) for RANGE:

Step	2	3	4
RANGE	2,83	2,97	3,07

No two groups are significantly different at the ,050 level



- - - - - O N E W A Y - - - - -

Variable CALIDAD2 nivel de calidad(1-4)  
 By Variable V77 trabaj planes cuidados estandar

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	3	1,0111	,3370	1,9114	,1361
Within Groups	67	11,8136	,1763		
Total	70	12,8246			

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
Group 1	28	2,4495	,3897	,0736	2,2985 TO 2,6006
Group 2	21	2,6963	,4671	,1019	2,4837 TO 2,9090
Group 3	10	2,6018	,4403	,1392	2,2868 TO 2,9168
Group 4	12	2,7254	,3820	,1103	2,4826 TO 2,9681
Total	71	2,5906	,4280	,0508	2,4893 TO 2,6919

GROUP	MINIMUM	MAXIMUM
Group 1	1,3333	3,2222
Group 2	1,8889	3,5556
Group 3	1,7778	3,1111
Group 4	2,0000	3,2500
TOTAL	1,3333	3,5556

- - - - - O N E W A Y - - - - -

Variable CALIDAD2 nivel de calidad(1-4)  
By Variable V77 trabaj planes cuidados estandar

Multiple Range Tests: Duncan test with significance level ,05

The difference between two means is significant if  
 $|\text{MEAN}(J) - \text{MEAN}(I)| \geq ,2969 * \text{RANGE} * \text{SQRT}(1/\text{N}(I) + 1/\text{N}(J))$   
with the following value(s) for RANGE:

Step	2	3	4
RANGE	2,83	2,97	3,07

No two groups are significantly different at the ,050 level

- - - - - O N E W A Y - - - - -

Variable CLIENTE1 nivel de gestion (si)  
 By Variable V77 trabaj planes cuidados estandar

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	3	6,1363	2,0454	2,6966	,0528
Within Groups	67	50,8214	,7585		
Total	70	56,9577			

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
Group 1	28	3,1071	,9560	,1807	2,7364 TO 3,4779
Group 2	21	3,4286	,9258	,2020	3,0071 TO 3,8500
Group 3	10	4,0000	,6667	,2108	3,5231 TO 4,4769
Group 4	12	3,5000	,6742	,1946	3,0716 TO 3,9284
Total	71	3,3944	,9020	,1071	3,1809 TO 3,6079

GROUP	MINIMUM	MAXIMUM
Group 1	1,0000	5,0000
Group 2	2,0000	5,0000
Group 3	3,0000	5,0000
Group 4	3,0000	5,0000
TOTAL	1,0000	5,0000

- - - - - O N E W A Y - - - - -

Variable CLIENTE1 nivel de gestion (si)  
 By Variable V77 trabaj planes cuidados estandar

Multiple Range Tests: Duncan test with significance level ,05

The difference between two means is significant if  
 $MEAN(J) - MEAN(I) \geq ,6158 * RANGE * SQRT(1/N(I) + 1/N(J))$   
 with the following value(s) for RANGE:

Step	2	3	4
RANGE	2,83	2,97	3,07

(\*) Indicates significant differences which are shown in the lower triangle

G G G G  
 r r r r  
 p p p p  
 1 2 4 3

Mean	V77
3,1071	Grp 1
3,4286	Grp 2
3,5000	Grp 4
4,0000	Grp 3

\*

- - - - - O N E W A Y - - - - -

Variable FORMACIO nivel de formaci6n  
 By Variable V77 trabaj planes cuidados estandar

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	3	,4127	,1376	,1939	,9002
Within Groups	67	47,5310	,7094		
Total	70	47,9437			

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
Group 1	28	2,9643	,9222	,1743	2,6067 TO 3,3219
Group 2	21	3,0000	,7071	,1543	2,6781 TO 3,3219
Group 3	10	3,1000	,8756	,2769	2,4736 TO 3,7264
Group 4	12	3,1667	,8348	,2410	2,6362 TO 3,6971
Total	71	3,0282	,8276	,0982	2,8323 TO 3,2241

GROUP	MINIMUM	MAXIMUM
Group 1	1,0000	4,0000
Group 2	2,0000	4,0000
Group 3	2,0000	4,0000
Group 4	2,0000	4,0000
TOTAL	1,0000	4,0000

- - - - - O N E W A Y - - - - -

Variable FORMACIO nivel de formaci≤n  
By Variable V77 trabaj planes cuidados estandar

Multiple Range Tests: Duncan test with significance level ,05

The difference between two means is significant if  
 $MEAN(J) - MEAN(I) \geq ,5956 * RANGE * SQRT(1/N(I) + 1/N(J))$   
with the following value(s) for RANGE:

Step	2	3	4
RANGE	2,83	2,97	3,07

No two groups are significantly different at the ,050 level

- - - - - O N E W A Y - - - - -

Variable GESTION1 nivel de gestion (si)  
 By Variable V77 trabaj planes cuidados estandar

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	3	,8829	,2943	,2254	,8784
Within Groups	67	87,4833	1,3057		
Total	70	88,3662			

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
Group 1	28	5,7857	,8759	,1655	5,4461 TO 6,1254
Group 2	21	5,6190	1,2032	,2626	5,0714 TO 6,1667
Group 3	10	5,9000	1,3703	,4333	4,9197 TO 6,8803
Group 4	12	5,5833	1,3790	,3981	4,7072 TO 6,4595
Total	71	5,7183	1,1236	,1333	5,4524 TO 5,9843

GROUP	MINIMUM	MAXIMUM
Group 1	4,0000	7,0000
Group 2	4,0000	7,0000
Group 3	3,0000	7,0000
Group 4	3,0000	7,0000
TOTAL	3,0000	7,0000

- - - - - O N E W A Y - - - - -

Variable GESTION1 nivel de gestion (si)  
By Variable V77 trabaj planes cuidados estandar

Multiple Range Tests: Duncan test with significance level ,05

The difference between two means is significant if  
 $MEAN(J) - MEAN(I) \geq ,8080 * RANGE * \sqrt{1/N(I) + 1/N(J)}$   
with the following value(s) for RANGE:

Step	2	3	4
RANGE	2,83	2,97	3,07

No two groups are significantly different at the ,050 level



- - - - - O N E W A Y - - - - -

Variable GESTION2 nivel de gestion(1-4)  
 By Variable V77 trabaj planes cuidados estandar

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	3	1,6520	,5507	1,6390	,1886
Within Groups	67	22,5092	,3360		
Total	70	24,1611			

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
Group 1	28	2,6619	,5668	,1071	2,4421 TO 2,8817
Group 2	21	2,8722	,4516	,0986	2,6666 TO 3,0778
Group 3	10	3,0350	,6157	,1947	2,5946 TO 3,4754
Group 4	12	2,5861	,7595	,2193	2,1035 TO 3,0687
Total	71	2,7638	,5875	,0697	2,6248 TO 2,9029

GROUP	MINIMUM	MAXIMUM
Group 1	1,6667	3,8333
Group 2	2,1667	3,8333
Group 3	2,2000	3,8333
Group 4	1,0000	3,5000
TOTAL	1,0000	3,8333

- - - - - O N E W A Y - - - - -

Variable GESTION2 nivel de gestion(1-4)  
By Variable V77 trabaj planes cuidados estandar

Multiple Range Tests: Duncan test with significance level ,05

The difference between two means is significant if  
 $MEAN(J) - MEAN(I) \geq ,4099 * RANGE * \sqrt{1/N(I) + 1/N(J)}$   
with the following value(s) for RANGE:

Step	2	3	4
RANGE	2,83	2,97	3,07

No two groups are significantly different at the ,050 level

- - - - - O N E W A Y - - - - -

Variable PRESUPO2 nivel de gestion(1-4)  
 By Variable V77 trabaj planes cuidados estandar

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	3	1,9548	,6516	1,2570	,2963
Within Groups	67	34,7318	,5184		
Total	70	36,6866			

Group	Count	Mean	Standard Deviation	Standard Error	95 Pct Conf Int for Mean
Group 1	28	3,1429	,6886	,1301	2,8758 TO 3,4099
Group 2	21	3,0714	,6621	,1445	2,7700 TO 3,3728
Group 3	10	2,7250	,8855	,2800	2,0916 TO 3,3584
Group 4	12	2,7917	,7449	,2150	2,3184 TO 3,2650
Total	71	3,0035	,7239	,0859	2,8322 TO 3,1749

GROUP	MINIMUM	MAXIMUM
Group 1	1,7500	4,0000
Group 2	1,5000	4,0000
Group 3	1,5000	4,0000
Group 4	1,0000	4,0000
TOTAL	1,0000	4,0000

- - - - - O N E W A Y - - - - -

Variable PRESUPO2 nivel de gestion(1-4)  
By Variable V77 trabaj planes cuidados estandar

Multiple Range Tests: Duncan test with significance level ,05

The difference between two means is significant if  
 $MEAN(J) - MEAN(I) \geq ,5091 * RANGE * \sqrt{1/N(I) + 1/N(J)}$   
with the following value(s) for RANGE:

Step	2	3	4
RANGE	2,83	2,97	3,07

No two groups are significantly different at the ,050 level

áááá

-tests for Independent Samples of 30 Tener prog. educaci3n sanitaria

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
VALIDAD1 nivel de calidad (si)				
si	46	5,1087	1,286	,190
no	33	5,2121	1,474	,257

Mean Difference = -,1034

Levene's Test for Equality of Variances: F= 1,627 P= ,206

t-test for Equality of Means						95%
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff	
Equal	-,33	77	,741	,312	(-,725; ,518)	
Unequal	-,32	63,12	,747	,319	(-,741; ,534)	

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
VALIDAD2 nivel de calidad(1-4)				
si	46	2,7565	,365	,054
no	33	2,4211	,477	,083

Mean Difference = ,3354

Levene's Test for Equality of Variances: F= 3,146 P= ,080

t-test for Equality of Means						95%
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff	
Equal	3,54	77	,001	,095	(.147; ,524)	
Unequal	3,39	57,42	,001	,099	(.137; ,533)	

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
CLIENTE1 nivel de gestion (si)				
si	46	3,6304	,853	,126
no	33	3,0606	1,029	,179

Mean Difference = ,5698

Levene's Test for Equality of Variances: F= ,257 P= ,614

t-test for Equality of Means						95%
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff	
Equal	2,69	77	,009	,212	(,147; ,992)	
Unequal	2,60	60,80	,012	,219	(,132; 1,007)	

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
CLIENTE2 nivel de cliente(1-4)				
si	43	2,6047	,695	,106
no	33	2,3636	,676	,118

Mean Difference = ,2410

Levene's Test for Equality of Variances: F= ,002 P= ,961

t-test for Equality of Means						95%
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff	
Equal	1,52	74	,134	,159	(-,076; ,558)	
Unequal	1,52	69,90	,133	,158	(-,075; ,557)	

tests for Independent Samples of V30 Tener prog. educaci≤n sanitaria

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
FORMACIO nivel de formaci≤n				
si	46	3,0870	,812	,120
no	33	2,9091	,843	,147

Mean Difference = ,1779

Levene's Test for Equality of Variances: F= ,262 P= ,610

t-test for Equality of Means

Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	95% CI for Diff
Equal	,95	77	,347	,188	(-,197; ,553)
Unequal	,94	67,51	,351	,189	(-,200; ,556)

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
GESTION1 nivel de gestion (si)				
si	46	5,7391	1,163	,171
no	33	5,7576	1,347	,234

Mean Difference = -,0184

Levene's Test for Equality of Variances: F= ,120 P= ,730

t-test for Equality of Means

Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	95% CI for Diff
Equal	-,07	77	,948	,284	(-,583; ,546)
Unequal	-,06	62,64	,950	,290	(-,599; ,562)

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
QUESTION2 nivel de gestion(1-4)				
si	46	2,8924	,525	,077
no	33	2,6470	,638	,111

Mean Difference = ,2454

Levene's Test for Equality of Variances: F= ,820 P= ,368

t-test for Equality of Means					95%
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	1,87	77	,065	,131	(-,016; ,506)
Unequal	1,81	60,43	,075	,135	(-,025; ,516)

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
PRESUPO2 nivel de gestion(1-4)				
si	46	2,9130	,673	,099
no	33	3,1364	,755	,132

Mean Difference = -,2233

Levene's Test for Equality of Variances: F= ,408 P= ,525

t-test for Equality of Means					95%
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	-1,38	77	,171	,162	(-,545; ,099)
Unequal	-1,36	64,07	,180	,165	(-,552; ,106)



áááá

t-tests for Independent Samples of V31 Tener prog. atención domicilio

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
VALIDAD1 nivel de calidad (si)				
si	24	5,7083	1,197	,244
no	54	4,9074	1,377	,187

Mean Difference = ,8009

Levene's Test for Equality of Variances: F= ,212 P= ,646

t-test for Equality of Means						95%
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff	
Equal	2,46	76	,016	,325	(.153; 1,448)	
Unequal	2,60	50,45	,012	,308	(.183; 1,419)	

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
CALIDAD2 nivel de calidad(1-4)				
si	24	2,8934	,355	,072
no	54	2,4885	,429	,058

Mean Difference = ,4049

Levene's Test for Equality of Variances: F= 1,881 P= ,174

t-test for Equality of Means						95%
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff	
Equal	4,05	76	,000	,100	(.206; ,604)	
Unequal	4,35	52,94	,000	,093	(.218; ,591)	

t-tests for Independent Samples of V31 Tener prog. atención domicilio

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
LIEN1 nivel de gestion (si)				
si	24	3,4167	,881	,180
no	54	3,3704	1,015	,138

Mean Difference = ,0463

Levene's Test for Equality of Variances: F= ,356 P= ,552

t-test for Equality of Means

Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	95% CI for Diff
Equal	,19	76	,847	,239	(-,431; ,523)
Unequal	,20	50,53	,839	,227	(-,409; ,501)

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
LIEN2 nivel de cliente(1-4)				
si	23	2,7826	,561	,117
no	52	2,3846	,718	,100

Mean Difference = ,3980

Levene's Test for Equality of Variances: F= 1,775 P= ,187

t-test for Equality of Means

Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	95% CI for Diff
Equal	2,36	73	,021	,169	(,061; ,735)
Unequal	2,59	53,40	,012	,154	(,090; ,706)

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
CLIENTE1 nivel de gestion (si)				
si	9	3,6667	1,118	,373
no	69	3,3768	,909	,109

Mean Difference = ,2899

Levene's Test for Equality of Variances: F= ,014 P= ,906

t-test for Equality of Means						95%
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Dif	
Equal	,88	76	,384	,331	(-,369; ,949	
Unequal	,75	9,43	,474	,388	(-,583; 1,162	

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
CLIENTE2 nivel de cliente(1-4)				
si	9	2,4444	,583	,194
no	67	2,4776	,688	,084

Mean Difference = -,0332

Levene's Test for Equality of Variances: F= ,543 P= ,464

t-test for Equality of Means						95%
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Dif	
Equal	-,14	74	,891	,240	(-,512; ,446	
Unequal	-,16	11,22	,878	,212	(-,498; ,432	

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
ORMACIO nivel de formaci3n				
si	9	2,8889	,782	,261
no	69	3,0580	,838	,101

Mean Difference = -,1691

Levene's Test for Equality of Variances: F= ,120 P= ,730

t-test for Equality of Means

Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	95% CI for Diff
Equal	-,57	76	,568	,295	(-,757; ,418)
Unequal	-,61	10,55	,558	,279	(-,787; ,449)

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
GESTION1 nivel de gestion (si)				
si	9	5,0000	1,936	,645
no	69	5,8261	1,098	,132

Mean Difference = -,8261

Levene's Test for Equality of Variances: F= 7,478 P= ,008

t-test for Equality of Means

Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	95% CI for Diff
Equal	-1,92	76	,059	,430	(-1,683; ,030)
Unequal	-1,25	8,68	,243	,659	(-2,325; ,673)

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
si	9	2,9889	,612	,204
no	69	2,7428	,579	,070

Mean Difference = ,2461

Levene's Test for Equality of Variances: F= ,145 P= ,704

t-test for Equality of Means

Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	95% CI for Diff
Equal	1,19	76	,237	,206	(-,165; ,657)
Unequal	1,14	9,96	,280	,216	(-,235; ,727)

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
si	9	2,8056	,570	,190
no	69	3,0326	,719	,087

Mean Difference = -,2271

Levene's Test for Equality of Variances: F= ,794 P= ,376

t-test for Equality of Means

Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	95% CI for Diff
Equal	-,91	76	,366	,250	(-,724; ,270)
Unequal	-1,09	11,61	,299	,209	(-,683; ,229)

aaaaa  
 t-tests for Independent Samples of V47      Modelo    centro

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
CALIDAD1 nivel de calidad (si)				
si	52	5,4615	1,306	,181
no	15	4,4000	1,298	,335

Mean Difference = 1,0615

Levene's Test for Equality of Variances: F= ,383    P= ,538

t-test for Equality of Means

Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	95% CI for Diff
Equal	2,78	65	,007	,382	(,298; 1,825)
Unequal	2,79	22,82	,011	,381	(,273; 1,850)

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
CALIDAD2 nivel de calidad(1-4)				
si	52	2,6245	,425	,059
no	15	2,5870	,588	,152

Mean Difference = ,0375

Levene's Test for Equality of Variances: F= 4,161    P= ,045

t-test for Equality of Means

Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	95% CI for Diff
Equal	,28	65	,784	,136	(-,235; ,310)
Unequal	,23	18,43	,820	,163	(-,304; ,379)

t-tests for Independent Samples of V47 Modelo centro

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
ION2 nivel de gestion(1-4)				
si	52	2,7744	,577	,080
no	15	2,8867	,500	,129

Mean Difference = -,1123

Levene's Test for Equality of Variances: F= 1,531 P= ,220

t-test for Equality of Means						95%
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff	
Equal	-,68	65	,497	,165	(-,441; ,216)	
Unequal	-,74	25,81	,466	,152	(-,425; ,200)	

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
PRESUPO2 nivel de gestion(1-4)				
si	52	3,1058	,688	,095
no	15	2,7667	,571	,147

Mean Difference = ,3391

Levene's Test for Equality of Variances: F= 1,031 P= ,314

t-test for Equality of Means						95%
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff	
Equal	1,74	65	,087	,195	(-,050; ,728)	
Unequal	1,93	26,92	,064	,176	(-,021; ,699)	

- - Correlation Coefficients - -

	CALIDAD1	CALIDAD2	CLIENTE1	CLIENTE2	FORMACIO	GESTION1
CALIDAD1	1,0000 ( ,80) P= ,	,3299 ( ,80) P= ,003	,2175 ( ,80) P= ,053	,0013 ( ,77) P= ,991	,0970 ( ,80) P= ,392	,3962 ( ,80) P= ,000
CALIDAD2	,3299 ( ,80) P= ,003	1,0000 ( ,80) P= ,	,2481 ( ,80) P= ,026	,3873 ( ,77) P= ,001	-,0140 ( ,80) P= ,902	,4804 ( ,80) P= ,000
CLIENTE1	,2175 ( ,80) P= ,053	,2481 ( ,80) P= ,026	1,0000 ( ,80) P= ,	-,0063 ( ,77) P= ,956	,1789 ( ,80) P= ,112	,2226 ( ,80) P= ,047
CLIENTE2	,0013 ( ,77) P= ,991	,3873 ( ,77) P= ,001	-,0063 ( ,77) P= ,956	1,0000 ( ,77) P= ,	,0810 ( ,77) P= ,484	,3047 ( ,77) P= ,007
FORMACIO	,0970 ( ,80) P= ,392	-,0140 ( ,80) P= ,902	,1789 ( ,80) P= ,112	,0810 ( ,77) P= ,484	1,0000 ( ,80) P= ,	,0562 ( ,80) P= ,621
GESTION1	,3962 ( ,80) P= ,000	,4804 ( ,80) P= ,000	,2226 ( ,80) P= ,047	,3047 ( ,77) P= ,007	,0562 ( ,80) P= ,621	1,0000 ( ,80) P= ,
GESTION2	,1130 ( ,80) P= ,318	,5675 ( ,80) P= ,000	,1592 ( ,80) P= ,158	,5277 ( ,77) P= ,000	,0263 ( ,80) P= ,817	,3087 ( ,80) P= ,005
ESUPO2	,2695 ( ,80) P= ,016	,3969 ( ,80) P= ,000	,0875 ( ,80) P= ,440	,4255 ( ,77) P= ,000	,0590 ( ,80) P= ,603	,3884 ( ,80) P= ,000
	,0627 ( ,67) P= ,614	,0380 ( ,67) P= ,760	,2273 ( ,67) P= ,064	,0794 ( ,64) P= ,533	-,1991 ( ,67) P= ,106	,0205 ( ,67) P= ,869
	,1155 ( ,80) P= ,308	-,0601 ( ,80) P= ,597	-,0055 ( ,80) P= ,961	-,0087 ( ,77) P= ,940	,1888 ( ,80) P= ,094	-,0128 ( ,80) P= ,910

Coefficient / (Cases) / 2-tailed Significance)

, " is printed if a coefficient cannot be computed



- - Correlation Coefficients - -

	GESTION2	PRESUPO2	V4	V1
VALIDAD1	,1130 ( 80) P= ,318	,2695 ( 80) P= ,016	,0627 ( 67) P= ,614	,1155 ( 80) P= ,308
VALIDAD2	,5675 ( 80) P= ,000	,3969 ( 80) P= ,000	,0380 ( 67) P= ,760	-,0601 ( 80) P= ,597
LIENTE1	,1592 ( 80) P= ,158	,0875 ( 80) P= ,440	,2273 ( 67) P= ,064	-,0055 ( 80) P= ,961
LIENTE2	,5277 ( 77) P= ,000	,4255 ( 77) P= ,000	,0794 ( 64) P= ,533	-,0087 ( 77) P= ,940
RMACIO	,0263 ( 80) P= ,817	,0590 ( 80) P= ,603	-,1991 ( 67) P= ,106	,1888 ( 80) P= ,094
ESTION1	,3087 ( 80) P= ,005	,3884 ( 80) P= ,000	,0205 ( 67) P= ,869	-,0128 ( 80) P= ,910
ESTION2	1,0000 ( 80) P= ,	,4234 ( 80) P= ,000	,0304 ( 67) P= ,807	-,0309 ( 80) P= ,785
PRESUPO2	,4234 ( 80) P= ,000	1,0000 ( 80) P= ,	-,1107 ( 67) P= ,373	,0813 ( 80) P= ,473
	,0304 ( 67) P= ,807	-,1107 ( 67) P= ,373	1,0000 ( 67) P= ,	-,1685 ( 67) P= ,173
	-,0309 ( 80) P= ,785	,0813 ( 80) P= ,473	-,1685 ( 67) P= ,173	1,0000 ( 80) P= ,

Coefficient / (Cases) / 2-tailed Significance)

" is printed if a coefficient cannot be computed

áááá

V13 unidosis material fungible by V28 Evaluaci3n procesos atenci3n

Count	V28		Row Total
	3	no	
1	32	13	45
2	16	15	31
Column Total	48	28	76
Total	63,2	36,8	100,0

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	2,99901	1	,08332
Continuity Correction	2,21959	1	,13627
Likelihood Ratio	2,98601	1	,08399
Linear-by-Linear Association	2,95955	1	,08537
Fisher's Exact Test:			
One-Tail			,06841
Two-Tail			,09609

Minimum Expected Frequency - 11,421

Number of Missing Observations: 4

V33 Tener standar calidad by V28 Evaluaci3n procesos atenci3n

Count	V28		Row Total
	3si	no	
1	31	14	45
2	17	13	30
Column Total	48	27	75
Total	64,0	36,0	100,0

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	1,16705	1	,28001
Continuity Correction	,69686	1	,40384
Likelihood Ratio	1,16001	1	,28146
Linear-by-Linear Association	1,15149	1	,28324
Fisher's Exact Test:			
One-Tail			,20165
Two-Tail			,33068

Minimum Expected Frequency - 10,800

Number of Missing Observations: 5

Count	V28		Row	Total
	3si	no		
1	7	2	9	11,8
2	41	26	67	88,2
Column	48	28	76	
Total	63,2	36,8	100,0	

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	,93777	1	,33285
Continuity Correction	,36048	1	,54824
Likelihood Ratio	1,00312	1	,31656
Linear-by-Linear Association	,92543	1	,33605
Fisher's Exact Test:			
One-Tail			,28129
Two-Tail			,47173

Minimum Expected Frequency - 3,316  
 Cells with Expected Frequency < 5 - 1 of 4 ( 25,0%)

Number of Missing Observations: 4

V47 Modelo centro by V28 Evaluaci3n procesos atenci3n

Count	V28		Row	
	3si	no	13	23
1	31	19	50	76,9
2	11	4	15	23,1
Column	42	23	65	
Total	64,6	35,4	100,0	

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	,64821	1	,42075
Continuity Correction	,24728	1	,61900
Likelihood Ratio	,66950	1	,41323
Linear-by-Linear Association	,63823	1	,42435
Fisher's Exact Test:			
One-Tail			,31469
Two-Tail			,54419

Minimum Expected Frequency - 5,308

Number of Missing Observations: 15

V51 Tener trayectorias clinicas by V28 Evaluaci3n procesos atenci3n

Count	V28		Row Total
	3si	no	
1	19	9	28
2	21	17	38
Column Total	40	26	66
	60,6	39,4	100,0

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	1,07097	1	,30073
Continuity Correction	,60843	1	,43538
Likelihood Ratio	1,08097	1	,29848
Linear-by-Linear Association	1,05475	1	,30442
Fisher's Exact Test:			
One-Tail			,21822
Two-Tail			,32236

Minimum Expected Frequency - 11,030

Number of Missing Observations: 14

Count	V28		Row Total
	3si	no	
1	43	23	66
2	6	5	11
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>28</b>	<b>77</b>
	<b>63,6</b>	<b>36,4</b>	<b>100,0</b>

Chi-Square	Value	DF	Significance
------------	-------	----	--------------

Pearson	,45833	1	,49840
Continuity Correction	,11458	1	,73499
Likelihood Ratio	,44751	1	,50352
Linear-by-Linear Association	,45238	1	,50121
Fisher's Exact Test:			
One-Tail			,36063
Two-Tail			,51566

Minimum Expected Frequency - 4,000  
 Cells with Expected Frequency < 5 - 1 of 4 ( 25,0%)

Number of Missing Observations: 3

V57	Count	V28		Row Total
		3si	no	
		13	23	
nunca	11	8	3	14,3
a veces	8	3	5	10,4
casi siempre	11	7	4	14,3
siempre	47	31	16	61,0
Column Total		49	28	77
		63,6	36,4	100,0

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	2,86389	3	,41309
Likelihood Ratio	2,76380	3	,42949
Linear-by-Linear Association	,06255	1	,80252

Minimum Expected Frequency - 2,909  
 Cells with Expected Frequency < 5 - 3 of 8 ( 37,5%)

Number of Missing Observations: 3



V5 tipo de hospital by V28 Evaluaci3n procesos atenci3n

V5	Count	V28		Row Total
		3si	no	
		1	2	
p.blico	19	7	12	25,7
privado	17	17		23,0
concertado	36	23	13	48,6
	1	1		1,4
	1	1		1,4
Column Total		49	25	74
		66,2	33,8	100,0

Chi-Square

Value

DF

Significance

Pearson	17,10946	4	,00184
Likelihood Ratio	22,55933	4	,00016
Linear-by-Linear Association	2,97901	1	,08435

Minimum Expected Frequency - ,338

Cells with Expected Frequency < 5 - 4 of 10 ( 40,0%)

Number of Missing Observations: 6

V4 N.mero de camas by V28 Evaluaci3n procesos atenci3n

V4

Count	V28		no		Row	Total
	0	1	2	3		
0	5	1			6	9,2
1	1				1	1,5
8			1		1	1,5
11			1		1	1,5
16	1				1	1,5
19	1				1	1,5
20	1				1	1,5
21	1				1	1,5
23			1		1	1,5
24			1		1	1,5
26			1		1	1,5
27	2	1			3	4,6
28			1		1	1,5
29	1				1	1,5
Column	41	24			65	
(Continued) Total	63,1	36,9			100,0	

V4

Count	V28			Row Total
	ö	ösi	no	
	ö	1ö	2ö	
30	11	0	0	11
	0	0	0	16,9
32	0	0	1	1
	0	0	0	1,5
34	0	0	3	3
	0	0	0	4,6
36	0	0	2	2
	0	0	0	3,1
37	0	0	4	4
	0	0	0	6,2
42	1	0	0	1
	0	0	0	1,5
45	0	0	1	1
	0	0	0	1,5
46	0	0	1	1
	0	0	0	1,5
50	1	0	0	1
	0	0	0	1,5
51	1	0	0	1
	0	0	0	1,5
52	2	0	1	3
	0	0	0	4,6
55	0	0	1	1
	0	0	0	1,5
56	2	0	0	2
	0	0	0	3,1
60	1	0	0	1
	0	0	0	1,5
Column Total	41	24	65	
(Continued)	63,1	36,9	100,0	

Count	V28		Row
	osi	no	Total
	1	2	
61	1		1
			1,5
62		1	1
			1,5
65		1	1
			1,5
69	1		1
			1,5
75	1		1
			1,5
79	1		1
			1,5
84	1		1
			1,5
88	2		2
			3,1
92	1		1
			1,5
100	1		1
			1,5
Column	41	24	65
Total	63,1	36,9	100,0

Chi-Square	Value	DF	Significal
Pearson	55,69699	37	,02485
Likelihood Ratio	72,56595	37	,00043
Linear-by-Linear Association	,84774	1	,35719

Minimum Expected Frequency - ,369  
 Cells with Expected Frequency < 5 - 75 of 76 ( 98,7%)

Number of Missing Observations: 15

V3 servicio en que trabaja by V28 Evaluaci3n procesos atenci3n

V3	Count	V28		Row Total
		3si	no	
medicina	1	11	14	25
				34,2
cirugia	2	12	5	17
				23,3
medico-quirurgic	3	17	6	23
				31,5
materno-infantil	4	6	2	8
				11,0
Column Total		46	27	73
		63,0	37,0	100,0

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	5,96189	3	,11348
Likelihood Ratio	5,90355	3	,11640
Linear-by-Linear Association	4,61077	1	,03177

Minimum Expected Frequency - 2,959  
 Cells with Expected Frequency < 5 - 1 of 8 ( 12,5%)

Number of Missing Observations: 7

ááááá

13 unidosis material fungible by V70 conoce grado satisf. clientes

Count	V70					Row Total
	ö önunca	1ö a veces	2ö empres	3ö casi si	4ö siempre	
13	ö	1ö	2ö	3ö	4ö	ö
si	1 ö	2 ö	8 ö	15 ö	18 ö	43
	ö	ö	ö	ö	ö	58,1
no	2 ö	ö	9 ö	14 ö	8 ö	31
	ö	ö	ö	ö	ö	41,9
Column	2	17	29	26		74
Total	2,7	23,0	39,2	35,1		100,0

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	4,10137	3	,25072
Likelihood Ratio	4,85845	3	,18246
Linear-by-Linear Association	,76603	1	,38145

Minimum Expected Frequency - ,838  
 Cells with Expected Frequency < 5 - 2 of 8 ( 25,0%)

Number of Missing Observations: 6

Count	V70				Row Total
	0	1	2	3	
	0	1	11	16	42
	0	0	0	0	0
	0	1	5	14	32
	0	0	0	0	0
Column Total	2	16	30	26	74
Total	2,7	21,6	40,5	35,1	100,0

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	1,20789	3	,75111
Likelihood Ratio	1,23788	3	,74393
Linear-by-Linear Association	,46969	1	,49313

Minimum Expected Frequency - ,865  
 Cells with Expected Frequency < 5 - 2 of 8 ( 25,0%)

Number of Missing Observations: 6



Count	V70				Row Total
	0	1	2	3	
0	0	0	0	0	0
1	0	0	2	3	9
2	2	15	27	21	65
<b>Total</b>	<b>2,7</b>	<b>23,0</b>	<b>40,5</b>	<b>33,8</b>	<b>100,0</b>

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	,75540	3	,86010
Likelihood Ratio	,97761	3	,80667
Linear-by-Linear Association	,42490	1	,51450

Minimum Expected Frequency - ,243  
 Cells with Expected Frequency < 5 - 5 of 8 ( 62,5%)

Number of Missing Observations: 6

V47 Modelo centro by V70 conoce grado satisf. clientes

Count	V70				Row Total
	0 a veces	20 empre	30 casi si	40 siempre	
1	11	19	19	49	
2	3	6	6	15	
Column Total	14	25	25	64	
Total	21,9	39,1	39,1	100,0	

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	,04030	2	,98005
Likelihood Ratio	,04091	2	,97975
Linear-by-Linear Association	,02631	1	,87115

Minimum Expected Frequency - 3,281  
 Cells with Expected Frequency < 5 - 1 of 6 ( 16,7%)  
 Number of Missing Observations: 16

Count	V70					Row Total
	0	1	2	3	4	
	0nunca	a veces	casi	si	siempre	
	empre					
V51	0	1	2	3	4	
si	0	0	5	14	7	26
no	0	1	8	15	15	39
Column Total	1	13	29	22	65	
Total	1,5	20,0	44,6	33,8	100,0	

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	2,12071	3	,54773
Likelihood Ratio	2,47861	3	,47917
Linear-by-Linear Association	,06865	1	,79331

Minimum Expected Frequency - ,400  
 Cells with Expected Frequency < 5 - 2 of 8 ( 25,0%)  
 Number of Missing Observations: 15

V55 tener unidosis medicamentosa by V70 conoce grado satisf. clientes

Count	V70					Row Total
	ö nunca	1ö a veces	2ö casi	3ö siempre	4ö siempre	
V55	ö	1ö	2ö	3ö	4ö	
si	1 ö	2 ö	11 ö	28 ö	22 ö	63
no	2 ö	ö	6 ö	2 ö	4 ö	12
Column Total	2,7	22,7	40,0	34,7	75	100,0

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	7,04141	3	,07059
Likelihood Ratio	6,85544	3	,07665
Linear-by-Linear Association	1,13596	1	,28651

Minimum Expected Frequency - ,320  
 Cells with Expected Frequency < 5 - 5 of 8 ( 62,5%)

Number of Missing Observations: 5

V75 tipo de hospital by V70 conoce grado satisf. clientes

V75	Count	V70				Row Total	
		ö önunca	1ö a veces	2ö casi empre	3ö si		4ö siempre
p. blico	1	ö	ö	4 ö	7 ö	7 ö	18
		ö	ö	ö	ö	ö	25,0
privado	2	ö	1 ö	ö	6 ö	9 ö	16
		ö	ö	ö	ö	ö	22,2
concertado	3	ö	1 ö	11 ö	15 ö	9 ö	36
		ö	ö	ö	ö	ö	50,0
	4	ö	ö	ö	1 ö	ö	1
		ö	ö	ö	ö	ö	1,4
	6	ö	ö	ö	1 ö	ö	1
		ö	ö	ö	ö	ö	1,4
Column Total		2	15	30	25	72	
		2,8	20,8	41,7	34,7	100,0	

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	12,28333	12	,42320
Likelihood Ratio	16,19285	12	,18256
Linear-by-Linear Association	1,83445	1	,17560

Minimum Expected Frequency - ,028  
 Cells with Expected Frequency < 5 - 13 of 20 ( 65,0%)

Number of Missing Observations: 8



Count	V70					Row Total
	ö önunca	1ö a veces	2ö casi	3ö si	4ö siempre	
30	1		4	6		11
						17,5
32			1			1
						1,6
34		2		1		3
						4,8
36			2			2
						3,2
37	1	1	2			4
						6,3
42			1			1
						1,6
45			1			1
						1,6
46			1			1
						1,6
50				1		1
						1,6
52		1	2			3
						4,8
55				1		1
						1,6
56			2			2
						3,2
60				1		1
						1,6
61			1			1
						1,6

Column Total 2 13 27 21 63  
 (Continued) Total 3,2 20,6 42,9 33,3 100,0

Count	V70					Row Total
	ö önunca	1ö a veces	2ö casi	3ö si	4ö siempre	
62	ö	ö	ö	1 ö	ö	1
	ö	ö	ö	ö	ö	1,6
65	ö	ö	1 ö	ö	ö	1
	ö	ö	ö	ö	ö	1,6
69	ö	ö	ö	ö	1 ö	1
	ö	ö	ö	ö	ö	1,6
75	ö	ö	ö	1 ö	ö	1
	ö	ö	ö	ö	ö	1,6
79	ö	ö	1 ö	ö	ö	1
	ö	ö	ö	ö	ö	1,6
84	ö	ö	1 ö	ö	ö	1
	ö	ö	ö	ö	ö	1,6
88	ö	ö	1 ö	ö	1 ö	2
	ö	ö	ö	ö	ö	3,2
92	ö	ö	ö	1 ö	ö	1
	ö	ö	ö	ö	ö	1,6
100	ö	ö	ö	1 ö	ö	1
	ö	ö	ö	ö	ö	1,6
Column Total	2	13	27	21	63	
	3,2	20,6	42,9	33,3	100,0	

Chi-Square	Value	DF	Significance
Pearson	87,13666	108	,93013
Likelihood Ratio	92,92838	108	,84886
Linear-by-Linear Association	,81060	1	,36794

Minimum Expected Frequency - ,032  
 Cells with Expected Frequency < 5 - 148 of 148 (100,0%)  
 Number of Missing Observations: 17



Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
V1 edad				
si	49	39,8776	5,040	,720
no	28	42,4286	6,221	1,176

Mean Difference = -2,5510

Levene's Test for Equality of Variances: F= 1,188 P= ,279

t-test for Equality of Means						95%
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff	
Equal	-1,96	75	,054	1,302	(-5,144; ,04)	
Unequal	-1,85	47,31	,070	1,379	(-5,324; ,22)	

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
V6 experienciacomomando int.				
si	49	9,6939	5,931	,847
no	28	10,2500	7,516	1,420

Mean Difference = -,5561

Levene's Test for Equality of Variances: F= 3,583 P= ,062

t-test for Equality of Means						95%
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff	
Equal	-,36	75	,721	1,551	(-3,645; 2,53)	
Unequal	-,34	46,33	,738	1,654	(-3,885; 2,77)	

ááááá

- - - - - O N E W A Y - - - - -

Variable V1 edad  
By Variable V70 conoce grado satisf. clientes

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	3	27,6470	9,2157	,2743	,8437
Within Groups	71	2385,0997	33,5930		
Total	74	2412,7467			

----- O N E W A Y -----

Variable V1            edad  
By Variable V70        conoce grado satisf. clientes

Multiple Range Tests: Duncan test with significance level ,05

The difference between two means is significant if  
 $MEAN(J) - MEAN(I) \geq 4,0984 * RANGE * \sqrt{1/N(I) + 1/N(J)}$   
with the following value(s) for RANGE:

Step	2	3	4
RANGE	2,82	2,97	3,06

No two groups are significantly different at the ,050 level

- - - - - O N E W A Y - - - - -

Variable V6  
By Variable V70

experiencia como mando int.  
conoce grado satisf. clientes

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	3	24,5072	8,1691	,1924	,9012
Within Groups	71	3013,8128	42,4481		
Total	74	3038,3200			

- - - - - O N E W A Y - - - - -

Variable V6 experienciacomando mando int.  
By Variable V70 conoce grado satisf. clientes

Multiple Range Tests: Duncan test with significance level ,05

The difference between two means is significant if  
 $MEAN(J) - MEAN(I) \geq 4,6070 * RANGE * \sqrt{1/N(I) + 1/N(J)}$   
with the following value(s) for RANGE:

Step	2	3	4
RANGE	2,82	2,97	3,06

No two groups are significantly different at the ,050 level

----- O N E W A Y -----

Variable V7  
By Variable V70

experiencia como enfermera  
conoce grado satisf. clientes

Analysis of Variance

Source	D.F.	Sum of Squares	Mean Squares	F Ratio	F Prob.
Between Groups	3	57,4379	19,1460	,3930	,7584
Within Groups	71	3459,2821	48,7223		
Total	74	3516,7200			

----- O N E W A Y -----

Variable V7 experiencia como enfermera  
By Variable V70 conoce grado satisf. clientes

Multiple Range Tests: Duncan test with significance level ,05

The difference between two means is significant if  
 $MEAN(J) - MEAN(I) \geq 4,9357 * RANGE * \sqrt{1/N(I) + 1/N(J)}$   
with the following value(s) for RANGE:

Step	2	3	4
RANGE	2,82	2,97	3,06

No two groups are significantly different at the ,050 level

ááááá

t-tests for Independent Samples of V13 unidosis material fungible

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
CALIDAD1 nivel de calidad (si)				
si	46	5,3261	1,334	,197
no	32	5,0625	1,390	,246

Mean Difference = ,2636

Levene's Test for Equality of Variances: F= ,000 P= ,983

t-test for Equality of Means			95%		
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	,84	76	,401	,312	(-,359; ,886)
Unequal	,84	65,07	,405	,315	(-,365; ,892)

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
CALIDAD2 nivel de calidad(1-4)				
si	46	2,7416	,418	,062
no	32	2,4513	,438	,077

Mean Difference = ,2904

Levene's Test for Equality of Variances: F= ,013 P= ,910

t-test for Equality of Means			95%		
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	2,96	76	,004	,098	(,095; ,486)
Unequal	2,94	64,86	,005	,099	(,093; ,488)



t-tests for Independent Samples of V13 unidosis material fungible

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
CLIENTE1 nivel de gestion (si)				
si	46	3,4783	,888	,131
no	32	3,3438	1,004	,177

Mean Difference = ,1345

Levene's Test for Equality of Variances: F= ,124 P= ,726

t-test for Equality of Means		95%			
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	,62	76	,535	,216	(-,295; ,564)
Unequal	,61	61,41	,544	,220	(-,306; ,575)

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
CLIENTE2 nivel de cliente(1-4)				
si	44	2,5000	,755	,114
no	32	2,4844	,615	,109

Mean Difference = ,0156

Levene's Test for Equality of Variances: F= 2,454 P= ,121

t-test for Equality of Means		95%			
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	,10	74	,924	,163	(-,308; ,340)
Unequal	,10	72,97	,921	,157	(-,298; ,329)

áááááá

t-tests for Independent Samples of V51 Tener trayectorias clinicas

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
CALIDAD1 nivel de calidad (si)				
si	28	5,1429	1,268	,240
no	40	5,1500	1,442	,228

Mean Difference = -,0071

Levene's Test for Equality of Variances: F= ,416 P= ,521

t-test for Equality of Means				95%	
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	-,02	66	,983	,338	(-,683; ,669)
Unequal	-,02	62,53	,983	,331	(-,668; ,654)

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
CALIDAD2 nivel de calidad(1-4)				
si	28	2,6309	,501	,095
no	40	2,5813	,408	,064

Mean Difference = ,0496

Levene's Test for Equality of Variances: F= ,631 P= ,430

t-test for Equality of Means				95%	
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	,45	66	,655	,110	(-,171; ,270)
Unequal	,43	50,38	,667	,115	(-,180; ,280)

t-tests for Independent Samples of V51 Tener trayectorias clinicas

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
CLIENTE1 nivel de gestion (si)				
si	28	4,0000	,720	,136
no	40	3,0000	,934	,148

Mean Difference = 1,0000

Levene's Test for Equality of Variances: F= 2,032 P= ,159

t-test for Equality of Means				95%	
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	4,76	66	,000	,210	(,580; 1,420)
Unequal	4,98	65,32	,000	,201	(,599; 1,401)

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
CLIENTE2 nivel de cliente(1-4)				
si	27	2,4259	,661	,127
no	39	2,5769	,664	,106

Mean Difference = -,1510

Levene's Test for Equality of Variances: F= ,289 P= ,593

t-test for Equality of Means				95%	
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	-,91	64	,366	,166	(-,483; ,181)
Unequal	-,91	56,27	,366	,166	(-,483; ,181)

t-tests for Independent Samples of V51 Tener trayectorias clinicas

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
FORMACIO nivel de formaci%n				
si	28	2,9643	,838	,158
no	40	2,9500	,815	,129

Mean Difference = ,0143

Levene's Test for Equality of Variances: F= ,000 P= ,985

t-test for Equality of Means				95%	
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	,07	66	,944	,203	(-,391; ,420)
Unequal	,07	57,22	,944	,204	(-,395; ,423)

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
GESTION1 nivel de gestion (si)				
si	28	5,5357	1,261	,238
no	40	5,7250	1,301	,206

Mean Difference = -,1893

Levene's Test for Equality of Variances: F= ,235 P= ,629

t-test for Equality of Means				95%	
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	-,60	66	,552	,317	(-,821; ,443)
Unequal	-,60	59,37	,550	,315	(-,819; ,441)

t-tests for Independent Samples of V51 Tener trayectorias clinicas

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
GESTION2 nivel de gestion(1-4)				
si	28	2,8744	,545	,103
no	40	2,6979	,562	,089

Mean Difference = ,1765

Levene's Test for Equality of Variances: F= ,397 P= ,531

t-test for Equality of Means				95%	
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	1,29	66	,201	,137	(-,097; ,450)
Unequal	1,30	59,41	,199	,136	(-,096; ,449)

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
PRESUPO2 nivel de gestion(1-4)				
si	28	2,8393	,582	,110
no	40	3,0313	,708	,112

Mean Difference = -,1920

Levene's Test for Equality of Variances: F= 1,395 P= ,242

t-test for Equality of Means				95%	
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	-1,18	66	,241	,162	(-,516; ,132)
Unequal	-1,22	64,19	,226	,157	(-,505; ,121)

ááááá

t-tests for Independent Samples of V55 tener unidosis medicamentosa

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
CALIDAD1 nivel de calidad (si)				
si	66	5,2576	1,351	,166
no	13	4,9231	1,382	,383

Mean Difference = ,3345

Levene's Test for Equality of Variances: F= ,005 P= ,945

t-test for Equality of Means		95%			
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	,81	77	,419	,411	(-,485; 1,154)
Unequal	,80	16,83	,435	,418	(-,548; 1,217)

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
CALIDAD2 nivel de calidad(1-4)				
si	66	2,6267	,452	,056
no	13	2,5723	,431	,119

Mean Difference = ,0544

Levene's Test for Equality of Variances: F= ,000 P= ,994

t-test for Equality of Means		95%			
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	,40	77	,691	,136	(-,217; ,326)
Unequal	,41	17,62	,685	,132	(-,223; ,332)

t-tests for Independent Samples of V55 tener unidosis medicamentosa

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
CLIENTE1 nivel de gestion (si)				
si	66	3,3939	,926	,114
no	13	3,5385	,967	,268

Mean Difference = -,1445

Levene's Test for Equality of Variances: F= ,053 P= ,818

t-test for Equality of Means		95%			
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	-,51	77	,611	,283	(-,708; ,419)
Unequal	-,50	16,62	,627	,292	(-,761; ,472)

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
CLIENTE2 nivel de cliente(1-4)				
si	64	2,4766	,687	,086
no	13	2,5769	,732	,203

Mean Difference = -,1004

Levene's Test for Equality of Variances: F= ,042 P= ,838

t-test for Equality of Means		95%			
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	-,48	75	,636	,211	(-,521; ,320)
Unequal	-,46	16,58	,655	,220	(-,566; ,365)

t-tests for Independent Samples of V55 tener unidosis medicamentosa

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
FORMACIO nivel de formaci <sup>3</sup> 4n				
si	66	3,0758	,847	,104
no	13	2,8462	,689	,191

Mean Difference = ,2296

Levene's Test for Equality of Variances: F= 1,011 P= ,318

t-test for Equality of Means		95%			
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	,92	77	,361	,250	(-,268; ,728)
Unequal	1,06	19,89	,304	,218	(-,225; ,684)

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
GESTION1 nivel de gestion (si)				
si	66	5,7121	1,225	,151
no	13	5,9231	1,320	,366

Mean Difference = -,2110

Levene's Test for Equality of Variances: F= ,150 P= ,699

t-test for Equality of Means		95%			
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	-,56	77	,577	,376	(-,960; ,538)
Unequal	-,53	16,33	,601	,396	(-1,049; ,627)



t-tests for Independent Samples of V55 tener unidosis medicamentosa

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
GESTION2 nivel de gestion(1-4)				
si	66	2,7518	,590	,073
no	13	2,9128	,552	,153

Mean Difference = -,1611

Levene's Test for Equality of Variances: F= ,000 P= ,991

t-test for Equality of Means			95%		
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	-,91	77	,367	,177	(-,514; ,192)
Unequal	-,95	17,85	,354	,169	(-,517; ,195)

Variable	Number of Cases	Mean	SD	SE of Mean
PRESUPO2 nivel de gestion(1-4)				
si	66	2,9773	,673	,083
no	13	3,2308	,863	,239

Mean Difference = -,2535

Levene's Test for Equality of Variances: F= ,784 P= ,379

t-test for Equality of Means			95%		
Variances	t-value	df	2-Tail Sig	SE of Diff	CI for Diff
Equal	-1,18	77	,240	,214	(-,680; ,173)
Unequal	-1,00	15,01	,333	,253	(-,793; ,286)

ááááá

-- Correlation Coefficients --

	CALIDAD1	CALIDAD2	CLIENTE1	CLIENTE2	FORMACIO	GESTION1
CALIDAD1	1,0000	,3299	,2175	,0013	,0970	,3962
	( 80)	( 80)	( 77)	( 80)	( 80)	
	P= ,	P= ,003	P= ,053	P= ,991	P= ,392	P= ,000
CALIDAD2	,3299	1,0000	,2481	,3873	-,0140	,4804
	( 80)	( 80)	( 77)	( 80)	( 80)	
	P= ,003	P= ,	P= ,026	P= ,001	P= ,902	P= ,000
CLIENTE1	,2175	,2481	1,0000	-,0063	,1789	,2226
	( 80)	( 80)	( 77)	( 80)	( 80)	
	P= ,053	P= ,026	P= ,	P= ,956	P= ,112	P= ,047
CLIENTE2	,0013	,3873	-,0063	1,0000	,0810	,3047
	( 77)	( 77)	( 77)	( 77)	( 77)	
	P= ,991	P= ,001	P= ,956	P= ,	P= ,484	P= ,007
FORMACIO	,0970	-,0140	,1789	,0810	1,0000	,0562
	( 80)	( 80)	( 77)	( 80)	( 80)	
	P= ,392	P= ,902	P= ,112	P= ,484	P= ,	P= ,621
GESTION1	,3962	,4804	,2226	,3047	,0562	1,0000
	( 80)	( 80)	( 77)	( 80)	( 80)	
	P= ,000	P= ,000	P= ,047	P= ,007	P= ,621	P= ,
GESTION2	,1130	,5675	,1592	,5277	,0263	,3087
	( 80)	( 80)	( 77)	( 80)	( 80)	
	P= ,318	P= ,000	P= ,158	P= ,000	P= ,817	P= ,005
PRESUPO2	,2695	,3969	,0875	,4255	,0590	,3884
	( 80)	( 80)	( 77)	( 80)	( 80)	
	P= ,016	P= ,000	P= ,440	P= ,000	P= ,603	P= ,000
V4	,0627	,0380	,2273	,0794	-,1991	,0205
	( 67)	( 67)	( 67)	( 64)	( 67)	( 67)
	P= ,614	P= ,760	P= ,064	P= ,533	P= ,106	P= ,869
V1	,1155	-,0601	-,0055	-,0087	,1888	-,0128
	( 80)	( 80)	( 80)	( 77)	( 80)	( 80)
	P= ,308	P= ,597	P= ,961	P= ,940	P= ,094	P= ,910
V6	,0676	,0606	,1261	,0738	,1332	,1684
	( 80)	( 80)	( 80)	( 77)	( 80)	( 80)
	P= ,551	P= ,594	P= ,265	P= ,524	P= ,239	P= ,135

(Coefficient / (Cases) / 2-tailed Significance)

" , " is printed if a coefficient cannot be computed

-- Correlation Coefficients --

CALIDAD1 CALIDAD2 CLIENTE1 CLIENTE2 FORMACIO GESTION1

V7	,0028	-,0081	,0249	-,1308	,1639	-,1054
	( 80)	( 80)	( 80)	( 77)	( 80)	( 80)
	P= ,980	P= ,943	P= ,826	P= ,257	P= ,146	P= ,352

(Coefficient / (Cases) / 2-tailed Significance)

" , " is printed if a coefficient cannot be computed

	GESTION2	PRESUPO2	V4	V1	V6	V7
CALIDAD1	,1130	,2695	,0627	,1155	,0676	,0028
	( 80)	( 80)	( 67)	( 80)	( 80)	( 80)
	P= ,318	<b>P= ,016</b>	P= ,614	P= ,308	P= ,551	P= ,980
CALIDAD2	,5675	,3969	,0380	-,0601	,0606	-,0081
	( 80)	( 80)	( 67)	( 80)	( 80)	( 80)
	<b>P= ,000</b>	<b>P= ,000</b>	P= ,760	P= ,597	P= ,594	P= ,943
CLIENTE1	,1592	,0875	,2273	-,0055	,1261	,0249
	( 80)	( 80)	( 67)	( 80)	( 80)	( 80)
	P= ,158	P= ,440	P= ,064	P= ,961	P= ,265	P= ,826
CLIENTE2	,5277	,4255	,0794	-,0087	,0738	-,1308
	( 77)	( 77)	( 64)	( 77)	( 77)	( 77)
	<b>P= ,000</b>	<b>P= ,000</b>	P= ,533	P= ,940	P= ,524	P= ,257
FORMACIO	,0263	,0590	-,1991	,1888	,1332	,1639
	( 80)	( 80)	( 67)	( 80)	( 80)	( 80)
	P= ,817	P= ,603	P= ,106	P= ,094	P= ,239	P= ,146
GESTION1	,3087	,3884	,0205	-,0128	,1684	-,1054
	( 80)	( 80)	( 67)	( 80)	( 80)	( 80)
	<b>P= ,005</b>	<b>P= ,000</b>	P= ,869	P= ,910	P= ,135	P= ,352
GESTION2	1,0000	,4234	,0304	-,0309	,1463	-,1109
	( 80)	( 80)	( 67)	( 80)	( 80)	( 80)
	P= ,	<b>P= ,000</b>	P= ,807	P= ,785	P= ,195	P= ,328
PRESUPO2	,4234	1,0000	-,1107	,0813	,0162	,0205
	( 80)	( 80)	( 67)	( 80)	( 80)	( 80)
	<b>P= ,000</b>	P= ,	P= ,373	P= ,473	P= ,887	P= ,856

(Coefficient / (Cases) / 2-tailed Significance)

" , " is printed if a coefficient cannot be computed

-- Correlation Coefficients --

	GESTION2	PRESUPO2	V4	V1	V6	V7
V4	,0304 ( 67) P= ,807	-,1107 ( 67) P= ,373	1,0000 ( 67) P= ,	-,1685 ( 67) P= ,173	-,0700 ( 67) P= ,574	-,1795 ( 67) P= ,146
V1	-,0309 ( 80) P= ,785	,0813 ( 80) P= ,473	-,1685 ( 67) P= ,173	1,0000 ( 80) P= ,	,6544 ( 80) P= ,000	,3754 ( 80) P= ,001
V6	,1463 ( 80) P= ,195	,0162 ( 80) P= ,887	-,0700 ( 67) P= ,574	,6544 ( 80) P= ,000	1,0000 ( 80) P= ,	,1833 ( 80) P= ,104
V7	-,1109 ( 80) P= ,328	,0205 ( 80) P= ,856	-,1795 ( 67) P= ,146	,3754 ( 80) P= ,001	,1833 ( 80) P= ,104	1,0000 ( 80) P= ,

(Coefficient / (Cases) / 2-tailed Significance)

", " is printed if a coefficient cannot be computed



Fundació "la Caixa"

ESCOLA UNIVERSITÀRIA D'INFERMERIA  
"SANTA MADRONA"

Reg. 10.597

Sig. \_\_\_\_\_