

16
205



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA

DIAGNOSTICO SITUACIONAL DE LA PRACTICA CLINICA DE ENFERMERIA EN LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD DE MEXICO

T E S I S
PARA OPTAR POR EL TITULO DE:
LICENCIADA EN ENFERMERIA
Y OBSTETRICIA

Cruz Ayala Gloria
Medina Rocha Rosalia Obdulia
Suárez Vázquez María Guadalupe
Vázquez García Francisca



U. N. A. M.
~~Directora de Tesis~~ DE
ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
MAESTRA: NEDELIA ANTIGA TRUJILLO

SET 9 1997

COORDINACION DE SERVICIOS SOCIAL Y OPCIONES TERMINALES DE TITULACION
MEXICO, D. F.

1997

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RECONOCIMIENTOS

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia
de la Universidad Nacional Autónoma de México

A los Institutos Nacionales de Salud en México

AGRADECIMIENTOS

A l H. Jurado integrado por:

Lic. Margarita Cárdenas Jiménez

Lic. Querubín Enríquez González

M. C. Manuel Morales Barrera

A nuestra Directora de tesis Maestra Nedelia Antiga Trujillo por su estímulo constante, enseñanzas y perseverancia, para concluir el presente trabajo.

A la Lic. Enf. María del Carmen Jiménez y Villegas por su invaluable asesoría para hacer posible esta investigación.

A la Lic. María Teresa Sánchez por su valiosa ayuda y orientación.

A las enfermeras del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez por su valiosa colaboración.

Lic. Enf. Maricela Cruz Corchado
Enf. Card. María Teresa Solís Pérez
Enf. Ped. Martha María Quintero Barrios
Enf. Ped. María del Socorro Rodríguez Ramos

A Dios quien con su amor ha guiado y fortalecido el trayecto y proyecto de nuestras vidas.

A nuestros padres que con su esfuerzo, ejemplo y cariño nos impulsan a seguir siempre adelante.

A nuestros esposos e hijos que con su amor y apoyo nos ayudaron a realizar una de nuestras más grandes metas.

A la comunidad de las Hermanas de la Caridad del Verbo Encarnado del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez por sus oraciones, comprensión y apoyo.

A las Jefes de enfermeras de los Institutos Nacionales de Salud, a quienes agradecemos todas las facilidades que nos otorgaron para la realización de la presente tesis.

A nuestras compañeras enfermeras que nos apoyaron en la realización de este trabajo sabiendo que la investigación es uno de los caminos en que la enfermería hace sentir y valer su opinión.

A los pacientes quienes han sido el sentido de nuestro quehacer profesional.

CONTENIDO

	PÁGINA
INTRODUCCIÓN	1
1. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	15
1.1. Etapas del proceso atención de enfermería	17
1.2. La aplicación del proceso atención de enfermería	23
2. TEORÍA DE LA CALIDAD APLICADA A LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA.....	26
2.1. Los catorce puntos para la calidad de Deming	27
2.2. Bases conceptuales para la evaluación de la calidad	32
3. AUDITORÍA DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA	34
3.1. Programas de auditoría en enfermería	35
3.2. Registros de enfermería	43
4. RESULTADOS	46
CONCLUSIONES	74
SUGERENCIAS	79
FUENTES DE CONSULTA	83
ANEXOS	86

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El complejo entramado histórico que desde la segunda mitad del siglo XIX ha vivido la enfermería, nos presenta un panorama de hechos que, de forma vertiginosa y simultánea, han ido cristalizando durante la últimas décadas.

El reto actual de enfermería es constituirse como disciplina científica en el seno de las Universidades y la posibilidad de acceso a los ciclos superiores de licenciado, maestro, y doctor en enfermería.

La licenciatura en enfermería y obstetricia es un avance en la profesión de enfermería en México y una oportunidad que nos brinda el Sistema de Universidad Abierta a través de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México para las enfermeras que nos formamos a nivel técnico y que sentimos la necesidad de poder elevar nuestro nivel académico para comprender el complejo contexto de la salud, que tiene problemas ambientales, políticos, éticos, económicos y humanos. Así como adquirir el conocimiento científico que se traduce en desempeño eficiente y de alta calidad científica, ética, técnica y humanística para tratar de encontrar las soluciones a los problemas de salud preventivo-curativo, humanístico e integrador expresado alrededor del enfermo como un ser con necesidades biológicas, psicológicas, sociales y espirituales.

Al término de esta formación elaboramos la presente tesis con el fin de titularnos y revisar la situación de la práctica clínica de los profesionales de enfermería en los Institutos Nacionales de Salud. Esto nos ha permitido asomarnos a los sistema de atención de enfermería en diez Instituciones de tercer nivel del más alto prestigio nacional, donde pudimos constatar que aún cuando la alta tecnología y los tratamientos técnico quirúrgicos más modernos nos han sumergido en una voragine de conocimientos, técnicas y tecnología de punta, en enfermería nos queda mucho por avanzar sobre todo en deslindar nuestra práctica profesional del área de curar al área de cuidar, ya que el sistema de atención de cuidados, además de potenciar la responsabilidad y la autonomía de la enfermera promueve la continuidad y calidad de los cuidados.

Por lo cual consideramos que nos corresponde a las enfermeras de finales de siglo definir y sustentar el concepto de cuidado, asumirlo y ponerlo en marcha. Esto debe ser la aportación central de la enfermería a la atención de la salud en esta última década del siglo XX. Asimismo la enfermería del siglo XXI requiere de un profesional cuya preparación lo lleve a un ejercicio de su práctica de mayor autonomía en su responsabilidad, con la mayor competencia técnica y científica y con el más acentuado espíritu humanístico.

Para estructurar esta investigación y realizar un análisis de la práctica clínica de enfermería y como la lleva a cabo se ha compilado en este documento datos importantes sobre ésta ya que para comprender y conocer en que consiste tuvimos que realizar un diagnóstico situacional de la práctica de enfermería en los institutos

Nacionales de Salud en México a través de un trabajo de investigación, elaborando para ello un cuestionario contestado por un número representativo del personal de los diferentes turnos y dentro de su jornada, que trabaja en los Institutos Nacionales de Salud en México. Sus respuestas nos han llevado a unas conclusiones reflejadas en el último apartado de este trabajo.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA A INVESTIGAR

Desde el principio de la humanidad los cuidados de enfermería surgen con carácter propio e independiente. El personal de enfermería aseguraba la continuidad de la vida mediante sus prácticas de cuidados al enfrentarse a la enfermedad y a la muerte, en contextos de escasa valoración social y cultural.

La atención a la salud fue responsabilidad durante muchos años de grupos religiosos, quienes dedicaban su vida entera al cuidado de los enfermos, a la atención de los orfanatos y a hospitales de asistencia pública, donde había carencias de recursos humanos, de alimentos, ropa y medicamentos, como se observa en los reportes que sobre su trabajo quedaron registrados. Las enfermeras religiosas o laicas prácticamente vivían en el hospital, se levantaban antes del amanecer y velaban a sus enfermos. Hay que recordar que la enfermería ha sido una labor compartida con el médico pero que ha exigido de los protagonistas de la enfermería, dedicación y sacrificio para esta profesión que solo ha de explicarse mediante la satisfacción por el servicio a los que más lo necesitan.

La enfermería a lo largo de su historia se ha caracterizado por ayudar a los enfermos a restablecer su bienestar, físico, psíquico, social y espiritual que constituye al mismo tiempo un servicio dedicado a lograr el bienestar humano y social.

El desarrollo de la enfermería en México estuvo siempre ligado al desarrollo de los hospitales donde se practicaba la medicina curativa.

Muchos factores han intervenido en la profesión de enfermería y su identidad a través de los años. Sus orígenes históricos y tradicionales están profundamente influenciados por eventos religiosos y militares; el status de la mujer y el nivel de desarrollo tecnológico en la sociedad, continuarán participando fuertemente en la identidad y su práctica profesional en el mundo entero.

La búsqueda de lógica en esta profesión se ha llevado a cabo por milenios y ahora pretende constituirse como una disciplina con un cuerpo teórico propio, objeto de estudio y descubrimiento se hace la necesidad de tener un campo propio de conocimientos, metodología precisa e identificable a partir de la necesidad del cuidado de enfermería.

La profesión de enfermería vive momentos de oportunidades y desafíos únicos. Mientras más evolucionan los sistemas de salud y se vuelven más complejos y costosos, más imperativa se hace la necesidad de tener un profesional de enfermería con una preparación académica específica para atender al paciente con bases científicas, tecnológicas y humanas.

En los sistemas de salud en México, el servicio de enfermería es un componente esencial pero subordinado, ya que la dirección de su desarrollo no está autodeterminado sino sujeto a control tanto técnico como administrativo, pese a ello

el objetivo fundamental de la enfermería como una profesión de salud, es proporcionar cuidados y contribuir así a elevar la calidad de vida de la población que solicita servicios de salud profesionales. Por ello forma parte del sistema de salud y se interesa en la solución de los problemas que afectan a la sociedad. Esta función de asistencia y atención o cuidado es la que diferencia a la enfermería de otras profesiones y la que la define como disciplina dentro de las ciencias básicas de la salud.

La enfermería se ha especializado y se ha vuelto más eficaz, ha logrado ocupar un lugar estratégico dentro del equipo de salud y el cuidado del enfermo.

Cuando enfermería descubra su propia actividad que la define y la diferencia de otras profesiones, cuando descubra que el rigor del método científico aplicado a la clínica le da sentido a su desempeño profesional al mismo tiempo estará definiendo su especialidad, así como los métodos, técnicas o instrumentos que validan su hacer, entonces habrá recuperado la identidad profesional centrada en los cuidados de enfermería y en el rigor del Método Científico aplicado a la Clínica¹

Con todo lo expuesto y para comprender cuál es la situación actual de la práctica clínica de enfermería, en las instituciones de mayor prestigio en nuestro país, pretendemos investigar en los Institutos Nacionales de Salud mediante un diagnóstico situacional ¿cuál es la práctica clínica de la enfermería profesional? valiéndonos para ello de una investigación prospectiva, transversal y de campo.

¹ Antiga, N. *Enfermería Técnica o Rama Científica*. Revista Desarrollo Científico de Enfermería, México, 1996; 4 (5) pp 25-29

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Elaborar un diagnóstico situacional de la práctica clínica de enfermería en los Institutos Nacionales de Salud de México.

Identificar los enfoques metodológicos de los cuidados de enfermería y las funciones básicas de la profesional de enfermería.

Propuesta de una metodología que haga de la práctica clínica de enfermería un sistema de cuidados de alta calidad fundada en el proceso de atención de enfermería.

Elaborar el perfil del profesional de enfermería que permita satisfacer las demandas de atención de la población dentro del Sistema Nacional de Salud en un tercer nivel de atención.

METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

TIPO DE INVESTIGACIÓN

Investigación documental y de campo.

Tipo de estudio.

Se trata de un estudio causal, transversal, prospectivo, observacional, descriptivo y exploratorio.

Universo.

Dentro del Sistema Nacional de Salud existen doce Institutos Nacionales de Salud, de éstos diez cuentan con Departamento de Enfermería. (anexo 1)

El total de la población es de 2916 enfermeras de las cuales 597 son enfermeras con curso postécnico y 2319 son enfermeras tituladas con nivel técnico o con nivel licenciatura.

Muestra.

Se realiza un muestreo de tipo condicional previa prueba piloto, en donde se valoró el instrumento de recolección de datos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

En función de nuestra investigación tomamos de las características de la población los siguientes criterios.

- Enfermeras(os) generales y enfermeras(os) con curso postécnico que trabajan en los Institutos Nacionales de Salud.
- Que se encuentren laborando en el periodo comprendido del 20 al 24 de octubre de 1996.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Personal de enfermería que trabaje en los Institutos Nacionales de Salud pero que no tengan la categoría de enfermera(o) general ni curso postécnico.
- Enfermeras(os) generales y enfermeras(os) con curso postécnico que se encuentren disfrutando de un periodo vacacional o con algún otro tipo de ausencia laboral durante el periodo comprendido del 20 al 24 de octubre de 1996.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para realizar la recolección de datos se utiliza la técnica de la encuesta, la cual es efectuada en octubre de 1996 por las investigadoras y un grupo de apoyo formado por enfermeras del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez.

El procedimiento establecido para la recolección de estos datos es primero solicitar una entrevista formal a los Jefes de Divisiones o Departamento de enfermería de cada uno de los Institutos Nacionales de Salud, con la finalidad de dar a conocer el proyecto y buscar el apoyo para la realización del mismo.

El siguiente paso es la entrevista directa e instrumentada con las unidades de investigación. El instrumento que se diseña para recolectar los datos está dentro del grupo de los estructurados, enfocado específicamente para validar los objetivos de esta investigación y es un cuestionario constituido por 31 preguntas de las cuales 10 son abiertas y 21 cerradas.

ELABORACIÓN DEL INSTRUMENTO

Se diseña un cuestionario que permita medir las variables y validarlas, para ello se lleva a cabo una prueba piloto, lo cual favorece que cuando el instrumento sea aplicado nuevamente tenga un proceso confiable.

CONTENIDO DEL CUESTIONARIO

- Forma. Se lleva a cabo en hojas de papel bond tamaño carta.
- En la primera página en la parte superior y al centro se anotó ENEO - UNAM que avala la calidad del estudio.
- Se continúa con el objetivo del estudio y las instrucciones de llenado del mismo.

MARCO TEÓRICO

MARCO TEÓRICO

Los acontecimientos históricos nos dan diversas imágenes de la enfermería, de su proyección, de sus tareas según la época que le ha tocado vivir. Al revisar el proceso evolutivo de su vida, la práctica de Enfermería aparece sin que se identifique como una acción profesional, sino más bien como una tarea social de auxilio o asistencia desempeñada por la propia voluntad, realizada generalmente por mujeres, a lo que debe su énfasis prioritario femenino, a pesar de que quienes ejercieron inicialmente la enfermería fueron hombres, representados por los monjes o frailes y por militares.

De las actividades humanas más antiguas en el universo, la enfermería ha sido pilar fundamental en la asistencia social caracterizada en un primer momento como empírica. La enfermera como una profesional que colabora en la salud individual y colectiva, ha sido aceptada como tal sólo en los últimos tiempos. Su actividad ha ido evolucionando desde el momento en que atendía menesteres domésticos de los pacientes hasta la ocupación que requiere de un desarrollo técnico científico y una proyección sociocultural.

La evolución de la práctica de enfermería ha sido interesante y actualmente se encamina hacia una posición más firme y segura, hacia una profesión, y a una disciplina, basada en principios científicos.

En términos sociológicos, se entiende por profesión a una ocupación cuyas obligaciones implican la creación y la utilización sistemática del conocimiento en general, acumulado para la solución de problemas, por un individuo o colectividad. Una profesión se caracteriza por el desarrollo de un cuerpo de conocimiento propio, la orientación de un servicio que confiere la exclusividad del oficio y de un reconocimiento social por el servicio único que presta a la sociedad. La existencia de un cuerpo de conocimientos específicos y de doctrinas son puntos excepcionales para obtener un status profesional.¹

Según R. Poleffi una profesión se distingue de un oficio en que la profesión se basa en conocimientos teóricos y tiene una base científica técnica de donde procede el servicio que ofrece a la sociedad.²

La enfermería se justifica como profesión en términos de servicio al individuo, la familia y la comunidad, ya que contribuye a la prevención, curación y rehabilitación en la salud-enfermedad. Para llevar a cabo esta labor debe conocer y comprender el medio en el cual se desempeña ya que esto influye en su comportamiento y el profesional contribuye con sus acciones al mejoramiento de la sociedad. Lo que le confiere una función social concreta, la de ofrecer cuidados a la salud de individuos o grupos con problemas comunes. Su actividad fundamental de atender al paciente o

1. Manfredi M. Calidad de la educación de enfermería. Memorias IV Reunión Nacional de Licenciados en Enfermería UACH Chihuahua 1994 P.51.
2. López M. La Profesionalización de Enfermería en Colombia. IV Reunión Nacional de Licenciados en Enfermería UACH Chihuahua 1994 P.59.

dar cuidados de enfermería la define y diferencia de otros profesionales. Cumple con una función social al interior de la sociedad, ya que ayuda a mantener el equilibrio y la armonía dentro del sistema de las instituciones sociales, al compartir su responsabilidad con la institución, pacientes y familiares.

Toda disciplina, concepto diferente al de profesión, durante su desarrollo trata de definir y de concretar sus tendencias, su imagen ideal o ejemplar, su base filosófica incluye los principales conceptos de su dominio entendiéndose esto como el paradigma de una disciplina. Los paradigmas dirigen u orientan la práctica, la enseñanza y la investigación de una disciplina. Así, en las disciplinas catalogadas como ciencias su estilo de investigación es empírico, cuantitativo, lista el evento a estudiar de su contexto histórico y social, controlando así, al máximo las variables que pueden influir en los resultados, utilizando rigurosamente el método científico, generando leyes y principios. Por su parte las disciplinas sociales utilizan un método menos riesgoso en cuanto al control de variables, siendo importante el estudio del ser humano y de su interacción con el medio ambiente histórico, social y cultural reales. Implica el uso de métodos cualitativos, inductivos, con énfasis en la observación y descripción de fenómenos, teniendo en cuenta las percepciones, vivencias y sentimientos del ser humano.

Siguiendo el análisis de la jerarquía estructural del conocimiento, los modelos conceptuales son representaciones mentales de la realidad que no solo enuncian conceptos, sino que incluyen en la interrelación de esos conceptos, permitiendo pensar, organizar e interpretar lo que se ve. Dirigen la búsqueda y solución de interrogantes relevantes propias de una disciplina. Los modelos plantean hipótesis que necesitan ser aplicadas, vivenciadas y comprobadas. De esto surge la teoría que una vez aceptada por una disciplina pasa a ser parte de su propio cuerpo del conocimiento sustentando así su práctica.³

Al ser enfermería una disciplina, tiene como base común el método científico, cuenta con una metodología propia que es el proceso de enfermería concebida como un conjunto de acciones que conducen a una meta determinada, considerando el método del "cuidado" como la base en el trabajo práctico, asiste a la enfermera en la organización de sus pensamientos, observaciones e interpretaciones dirigidas a hacer más eficiente y efectiva la práctica de enfermería, proporciona las bases para las investigaciones, contribuye además a la prevención, mantenimiento, promoción y restauración de la salud del individuo, la familia y la comunidad. Para comprobarse la efectividad de la práctica de enfermería, puede utilizarse una auditoría, siendo la clave de ésta un sistema de registros precisos. Para Consuelo Castrillón la práctica de enfermería está conformada por tres funciones básicas que se realizan en dimensiones y ámbitos sociales diferentes, ellos son: cuidar la salud, administrar el cuidado de enfermería y los servicios de salud y educar para la salud.⁴

La acción fundamental de enfermería es "cuidar" la salud del individuo o comunidad. Se ha asumido que el cuidado propio del profesional de enfermería es el conjunto de

3 Manfredi, Op. Cit. P. 60

4 Castrillón C. La Práctica de Enfermería como objeto de estudio y educación en enfermería. Vol. X No. 2. Colombia 1992.

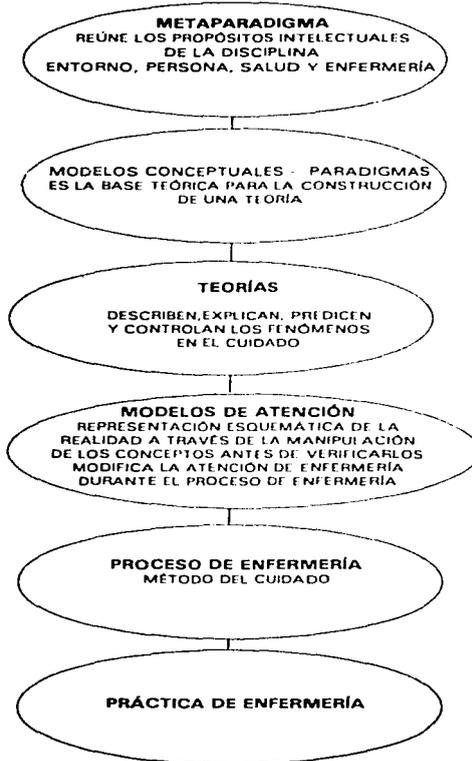
acciones fundamentales en la relación interpersonal y el dominio de lo científico-técnico, orientadas a comprender al "otro" en el entorno en que se desenvuelve.

Las dimensiones sociales en las que se realiza la práctica de enfermería son la individual y la colectiva, en ambas se realizan acciones diagnósticas, preventivas, terapéuticas y de rehabilitación, esas acciones varían según se atienda a un individuo o a grupos sociales. En la medida en que los enfermos no son el único objeto al que se dirige, el saber en la acción de enfermería cobran importancia la vida, la salud y las condiciones que las hacen posibles. Estos elementos han llevado a conceptualizar a enfermería como una profesión que presta un servicio de salud a través del "cuidado" a las personas, por lo tanto el objetivo central de la profesión es el cuidado de la salud del ser humano.

Entendiendo por "cuidado" todas aquellas acciones que insentivan o potencializan los recursos individuales o colectivos del sujeto, de manera que se constituya un agente central, activo, dedicado y autónomo de su salud. El "cuidado" es entonces el resultado de una concentración dada por la mutua comprensión de los hechos y su significado particular en el trabajo individual, general y colectivo.

Al asumir además el concepto como fenómeno vital resultan múltiples interacciones entre los factores sociales, culturales, históricos, políticos y económicos. La enfermería trabaja la salud desde su carácter positivo de la existencia, la vida como parte de ella sugiere la elaboración, apropiación y ejecución de acciones que potencialicen el desarrollo de la salud.³

ESQUEMA CONCEPTUAL DE LA DISCIPLINA SEGÚN
La Lic. Margarita Cárdenas Jiménez



1. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

1. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Hace muchos años, la práctica de la enfermería era ejercida por mujeres voluntarias sus actividades se enfocaban a proporcionar confort y medidas higiénicas en los enfermos. Dentro del equipo de salud, al médico se le consideraba como el jefe del personal de enfermería, teniendo este como responsabilidad la de ayudantía, siendo este un papel no sólo degradante, sino limitante, pasivo y dependiente. Los cuidados de enfermería se basaban en las órdenes escritas por el médico, enfocados mas a las enfermedades específicas que a la propia persona, con frecuencia eran aplicados cuidados, independientes de las órdenes del médico guiados por la intuición y la experiencia mas no por el método científico.

Las expectativas de enfermería no quedan así satisfechas, de modo que se necesitaba de un complemento más sustancial y de fondo que justificara científicamente su intervención en la atención de los pacientes; es decir, de un método mediante el cual el personal de enfermería aplicara con base en un marco teórico, la resolución de los problemas de los pacientes.¹

En el año de 1955 Hall en Norteamérica, responde a este problema y crea el término "Proceso Atención de Enfermería". Llega a ser su uso y aplicación común a mediados de los años sesenta.

Algunas autoras como Yura y Walsh, lo definen como una manera metódica y sistemática para determinar los problemas del paciente, hacer planes para resolverlos, iniciar el plan o asignar a otros para instrumentar y evaluar la efectividad de este plan dentro de la resolución del problema identificado.²

Para Iyer la definición del proceso de atención de enfermería se define de acuerdo a tres indicadores: organización, objetivo y características.³

La Western Interstate Commission on Higher Education (WICHE) en 1967, define el proceso de enfermería como la "interrelación entre un paciente y una enfermera(o) en un centro dado; incorpora las conductas del paciente, del personal de enfermería y la interacción resultante".⁴

Feliú en su artículo publicado en 1995, menciona que "el proceso de atención de enfermería es reconocido como un modelo conceptual que sirve de guía en el trabajo práctico, asiste al personal de enfermería para organizar sus pensamientos, observaciones e interpretaciones dirigidas a hacer más eficiente y efectiva la práctica

1 Martínez, B.C. El PAE como estrategia para la Atención en el Hogar. *Rev. Desarrollo Científico de Enfermería*, México, 3 (5) 1995, p 7.

2 Morán, P.L. Teorías Modelos y Métodos utilizados en Enfermería. *Rev. Desarrollo Científico de Enfermería*, México, 4 (10) 1996, p 28.

3 Iyer, P. *Proceso Atención de Enfermería. Aplicación de Teorías y Modelos*. Ed. Manual Moderno, México, 1993, pp 2-3.

4 Kossier, B. ERB, B. Blais K. *Conceptos y Temas en la Práctica de la Enfermería*. 2ª ed. Ed. Interamericana Mc Crow-Hill, pp 99-100

de enfermería y proporciona las bases para las investigaciones; contribuye además a la prevención, el mantenimiento, la promoción y restauración de la salud del individuo, la familia y la comunidad. Permite interrelacionar varios aspectos en complejas situaciones de salud así como sintetizar conocimientos teóricos y prácticos para realizar las intervenciones en enfermería".³

El Proceso de Atención de Enfermería persigue entre otros los siguientes objetivos :

- Mejorar la atención de enfermería ya que exige identificar al paciente y los cuidados se planean en forma individualizada al dar énfasis a la prevención primaria, secundaria y terciaria.
- Favorecer la elaboración y utilizar instrumentos como la hoja de registros de enfermería, servir de base para la continuidad así como para la evaluación de la calidad de la atención.
- Permitir una mejor distribución y coordinación entre miembros del equipo de salud para satisfacción de necesidades y resolución de problemas esto lleva a la evaluación y replanteamiento continuo de la atención brindada.
- Actualizar en forma constante al personal de enfermería base para el establecimiento del programa de educación continua en servicio.
- Establecer los estándares para evaluar la calidad de la atención de enfermería.
- Conducir al alumno a la integración del conocimiento o eliminar su fragmentación problema grave de la educación actual.

1.1 ETAPAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Algunas teóricas proponen diferentes fases o etapas para la aplicación del Proceso: En 1963 Wiedenbach establece que el proceso consta de tres fases: observación, prestación de ayuda y validación. Knowles en 1967, sugirió cinco fases o principios para el ejercicio de la enfermería: descubrir e investigar, fases en que enfermería recolecta datos sobre la salud del paciente, decidir en donde determina el plan de acción, hacer o ejecutar y discriminar que sería la fase de valoración. La WICHE identificó un proceso de enfermería con cinco fases: percepción, comunicación, interpretación, actuación y evaluación. El uso del proceso de atención de enfermería en el ejercicio clínico obtuvo una legitimidad adicional en 1973 cuando la American Nurses Association (ANA) publicó "Estándares del ejercicio de la enfermería", que describe los cinco pasos del proceso de enfermería: valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar o actuar y evaluar.⁴

Es así como a través de la ANA una serie de estados revisaron el ejercicio de la enfermería, cobra auge el proceso de atención de enfermería en los Estados Unidos y para mediados de la década de los setenta en México a través de la Asociación

³ Feliú E.B. Validación del Método del Proceso de Atención de Enfermería. Desarrollo Científico de Enfermería. México. 3 (4) 1995, p 4
⁶ Kosler, B. Erb,Blais,K. op cit, p 100

Nacional de Escuelas de Enfermería (ANEE) se publica en 1974 la traducción de los conceptos básicos del proceso y su adaptación a nuestro medio, sin embargo no se consolidó como método del cuidado sino como metodología de enseñanza.

VALORACIÓN

Esta primera etapa del proceso atención de enfermería va dirigida al registro de aquellos hechos, fenómenos o datos que permiten conocer y analizar lo que realmente le sucede al individuo, familia o comunidad que se estudia en relación a su salud. El personal de enfermería prevee y planea sus acciones acordes a la realidad y debe considerar los siguientes aspectos:

1. El aspecto exterior a primera vista del paciente es importante, tanto para conocer sus necesidades actuales de atención como para obtener una base y realizar comparaciones posteriores.
2. La comprensión del paciente de su enfermedad y de los hechos que lo llevaron a enfermarse, ayuda al personal de enfermería a reconocer los problemas potenciales que resulten del estado del paciente.
3. Algunas indicaciones de lo que el paciente espera, de lo que puede suceder en el hospital y de los servicios del personal de enfermería, ayuda a identificar algunas de las posibilidades y debilidades del paciente y determinar el posible apoyo de su familia y amigos durante su enfermedad.
4. Conocer los patrones de conducta o hábitos de vida del paciente incluyendo actividades y costumbres ordinarias que permiten al personal de enfermería a individualizar la atención y modificar los esquemas del cuidado a los factores ambientales de forma que las rutinas normales del paciente no se alteren necesariamente.
5. Saber lo que es importante para el paciente, que le permita sentirse seguro, protegido y cómodo; esto ayuda al personal de enfermería a cuidar de los pequeños detalles que tanto significan para los pacientes.⁷

Los principales métodos para obtener información durante una valoración de enfermería son: la entrevista, la observación y exploración física.

Estas técnicas proporcionan al profesional de enfermería un enfoque lógico, sistemático y continuo en la obtención de los datos necesarios para el posterior diagnóstico de enfermería y planificación de los cuidados.⁸

La entrevista tiene la finalidad de obtener datos, e identificar problemas. El personal de enfermería para recolectarlos puede auxiliarse de un esquema, instrumento o guión previamente elaborado que permita esbozar el estado físico, y la conducta psicológica actual del individuo, familia y comunidad.

Un ejemplo de instrumento es la historia de enfermería, la cual es una forma en donde se resumen los datos relevantes del paciente obtenidos en la investigación como son: experiencias, temores, inquietudes, esperanzas, acepciones de la enfermedad por él y su familia, que nos llevan a conocerlo como individuo.

⁷ Köster, B. B.W DuGan, Tratado de Enfermería Práctica, El Proceso de Enfermería, 2ª ed. Ed. Interamericana, México 1974, pp 57-59.

⁸ Iyer, P.W. Proceso y diagnóstico de enfermería, 3ª ed. McGraw-Hill, Interamericana 1995, p 82.

La observación sistemática exige disciplina y práctica, utiliza los cinco sentidos y sirve para validar los datos. Es necesario observar al paciente, revisar resultados de laboratorio, para proceder a organizarlos de acuerdo a las prioridades detectadas e identificar el modelo de atención que más se adapte a sus necesidades.

La exploración física, tercer método de la valoración, es muy necesaria para obtener los datos objetivos que completarán la fase de la valoración del proceso de enfermería. Durante la exploración, se utilizan las técnicas de la inspección, palpación, percusión y auscultación, que pueden realizarse de forma independiente, sin embargo el método más eficaz es el global.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA

El término diagnóstico de enfermería apareció por primera vez en la literatura anglosajona a principios de la década de los años cincuenta, como paso lógico entre la valoración y la planeación. Para diagnosticar, el personal de enfermería se vale de un proceso mental que le permite establecer la relación de los hechos. Este proceso de diagnosticar empieza tan pronto como el paciente esté bajo el cuidado del personal de enfermería y continúa hasta que ya no necesita de éste.

Existen tantas definiciones de diagnóstico de enfermería como autores que han escrito sobre el tema:

La primera definición de diagnóstico de enfermería fue formulada por Abdalla: es "la determinación de la naturaleza y al alcance de los problemas de enfermería presentados por los pacientes o familias individuales que reciben cuidados de enfermería".⁹

Carpenito lo considera un juicio de un individuo, familia o grupo que deriva de un proceso sistemático de recolección de datos y análisis. Proporciona las bases para describir el tratamiento definitivo, que es responsabilidad del personal de enfermería, y sugiere que los diagnósticos de enfermería se empleen para designar estados de salud o modelos de interacción de los individuos.

Gordon describe el diagnóstico de enfermería como un problema de salud real o potencial que el personal de enfermería en virtud de su formación y experiencia tienen derecho y capacidad legal a tratar.¹⁰

⁹ Kosler, B. Erb, Blais, K. op cit. p 119

¹⁰ Alfaro, R. Aplicación del proceso de enfermería. Guía práctica. Ed. Doyma, Barcelona, p. 59

Para Moritz es la respuesta a los problemas de salud reales o potenciales que el personal de enfermería en virtud de su educación y experiencias están capacitados, autorizados y legalmente responsabilizados a tratar.

Mary Durand y Rose Mary Prince consideran que " es la conclusión hecha sobre las condiciones del paciente mediante la investigación".

Según Sally S. Monken se refiere al diagnóstico de enfermería como el juicio o conclusión que se obtiene como resultado de la valoración de enfermería .¹¹

La expresión diagnóstico de enfermería surgió en la década de los sesenta con el uso creciente del proceso de atención de enfermería. En E.U.A. la American Nurses Association, incluyó al diagnóstico de enfermería como parte integral del proceso de atención de enfermería al publicar en 1973 los cánones o normas genéricas para la práctica de la misma.¹²

En un esfuerzo por identificar categorías de problemas que deberían considerarse como diagnóstico de enfermería en 1973 un grupo de enfermeras teóricas, docentes, administradoras y asistenciales se reunió para formar la Conferencia Nacional de grupos para la clasificación del diagnóstico de enfermería convirtiéndose en 1992 en la (NANDA) la cual ha publicado una lista de diagnósticos de enfermería que han sido aceptados por la Asociación para su estudio y ensayo; ello implica adaptación de los diagnósticos a la situación de la salud de los enfermos en México.

La diferencia entre un diagnóstico médico y un diagnóstico de enfermería es la síntesis del conocimiento del paciente como una unidad biopsicosocial-espiritual, el diagnóstico médico se basa en el proceso patológico que constituye el problema o problemas de salud específicos del paciente.

El diagnóstico de enfermería se caracteriza porque es dinámico cambia de un día para otro con las variaciones de la enfermedad, con el cambio de actitud y con el cambio de la situación del paciente, es decir indica las respuestas significativas que el paciente da durante las diferentes fases de su enfermedad o problema.

Se cree que un diagnóstico de enfermería podría significar el descubrimiento de todo lo necesario para iniciar un plan de cuidados de enfermería. La formulación de un diagnóstico y el proceso para llegar a él necesitan estar relacionados con un conjunto de conocimientos que domina el profesional que diagnostica y adquiere a través del estudio y la práctica metódico, implica sucesiva validación de datos, análisis e interpretación de los mismos y formulación de una inferencia; el diagnóstico.

11 Monken, S. Después de la Valoración, ¿que? Clínicas de Enfermería de Norteamérica. Ed. Interamericana, México, 1975, p 45.

12 Griffith, J. Proceso de atención de enfermería aplicada a teorías y modelos. Ed. Interamericana, México, 1992, p 141.

Dentro del proceso de enfermería la habilidad para realizar diagnósticos se deriva de la capacidad para ser metódico, sistemático, lógico y riguroso; fuera de este contexto se corre el riesgo de caer en el error de simplificar el proceso y vanalizar los conocimientos que se requieren para formular un juicio clínico sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a los procesos vitales, problemas de salud reales o potenciales que proporciona la base para la selección de las intervenciones y lograr los objetivos de los que el profesional de enfermería es responsable.

Para elaborar el diagnóstico real de enfermería, Gordon en 1976 propuso el uso del formato PES.

P = Problema. E = Etiología. S = Síntomas.

Y para elaborar el diagnóstico potencial de enfermería sugiere el uso de las dos primeras letras:

P= Problema; enuncia la respuesta del paciente

E=Etiología; factores que son los que contribuyen o causa probable de las respuestas ¹³

PLANEACIÓN

La planeación de la atención de enfermería al individuo, familia y comunidad requiere de una coordinación entre los integrantes del equipo de salud. En enfermería se ha visto que una de las formas mediante las cuales se permite acercamiento más útil hacia el paciente es mediante un plan de cuidados. Este nos hace ver al individuo como un ser biopsicosocial-espiritual.

El plan de cuidados del paciente es un requisito de la práctica profesional de enfermería, ¹⁴ y se considera como un instrumento que dirige en forma ordenada y continua las actividades del personal de enfermería hacia metas y objetivos establecidos específicos. Está compuesto de la formulación de objetivos y acciones además de la evaluación de los resultados.

Las acciones de enfermería que se prescriben como la actividad que una enfermera ordena a otra, son aquellas actividades específicas de enfermería diseñadas para resolver un problema en determinado momento.¹⁵ Es importante que el personal de enfermería junto con el individuo, familia y comunidad determine su participación dentro del plan para lograr los objetivos planeados.

El anotar un plan de cuidados de enfermería tiene tres finalidades: 1) individualizar los cuidados de cada paciente, 2) tener un registro para evaluar el cuidado al paciente y, 3) asegurar la continuidad de estos por parte de la enfermera de relevo. ¹⁶

13 Martínez, B.C. El PAÉ como Estrategia para la Atención en el Hogar. Rev. Desarrollo Científico de Enfermería, 3 (5) México 1995, p 8.

14 Marlene, G. M. Cuidados en enfermería, planeación control y casos. Ed. Limusa, México 1983, p13

15 Marlene, G.M. *Ibid.*, p 36.

16 Martínez, B.C. Op. Cit. p 8.

EJECUCIÓN

Esta etapa consiste en la ejecución, delegación de las actividades para el logro de los objetivos de la atención planeada. Es en esta etapa que se decide sobre la mejor alternativa de acción; para llegar a esa alternativa el personal de enfermería debe tomar decisiones de carácter independiente, para establecer las condiciones necesarias que lleven a cabo el plan de atención. Están determinadas por la valoración del paciente, el diagnóstico de enfermería, el plan de atención, los recursos humanos y materiales que la institución tenga ya que la práctica de la enfermería se basa en la preparación académica, educación continua y experiencia en el ambiente laboral.

Para que las actividades se lleven a la práctica es necesario que el personal de enfermería cuente con capacidad de establecer relaciones humanas que permitan en todo momento una comunicación y coordinación con el paciente y equipo de salud, gran capacidad de observación de signos y síntomas interpretados en forma correcta que contribuyen a la identificación de necesidades y problemas del individuo, familia o comunidad y así mismo habilidad de prever posibles complicaciones. La fase de la ejecución del proceso de enfermería termina con la documentación de las actividades de enfermería.¹⁷

EVALUACIÓN

La evaluación consiste en medir el logro de las metas fijadas, las actividades correspondientes, los cuidados del paciente para apreciar sus reacciones a los mismos. Con esto no se quiere decir que la evaluación debe esperar el plan, sino que es continua, utilizando los resultados para retroalimentar, hacer ajustes en cada fase del proceso para adaptar la atención de enfermería proporcionada.

Para evaluar la atención de enfermería tiene como marco de referencia los objetivos por lo que es importante hacer notar que para juzgar la calidad de la atención al individuo, familia o comunidad se tienen que establecer indicadores que permitan evaluar hasta que punto se están logrando los objetivos.

El personal de enfermería usa sus capacidades de valoración para determinar las respuestas del paciente a sus intervenciones y compararlas con los criterios establecidos para determinar sus metas. Basada en los resultados, se decide continuar con el mismo enfoque y sus acciones o alterarlos a la luz de la información obtenida por lo que se puede concluir que la evaluación es un proceso continuo que permita reconocer aciertos, hacer conciencia de los errores y sugerir medios para superarlos. La evaluación de los cuidados de enfermería es un aspecto esencial de la responsabilidad profesional.¹⁸

¹⁷ Kotler, B. op cit. p 119.

¹⁸ Ibid. p 159.

1.2 LA APLICACIÓN DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Se ha observado la utilidad y eficiencia del proceso de atención enfermería en varias de sus áreas entre ellas: la asistencial, docente, administrativa y de investigación.

En el área asistencial:

El proceso de atención de enfermería permite mejorar la atención de enfermería que exige conocer mejor al paciente y los cuidados se planean en forma individual al hacer énfasis en la prevención primaria.

Permite al personal de enfermería enfrentar nuevas situaciones y establecer estrategias que llevan a la solución de los mismos. Evita las rutinas del servicio lo cual induce a la creatividad en el equipo de enfermería."

El intervenir como profesional en la toma de decisiones de acuerdo a los conocimientos científicos y experiencias previas y al ordenar mejor sus acciones dirigidas al cuidado del paciente, el personal de enfermería logra enfocar su atención a las necesidades y a la satisfacción de las mismas.

Favorece la elaboración y utilización de instrumentos como la hoja de enfermería, la hoja de historia clínica de enfermería, y otras, las cuales proveen el registro de las acciones de enfermería, sirven de base para la continuidad, así como para la evaluación de la calidad de la atención.

Requiere de la comunicación y mayor coordinación entre miembros del equipo de salud y el paciente para la satisfacción de necesidades y resolución de problemas. Esto nos lleva a la evaluación y replanteamiento continuo de la atención brindada.

En el área administrativa:

Simplifica el trabajo en la medida en que se utilizan los planes generales o estándares como una guía para establecer los cuidados para cada paciente. Fendall lo describe como: "un proceso que consiste de dos elementos básicos: lo administrativo, que se preocupa de la ejecución de las actividades rutinarias incluyendo el manejo de los factores que intervengan en su realización, y el educacional o consultativo, lo cual sirve de soporte para la parte administrativa".

En el área de investigación:

La investigación como otra función de enfermería, es propiciada a través del uso del proceso de atención de enfermería. Cuando el personal de enfermería empieza a concientizarse del estado de salud y de la atención de los pacientes bajo su responsabilidad, siente la necesidad de investigar las causas de los problemas que surgen y de esta manera es motivada a investigar aspectos relacionados con todas las etapas del proceso atención de enfermería.

En el área docente:

Utiliza el proceso de atención de enfermería el educando desde el inicio de la profesión, dispone de un método que le permite desarrollarse en las diferentes actividades; este le orienta a que adopte una actitud reflexiva y deja de ser pasivo. Además le motiva a investigar experiencias que amplíen su aprendizaje sin esperar que el profesor le señale lo que debe de hacer, conduce al alumno a la integración del conocimiento eliminando así la fragmentación de conocimientos, problema grave de la educación actual.²⁰

En la enseñanza continua institucional el proceso de atención de enfermería favorece la actualización constante del personal en el área laboral lo cual permite el establecimiento de programas para su desarrollo profesional.

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Es abierto, flexible y dinámico para cubrir las necesidades propias del cliente paciente, familia o comunidad.

Está planeado y dirigido a los objetivos. Permite la creatividad al personal de enfermería y al cliente paciente para idear formas de resolver el problema de salud establecido.

Es interpersonal. Requiere que el personal de enfermería se comunique directa y coherentemente con los clientes pacientes para satisfacer sus necesidades.

Es cíclico. Como todos los pasos están interrelacionados, no hay principio o un fin absoluto. Recalca la retroacción, que conduce a la revaloración del problema o a la revisión del plan de cuidados.

Es aplicable universalmente. El proceso atención de enfermería se usa en todos los organismos sanitarios, con clientes pacientes de todas las grupos de edad.²¹

Para concluir, se establece que el proceso de atención de enfermería, es un instrumento con enfoque deliberativo de resolución de problemas que requiere capacidades cognoscitivas, técnicas y profesionales, que va dirigido a satisfacer las necesidades individuales del paciente. Que con el proceso de atención de enfermería, el personal de enfermería es capaz de proporcionar cuidados al paciente en forma organizada, dinámica flexible y sobre todo científica, que beneficie al paciente, la familia y a la comunidad. Así mismo busca mecanismos de participación para llegar a un diagnóstico, a la ejecución del plan de cuidados y a la educación que permita y motive el autocuidado.

El proceso atención de enfermería favorece el fin del personal de enfermería, que es dar atención de calidad al individuo, familia o comunidad, quienes al hacer consciencia de sus necesidades y problemas, serán capaces de participar en el mismo proceso, que les señale y realicen actividades para mejorar la salud.

²⁰ Wall III Wl, M.H, Fuent, E.V. Op Cit. p 119.

²¹ Kosier, B. op cit. p 103.

Enfermería como disciplina ecléctica cuenta con una metodología propia que es el proceso de enfermería concebido como un conjunto de acciones que conducen a una meta determinada. ²²

El método propio de la disciplina es el proceso de enfermería, que emana del método científico simplificado y es una adaptación de las técnicas de resolución de problemas y la teoría de sistemas. El proceso atención de enfermería se dirige hacia la respuesta integral del paciente para lograr su bienestar. ²³

²² Wolff, L., Weitzel, M.H., Fuerst, E.V. Enfermería Fundamental. Ed. La prensa Médica. México, 1997, p 76.
²³ Kazier, E. Enfermería Fundamental, conceptos, proceso y práctica. Tomo1, 4ª ed. Ed. Interamericana McGraw-Hill, México, 1993, p 54.

2. TEORÍA DE LA CALIDAD APLICADA A LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA

2. TEORÍA DE LA CALIDAD APLICADA A LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA

A nivel internacional en los últimos años, existe una preocupación por el mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud ante la alternativa de vivir en una sociedad de servicios. El constante interés por la calidad de la atención a la salud se ha manifestado de diversas formas, una de ellas es el incremento de eventos que en torno a este tema se organizan dentro del ámbito académico, con el objeto de difundir conceptos y métodos para evaluar y mejorar los niveles de calidad.

Muchos autores han escrito acerca de calidad, han desarrollado conceptos, técnicas y herramientas que ayudan a trabajar con una mejor calidad. Entre los principales tenemos a Juran, Deming y Crosby, quienes han dado las bases para los conceptos modernos de la calidad, iniciando en Japón y extendiéndose a Norteamérica, Europa, Asia y actualmente a la mayor parte del mundo.

Juran, fue el primero en tratar los aspectos plenos de calidad a nivel dirección, lo que lo distingue de aquellos que sólo expusieron técnicas específicas.

El Dr. Edward Deming introdujo el novedoso "método del muestreo", ya que hasta entonces para realizarlo, se empadronaba a cada individuo; proceso que resultaba lento y costoso. En 1947, le fue solicitada su ayuda para preparar el censo japonés de 1951. Mediante conferencias y asesorías difundió con gran entusiasmo su método sobre control estadístico de la calidad, logrando un sorprendente interés y buenos resultados, tan evidente que muchos le llamaron "el milagro japonés". Durante algunos años el Dr. Deming, siguió perfeccionando su método y lo completó con una filosofía básica de administración que él llamó " Los Catorce Puntos". Actualmente este método se conoce como el modelo industrial para lograr la calidad.

2.1 LOS CATORCE PUNTOS PARA LA CALIDAD DE DEMING

1. Crear constancia del propósito de mejorar el producto y servicio.

El establecimiento de la constancia del propósito significa aceptar obligaciones como son las siguientes:

- a) Innovar, crear cosas nuevas, planear recursos para largo plazo, nuevos servicios, nuevos materiales que sean requeridos, cambios en métodos de reproducción.
- b) Poner recursos en investigación y educación.
- c) Mejorar constantemente el diseño del servicio. Esta obligación nunca termina, ya que el cliente es la parte más importante del proceso de trabajo de una institución.
- d) Poner recursos en el mantenimiento del equipo, mobiliario e instalaciones.

2. Adoptar la nueva filosofía.

Se ha aprendido a vivir en un mundo de errores y productos deficientes, como si estos fueran necesarios para vivir. Es tiempo de adoptar una nueva forma de ver las cosas los defectos no son gratis. El costo para producir o arreglar un proceso defectuoso excede el costo de producir uno bueno "Con la calidad todos salimos ganando, mientras que con la no calidad todos salimos perdiendo".

3. Cesar la dependencia sobre la Inspección.

La rutina de inspeccionar es reconocer que el proceso no puede hacer las cosas correctamente. La inspección es tardía y costosa. La calidad no viene de la inspección, sino del mejoramiento del proceso.

4. Poner fin a la práctica de hacer negocios sobre la base de precios de mercado.

El precio de un producto o servicio no tiene significado sin una medida de la calidad, la cual está siendo comprada. No se debe buscar al proveedor que ofrezca el menor precio sino considerar también al de mejor calidad, con evidencia estadística.

5. Mejorar constantemente el sistema de servicio.

Esto significa continuar con la reducción de desperdicios, errores y mejorar la calidad en cada actividad. Mejoras continuas en la calidad originan mejoras continuas en la productividad. El liderazgo que se basa en la estadística será requerido para el diseño y análisis de pruebas para separar las causas especiales de las comunes. Un proceso que está en un estado de control estadístico puede ser mejorado solamente por el estudio del propio proceso. Para poder realizar mejoras continuas debemos comprender que los problemas se originan en dos tipos de causas, las especiales y las comunes:

- a) Causas especiales o asignables son causas ajenas al proceso, definen el control del proceso y son responsabilidad del individuo, sólo representan el 6% de las causas del problema.
- b) Causas comunes o naturales son inherentes al proceso mismo, definen la mejora del mismo y son responsabilidad administrativa, representan el 94 % de las causas del problema.

6. Instituir métodos de capacitación en el trabajo.

La capacitación debe ser totalmente reconstruida. Un gran problema de capacitación y supervisión que se ha presentado tanto en Estados Unidos como en México, es definir lo que no lo es, esto se debe, a que con frecuencia el estándar lo fija el supervisor de acuerdo a alcanzar metas fijadas en cantidad no en calidad.

7. Instituir métodos modernos de supervisión.

La supervisión pertenece al sistema y es responsabilidad de la administración.

Remover barreras que hagan posible al trabajador hacer su trabajo con orgullo.

El supervisor debe estar dirigido a informar a la alta administración las condiciones correctivas necesarias.

8. Evitar el miedo.

El personal, especialmente el administrativo que no trabaja directamente con el paciente, no entiende lo que su trabajo significa dentro de la organización, la que esta bien o lo que esta mal. Muchos de ellos temen hacer preguntas o tomar alguna posición. Es necesario para una mejor calidad y productividad que la gente se sienta segura. El trabajador tiene miedo de preguntar que es trabajo aceptable y que no lo es, el supervisor no tiene tiempo de explicar. El miedo desaparece conforme la administración mejora y los empleados desarrollan confianza en ella.

9. Romper las barreras entre los departamentos.

La gente de cada área debe conocer los problemas que se ocasionan en otras áreas, como es la falta de calidad de su trabajo.

10. Eliminar metas numéricas para los trabajadores.

Eliminar metas y lemas orientadas a incrementar la productividad. Lo que se requiere no es la exhortación sino una guía proporcionada por la administración para el mejoramiento del trabajo.

11. Dejar de centrarse en estándares de trabajo sobre calidad.

Por lo general, en el trabajo se fijan metas basadas en cantidad pero no se desarrollan metas de calidad. La propuesta es que se dé mayor importancia a las metas de calidad pues de esta manera, la cantidad de trabajo será una consecuencia.

12. Remover barreras entre el trabajador y su orgullo de ejecutar su trabajo.

Sólo la administración puede eliminar las barreras que impiden al trabajador sentir orgullo de su trabajo ¿cómo puede un trabajador sentir orgullo cuando no está seguro de la aceptabilidad de su trabajo sobre lo que está bien o mal hecho?

13. Instituir un vigoroso programa de educación y capacitación en calidad.

Es necesario para la administración, además de adoptar la nueva filosofía de trabajo incorporar algunas reglas de la teoría estadística y su aplicación. Se requiere capacitar a las personas para usar la estadística en todas sus actividades. Este proceso debe ser continuo en todos los niveles.

14. Crear la estructura que impulse día a día los 13 puntos anteriores.

Motivar a todo el personal de la institución a trabajar para conseguir la transformación. La transformación es tarea de todos. Philip B. Crosby, fundó en 1979 una compañía que tiene como finalidad trabajar sobre el mejoramiento de la calidad y establece el concepto de "cero defectos".

Cada uno de estos autores, han generado aportaciones importantes para lograr poner en práctica el concepto tan amplio y complejo de "CALIDAD"; sin embargo, no se trata solamente de realizar algunas actividades adicionales o de establecer otros procedimientos para hacer el trabajo, sino de algo mucho más profundo, de cambios en la forma de pensar, sentir y de realizar el trabajo, a esto se le denomina "filosofía para la calidad"; pero ¿qué es la filosofía para la calidad? Henry Ford resume en forma clara y sencilla este concepto que dice así: "pensar siempre adelante, pensar

siempre en la forma de hacer las cosas mejor, nos lleva a un estado mental en donde nada es imposible en el momento en que uno se siente ser experto". Esta frase muestra la importancia que tiene en el desempeño del trabajo, la forma en que piensan todos y cada uno dentro de la organización y que el éxito depende de la creatividad y el deseo de hacer bien las cosas.²

CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD.

La calidad es un atributo de la atención a la salud difícil de definir y de medir, debido a que cambia de acuerdo a los avances de los conocimientos, la tecnología, y en las expectativas de las instituciones, de los prestadores del servicio y de los pacientes.

Se destacan dos propuestas importantes para definir la calidad; la primera como un concepto general: "la calidad es hacer bien lo que se debe hacer, desde la primera vez". Y la segunda, como una propuesta específica para las instituciones de salud: "la calidad de la atención a la salud es brindar al paciente el máximo beneficio al menor riesgo y con un costo adecuado".

De hecho la segunda definición abarca a la primera; ya que el máximo beneficio con el menor riesgo implica que todo el personal se incluye para satisfacer lo que el usuario espera recibir cuando utilizan nuestros servicios; abarca tanto al personal médico, de enfermería, a pacientes y a todos los compañeros de trabajo con los que existe relación.

Donabedian en 1984, plantea que calidad es "el tipo de atención que espera que va a maximizar el bienestar del paciente una vez tomado en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relaciona con la efectividad, la eficiencia y la equidad. La calidad no es un lujo que sólo los países ricos pueden permitirse, sino una parte integral de los servicios sanitarios. Se entiende por calidad "al conjunto de actividades encaminadas a garantizar unos servicios accesibles y equitativos, con las prestaciones profesionales óptimas, tomando en cuenta los recursos disponibles, lograr la adhesión y satisfacción del usuario con la atención recibida".³

MODELO DE CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Para monitorear y evaluar la calidad de la atención en instituciones de salud el Dr. Abedis Donabedian, diseñó un modelo que se ha aplicado a un gran número de hospitales en todo el mundo. El autor de este modelo es una de las máximas autoridades mundiales en el campo de la atención médica. Él publicó su primer trabajo en 1966 y desde entonces los aspectos cualitativos han sido su obsesión y los aplica en todas las fases de la administración de la atención médica.

² Crosby, P.B. La calidad no cuesta. [Ed. Mc Graw Hill, Mexico 1987, p. 225.

³ Donabedian, A. La calidad de la Atención Médica Definición y Métodos de Evaluación. La Prensa Médica Mexicana 1984, pp 52-63.

En todo el mundo se está cambiando de una atención médica cuantitativa a una cualitativa. Hay diferentes definiciones de la calidad y Donabedian crea una muy amplia como "la clase de cuidado que es esperada para maximizar e inclusive medir el bienestar del paciente, después de que se ha tomado en cuenta el balance de las ganancias y pérdidas esperadas del proceso de cuidado en todas sus partes". Para Donabedian este modelo consta de los siguientes aspectos: estructura, proceso y resultado. Este triple enfoque utiliza la teoría de sistemas, insumos, procesos, resultados que tiene una relación funcional fundamental entre sus tres elementos.

Estructura. Se entiende por estructura a las características relativamente estables de los proveedores de la atención de los instrumentos y recursos que tienen a su alcance, de los lugares físicos donde trabajan y de la organización que se adapta. Incluye los recursos humanos, físicos y financieros que se necesitan para proporcionar atención médica.

Proceso: conjunto de actividades que los profesionales realizan para el paciente así como la respuesta de estas actividades.

Resultado: logros obtenidos tanto en el nivel de salud del paciente como en la propia satisfacción de éste ante la atención recibida. Significan un cambio en el estado actual y futuro de la salud del paciente que puede ser atribuido al antecedente de la atención médica⁴. El estudio de los resultados es otro de los enfoques indirectos que pueden emplearse para evaluar la calidad de la atención.

EL MODELO DE LOS DIEZ PASOS

En julio de 1989, la Comisión Conjunta de Acreditación de Organizaciones de Salud (J.C.A.H.O.) de los Estados Unidos, dictó un nuevo estándar de calidad que consiste en la aplicación de una metodología para implementar el proceso de vigilancia, evaluación y mejoramiento de la calidad en las organizaciones para el cuidado de la salud que consiste en 10 pasos: ⁵

1. Asignar responsabilidades.
2. Delinear el alcance del servicio (primero, segundo o tercer nivel).
3. Identificar los aspectos importantes del servicio-cuidado.
4. Identificar indicadores y criterios clínicos adecuados.
5. Establecer umbrales para evaluación.
6. Vigilar el cuidado mediante la recolección y organización de datos.
7. Evaluar el cuidado.
8. Tomar acciones correctivas.
9. Evaluar la efectividad de la acción tomada.
10. Compartir y comunicar la información relevante.

Este modelo de los diez pasos fue dictado para organizaciones de salud en general, sin embargo es altamente adaptable a los servicios de enfermería

⁴ Yorza, S.M., Guzmán, G.C. Modelo de Calidad de los Servicios de Salud. *Rev. Desarrollo Científico de Enfermería*, México 1994; 2 (1), pp. 11-12.

⁵ Donabedian, A. La calidad de la Atención Médica: un texto introductorio. Ed. Instituto Nacional de Salud Pública, México, 1990. PP 9-4.

⁶ Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Manual for Hospital 1991*, Vol. 11 stands Oakbrook Terrace, Joint Commissions 1990.

2.2 BASES CONCEPTUALES PARA LA EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

A la hora de proponer una evaluación de la calidad tenemos que referirnos obligadamente al concepto de calidad y al mismo es el resultado de un largo proceso evolutivo que compete tanto al sector salud como al sector industrial, cuyos modelos lejos de excluirse se han enriquecido sistemáticamente y tienen mucho en común. Vauri señala que, a mediados del siglo pasado fue Florencia Nigthingale, la primera persona en salud que se preocupó por registrar cada procedimiento y técnica ejecutada, incorporando al decir de Lohr herramientas estadísticas que permitieron obtener resultados increíbles en los valores de la mortalidad institucional; mientras que los médicos demoraron más en aceptar la idea de mejorar las prácticas.⁷

El primer indicio médico aparece en 1946 cuando se constituye la Asociación Americana, con el objetivo entre otros de mejorar la calidad de la atención y la educación médica. Treinta años más tarde, la Asociación Americana de escuelas de Medicina conforma el primer "Sistema de Mejora" al desarrollar un Sistema de Evaluación y perfeccionamiento de la educación médica, con la elaboración de estándares y requisitos para la membresía.⁸ El 15 de diciembre de 1951, se constituye la Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales que luego se haría extensiva a todos los servicios de salud.

En 1992, la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS) edita la guía para el control de las enfermedades nosocomiales, y aparece un trabajo de Gilles Dussault sobre gestión de recursos humanos y calidad de los servicios de salud en el que se operacionaliza el proceso evaluativo de la calidad al combinar niveles y dimensiones en función de las variables.⁹

A través de los diferentes mecanismos de la evaluación se ha hecho énfasis en establecer juicios de valor, relacionados con la eficacia en el funcionamiento de las instituciones de salud con base en la consecución de objetivos, logros de metas y administración racional de los recursos asignados.

Las autoridades del sector salud y el propio Ejecutivo Federal han manifestado su interés por conocer la calidad con que se otorgan los servicios de salud como punto de partida para promover su mejora.¹⁰

La evaluación de la calidad en la atención presenta retos significativos, como el correspondiente a establecer juicios de valor para aspectos de la calidad inminente subjetivas, definir los puntos a evaluar y los sujetos de evaluación.

⁷ Alvarez, P.A. I. Metodología para la Evaluación de la Calidad de los Servicios y Programas de Enfermería. Ministerio de Salud Pública, Cuba, Septiembre de 1996, en prensa.

⁸ Ibid.

⁹ Ibid.

¹⁰ Aguirre, G.H. Métodos y avances de la evaluación de la calidad de atención. Administración de los Servicios de Enfermería. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, 2ª ed. 1992, P 461.

La evaluación siempre presupone una definición de las metas que se quieren alcanzar, para hablar de la calidad de la atención en los servicios de enfermería debemos determinar el significado de calidad de la atención en estos servicios. La calidad de atención implica el conocimiento profundo, tanto de las necesidades del paciente, como de cada una de las fases del proceso de atención de enfermería, así como la máxima eficiencia en su realización.

La calidad también se determina por la accesibilidad de los servicios en cuanto a poder obtener la atención y algo tan importante, cómo obtenerla. Otras partes inherentes a la calidad son: las relacionadas con la oportunidad y lo referente a la satisfacción de la calidad sentida del usuario; es decir " la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario". observaciones en las que los pacientes y familiares, sin duda, son los primeros en formarse un juicio correcto, incorrecto o parcial como consecuencia de la atención que se les brinda. Lograr la calidad de cada una de las funciones y actividades que realiza enfermería constituye un valor fundamental.¹¹

La evaluación de la satisfacción de los usuarios puede realizarse por medio de estándares o de una encuesta, que permita obtener información precisa sobre aspectos como: información recibida, frecuencia de la atención, acciones que se le realizan, aceptación de las orientaciones, calidad de los servicios que reciben, aspectos que se deben mejorar, satisfacción con la atención de urgencias, localización del personal y criterios acerca de su formación, aceptación del ambiente, valoración evolutiva desde su atención, deseos de continuar siendo atendidos por el mismo personal de enfermería, nivel de información que tienen sobre el funcionamiento institucional, etc.

A todo lo anterior se hace necesario asociar los resultados de la identificación de necesidades de aprendizaje sobre elementos de "Calidad", tal vez por aquello que decía Confucio: " que no es igual el que apenas conoce los principios, que el que los ama y practica". Puede decirse entonces que los resultados del proceso de atención en los servicios y programas van a estar en estrecha relación con los conocimientos de calidad de sus actores, que en ocasiones no siempre son tomados en cuenta para perfeccionar el trabajo en cuestión.

El primer paso para lograr el cambio hacia la calidad, es el compromiso y la mejora en la actitud, tanto de los trabajadores como de las autoridades de la institución; mejorar la comunicación entre las personas y las diferentes áreas y aprender a trabajar en equipo es compromiso de todos para mejorar la calidad. El cambio hacia la calidad integral, no es algo que pueda surgir automáticamente, requiere del esfuerzo, dedicación, constancia y creatividad de todas las personas bajo la guía de sus dirigentes. Implica cambios en la cultura del gremio y oportunidades de mejora continua de todos nuestros procesos, significa también el cumplimiento de nuestros objetivos.

¹¹ Aguirre G.H. Administración de los Servicios de Salud en Enfermería. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. 2ª Ed. 1992, p 481.

3. AUDITORÍA DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA

3. AUDITORÍA DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA

La auditoría es un instrumento administrativo utilizado para evaluar la calidad del cuidado de enfermería que se proporciona a la población a partir de lo establecido, para ello se utiliza un diagnóstico situacional que permite comparar lo previamente establecido en los análisis de puestos, los sistemas de trabajo, el índice enfermera(o) paciente, los registros de enfermería y la capacitación que se otorga al personal que brinda estos cuidados.

Según Marie Di Vicenti, la auditoría en enfermería se lleva a cabo cuando se han completado los trámites de alta del paciente, para ello se hace una comparación de los cuidados que se proporcionaron según lo planeado y establecido en el expediente y las normas de atención aceptadas por la institución.¹

ELEMENTOS ESENCIALES DE LA AUDITORIA

- Normas escritas de atención que estarán disponibles para efectuar comparaciones con el expediente clínico.
- Método practicable para otorgar una serie preseleccionada de un expediente al grupo que va a realizar la auditoría.
- Un grupo de auditores que desarrollan trabajo en base a lo planeado.
- Un sistema de información para llevar a cabo las entrevistas del grupo auditado.

OBJETIVOS DE AUDITORIA EN ENFERMERÍA

- Evaluar los resultados de los cuidados de enfermería con base en lo planeado y establecido en la Institución y en la Dirección de los Servicios de Enfermería.
- Comparar el resultado de la atención de enfermería partiendo de los sistemas de atención preestablecidos según la organización de la atención de enfermería y los indicadores de la relación enfermera(o) paciente.
- Determinar a partir del expediente si la atención de enfermería otorgada cubre las demandas del paciente y si los registros y notas de enfermería son acordes a estos cuidados, lo cual permite tener un expediente clínico que sea un apoyo legal a la institución.

3.1 PROGRAMAS DE AUDITORIA EN ENFERMERÍA

Los programas de auditoría de los servicios de enfermería son útiles para la Directora

¹ Di Vicenti, M. Administración de los servicios de enfermería. Ed. Limusa. 1984. p. 197

del Departamento de Enfermería para conocer la calidad del cuidado, su eficacia y las posibles complicaciones o desviaciones de la atención de enfermería en la realización de los registros y notas de la atención que es otorgada y registrada. De ello dependerá que se presenten o no problemas clínico legales.

La evaluación de los servicios de enfermería a través de una auditoría reduce la posibilidad de que se realicen cambios substanciales en la atención o cuidado de enfermería y facilitará una revisión sistemática de los registros de todos los pacientes con base en los siguientes pasos:

1. Un índice biográfico de la calidad de la atención de enfermería que se ha otorgado a cada paciente.
2. La información correspondiente para el personal médico y para otros profesionales de la salud.
3. Mejorar en enfermería las anotaciones en las hojas de enfermería para que sean completas y claras.
4. Conocer los puntos débiles y fuertes del servicio de enfermería.
5. Contar con mayor cooperación entre el médico y la enfermera para lograr un mejoramiento de calidad en las notas de enfermería.
6. Tener un registro del desempeño de actividades y funciones de enfermería.
7. Realizar una autoevaluación al personal de enfermería.
8. Tener la oportunidad para enriquecer los programas de educación en el servicio que puedan ajustarse a las necesidades auténticas del servicio.

TIPOS DE AUDITORÍA

Para determinar el tipo de auditoría dependerá de las necesidades o problemas que surjan en los servicios de enfermería y será necesario conocer los estándares de atención establecidos en las instituciones de salud. Estos estándares están definidos en los manuales administrativos de cada servicio donde se fundamentan los análisis de puesto, los índices de atención enfermera(o) paciente y los procedimientos que se llevan a cabo según los requerimientos del paciente. En estos mismos documentos se establece como se llevan a cabo los registros de enfermería y las notas que se elaboran mencionando causa efecto en la recepción del cuidado; con estos elementos las auditorías podrán establecer su sistema de comparación.

AUDITORIA RETROSPECTIVA

Busca proporcionar controles de calidad a través de los comités de profesionales para la revisión de estatutos. Cada unidad de enfermería clínica examina casos seleccionados por medio de diagnóstico de enfermería, grado de enfermedad, problemas de enfermería o cualquier otra clasificación que se adapte y determine sus propias necesidades.

En este tipo de auditoría el responsable informa acerca de la revisión que realiza mediante un documento que permita comparar lo establecido con los resultados y con base en ésta incluir recomendaciones para el personal de enfermería y otros profesionales que de alguna manera se encuentren relacionados.

AUDITORÍA CLÍNICA

Es la aplicación de un sistema de evaluación integral de las unidades clínicas, donde es factible conformar un diagnóstico situacional de estos servicios, detectar problemas que están afectando la calidad de atención o la eficiencia en la prestación de los servicios.

Al término de esta auditoría favorece el plantear alternativas para resolverlas en forma participativa con el personal responsable de las áreas de enfermería y llevar a cabo el seguimiento en la solución de las mismas, permite captar logros significativos y promover su desarrollo. Así mismo tener un funcionamiento eficiente de los servicios y una atención con calidad a la población.²

AUDITORÍA INTERNA

Surge cuando se necesita realizar un cambio en los cuidados de enfermería, en la forma de realizar algún procedimiento nuevo de enfermería, cuando se introduce equipo biomédico o cuando existen situaciones anormales en el resultado de la aplicación de los cuidados de enfermería.

En este caso la directora de enfermería establece los objetivos de la misma y un comité quienes mediante un diagnóstico situacional revisan, comparan y evalúan la situación de enfermería con base en los objetivos. Al término de ésta se harán recomendaciones que según el caso favorecerán el establecimiento de medidas concretas fundamentadas en las normas y principios de la dirección de enfermería.

AUDITORÍA EXTERNA

La auditoría externa tiene como fin primordial emitir un dictamen del resultado de la atención de enfermería. Este tipo de auditoría surge de un problema del cuidado otorgado a un paciente, el solicitante de esta auditoría no pertenece al grupo de enfermería por lo que tendrá que ser avalado por la Dirección de los servicios de enfermería quien proporcionará las facilidades para que le sean otorgados los registros, notas, expedientes para que se realice la revisión de esta auditoría, se emitirán juicios de valor donde la Directora de enfermería podrá establecer medidas de control interno para evitar en lo posible otras auditorías de este tipo.³

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Como se ha mencionado anteriormente, el diagnóstico situacional constituye un elemento esencial en la auditoría de los servicios de enfermería. Este diagnóstico es un proceso dinámico de exploración e investigación que permite el análisis y correlación de los factores determinantes que afectan el desarrollo de los procedimientos o sistemas de trabajo.

2 Aguirre, G. Métodos y avances en la evaluación de la calidad de atención. Administración de los Servicios de Enfermería. CIES, OPS, México 1992, P 475.

3 Barquin, M.C. Dirección de hospitales, 1a. ed. Interamericana, pp. 435-660.

OBJETIVOS

- Identificar la situación real de los servicios.
- Contar con un registro veraz y medible de los recursos.
- Realizar estudios comparativos de las situaciones anteriores y las actuales para detectar posibles desviaciones.
- Conocer y enjuiciar la situación para saber como se puede mejorar.

ETAPAS DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

Para realizar un diagnóstico situacional se debe tener en cuenta la filosofía, políticas, metas, objetivos, normas y reglas de la institución y de la dirección de enfermería, así como conocer el análisis de puesto para cada categoría del personal de enfermería, el índice enfermera(o) paciente y el sistema de trabajo que está establecido en cada uno de los servicios.

En segundo lugar se identificarán las situaciones y problemas que existan en los servicios y se precisará a que área específica le corresponde. Con estos dos factores determinados se puede encontrar la solución a los problemas; mediante un análisis se llegará al diagnóstico trazandose las alternativas de solución. Para llevar a cabo estas situaciones se jerarquizan las situaciones y se determinan acciones posibles en un tiempo y espacio para lo cual es estrictamente necesario elaborar una carta descriptiva donde se anote la situación o problema a resolver, quien es responsable de resolverlo, el tiempo que se da para su resolución, las acciones específicas para solucionarlo, estableciendo para ellos metas, estrategias y medidas de control para el seguimiento continuo de cada acción o actividad.

ANÁLISIS DE PUESTO

El análisis de puesto consiste en la obtención, evaluación y organización de información sobre los puestos de una Institución. Los diferentes puestos se diseñan con base en los objetivos y metas de la organización y si se conjunta esto con las personas idóneas se logrará la productividad deseada.

Para obtener información sobre el análisis de puesto se debe conocer la descripción del puesto que es una forma escrita que explica los deberes, las condiciones de trabajo y los aspectos relevantes de cada puesto en especial. Esta descripción incluye los códigos internos de la organización.

Los elementos básicos de esta descripción son: fecha, datos de la persona que describió el puesto, localización, jerarquía, tipo de supervisión que recibe y las características especiales. Además de esta descripción se debe de tener presente toda la estructura de la organización y el producto final de la misma, provistos de estos elementos los analistas identifican los puestos que van a estudiar. Preparan un instrumento para el análisis de puesto y llevan a cabo la investigación de estos. *

* Lara, A.S. Administración de los servicios y sistemas de enfermería, Impreso SUA ENEO-UNAM, México, 1991.

SISTEMAS DE TRABAJO

Para establecer la auditoría es básico conocer los sistemas de trabajo que desarrolla el personal de enfermería. Estos sistemas de trabajo son normas de organización, que sirven de guía para que se seleccione el método más adecuado para la asignación de funciones en el cuidado integral de los pacientes, estos dependerán de los principios del Departamento de Enfermería.

Existen diferentes sistemas de trabajo que pueden utilizarse, considerándose que en cada uno de ellos cuenta con ventajas e inconvenientes para su aplicación. Esto dependerá de las necesidades observadas y recursos con que se cuente, siendo las siguientes:

Asignación de pacientes
Funcional
Atención progresiva
Por equipo
De caso
Enfermería primaria

ASIGNACIÓN DE PACIENTES

La asignación y distribución del personal por paciente permite proporcionar la atención de enfermería integral que el paciente requiere. Las ventajas consisten en que la atención de enfermería no se dispersa y favorece la interrelación enfermera(o) paciente. Desarrolla el nivel profesional y favorece la enseñanza individual. Dirige la acción hacia el logro de los objetivos, permitiendo la evaluación de la atención dada. Las desventajas es que es un sistema que requiere de un mayor número de recursos humanos, materiales y económicos. Requiere de personal de enfermería con una preparación técnica, científica, psicológica así como desarrollar una vocación en el campo de la investigación.³

FUNCIONAL

En este método predomina la estructura jerárquica, el cuidado asistencial se divide en tareas separadas. Al personal de enfermería se le asignan actividades específicas con algunos o posiblemente con todos los pacientes del servicio. Las enfermeras(os) tituladas(os) se ocupan de los cuidados especiales de enfermería, mientras que las auxiliares imparten los cuidados generales al paciente. El método funcional pone en práctica la administración científica clásica, la cual insiste en la eficacia, la división del trabajo y un control muy rígido. Se emplean descripciones de procedimientos para dictar normas de cuidados y se dejan a un lado las necesidades psicológicas del paciente. Los empleados son juzgados según el número de baños que dieron, las camas que hicieron, los medicamentos que administraron.

³ Vargas, C.L. Sistemas de trabajo y modelo para el plan de atención de enfermería, pp 337-338.

Ventajas.

El personal desarrolla habilidades en ciertos procedimientos, debido a experiencias repetidas.

El trabajo se desarrolla con rapidez.

Facilita el control de material y equipo.

Satisfactorio en época de escasez de personal.

Desventajas.

No fomenta la satisfacción del paciente ni del personal de enfermería.

Falta de reconocimiento profesional.

El que tenga reglamentados los deberes puede aburrir al personal de enfermería y perder la satisfacción de ver los efectos de su atención al paciente. La coordinación es poca o nula entre los eslabones que intervienen en el cuidado del paciente; se fracciona la atención del paciente, sus necesidades individuales tienden a ser más bien ignoradas; se favorece la rutinización en ciertos procedimientos por las tareas repetitivas.

La supervisión se torna complicada por las actividades separadas, crea conflictos entre el personal ya que cada uno se siente experto en las actividades que realiza y no colabora con el grupo de trabajo.

ATENCIÓN PROGRESIVA

Se agrupan a pacientes de acuerdo a sus necesidades médico-asistenciales en forma paulatina.

Atención intermedia. Se atienden pacientes derivados y en prealta.

Autoatención ambulatoria. Se agrupan pacientes que requieren atención mínima, están en observación o convalecencia y pueden valerse por sí mismos en su atención.

Atención prolongada. Grupo de pacientes crónicos en rehabilitación.

Atención domiciliaria. Pacientes a los cuales se extienden los servicios médicos y de enfermería al domicilio.

Ventajas: Disminuye los costos de la institución; no se fracciona al paciente y participa la familia en la atención.

Desventajas: Se requiere de personal especializado; no todos los familiares están dispuestos a participar.

EN EQUIPO

En 1950 se introdujo la enfermería en equipo, debido a la escasez de personal de enfermería titulado y al número creciente de auxiliares de enfermería. El cuidado en equipo está basado en la creencia de que cada miembro tiene que hacer una contribución para planear y proporcionar cuidado a un grupo de enfermos, bajo la coordinación de un dirigente que es la jefe de piso, ésta planifica, interpreta, coordina, supervisa y evalúa los cuidados que proporciona el personal de enfermería, en base a las necesidades específicas de cada paciente. Y los miembros del equipo rinden cuentas a la jefe de piso.

Una de las características principales de esta modalidad es la conferencia de cuidados de enfermería o exposición de temas. Siendo su propósito el desarrollo y revisión de los planes de cuidados de enfermería da la oportunidad de identificar y resolver problemas. El grupo total dispone de más información respecto a un tema, que cualquier persona aislada, incrementa el interés del personal por el trabajo colectivo. Identifica necesidades educativas del personal, así como problemas interpersonales. Por consiguiente se fomenta el espíritu de equipo.

Otra característica importante de la enfermería en equipo es el plan de atención de enfermería. Siendo este individual refleja la interrelación entre las necesidades psicosociales y fisiológicas, así como la participación del paciente y su familia, se identifican los problemas, las metas mutuamente aceptadas, los objetivos, las acciones y las respuestas. El trabajo en equipo es considerado como un sistema efectivo, se logra la colaboración del personal y se reconocen los valores de cada uno de los miembros, se reta a realizar mejores esfuerzos individuales y combinados.

Ventajas.

Utiliza al máximo las capacidades de cada uno de los integrantes del equipo.

Favorece el desarrollo profesional del equipo de trabajo.

Fomenta la armonía en el trabajo y por consiguiente las relaciones humanas.

Ahorra esfuerzo.

Se asignan labores acordes con la capacidad de cada participante.

Medio más efectivo de comunicación entre los miembros del personal de enfermería.

Se delega autoridad y se comparten responsabilidades.

Desventajas.

No falta la persona audaz que se aproveche del grupo, no trabajando al mismo ritmo.

Existe la posibilidad de cometer errores, por lo tanto necesita de supervisión más continua.

Los planes de salud se atrasan.

El cambio de miembros en el equipo dificulta a la jefa de piso conocerlos a todos para poder adaptar sus talentos a las necesidades de los pacientes.

Las conferencias de cuidados de enfermería y planes de atención son inadecuados.

MÉTODO DE CASOS

Se asigna cada paciente a una enfermera(o) para la atención total al mismo mientras está de servicio.

El paciente tiene enfermera(o) diferente por turno, y no es seguro que tenga al mismo personal al día siguiente.

Este método insiste en el respeto a las órdenes médicas.

Proporciona todas las facetas de la asistencia de su paciente, de esta manera no existen interrupciones, puesto que el personal de enfermería sabe lo que se le ha hecho y lo que debe realizarse al paciente.

Sin embargo es frecuente observar que existe poca continuidad entre un cambio y otro excepto en los procedimientos siguientes: se necesita de personal de enfermería titulado. Sistema que puede emplearse en las unidades de cuidados intensivos y en las unidades coronarias.

ENFERMERÍA PRIMARIA

La enfermería primaria, sistema en el que una enfermera es responsable de los cuidados integrales de un número de clientes, las 24 horas al día, y los 7 días de la semana. Es un método que proporciona cuidados completos, individualizados y coherentes.

La enfermería primaria utiliza los conocimientos técnicos y las aptitudes administrativas de enfermería. La enfermera primaria valora y jerarquiza las necesidades del paciente, identifica diagnósticos de enfermería, desarrolla plan de cuidados en el paciente y evalúa la eficacia de los cuidados.

Las enfermeras asociadas pueden proporcionar algunos cuidados, pero la enfermera primaria actúa como coordinadora e informa de la salud del paciente al resto de las enfermeras y personal del equipo de salud.

La enfermería primaria engloba todos los aspectos del rol profesional, como la enseñanza, toma de decisión y continuidad de los cuidados. Es la principal administradora de los cuidados de enfermería en el paciente.⁶

Ventajas

Es eficaz porque reduce el número de personas en la cadena de mano y el número de errores que se puedan cometer como resultado de transmisión de órdenes.

Mayor satisfacción para paciente y personal de enfermería.

El paciente tiene la seguridad de saber que el personal de enfermería está disponible ya que se trata con menos pacientes.

Muestra menos complicaciones y una hospitalización más breve.

Desventajas

Se limitan los talentos de personal de enfermería al propio paciente.

Si a un paciente le es asignado un personal de enfermería no muy capaz, el paciente nota que está como si estuviera expuesto a muchas personas.

Cambio de plan de cuidados por el personal de enfermería asociada sin aviso previo a la enfermera primaria.

ÍNDICE ENFERMERA PACIENTE

En la planeación de la auditoría de los servicios de enfermería es indispensable conocer el índice enfermera(a) paciente calculado así como si este se lleva a cabo independientemente de los factores reales que tiene una organización. Los índices de atención enfermera(a) paciente son un marco de referencia establecida en un Dirección de enfermería con base en un estudio de los factores técnicos administrativos de la organización.

⁶ B.Kozler, K. Blais, G.Erb. Conceptos y Temas en la práctica de la enfermería. 2ª ed. [d. Interamericana McGraw-Hill, p 431.

Conceptualmente el índice de atención de enfermería es el tiempo expresado en horas que ocupa una enfermera para proporcionar al paciente un cuidado de alta calidad durante 24 horas. Estos índices de atención son establecidos tomando como base los siguientes factores técnicos y administrativos:

- Filosofía, políticas, objetivos, metas, normas y reglas de la institución y de la Dirección de enfermería.
- Organización y funcionamiento de los servicios de enfermería y de la institución.
- Planes y programas de trabajo establecidos.
- Presupuesto otorgado a la dirección de enfermería para obtener su número de plazas.
- La relación y coordinación que exista entre los servicios de enfermería y los servicios de la institución.
- Población que atiende la institución con base al nivel de atención.
- Número y distribución de camas censables y no censables y su porcentaje de ocupación.
- Sistema de trabajo de los servicios de enfermería.
- Sistema de adquisición de material y equipo.
- Capacidad instalada en el inmueble estableciendo en cada uno de los servicios su distribución y funcionalidad de la planta física para determinar tiempos y movimientos del personal, conociendo la instalación de los servicios básicos del personal y la distribución de recursos materiales.
- Jornadas y horarios de trabajo.
- Días efectivos de trabajo.

Los índices se establecen inicialmente por el tipo de cuidado que el enfermo necesita, desde un individuo que es capaz de llevar a cabo su propio cuidado y que solo necesita que una profesional de enfermería conduzca su autocuidado hasta aquel paciente que necesita cuidados continuos intensivos en una unidad de medicina crítica de alta especialidad.⁷

3.2 REGISTROS DE ENFERMERÍA

Los registros de enfermería son documentos esenciales para conocer el cuidado otorgado por el personal de enfermería, por ello son el núcleo de la auditoría de la atención proporcionada al paciente. La razón por la cual es importante el registro de la intervención de enfermería es el hecho de confirmar que se haya realizado la atención planeada, cuándo se efectuó y qué personal de enfermería la realizó.⁸

Cada institución establece con base en su organización estudios y revisiones previas y el tipo de documento para registro de la intervención del profesional de enfermería.

⁷ Lara, A.S. Administración de los servicios y sistemas de enfermería. SUA ENIO UNAM, México.

⁸ Ibarra, P.M. Integración y organización de los recursos humanos de enfermería. OPS 1992, pp 110, 111, 112.

Dado que las necesidades son variables se debe de tener como principio un documento donde se registre de manera escrupulosa los datos generales y específicos del enfermo estos son de manera general: nombre, edad, sexo, domicilio, estado civil, peso, estatura, grupo sanguíneo, escolaridad, ocupación y diagnóstico médico; y de manera específica los datos determinados según el problema de salud que tenga. En este documento el personal de enfermería registrará todos aquellos datos recalcados con apoyo de algún equipo específico como puede ser los signos vitales y todas aquellas manifestaciones sentidas, comentadas y observadas del paciente en el área física, biológica, emocional, social y espiritual. Existen otro tipo de documentos igualmente valiosos denominados hojas de enfermería donde se puede investigar la eficacia de la atención de enfermería, en estos informes el personal de enfermería muestra su experiencia, conocimientos y cualidades. Las notas de enfermería constituyen un método de evaluación de la atención proporcionada al paciente y su respuesta a los cuidados recibidos, estos escritos se dan de manera clara, precisa y concreta y permiten al profesional de enfermería cumplir con los objetivos de la organización en la atención directa al paciente.⁹

EDUCACIÓN CONTINUA

La educación continua es un derecho y un deber: un derecho y un deber de todos los profesionales para que mejoren su capacitación profesional, y es a su vez un deber institucional satisfacer las demandas profesionales de formación.

La educación continua es una forma para lograr la reorganización y transformación que sirva para que el personal de enfermería esté al tanto de los nuevos conceptos, es decir actualizado, aumente sus conocimientos y aptitudes, desarrolle su capacidad para analizar, y resuelva problemas y trabajos en equipo. El personal que forma parte de la organización constituye el potencial humano más prometedor, en consecuencia todos los esfuerzos se deberán dirigir a su desarrollo ininterumpido.¹⁰

La educación continua surge de la necesidad de actualizar los conocimientos como procesos inacabados debidos a los continuos y rápidos avances científicos y tecnológicos. A través de la educación continua se aumenta la competencia y fomenta el autodesarrollo, debe ser acorde a la situación socioeconómica y política del país para responder a los principios detectados de capacitación y actualización.

En lo referente a la capacitación, adiestramiento, y educación continua, existen bases legales que todo el personal de enfermería debe conocer para poder ejercer adecuadamente sus derechos y obligaciones, en lo que respecta a la actualización de conocimientos destinados a mejorar los cuidados que proporciona y por tanto su desarrollo profesional hace de la educación continua una necesidad primordial.

⁹ Roper, N., Logan, W., Tierney, A. J. Proceso atención enfermería. Interamericana, México 1984, p 71
¹⁰ Balderas, M. I. Administración de los servicios de enfermería. Interamericana, México 1987, p 242

En la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos señala en el artículo 123 fracción XIII que:
"Las empresas cualesquiera que sea su actividad, estarán obligadas a proporcionar a sus trabajadores capacitación o adiestramiento para el trabajo. La ley reglamentaria determinará los sistemas, métodos y procedimientos conforme a los cuales los patrones deberán cumplir con dicha obligación"¹¹

Así mismo en el artículo 153-A de la Ley General del Trabajo se establece que:
"Todo trabajador tiene el derecho a que su patrón le proporcione capacitación o adiestramiento en su trabajo que le permita su nivel de vida y productividad, conforme a los planes y programas formulados, de común acuerdo, por el patrón y el sindicato o sus trabajadores y aprobados por la Secretaría del Trabajo y Previsión Social"¹²

En la fracción B de este mismo artículo menciona que: con estos elementos los dirigentes de los servicios de enfermería establecen programas de educación continua a través de la coordinación de enseñanza. Estos programas además de cumplir con los estatutos legales ya mencionados permiten al profesional de enfermería actualizar sus conocimientos y especializarlos en el área de su ámbito laboral.

Estos programas de educación continua se pueden establecer a corto, mediano y largo plazo, pero debido a que son de carácter obligatorio todo el personal sin distinción de antigüedad, categoría y experiencia podrá sustraerse de asistir a alguno de ellos.

La formación continua es fundamental para lograr la adaptación al cambio, contribuir al desarrollo de la profesión y elevar el nivel de calidad de los servicios que prestamos. Como educadoras de la comunidad las enfermeras deben de centrar su campo de actuación en la familia; intentando hacer llegar a todos, el concepto fundamental del derecho a la salud y fomentando la participación activa de toda la comunidad, inculcando y enseñando el autocuidado y la utilización racional de los servicios de salud.¹³

11 Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Ponúa. 108ª ed, México 1995, p 123.

12 Ley Federal del Trabajo. Ponúa. México, p 56.

13 Gueto, A. Reflexiones sobre aspectos generales de las funciones de enfermería. *Gornata 91* No. 1. 1991, p 23.

4. RESULTADOS

4. RESULTADOS

Esta investigación se llevó a cabo en los diez Institutos Nacionales de Salud de México que tienen personal de enfermería realizando práctica clínica asistencial.

Institutos Nacionales de Salud de México:

Hospital Infantil de México "Federico Gómez"

Instituto Mexicano de Psiquiatría.

Instituto Nacional de Cancerología

Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán"

Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Manuel Velasco Suárez"

Instituto Nacional de Pediatría

Instituto Nacional de Perinatología

Instituto Nacional de Ortopedia

Siguiendo los criterios de inclusión y exclusión, el muestreo aceptado consistió en 657 profesionales de enfermería que es nuestra población estudiada.

El 96% de la población estudiada fue del sexo femenino y el grupo etario más frecuente entre los 24 y 29 años. (gráfica No. 1)

Como podemos observar en nuestra profesión, aún persiste el sesgo femenino en relación a los que practican esta área de los servicios de la salud, así mismo se puede observar que son adultos jóvenes quienes forman los grupos de mayor frecuencia.

De la población estudiada se encontró que el grupo que se reporta con mayor frecuencia en cuanto a los años de experiencia laboral está entre las 0 y los 5 años con un porcentaje de 40%. (gráfica No. 2)

El 65% de las enfermeras profesionales que laboran en los Institutos Nacionales de Salud consideran que el proceso de atención de enfermería es el medio para realizar el cuidado de enfermería. (gráfica No. 3)

Entre las sugerencias que la enfermera profesional propone para instrumentar el proceso de atención de enfermería en los institutos Nacionales de Salud están las siguientes: en un 20% elaborar un instrumento para desarrollar el proceso de enfermería, un 22% considera importante realizar cursos donde le enseñen como llevar a cabo el proceso de atención de enfermería y un 34% considera como de mayor relevancia para establecer el proceso de atención de enfermería contar con los recursos humanos y materiales necesarios. El resto de la población encuestada sugiere otros aspectos. (gráfica No. 4)

La elaboración del plan de atención de enfermería por el profesional de enfermería de los Institutos Nacionales de Salud lo llevan a cabo diariamente un 48.2%. (gráfica No. 5)

Mediante el estudio realizado se puede observar que existen diversas técnicas para que la enfermera conozca el diagnóstico médico del paciente lo que destaca entre ellas es la revisión del expediente clínico en un 62%. (gráfica No. 6)

Las enfermeras profesionales que constituyeron nuestra población encuestada ocuparon el mayor número de tiempo en su jornada laboral en la atención y asistencia directa al paciente con una frecuencia de 28% que ocuparon de 221 a más minutos de su jornada laboral en otorgar cuidado. (gráfica No. 7)

El personal de enfermería que constituyó nuestra muestra estudiada fue en un 75% enfermeras generales; y de todo el grupo un 73% asiste a menos de un curso por semestre (gráfica No 8). Seguido de este grupo 65% no participa en ningún tipo de preparación académica formal como lo son el estudio de la preparatoria, de la Licenciatura de enfermería o de algún curso post-técnico (gráfica No. 9) en lo relacionado a la preparación académica informal participa solo una vez al año el 36%. (gráfica No. 10)

La comunicación con pacientes y familiares que establecen las enfermeras encuestadas que laboran en los Institutos Nacionales de Salud es en un 53% por medio de la comunicación directa (gráfica No. 11) el 83% de los participantes en el estudio informa que siempre le dice al paciente los procedimientos que le va a realizar (gráfica No. 12); así mismo el 96% considera importante la comunicación enfermera(o) paciente. (gráfica No. 13)

El personal de enfermería que labora en los Institutos Nacionales de Salud, y que fue estudiada consideró en un 62% que el método clínico es el utilizado con mayor frecuencia para valorar el estado del paciente (gráfica No. 14) a pesar de este resultado un 61.4% menciona que no existe un instrumento de valoración clínica específicamente diseñado en la institución de salud donde labora. (gráfica No. 15)

Durante la primera visita al paciente por el personal de enfermería generalmente se realiza la valoración clínica, del grupo entrevistado un 48% establece este primer contacto durante la recepción del turno. (gráfica No. 16)

El personal de enfermería de los Institutos Nacionales de Salud que participó en la investigación están de acuerdo en un 75% que las actividades que realizan son de tipo profesional y acordes a su formación académica. (gráfica No. 17)

El personal de enfermería cuestionado que labora en los Institutos Nacionales de Salud considera que el sistema de asignación de pacientes o método de atención integral es el más efectivo en un 59% y de la totalidad del grupo un 54% aplican este sistema. (gráfica No. 18)

El índice enfermera(o) paciente establecida en los Institutos Nacionales de Salud varía según el personal de enfermería encuestado, pero el que se observa con mayor frecuencia es el de una enfermera(o) por cada dos pacientes en un 31%, relacionado este índice con la planeación de la atención de enfermería encontramos que independientemente del índice enfermera paciente el plan se hace individual en un 50%. (gráfica No. 19)

De las enfermeras encuestadas manifestaron que de un 100% del tiempo que constituye su jornada laboral las actividades asistenciales ocupan entre un 61% y un 100%. (gráfica No. 20)

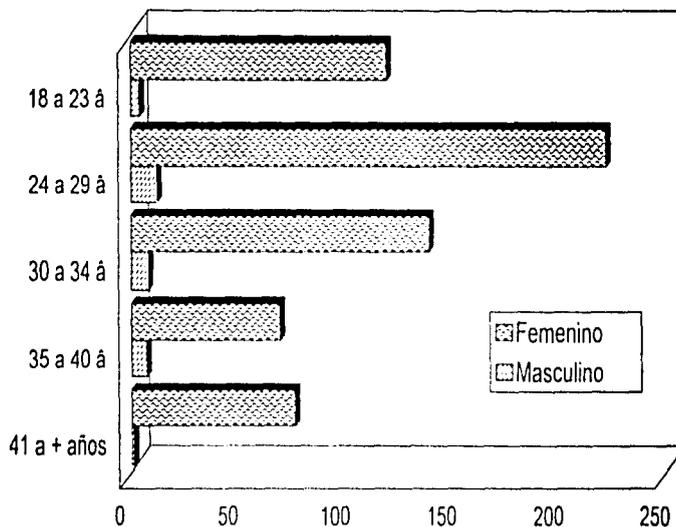
La importancia de los registros de enfermería según el 52% del personal encuestado en los Institutos Nacionales de Salud es que proporcionan información del estado clínico del paciente (gráfica No. 21); esta misma población tiene opiniones divididas respecto a que si estos registros deben ser modificados o no con un 49% a favor y un 51% en contra. (gráfica No. 22)

Se encontró en este estudio que en un 76% de los casos el destino final de las hojas de registro que el personal de enfermería labora es el expediente clínico. (gráfica No. 23)

GRÁFICAS

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD

Gráfica # 1 EDAD Y SEXO

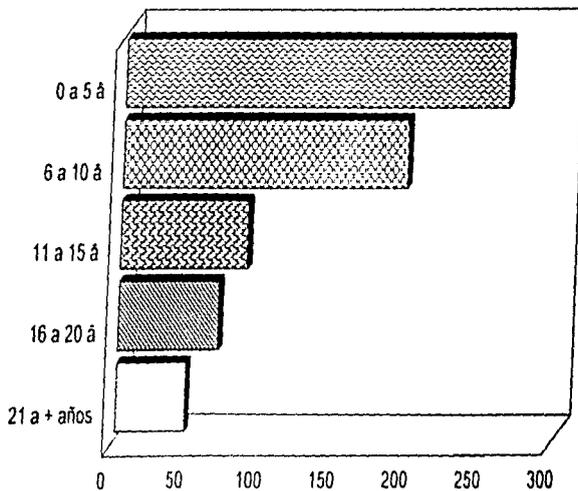


Fuente: Encuesta aplicada por las autoras en los Institutos Nacionales de Salud del 20 al 24 de octubre de 1996.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN
LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD

Gráfica # 2

EXPERIENCIA LABORAL

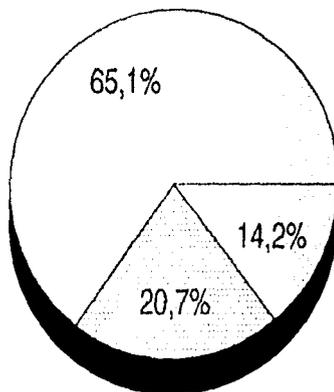


Fuente: Misma de la gráfica no. 1

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN
LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD**

Gráfica # 3

**OPINIÓN QUE TIENE LA ENFERMERA PROFESIONAL DE PROCESO
DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA**



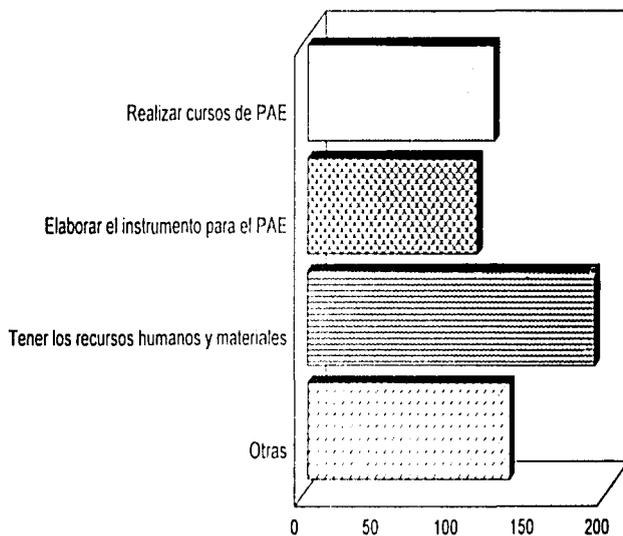
- Medio para establecer la atención de enfermería
- Método teórico de atención de enfermería
- No es aplicable ni funcional

Fuente: Misma de la gráfica no. 1

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD

Gráfica # 4

SUGERENCIAS DE LA ENFERMERA PROFESIONAL PARA INSTRUMENTAR EL PROCESO D ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD

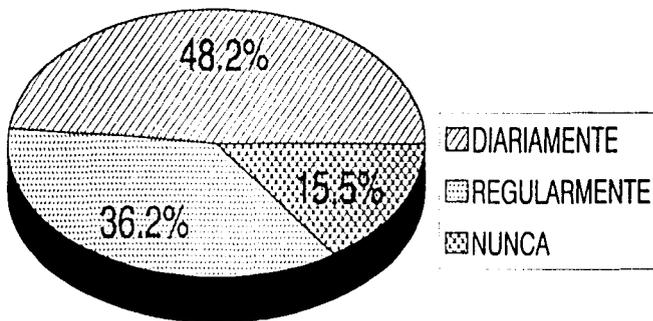


Fuente: Misma de la gráfica no. 1

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN
LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD**

Gráfica # 5

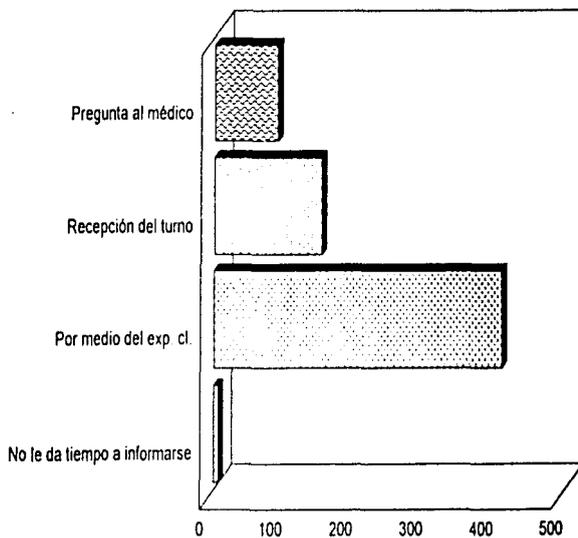
**FRECUENCIA DE ELABORACION DEL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA
POR LA ENFERMERA PROFESIONAL
DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD**



Fuente: Misma de la gráfica no. 1

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD

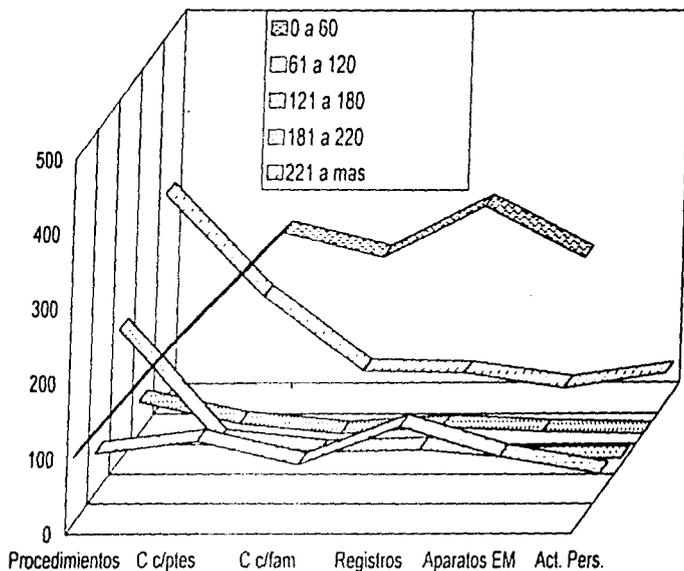
Gráfica # 6
MÉTODO QUE UTILIZA LA ENFERMERA PARA CONOCER EL
DIAGNÓSTICO MÉDICO DEL PACIENTE



Fuente: Misma de la gráfica no. 1

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD

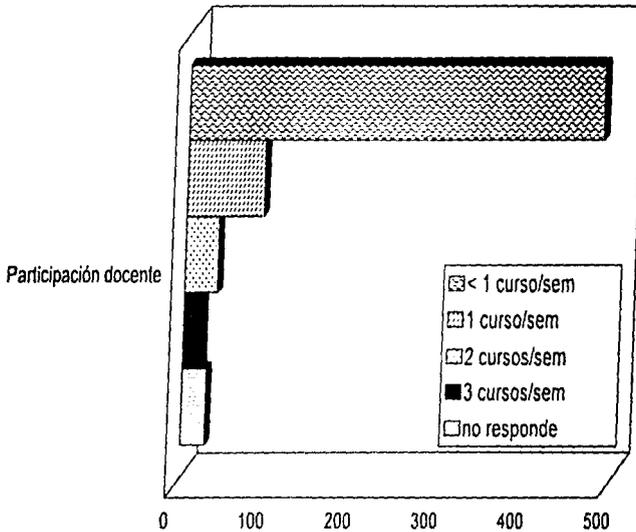
Gráfica # 7
FUNCIONES Y ACTIVIDADES Y EL TIEMPO EN QUE LAS REALIZA



Fuente: Misma de la gráfica no. 1

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN
LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD**

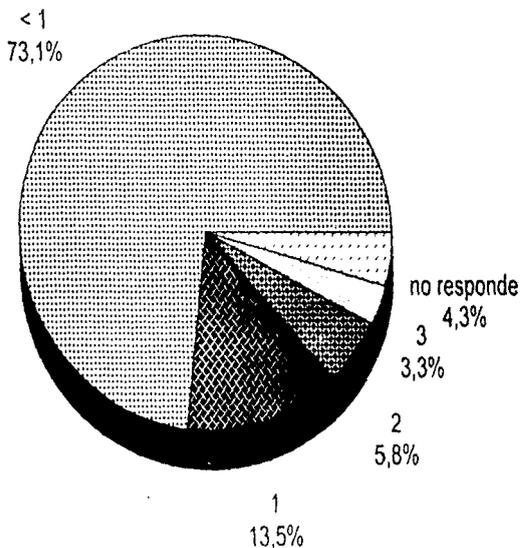
**Gráfica # 8
PARTICIPACIÓN DOCENTE**



Fuente: Misma de la gráfica no. 1

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN
LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD

Gráfica # 8
PARTICIPACIÓN DOCENTE

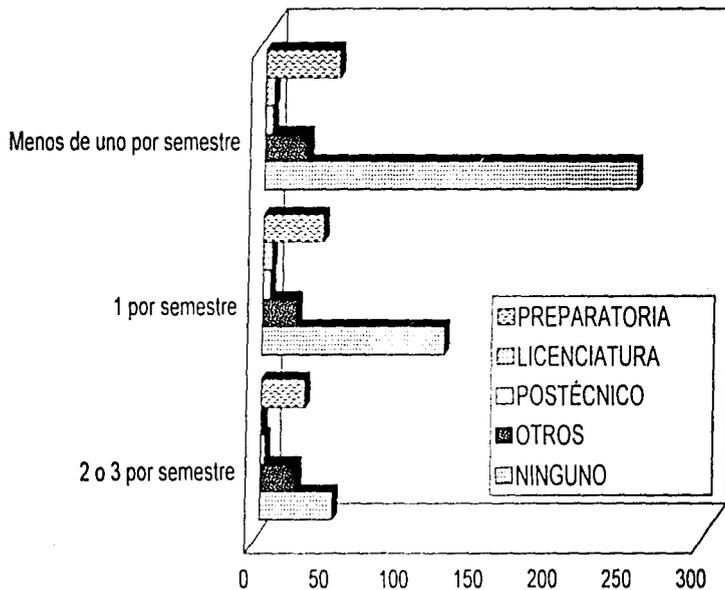


Fuente: Misma de la gráfica no. 1

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD

Gráfica # 9

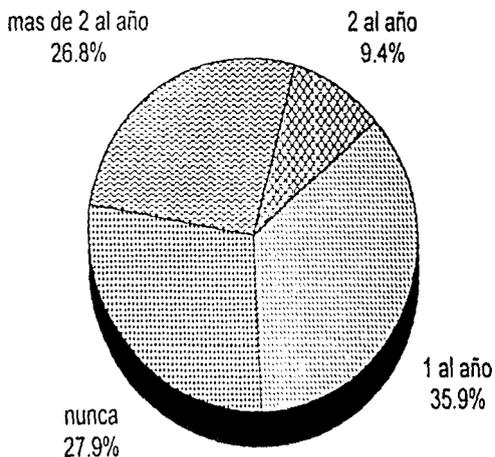
PREPARACIÓN ACADÉMICA FORMAL E INFORMAL DE LA ENFERMERA



Fuente: Misma de la gráfica no. 1

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN
LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD

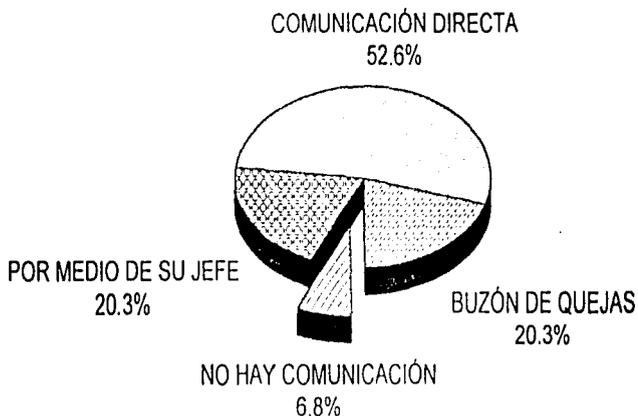
Gráfica # 10
FRECUENCIA DE CAPACITACIÓN EN SERVICIO



Fuente: Misma de la gráfica no. 1

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN
LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD**

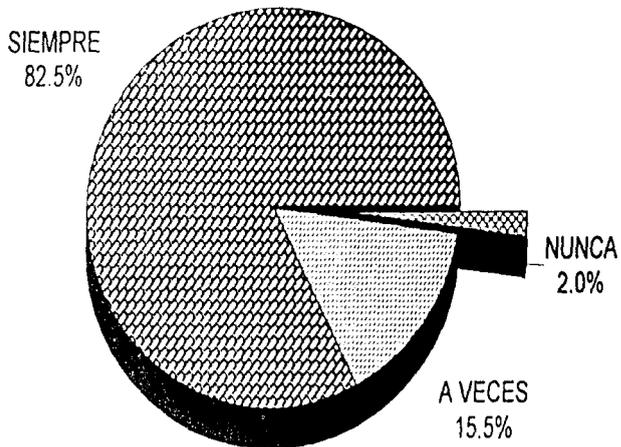
**Gráfica # 11
MEDIO DE COMUNICACIÓN CON PACIENTES Y FAMILIARES**



Fuente: Misma de la gráfica no. 1

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN
LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD**

Gráfica # 12
INFORMA AL PACIENTE LOS PROCEDIMIENTOS A REALIZARLE

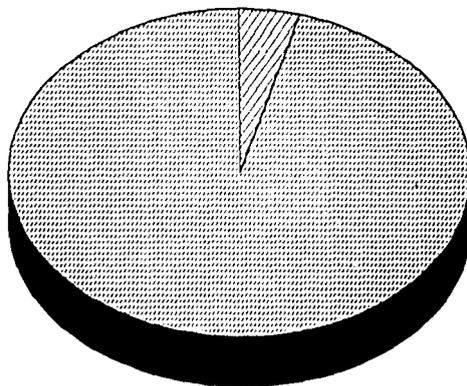


Fuente: Misma de la gráfica no. 1

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN
LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD**

Gráfica # 13
IMPORTANCIA DE LA COMUNICACIÓN ENFERMERA(O)-PACIENTE

NO 4.1%

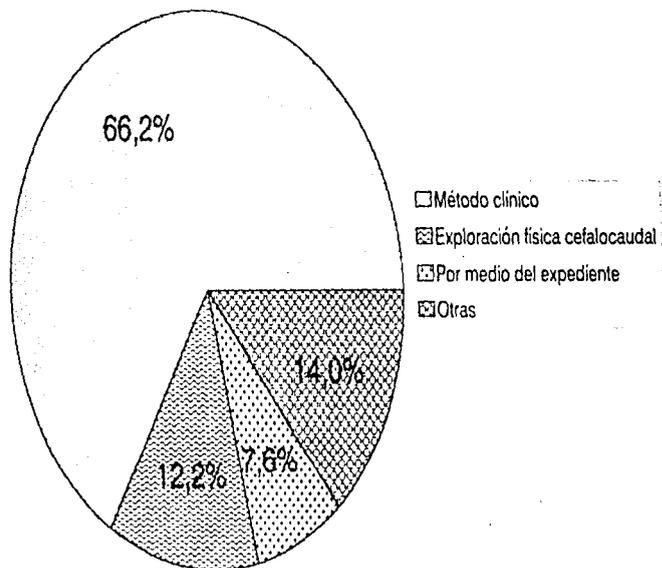


SI 95.9%

Fuente: Misma de la gráfica no. 1

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD

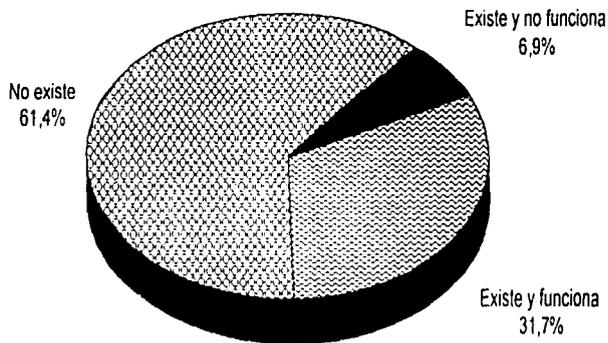
Gráfica # 14
METODO UTILIZADO POR LA ENFERMERA(O) PARA
VALORAR CLINICAMENTE AL PACIENTE



Fuente: Misma de la gráfica no. 1

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN
LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD**

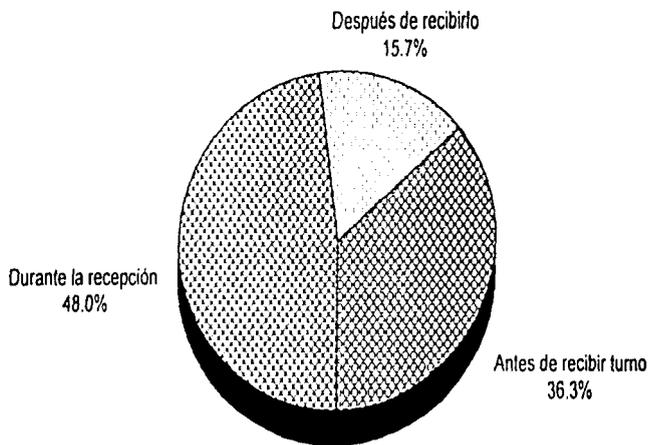
**Gráfica # 15
INSTRUMENTO DE VALORACIÓN CLÍNICA**



Fuente: Misma de la gráfica no. 1

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN
LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD

Gráfica # 16
MOMENTO DE LA 1ª VISITA AL PACIENTE DURANTE UN TURNO

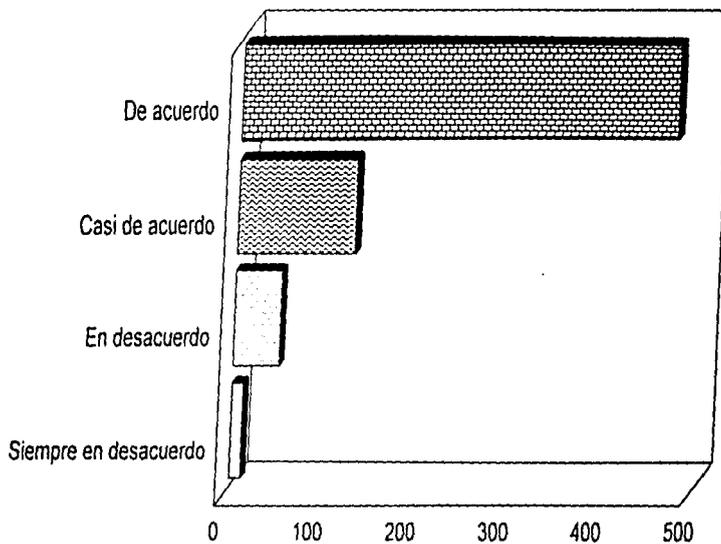


Fuente: Misma de la gráfica no. 1

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD

Gráfica # 17

EL PERSONAL DE ENFERMERÍA ACEPTA QUE LAS ACTIVIDADES
QUE REALIZAN SON DE TIPO PROFESIONAL

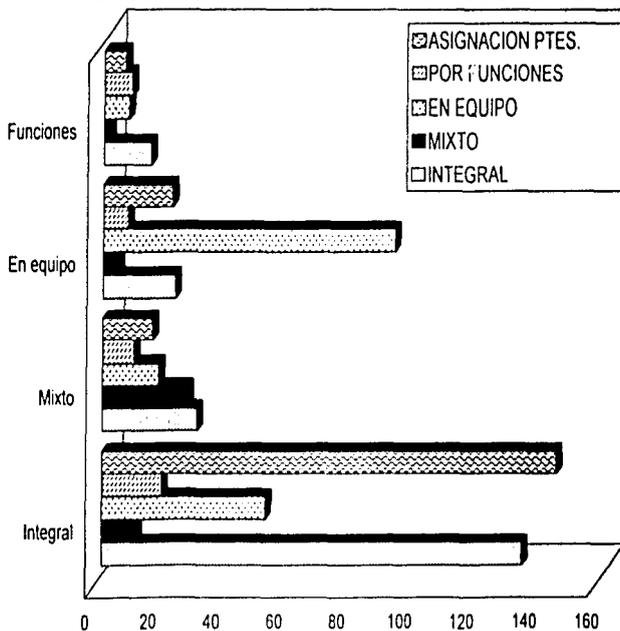


Fuente: Misma de la gráfica no. 1

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN
LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD**

Gráfica # 18

SISTEMA DE TRABAJO APLICADO Y EFECTIVIDAD DEL MISMO

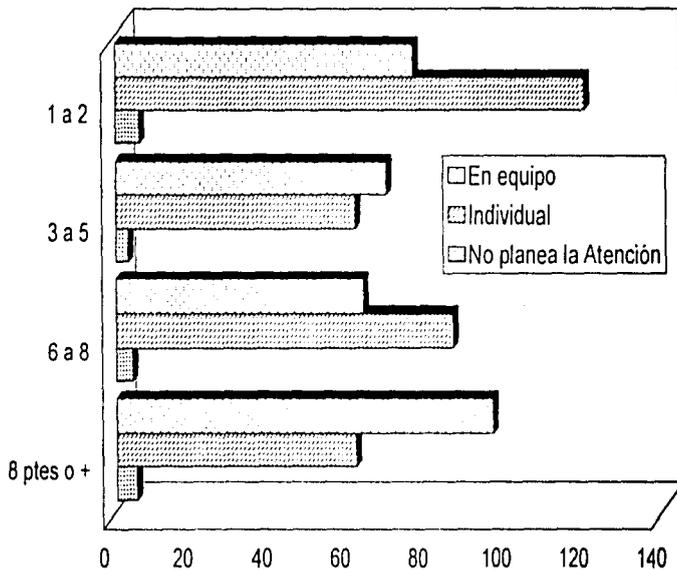


Fuente: Misma de la gráfica no. 1

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD

Gráfica # 19

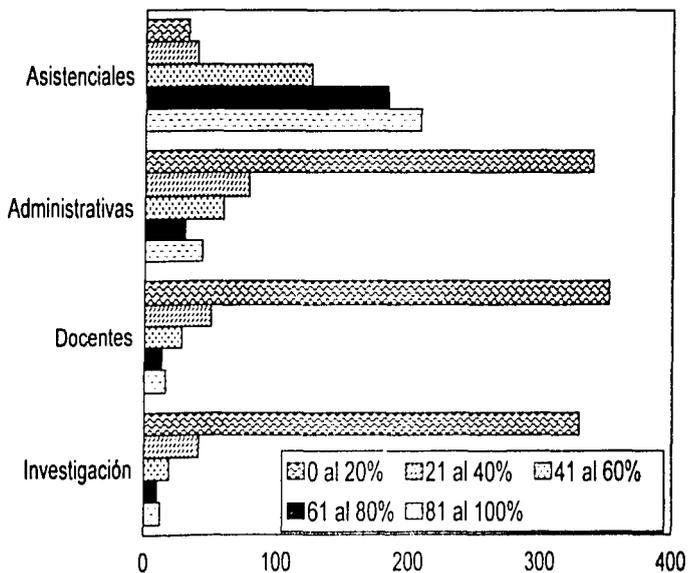
INDICE E:P Y PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



Fuente: Misma de la gráfica no. 1

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD

Gráfica # 20
TIEMPO PARA LA REALIZACION DE LAS FUNCIONES DE ENFERMERIA

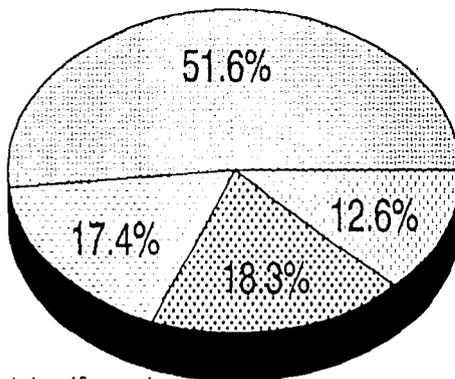


Fuente: Misma de la gráfica no. 1

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD

Gráfica # 21
PENSAMIENTO QUE TIENE LA ENFERMERA PROFESIONAL DE LOS
INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD SOBRE LOS REGISTROS DE ENFERMERIA

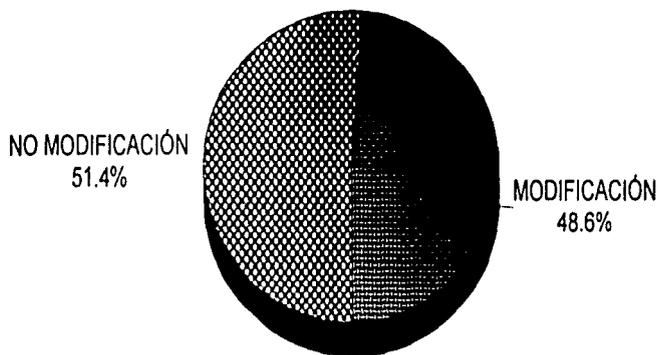
- Proporcionan información del estado clínico del paciente
- Permite establecer tratamientos y cuidados al paciente
- Documento legal de valoración al paciente
- Otros



Fuente: Misma de la gráfica no. 1

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN
LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD**

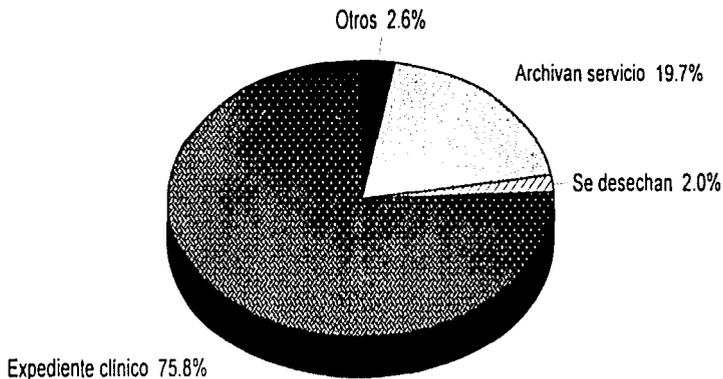
Gráfica # 22
LAS HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA NECESITAN O NO
SER MODIFICADAS



Fuente: Misma de la gráfica no. 1

**DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA PRÁCTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA EN
LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD**

Gráfica # 23
DESTINO FINAL DE LAS HOJAS DE REGISTRO DE ENFERMERIA



Fuente: Misma de la gráfica no. 1

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Al realizar la investigación documental y de campo llevada a cabo encontramos como la enfermería interactúa con múltiples áreas del conocimiento humano como son las teorías administrativas de calidad total, y biomédicas. Todo ello fundamentado en la investigación científica; al analizar los resultados de esta investigación encontramos que un número importante del personal de enfermería que participaron en la investigación coinciden con Yura y Walsh quienes mencionan que el proceso de atención de enfermería es el método para determinar y resolver los problemas y necesidades identificadas en el paciente mediante un plan de trabajo.

De los problemas hallados por este grupo para implementar el proceso de atención de enfermería dentro de sus unidades hospitalarias están a saber la falta de recursos humanos y materiales, conocer a fondo como se estructura este método y el que las Directoras de enfermería no tengan establecido instrumentos validados para desarrollar el plan de atención; menos de la mitad de la población estudiada cuenta con un plan de atención de enfermería y lo lleva a cabo diariamente.

En nuestra investigación observamos que prevalece una dependencia en el área hospitalaria clínica en cuanto al diagnóstico médico del paciente y que con mayor frecuencia el personal de enfermería realiza funciones y actividades de tipo asistencial.

Encontramos que la mayoría de la población que trabaja en los Institutos Nacionales de Salud son enfermeras generales y que tienen poca participación en cursos de actualización, que más del promedio no participa en ninguna preparación de tipo académico formal, vertical ni horizontal como posttécnicos, Licenciatura, Maestría y Doctorado. En cuanto a la preparación informal mediante capacitación incidental solo una tercera parte participa.

Referente al manejo de la comunicación como un medio para establecer la relación enfermera(o) paciente y familia la mitad del grupo participante consideró que lo ideal es llevar a cabo la comunicación directa; el total del grupo sabe que es esencial esta comunicación con el paciente pero no todas informan al paciente sobre los procedimientos que le van a realizar.

Para valorar al paciente hospitalizado en los Institutos Nacionales de Salud el personal de enfermería se vale del método clínico en un poco más de la mitad (62%) este mismo grupo menciona que no existe un instrumento para que esto se lleve a cabo. El primer contacto que tiene enfermería con el paciente es durante la recepción de turno situación que no favorece el establecimiento del método clínico como forma de trabajo organizado.

En este orden de ideas el personal de enfermería considera que realizan las actividades profesionales para los cuales fueron formados académicamente.

Observamos que en los Institutos Nacionales de Salud tienen establecidos diversos sistemas de trabajo para otorgar la atención de enfermería y en algunos de ellos prevalecen tres o cuatro sistemas interconectados, conociendo las ventajas y desventajas de la aplicación de cada uno de ellos preguntamos al grupo investigado cual llevaban a cabo y cual consideraban más efectiva y aunque sobresalía ligeramente la atención integral tanto en la realización como en la efectividad encontramos que consideran mas efectivo el que aplican con su paciente.

En cuanto al índice enfermera(o) paciente detectamos que está relacionada con el tipo de paciente que atiende, a mayor grado de dificultad, en la atención de este es de uno a uno y a menor necesidad de atención especializada varía su proporción. Prevalecen las actividades asistenciales sobre las docentes, administrativas y de investigación.

Cuando se les preguntó sobre el valor de los registros de enfermería para conocer y validar sobre el servicio y la atención proporcionada al paciente la mitad de nuestra población la consideró importante, en opinión dividida algunos pretenden modificar sus actuales registros mientras que otros no. La mayor parte de la población estudiada anexa estos registros en el expediente clínico.

Al finalizar esta investigación encontramos que los profesionales de enfermería tenemos muchos retos para desarrollar nuestra práctica profesional, pero consideramos que estos son un estímulo para mejorar y que no nos podemos quedar rezagados, debemos estar a la vanguardia del avance de la medicina y la tecnología sin olvidar el aspecto humanístico-espiritual que nos permite y nos permitirá dar el **culdado Integral** al individuo enfermo.

Desde esta perspectiva en este mundo del "hacer", el personal de enfermería de nuestros tiempos no solo amerita una preparación fundamentada en conocimientos científicos que exige el avance tecnológico moderno, ni tampoco puede conformarse con ser solamente enfermera (o) técnico científico sino que tiene que ser persona que aprenda además todos los días a ser sensible al dolor humano. Ya que si conociéramos el misterioso mundo del enfermo redescubriríamos que "ser" con el enfermo es más importante que "hacer" por el enfermo. 1

Hoy somos profesionales de mayor rango pero mientras mas alto sea este, mas fuerte y mas honda es nuestra responsabilidad. Sin olvidar que en estos tiempos deshumanizantes debemos llenar el espacio existente entre nuestra dimensión interior de personas y la actitud de humanidad que el enfermo espera hoy de nosotros cada vez con mayor insistencia.

Ya pasó la época en que las enfermeras eran las servidoras del grupo médico. Hoy no, actualmente somos sus fieles y valiosas colaboradoras, inteligentes y con más capacidad de decisión. Del empeño que pongamos, de las observaciones que

1 Suárez, M. Tecnología y dignidad humana. Dolentium Hominum, N. 33, año XI, n. 3, Roma, 1996 P 29-30.

hagamos y de los cuidados que realicemos, va a depender muchas veces el tratamiento y de este modo volver preciosos los minutos de los que depende la salvación o la pérdida del enfermo. Somos conscientes de que tenemos que dividir nuestro tiempo entre: los pacientes y el equipo, así como investigar, enseñar y actualizamos; porque hoy tenemos responsabilidades que antes no teníamos. Hoy no solo obedecemos sino actuamos.²

Debemos hacer un esfuerzo por trasladar a nuestro campo profesional y a los que nos rodean, la fundamentalidad de nuestras funciones independientes o propias y sobre todo de nuestra función diferenciadora que delimita nuestro marco profesional: "**La función de cuidar**".

La función de cuidar independientemente de su interrelación con las otras funciones de enfermería es lo que sirve de baremo a la sociedad para medir el grado de utilidad de la enfermería y por tanto, también debe ser el cuidado el centro sobre el cual gire toda la dinámica investigadora, docente y de gestión de la enfermería. Buscar un sentido propio y exclusivo en cada una de las otras funciones - guía de la enfermería será vaciar de contenido los programas de conocimiento y de gestión y supondrá si a veces no lo ha sido, un alejamiento y un escapismo profesional con la consecuente pérdida de identidad.

El ser humano que permite que le cuidemos hay que entenderlo como un ser bio-psico-social y espiritual, inserto e influido por un contexto social, cultural, económico y político. Desde aquí que los cuidados de enfermería adquieren una dimensión extraordinariamente dinámica, en la que se activa de un modo insospechada la relación cuidador-cuidado.

Así **cuidar** implica entrar en relación con una persona o grupo de personas con objeto de ayudarles a satisfacer ciertas necesidades, caminar hacia la salud o hacia la muerte con dignidad.

Cuidar es ofrecer al otro las posibilidades de desarrollar su potencial de elegir la mejor acción o solución para él en ese momento.

Cuidar es acompañar, ayudar a hacer frente a los problemas que son suyos por el hecho de su enfermedad.

Atender la necesidades básicas es tan vital, tan enriquecedor, de tanta información sobre la complejidad de la persona enferma que debe ser una actividad querida y asumida.

2. Ibid. P 31.

Es el diagnóstico de enfermería el que define nuestro campo de actuación, diagnóstico que se diferencia por su carácter dinámico y que además lleva implícito el sentido de la acción: ACTUAR PARA CUIDAR.

Definir y sustentar el concepto de CUIDADO asumirlo y ponerlo en práctica es nuestra aportación central y es nuestro reto.

SUGERENCIAS

79

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

SUGERENCIAS

Los resultados obtenidos en el diagnóstico situacional de la práctica clínica de enfermería en los Institutos Nacionales de Salud de México propicia el planteamiento de una serie de propuestas dirigidas a crear un ambiente de solución favorable a la problemática situacional encontrada. Entre ellas, las siguientes:

- Definir y crear un perfil de nivel académico del personal de enfermería que labora en los Institutos Nacionales de Salud.
- Delinear y organizar un perfil ocupacional de la enfermera que incluya toda acción que ejecute para el cuidado de enfermería al paciente.
- Organizar y establecer un programa continuo de crecimiento profesional, que permita a todos los recursos humanos de enfermería un desarrollo integral que mejore sus conocimientos y su práctica clínica y académicamente los que ya posee.
- Elevar la calidad de su formación profesional y ubicarlas en los grandes problemas nacionales para que puedan orientar e interpretar la nueva realidad que hoy vivimos fortaleciendo la enfermería mediante una práctica profesional, científica, prospectiva y renovada.

A fin de dar un proceso operativo a estas propuestas, es conveniente precisar lo siguiente:

1. El papel académico de la profesional de enfermería que desarrolle la práctica clínica en los Institutos Nacionales de Salud, deberá acreditar el amplio y profundo conocimiento que se requiere para ejercer una labor en un tercer nivel de salud, para lo cual se necesita:

- Haber cursado la carrera de enfermería a nivel licenciatura en un sistema de carácter universitario. Si esto no se hubiese cumplido, acceder a un curso completo, bajo los requisitos que la Universidad solicite para lograr la obtención de este nivel o grado.
- Obtener la acreditación de un posgrado, cuya especialidad sea congruente con la que ejerce el Instituto Nacional de Salud, en el cual labore.
- Alcanzar, previamente, una experiencia profesional mínima de dos años de esa especialidad en un servicio de segundo nivel.
- Poseer experiencia clínica previa, de tipo general, en un servicio de primer nivel, con duración de dos años.

2. El perfil ocupacional acreditará a la enfermera en lo siguiente:

- Ser capaz de planear, organizar, desarrollar y evaluar el cuidado de enfermería a pacientes con enfermedades congénitas, adquiridas y crónicas degenerativas que requieren para su recuperación tratamientos médicos- quirúrgicos de alto nivel tecnológico.
- Considerar en todo cuidado prestado al paciente el aspecto social, humano y espiritual, que se desprende de los programas de atención integral.
- Establecer el proceso de atención de enfermería como el instrumento base de trabajo del personal de enfermería.

- Hacer una revisión de los índices de atención enfermera(o)-paciente que permite el cumplimiento de todos los programas de trabajo.
- Elaborar e implementar los registros de enfermería con suficientes elementos para que sean en el expediente clínico los documentos ejes de la atención holística del paciente.

3. El programa de desarrollo profesional de enfermería tendrá como finalidad:

- Mantener actualizado al personal profesional de enfermería en el área específica del Instituto Nacional de Salud donde labore.
- Actualizar dinámica y continuamente al personal de enfermería para fortalecer su educación y atraerlos para que se arraiguen a la Institución.
- Incentivar y apoyar la creación de un programa de becas para posgrado.
- Instilar dentro de su contrato colectivo de trabajo o reglamento interno un periodo de quince días hábiles al año para realizar actividades académicas de asistencia o participación en congresos, cursos o seminarios.
- Establecer un programa institucional de formación académica continua con reconocimiento institucional en donde se revisaran los problemas de salud, de atención y de cuidado a la población de la misma Institución.
- Desarrollar dentro de cada servicio programas de educación continua con base en las necesidades observadas.
- Estimular y apoyar la asesoría técnica y científica para el fortalecimiento de la investigación.

Esta capacitación continua ayudaría a dar respuestas efectivas a los problemas y situaciones de la sociedad, así como un desempeño coherente con los cambios sociales, económicos, científicos y tecnológicos. Así mismo el personal de enfermería ocuparía un lugar estratégico dentro del equipo de salud y un apoyo fundamental para el médico y el cuidado del enfermo. Los conocimientos adquiridos, adjudicados y esperados en enfermería, conformarían una red de responsabilidades y funciones con las cuales se tendrían los mecanismos de participación en la toma de decisiones relacionadas con la salud, educación, administración e investigación de la profesión.

Hacer frente a estos desafíos permitirá sumar esfuerzos para la preparación de enfermeras profesionales comprometidas con la transformación del país en beneficio de las mayorías y abordar los nuevos problemas sociales y de salud relacionados también con los nuevos protagonistas de la sociedad mexicana.

Al establecer los lineamientos políticos, estrategias, métodos e instrumentos de la práctica clínica de enfermería podemos hacer frente a los desafíos en materia de salud en México, donde las enfermeras constituyan la piedra angular del Sistema Nacional de Salud.

La formación adquiere una dimensión extraordinaria porque de ella dependerá el proyecto de salud que todos deseamos. Es aquí donde se inicia la reflexión sobre los que la sociedad exige y donde se adquiere el sentido de la profesión. Aquí se forma la disponibilidad y el talento del personal de enfermería porque **ser enfermera** supone una forma determinada de **ser** y entender el concepto de salud.

4. La implicación de enfermería en el proceso de investigación.

Otro gran reto a conseguir es la implicación de todas las enfermeras en el proceso de investigación. La recolección de datos y su sistematización es una tarea en la que fácilmente se puede integrar a todo el equipo si programamos adecuadamente los métodos de trabajo, porque es a partir de nuestros propios datos, de nuestra experiencia como se elabora la ciencia de la Enfermería.

La capacidad de aunar esfuerzos y recursos humanos entorno a una idea o proyecto de enfermería que de respuesta a esta problemática es fundamental y determinante para el futuro de nuestra profesión.

FUENTES DE CONSULTA

FUENTES DE CONSULTA

- Alfaro, R. *Aplicación del Proceso de Enfermería. Guía práctica*. 1ª Ed. Doyma, S.A. Barcelona 1988.
- Ann, Mariner. *El Proceso de Atención de Enfermería, un enfoque científico*. 1ª Ed. El Manual moderno, S.A. de C.V. México 1983.
- Antiga TN: *Guía para elaborar investigaciones en enfermería* - ENEO UNAM- Pag. 18 - 20.
- Arnoll Hukabay. *Administración de Enfermería, Teoría para la Práctica con un Enfoque de Sistemas De OMS-OPS* 1992. P 375.
- Bery, Leonard. *Calidad de Servicio*. Ed. Diaz Santos, México 1989.
- Castrillón, C. *La práctica de enfermería como objeto de estudio y educación en enfermería*. Vol. X, no. 2. Colombia, 1992.
- Crosby, Philip B. *Calidad sin Lágrimas*. Ed. CECSA., México: 1988:211
- Crosby, Philip B. *La Calidad no cuesta*. Ed. Mc.Graw Hill. México: 1987: 225
- Deming, Edwards W. *Calidad. Productividad y Competitividad*. Ed. Diaz de Santos Madrid, España: 1989:391.
- Donabedian Abedis. *La Calidad de la Atención Médica Definición y Métodos de Evaluación*. La Prensa Médica Mexicana, Michigan 1984.
- Dyer G. William. *Formación de Equipos*. Ed. SITESA. México 1988.
- Goal-QPC. *Guía de Herramientas para el Mejoramiento Continuo de la Calidad* Branch Street. Metuen MA. 1988.
- Hirata Okamoto. *Método General para la Resolución de Problemas*. Revista del Colegio de Graduados en Alta Dirección No. 9 Vol. 2 Feb. 1992
- Ishikawa, Kaoru. *¿Qué es el Control de Calidad?*. Ed. Norman. Bogotá, Colombia: 1986:209
- Juran, J.M. *Juran y el Liderazgo para la calidad*. Ed., Diaz de Santos. Madrid, España: 1990: 363.
- Juran, J.M. *Juran y la Planificación para la calidad*. Ed. Diaz de Santos. Madrid, España: 1990: 299

Kozier, Erb. *Enfermería fundamental, Conceptos, Proceso y Práctica*. Tomo I, 4ª edición, Ed. Interamericana McGraw Hill, México 1993.

López, M. *La Profesionalización de Enfermería en Colombia*. Memorias de la XV Reunión Nacional de Licenciados en Enfermería, Chihuahua, 1994, P 59.

Manfredi, M. *Calidad de la Educación de Enfermería*. Memorias de la XV Reunión Nacional de Licenciados en Enfermería, Chihuahua, 1994, P 51.

Manual de Enfermería Médico Quirúrgica 4ª Edición Interamericana

Marlene Glover Mayers. *Cuidados de Enfermería Planeación, Control y Casos*. Ed. Limusa, México 1983.

Palmer, J. Donabedian: *Paving Striving For Quality in Health Care*. Health Administration Press an Arbor, Michigan 1991.

Price, Frank. *Calidad Permanente Usando el Método Deming*. Ed. Panorama, México: 1990:215.

Rheault, Jean Paul. *Introducción a la Teoría de las Decisiones con Aplicaciones a la Administración*. Ed. Limusa, México 1991.

Rojas-Soriano. *Guía para realizar investigaciones sociales*. México: UNAM, 1987

Walton, Mary. *Cómo administrar con el Método Deming*. Ed. Norma, 1988:291

Walton, Mary. *The Deming Management Method*. New York Dodd Mead Company, 1986.

ANEXOS

ANEXOS

- 1. Universo y población de estudio.**
- 2. Cuestionario.**
- 3. Reseña histórica de los Institutos Nacionales de Salud en México.**

Anexo no. 1

UNIVERSO Y POBLACIÓN DE ESTUDIO

<i>Universo</i>	<i>No. de Enfermeras Generales</i>	<i>No. de Enfermeras Especialistas</i>
Hospital Infantil de México "Federico Gómez"	460	100
Instituto Mexicano de Psiquiatría	14	15
Instituto Nacional de Cancerología	149	64
Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"	234	83
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias	186	44
Instituto Nacional de la Nutrición "Dr. Salvador Zubirán"	386	27
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía	242	103
Instituto Nacional de Pediatría	285	115
Instituto Nacional de Perinatología	238	36
Instituto Nacional de Ortopedia	125	10
Total parcial	2319	597
Población total	2916	

Fuente: Entrevista directa con la Jefe de Enfermeras de cada Instituto. México, junio 1996.

Anexo no. 2

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**

**PROYECTO: DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DE LA PRACTICA CLÍNICA DE ENFERMERÍA
EN LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD EN MÉXICO**

OBJETIVO:

Elaborar un diagnóstico situacional de la práctica clínica de la enfermería en los Institutos Nacionales de Salud.

CUESTIONARIO DIRIGIDO A:

Enfermeras (os) generales y especialistas de los Institutos Nacionales de Salud.

INSTRUCCIONES:

1. Solicito a usted anote el número en el espacio correspondiente de acuerdo a su opinión.

1. Sexo

- 1) Femenino
- 2) Masculino

2. ¿Qué edad tiene?

- 3) 18 - 23 años
- 4) 24 - 29 años
- 5) 30 - 34 años
- 6) 35 a 40 años
- 1) 41 en adelante

3. ¿En que turno labora?

- 2) Turno matutino
- 3) Turno vespertino
- 4) Turno nocturno
- 5) Otras

4. ¿Participa usted en cursos y sesiones como docente?

- 6) Menos de un curso por semestre
- 1) Un curso por semestre
- 2) Dos cursos por semestre
- 3) Más de 3 cursos por semestre

5. ¿Qué experiencia profesional tiene?

- 1) 0 - 5 años
- 2) 6 - 10 años
- 3) 11 - 15 años
- 4) 16 - 20 años
- 5) 21 o mas años

6. ¿En que servicio trabaja usted?

- 6) Consulta externa
- 5) Hospitalización
- 4) Cuidados intensivos
- 3) Otros

7. ¿Qué sistema de trabajo utiliza en su servicio?

- 5) Asignación de pacientes
- 4) Por funciones
- 3) En equipo
- 2) Mixto
- 1) Integral

8. ¿Cuál es el sistema de trabajo que considera mas efectivo para cubrir las necesidades de los pacientes?

- 1) Asignación de pacientes
- 2) Por funciones
- 3) En equipo
- 4) Mixto
- 5) Integral

9. Anote el número de pacientes que atiende en promedio en su jornada laboral.

- 5) 1 - 2 pacientes
- 6) 3 - 5 pacientes
- 7) 6 - 8 pacientes
- 4) Más de 8 pacientes

10. ¿Cómo planea sus actividades?

- 3) En equipo
- 2) Solo (a)
- 1) No las planea

11. Los familiares expresan la calidad de atención que se le proporciona a su paciente a través de:
- 7) Buzón de quejas y sugerencias
 - 6) Comunicación directa
 - 5) A través de su jefe inmediato
 - 4) Nunca se expresan
12. ¿Cómo se informa sobre el diagnóstico de los pacientes?
- 1) Preguntándole al médico
 - 2) En la recepción de turno
 - 3) A través del expediente clínico
 - 4) No le da tiempo de informarse
13. ¿Cuál es su nivel académico?
- 5) Enfermera (a) general
 - 6) Enfermera (a) con curso postécnico
14. Recibe capacitación en su servicio.
- 1) Una vez al año.
 - 2) Dos veces al año.
 - 3) Más de dos veces al año
 - 4) Nunca
15. ¿Con qué frecuencia asiste a eventos científicos?
- 1) Menos de un curso por semestre
 - 2) Un curso por semestre
 - 3) Dos o tres cursos por semestre
 - 4) Más de tres cursos por semestre
16. ¿Estudia actualmente?
- 1) Preparatoria
 - 2) Licenciatura
 - 3) Postécnico
 - 4) Otros
 - 5) Ninguno
17. ¿Las actividades que realiza están acorde a su nivel profesional?
- 1) De acuerdo
 - 2) Desacuerdo
 - 3) Casi en acuerdo
 - 4) Siempre en desacuerdo

18. ¿A qué hora realiza la 1ª visita a sus pacientes?

- 1) Antes de la recepción de turno
- 2) Después de la recepción del turno
- 3) En la recepción del turno

19. En una jornada laboral, ¿Cuánto tiempo le dedica a las siguientes actividades?

- a) Realizar técnicas y procedimientos en la atención y cuidado de su(s) paciente(s) _____ horas _____ minutos.
- b) Comunicación con su(s) paciente(s) _____ horas _____ minutos.
- c) Comunicación con los familiares _____ horas _____ minutos.
- d) Elaborar registros de enfermería _____ horas _____ minutos.
- e) Revisar, manejar y verificar el buen funcionamiento de los equipos y aparatos electromédicos _____ horas _____ minutos.
- f) Actividades personales de tipo laboral, social o económica _____ horas _____ minutos.

20. ¿Le informa a los pacientes de los procedimientos o estudios que se le van a realizar?

- 1) Le informa de todos los procedimientos a realizar
- 2) Le informa de algunos procedimientos a realizar
- 3) No le informa

21. ¿Realiza su plan de atención?

- 1) Diariamente
- 2) Regularmente
- 3) Nunca

22. De un 100% ¿Cuál es el porcentaje que le dedica a cada una de las funciones de enfermería en cada jornada laboral?

- a) Asistencial _____
- b) Administrativa _____
- c) Docente _____
- d) Investigación _____

23. ¿Cuenta usted con algún instructivo de valoración clínica de su paciente?

- 1) Si cuenta con él, y me permite hacer un diagnóstico preciso.
- 2) Si cuenta con él, pero no puedo integrar los resultados.
- 3) No cuento con él.

II. A continuación le solicitamos conteste según sus conocimientos y experiencia las siguientes preguntas.

24. ¿Qué opina del proceso de atención de enfermería?

25. ¿Qué sugiere para que en su institución se instrumente el proceso de atención de enfermería?

26. ¿Cómo realiza la valoración clínica?

27. ¿Qué opina de la teoría del autocuidado?

28. ¿Cuál es la importancia de los registros de enfermería?

29. En su opinión ¿Se deben modificar los registros de enfermería que utiliza en la institución donde labora?

Si _____ No _____ ¿Por qué? _____

30. En su institución las hojas de enfermería:

Se anexan al expediente _____

Se archiva en el servicio _____

Se desechan _____

Otros _____ Especifique _____

31. ¿Considera necesaria la comunicación con el paciente?

Si _____ No _____ ¿Por qué? _____

Observaciones:

Hora de inicio _____

Hora de terminación _____

Tiempo promedio _____

Código del entrevistador _____

Gracias por su colaboración.

La estructuración de este cuestionario estuvo bajo la responsabilidad de:

Cruz Ayala Gloria

Medina Rocha Rosalia Obdulia

Suárez Vázquez María Guadalupe

Vázquez García Francisca

Anexo no. 3

RESEÑA HISTÓRICA DE LOS INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD EN MÉXICO

ANTECEDENTES

El avance de las ciencias biomédicas, la transformación de la medicina que hoy vivimos, con la incorporación de nuevas tecnologías y el conocimiento de la patología prevalente en México, hicieron necesario que el sistema nacional de salud contara con el apoyo científico que consolidara la investigación básica y la clínica, la enseñanza y la atención médica. Estas consideraciones favorecieron la creación de los Institutos Nacionales de Salud, como un subsector del sector salud en el cual se agrupan instituciones, para la prestación de servicios asistenciales a la población no derechohabiente en las otras instituciones de salud del país, para el desarrollo de la investigación biomédica, clínica, sociomédica y de desarrollo tecnológico, así como para la formación de recursos humanos para la salud.

Los Institutos Nacionales de Salud constituyen el tercer nivel de atención de la Secretaría de Salud y son uno de los ámbitos de excelencia para el desarrollo de la medicina mexicana. El tercer nivel de atención médica es aquel en el que se cuenta con la tecnología más avanzada para diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y donde se realiza el más elevado desarrollo de la investigación tanto básica como clínica, ya que es conatural que la complejidad de los problemas clínicos cotidianos obligue al reconocimiento de nuevos interrogantes en todos los campos y que quienes los enfrentan se vean obligados como parte de su quehacer diario a establecer la investigación como premisa de proyección. Es además en este nivel donde se pueden formar los recursos humanos de alta calidad por contar con personal de excelencia, laboratorios y campos clínicos de acción avanzada.

El subsector está integrado a partir de 1983 por instituciones descentralizadas, con personalidad jurídica y patrimonio propio, creadas por decreto o por Ley. En los últimos cinco años se han establecido bases firmes para el cumplimiento de las funciones sustantivas, y la proyección y realización de cada uno de ellos que conforman el subsector, enlistado según su fecha de fundación:

INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD CON DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

1943	Hospital Infantil de México "Federico Gómez"
1944	Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez"
1946	Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán"
1946	Instituto Nacional de Cancerología
1950	Instituto Mexicano de Ortopedia
1952	Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía "Dr. Manuel Velasco Suárez"
1959	Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
1970	Instituto Nacional de Pediatría
1977	Instituto Nacional de Perinatología
1979	Instituto Nacional de Psiquiatría

INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD SIN DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

1906 Instituto Nacional de Higiene
1956 Instituto Nacional de Virología
1969 Instituto Nacional de la Comunicación
1976 Instituto Nacional de Rehabilitación
1987 Instituto Nacional de Salud Pública¹

¹ Soberón, G. Kúmate, J. Laguna, J. La Salud en México: Testimonios 1988. Fondo de Cultura Económica. Tomo 3, Vol. 3. México, 1988. Pp. 11-12.

HOSPITAL INFANTIL DE MÉXICO "FEDERICO GÓMEZ"

Los antecedentes del Hospital Infantil de México Federico Gómez, se remontan a 1930, cuando el Dr. Isidro Espinoza de los Reyes reúne a todos los pediatras de México, para formar la sociedad de puericultura, que años después en 1937 cambia su nombre al de Sociedad Mexicana de Pediatría. En el seno de esta y bajo sus auspicios surgen ideas y actividades dirigidas a la atención de la niñez y se origina la idea de la construcción de un hospital para niños en la capital de la República, para lo cual se une una comisión con los doctores: Mario Torroella, Manuel Cárdenas de la Vega, Rigoberto Aguilar y Federico Gómez, para plantear la petición ante las autoridades competentes. Las gestiones encontraron respuesta favorable en 1933, y el Presidente Abelardo Rodríguez da instrucciones en el Departamento central para que se inicie la obra mencionada. Sin embargo debido a problemas económicos y político se suspende la obra cuando solo está en pie la estructura de hierro. En 1938 al crearse el departamento de asistencia infantil el Dr. Federico Gómez colabora en ella y sigue su lucha para la construcción del Hospital, apoyado por el Dr. Salvador Zubirán y por instrucciones del Presidente Lázaro Cárdenas se reinicia la construcción a cargo del arquitecto José Villagrán García que con nuevas ideas arquitectónicas da originalidad y belleza a la construcción y el 30 de abril de 1943 se inaugura el Hospital Infantil de la Ciudad de México. 7

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA "IGNACIO CHÁVEZ"

En 1924 el Dr. Ignacio Chávez inicia en el Hospital General de la Ciudad de México la atención hospitalaria especializada en Cardiología. El 16 de julio de 1927 consigue el reconocimiento oficial de que el pabellón 21 de este Hospital se consagrara exclusivamente a la Cardiología, siendo este el precursor del Instituto Nacional de Cardiología. "De 1939 a 1944 se construyó en los terrenos del Hospital General de México, de la Secretaría de Salud, el edificio del Instituto Nacional de Cardiología; el Presidente de la República General Don Manuel Ávila Camacho, y el Secretario de Salud, Dr. Gustavo Baz, presidieron la inauguración el 18 de abril de 1944".

A partir de la gestación de la idea de crear un Instituto de Cardiología, pasaron veinte años, los cuales permitieron establecer un nivel de conocimientos de las ciencias cardiológicas y preparar al grupo de personas que tendrían a su cargo las actividades superiores de dicha Institución. Se estableció la filosofía, objetivos, políticas y propósitos que regirían al Instituto. Las palabras del Dr. Ignacio Chávez, fueron: "Pensamos que podría ser un centro que fuese algo más que un hospital para cardíacos; un centro que fuese a la vez un hospital, un laboratorio de investigación, una escuela y un instrumento de ayuda social y humana; pensamos que se podía sacudir el medio, impulsando vigorosamente la investigación científica, la clínica y la de laboratorio, la de la ciencia pura y la aplicada. Insistía ya entonces en que: necesitamos crear nosotros mismos, hacer ciencia nosotros mismos y no pasarnos la vida repitiendo las verdades y los errores que nos legaron otros".

2 Torregrasa I. Hospital Infantil de México Federico Gómez, La Salud en México: Testimonios 1988. Fondo de la Cultura Económica. Tomo 3, vol. 3. México 1988. p 23.

En 1944 el Instituto contaba con tres edificios: - El hospital y la consulta externa, - Laboratorios clínicos y las aulas de enseñanza, - La residencia médica. Cuatro años más tarde se contó con el edificio de investigación. En 1952 se construyó el edificio Santiago Galas donde se estableció la Escuela de Enfermería y las habitaciones de los médicos residentes; seis años más tarde se inauguraron cuatro edificios más que completaron este primer Instituto: medicina experimental, el de la campaña de prevención de la fiebre reumática, residencia de investigadores y la casa de las enfermeras religiosas.

Además del crecimiento físico del Instituto también se logró el crecimiento científico en todas las áreas de la cardiología. Ya para los años setentas las necesidades habían aumentado en forma importante por lo que fue necesario construir un nuevo Instituto Nacional de Cardiología, donde se pudiesen realizar todas las actividades asistenciales, educativas y científicas, pero con la misma mística de servicio y dedicación.

Los nuevos edificios del Instituto Nacional de Cardiología fueron inaugurados el 17 de octubre de 1976. La planta física del Instituto refleja su organización interior y se ajusta a las múltiples funciones que realiza, es fruto de los largos estudios y experiencia acumulada en treinta años de su vida, este Instituto fue planeado para satisfacer las demandas de trabajo que actualmente realiza.

La Ley de creación fue publicada en el diario oficial de la Federación no. 44, tomo CXXX-VIII, de fecha del 23 de junio de 1943, en la cual se establece que el Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" es un organismo descentralizado con personalidad jurídica y patrimonio propio y domicilio en la Ciudad de México, Distrito Federal, y tiene los siguientes objetivos:

- Coadyuvar al funcionamiento y consolidación del Sistema Nacional de Salud en el área de los padecimientos cardiovasculares;
- Apoyar a la ejecución de los programas sectoriales de salud en el ámbito de sus funciones y servicios;
- Prestar servicios de salud, particularmente en materia de atención médica en aspectos preventivos, curativos, incluso quirúrgicos y de rehabilitación en el área de los padecimientos cardiovasculares;
- Proporcionar consulta externa y atención hospitalaria a la población que requiera atención cardiovascular en las instalaciones que para tal efecto disponga, con criterios de gratuidad fundada en las condiciones socioeconómicas de los usuarios, sin que las cuotas de recuperación desvirtúen la función social del Instituto;
- Aplicar medidas de asistencia y ayuda social en beneficio de los enfermos de escasos recursos económicos que ocurran a sus servicios, incluyendo acciones de orientación vocacional, re-educación y reincorporación al medio social;
- Realizar estudios e investigaciones clínicas y experimentales en el área de las enfermedades cardiovasculares con apego a la Ley General de Salud y demás

- disposiciones aplicables, para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades cardiovasculares en el medio mexicano.
- Difundir información técnica y científica sobre los avances que en materia de salud registre, así como publicar los resultados de las investigaciones y trabajos que realice.
 - Promover y realizar reuniones y eventos de intercambio científico de carácter nacional, como internacional y celebrar convenios de intercambio con instituciones afines;
 - Asesorar y rendir opiniones a la Secretaría de Salud cuando sea requerido para ello;
 - Actuar como órgano de consulta de las dependencias y entidades de la administración pública federal en su área de especialización y asesorar a instituciones sociales y privadas en la materia.
 - Formar recursos humanos especializados para la atención de las enfermedades cardiovasculares, así como aquellos que le sean afines de conformidad con las disposiciones aplicables;
 - Formular y ejecutar programas y cursos de capacitación, enseñanza y especialización de personal profesional, técnico y auxiliar en el área de las enfermedades cardiovasculares;
 - Otorgar diplomas y reconocimientos de estudios de conformidad con las disposiciones aplicables;
 - Promover la realización de acciones para la protección de la salud en lo relativo a los padecimientos cardiovasculares conforme a las disposiciones legales aplicables.
 - Prestar los demás servicios y realizar las actividades necesarias para el cumplimiento de su objeto conforme a esta Ley y otras disposiciones legales aplicables.³

INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICIÓN "SALVADOR ZUBIRÁN"

El Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán fue creado como organismo público descentralizado el 22 de octubre de 1946, el Dr. Zubirán lo concibió, le dio forma, organización y vida, bajo el nombre de Hospital de Enfermedades de la Nutrición, las especialidades que originalmente se cultivaron fueron la nutrición, la endocrinología, la gastroenterología y la hematología, en 1954 el gobierno encomendó a la joven institución actividades que hasta ese momento había llevado a cabo el viejo Instituto de Nutriología, que le cedió sus instalaciones, al nuevo Instituto, los objetivos señalados en el Decreto de creación del Instituto del 27 de noviembre de 1981 son:

- Proporcionar atención médico-quirúrgica relacionada con padecimiento relacionados con la nutrición humana.
- Efectuar investigaciones clínicas y básicas en las disciplinas biomédica vinculadas con problemas nacionales de salud.
- Impartir enseñanza de alto nivel para la formación de recursos.

³ Jiménez M.C. Manual del Departamento de Enfermería del INCIH. México, 1995, pp 17-18 y 29-30

- Contribuir al estudio y atención de problemas de salud pública a través de la investigación integral de la nutrición y alimentación del pueblo de México.
- Promover la educación nutricional y el mejoramiento de los hábitos y patrones de la alimentación de los mexicanos. 4

INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA

Los orígenes del Instituto Nacional de Cancerología se remontan a los años 40's donde en nuestro país se despertaba apenas la inquietud y el interés por esta disciplina en el pabellón 13 del Hospital General, se atendían pacientes cancerosos, estando el Dr. Ignacio Millán al frente de ese servicio y manejando una incipiente radioterapia el Dr. Araujo.

El Dr. Fernández Manero, Jefe del departamento de seguridad consideró oportuno crear la campaña nacional contra el cáncer dirigiéndola el Dr. Montaña. Fue entonces que nació la idea de fundar un Instituto Nacional para el estudio y el tratamiento del cáncer, la idea original finalmente culminó con el decreto presidencial del 18 de diciembre de 1946, firmado por el presidente de la República General Don Manuel Ávila Camacho, por medio del cual se creaba el Instituto Nacional de Cancerología.

Sus objetivos son:

- Impartir atención médica en todos sus aspectos a los enfermos cancerosos o con padecimientos tumorales.
- La enseñanza de los conocimientos médicos relacionados con el cáncer, tanto a los estudiantes de medicina, en cooperación con la UNAM y centros docentes médicos del país.
- La investigación científica buscando la solución de problemas que plantea el cáncer. 5

INSTITUTO NACIONAL DE ORTOPEDIA

El Instituto Nacional de Ortopedia tiene sus antecedentes en el centro de Rehabilitación "Francisco de P. Miranda" puesto en funcionamiento en el año de 1950, bajo la dependencia de la Dirección General de Rehabilitación de la Subsecretaría de Asistencia. Este Centro se dedicó, inicialmente a la atención de pacientes con poliomielitis en etapas de convalecencia y crónica, que se trasladaban a la ciudad de México desde todos los estados de la República para recibir atención especializada de medicina física, aparatos ortopédicos y cirugía. Sus servicios se coordinaban con otros hospitales, especialmente con el Hospital Infantil de México.

4 Campuzano M. Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. La salud en México. Testimonios: 1988. Ed. Fondo de Cultura Económica, p 70

5 Beltrán A. Instituto Nacional de Cancerología. La Salud en México: Testimonios 1988. Fondo de la Cultura Económica. Tomo 3, vol. 3. México, 1988 p 91.

En el año de 1958, el Dr. Alfonso Tohen Zamudio, se hizo cargo de la dirección de dicho Centro, imprimiéndole una nueva dinámica al establecer servicios quirúrgicos y de medicina física en la propia Institución, ampliando su acción a todo tipo de enfermos del sistema musculo esquelético e iniciando la preparación de especialistas en cirugía ortopédica.

La gran demanda de servicios condujo a la saturación del centro y por ello, en el año de 1968, fue trasladado a un nuevo inmueble construido para asilo de ancianos por la Fundación Teodoro Gildred, el cual fue donado a la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia, siendo titular de la misma, el Dr. Moreno Valle y director general de rehabilitación, el Dr. Enrique Suárez Velázquez. Dicho inmueble aún nuevo tuvo que ser adaptado para cumplir con funciones hospitalarias, instalándose quirófanos, central de equipos, sala de recuperación y terapia intensiva, inhaloterapia, consulta externa, rehabilitación y otras áreas médicas. Se le denominó "Hospital de Ortopedia y Rehabilitación para Niños y Ancianos Teodoro Gildred", contaba con 120 camas distribuidas en 4 pabellones para niños y adultos, del sexo masculino y femenino.

Con el transcurso de los años continuó en aumento la demanda de los servicios, se desarrollo la enseñanza de pregrado, posgrado y la educación continua, así como la investigación; esto dio lugar a nuevas ampliaciones y remodelaciones de la planta física. La instalación de laboratorios de investigación de fisiología neuromuscular, genética, anatomía patológica y bioquímica, abrió paso a diversas publicaciones nacionales e internacionales de gran prestigio, algunas de las cuales quedaron incluidas en libros tales como *Clinical Orthopedics* y el *Campbells Operative Textbook*, este último es, tal vez, el libro de texto de cirugía ortopédica de mayor importancia en el mundo. Las aportaciones de la Institución se vertieron particularmente en el tratamiento de las secuelas de poliomielitis, parálisis cerebral infantil y la edad ósea en niños mexicanos.

Considerando que el Hospital había alcanzado un grado importante de desarrollo y que la Secretaría de Salubridad y Asistencia había implementado un Sistema Nacional de Servicios de Rehabilitación, integrado por el Centro de Rehabilitación y Educación Especial (CREE) y servicios hospitalarios de medicina de rehabilitación, en donde el nivel de mayor complejidad, lo representaba el Hospital de ortopedia y rehabilitación para niños y ancianos Teodoro Gildred y el Centro de rehabilitación del sistema musculoesquelético, el C. Secretario de Salubridad y Asistencia, Dr. Ginés Navarro Díaz de León, acordó cambiar la naturaleza de dichas instituciones, transformándolas en el Instituto Nacional de Ortopedia e Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación, respectivamente.

Al Instituto Nacional de Ortopedia se le asignaron las siguientes funciones, según lo expresa el acuerdo del Secretario de Salubridad y Asistencia:
De asistencia, mediante la consulta externa y el internamiento de los enfermos o inválidos del sistema neuromusculoesquelético, en las instalaciones de la institución,

para que puedan ser objeto de tratamiento médico, quirúrgico de rehabilitación a través del desarrollo de programas científicos.

De docencia, a través de la formación de recursos humanos profesionales, técnicos y auxiliares para la salud y en forma particular en el campo de la ortopedia y la rehabilitación. Impartiendo también enseñanza de pregrado y posgrado, por sí mismo o en coordinación con Instituciones de educación superior, para que los profesionales, técnicos y auxiliares puedan obtener el certificado de especialización correspondiente, o en su caso, el diploma o constancia de estudios realizados.

De investigación la que se llevará a cabo en las instalaciones que para tal fin dispone, incluyendo los laboratorios clínicos, de fisiología, patología, neurofisiología, biomecánica, histoquímica y electromiografía.

De asesoría, la que se proporcionará a otras unidades de servicios médicos y centros de enseñanza cuando estos lo soliciten.

Constituido así como Instituto sus programas de especialización en ortopedia y traumatología merecieron el reconocimiento de la Universidad Nacional Autónoma de México así como, actividades de enseñanza en coordinación con la Universidad de Tulane, Toronto y Harvard.

En el año de 1977, el Instituto Nacional de Ortopedia pasó a depender de la Dirección General de Asistencia Médica y en el año de 1982 de la Dirección General de Salud Pública en el Distrito Federal.*

INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIURGÍA "DR. MANUEL VELASCO SUÁREZ"

En 1943 a iniciativa del Dr. Manuel Velasco Suárez se empezó a promover la creación de una institución que se dedicara a la asistencia de los enfermos agudos del sistema nervioso, así como a la investigación básica, aplicada de la neurocirugía y a la enseñanza de las neurociencias, pero no fue hasta el 27 de febrero de 1952, que el entonces presidente Lic. Miguel Alemán Valdés firmó el decreto para la creación del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía.

Los objetivos fundamentales del Instituto son los mismo que se señalaron desde su creación:

- Una institución que se dedicara al desarrollo de las neurociencias en México, sus metas principales fueron desde el principio la formación de recursos humanos, de acuerdo con un plan balanceado para adiestrar especialistas que tuvieran una relación directa con instituciones de enseñanza e investigación superior en la provincia mexicana y en el extranjero.

La investigación biomédica que se efectúa pertenece a dos grandes áreas:

- La primera constituida por los laboratorios de investigación experimental.

- La segunda se refiere a la investigación clínica de las áreas asistenciales.*

4 Ibarra LG, Guerrero I G, Vázquez NP. El Instituto Nacional de Ortopedia. 28 (2) Marzo-Abril, 1986 pp117-119

7 Rubio F. Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. La Salud en México: Testimonios 1988. Fondo de la Cultura Económica. Tomo 3, vol. 3. México, 1988 p 114

INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

En 1929 dio comienzo la construcción del sanatorio para tuberculosos de Huipulco, cuyo proyecto fue realizado por el arquitecto José Villagrán, iniciando sus actividades el 1° de marzo de 1936; la transformación de sanatorio a Instituto de enfermedades pulmonares fue en 1959, dio la pauta para encaminar las labores y esfuerzo no solo a la atención médico-quirúrgica de la tuberculosis, sino al estudio de otras enfermedades pulmonares.

En 1975 y para dar impulso a la investigación fue transformado el Hospital en Instituto, iniciando la realización de la unidad de investigación. En 1977 empezó a desempeñar trabajos que despertaron el interés de instituciones como la UNAM y el IPN. Las atribuciones del Instituto son las siguientes:

- Desarrollar y promover la investigación básica y aplicada.
- Impartir enseñanza de postgrado a profesionistas médicos y paramédicos.
- Proporcionar consulta externa y hospitalaria.
- Asesorar a unidades médicas y de enseñanza para la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades respiratorias.
- Realizar y promover reuniones de carácter nacional e internacional para intercambiar experiencias y difundir los trabajos logrados en su área de acción. *

INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA

El 15 de julio de 1968 el presidente Gustavo Díaz Ordaz fundó el organismo público descentralizado denominado Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN), cuyo decreto de creación señalaba: "Dada la necesidad de atender al menor enfermo, de la especialización en pediatría, e investigación de las enfermedades propias de la niñez, así como de la preparación de profesionistas a través de la enseñanza y de la práctica, encaminada a la solución de los problemas de la infancia, se considera indispensable establecer hospitales para menores", sobre esta base el 6 de noviembre de 1970 se inauguró el Hospital Infantil de la IMAN.

El 16 de mayo de 1979 el patronato convirtió el Hospital del Niño en el Instituto Nacional de Pediatría DIF, con el propósito de que mantuviera la excelencia de la atención médica prestada, fuera núcleo generador y líder de una nueva mentalidad profesional en el campo de la salud infantil, formara y capacitara personal técnico, profesional y de postgrado, y generara y difundiera conocimientos, técnicas e instrumentos que favoreciera la formación de recursos humanos y la asistencia médica a la niñez. *

* Rubio H. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. La Salud en México: Testimonios 1988. Fondo de la Cultura Económica. Tomo 3, vol. 3. México, 1988 p 140
* Fernández V. H. Instituto Nacional de Pediatría. La Salud en México: Testimonios 1988. Fondo de la Cultura Económica. Tomo 3, vol. 3. México, 1988 p 166.

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA

Dadas las características de la población mexicana confirmada en su mayor parte por personas jóvenes las expectativas al futuro inmediato desde el punto de vista de la salud pública han hecho que la atención materno-infantil fuera un programa prioritario de salud, ya que no es solamente el aspecto cuantitativo lo que define el problema, sino la trascendencia que tiene el fenómeno de la reproducción humana, el cual desde una perspectiva biopsicosocial, pone de manifiesto la vulnerabilidad de dos seres y la eficacia de las medidas preventivas en la solución de problemas graves de morbilidad materna, fetal y neonatal, además de las consecuencias que esto tiene sobre la evolución del recién nacido.

El análisis de esta problemática dio el fundamento claro para que el 19 de abril de 1983 apareciera en el diario oficial el decreto presidencial por el que se crea el Instituto Nacional de Perinatología con los siguientes objetivos:

- Proporcionar atención médica a mujeres con embarazo de alto riesgo, así como servicios para la reproducción, crecimiento y desarrollo humano.
- Realizar investigaciones clínicas y básicas en las disciplinas biomédicas vinculadas a la perinatología.
- Impartir docencia para la formación de recursos humanos en el campo de la perinatología.
- Difundir conocimientos en el área de la perinatología.
- Apoyar los programas de salud pública.¹⁰

INSTITUTO MEXICANO DE PSIQUIATRÍA

La importancia que tienen para el país los problemas de la salud mental, incluyendo el alcoholismo y la farmacodependencia, condujo el 26 de diciembre de 1979 a la creación por decreto presidencial del Instituto Mexicano de Psiquiatría, un organismo público descentralizado con patrimonio y gobierno propio, al cual se asignaron las siguientes funciones:

- Realizar investigaciones científicas en el campo de la psiquiatría y la salud mental;
- Formar al personal capaz de llevarlas a cabo,
- Adiestrar a profesionistas y técnicos,
- Hacer el estudio integral de los enfermos psiquiátricos, y
- Funcionar como asesor de otros organismos oficiales y privados en la materia de su competencia.

Institución aún joven que nació merced al reconocimiento por parte del gobierno, de la importancia de los problemas de salud mental entre la población del país y el desarrollo que ha alcanzado la psiquiatría como la rama de la medicina que se encarga de su atención y que le permite contener con ellos de manera eficaz.

En el mismo decreto especifica que el Instituto sustituye al Centro mexicano de estudios en salud mental y se concluye que este nuevo instituto en forma mas amplia y

¹⁰ Karchmer K. Instituto Nacional de Perinatología. La Salud en México: Testimonios 1988. Fondo de la Cultura Económica. Tomo 3, vol. 3. México, 1988 p 187

con mejores recursos habrá de abocarse al estudio de los trastornos mentales y de la salud mental, a fin de sentar las bases para dar soluciones adecuadas a los problemas que plantea. ¹¹

INSTITUTO NACIONAL DE HIGIENE E INSTITUTO NACIONAL DE VIROLOGÍA

La gerencia general de biológicos y reactivos, tuvo su origen en el Instituto Bacteriológico Nacional fundada en 1895, posteriormente en 1906 se funda a partir de él, el Instituto Nacional de Higiene, algunas décadas después se incorporó el Instituto Nacional de Virología que había sido fundado en 1956 y que con otros organismos del sector salud formaron la dirección general de investigaciones en salud pública.

Desde su origen, aunque bajo diferentes denominaciones, su finalidad ha sido la de producir los biológicos necesarios para la realización de los programas de vacunación que permiten el control y erradicación de las enfermedades prevenibles por este medio; elaborando posteriormente además antígenos, sueros, hemoderivados y reactivos para diagnosticar, tratar y controlar enfermedades, en apoyo a los programas del sector salud.

El Instituto Nacional de Higiene tiene por objetivo:

- Apoyar al desarrollo de todas las fases del proceso productivo, con la finalidad de lograr una producción de biológicos y reactivos que satisfaga en forma eficaz la demanda de dichos productos.

Funciones:

- Vigilar, actualizar y coordinar la aplicación de las técnicas y procedimientos de control, de acuerdo con las normas establecidas por autoridades sanitarias competentes y la Organización Mundial de la Salud.
- Coordinar y someter a autorización los programas de trabajos con base en los programas de demandas de biológicos y reactivos.
- Coordinar y autorizar la entrega del producto terminado para su distribución.
- Elaborar el anteproyecto de presupuesto anual de insumos, materia prima y equipo.
- Desarrollar y evaluar patrones de referencia.
- Revisar y autorizar los reportes de producción.
- Autorizar y registrar la liberación del producto terminado.
- Efectuar y promover la investigación de mejoramiento y desarrollo de productos.
- Formular y actualizar el manual de procedimientos de control de calidad.
- Aplicar y vigilar que se cumplan las medidas de seguridad industrial.
- Capacitar al personal de los laboratorios de análisis clínicos y de otras unidades administrativas de la secretaría de salud para manejo de reactivos.

El Instituto Nacional de Virología tiene por objetivo:

- Apoyar el desarrollo de las fases del proceso productivo y áreas de apoyo, con la finalidad de lograr una producción de biológicos virales que satisfaga en forma eficaz la demanda de dichos productos, con base en los programas establecidos.

¹¹ De la Fuente R. Instituto Mexicano de Psiquiatría. La Salud en México: Testimonios 1988. Fondo de la Cultura Económica, tomo 3, vol. 3 México, 1988 p 210

Funciones:

- Coordinar, supervisar y controlar las áreas productivas, sistemas de producción y control de calidad de los protocolos de producción y control, con base en los manuales y procedimientos.
- Supervisar y actualizar las técnicas y procedimientos de control de calidad, de acuerdo con las normas establecidas por la autoridad sanitaria competente y la Organización Mundial de la Salud.
- Elaborar y someter a autorización los programas anuales de producción del Instituto.
- Fomentar, planear y vigilar la investigación de productos virales.
- Coordinar y autorizar la entrega de productos terminados para su distribución.¹²

INSTITUTO NACIONAL DE LA COMUNICACIÓN HUMANA "DR. ANDRÉS BUSTAMANTE GURRÍA"

Los trastornos de la comunicación humana son manifestaciones de una enfermedad y/o secuela de ellos, cuyo manejo requiere de un grupo multidisciplinario de profesionales en rehabilitación integrado por médicos y técnicos especializados.

Hacia 1969 se fusionan el Instituto Nacional de Audiología y Foniatría y la Escuela Nacional de Sordomudos constituyéndose en el actual Instituto Nacional de la Comunicación Humana.

En 1972 el Instituto Nacional de Comunicación Humana inició el curso de formación de profesionales en terapia del lenguaje y en 1973 se establece la especialidad de medicina de la comunicación humana.

En 1985 la Secretaría de Salud determina que fuera el Instituto Nacional de Comunicación Humana la sede del centro regional latinoamericano para la prevención, diagnóstico y tratamiento de los defectos de la audición a propuesta de la federación internacional de sociedades de otorinolaringología y la organización mundial de la salud y en 1987 se da el reconocimiento formal.

Para 1988 el Instituto Nacional de la Comunicación Humana presta servicios de prevención, atención médica especializada, rehabilitación, formación de profesionales, tanto técnicos como médicos e investigación sobre la materia y atiende a la población abierta tanto en el área metropolitana como foráneos.¹³

INSTITUTO NACIONAL DE MEDICINA DE REHABILITACIÓN

En 1952 se funda el Centro de Rehabilitación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, el que años más tarde, en 1960 se transforma en el Centro de Rehabilitación del Sistema Musculoesquelético.

¹² Manual de Organización Institucional S. S. A. México, 1988, pp 1265-1297; 1319-1320

¹³ Manual de Organización Institucional S. S. A. México, 1988, pp 947-952

El 12 de abril de 1976 por decreto presidencial, se acordó la transformación del centro en Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación. El 29 de julio de 1988 el Instituto Nacional de Medicina de Rehabilitación asume el carácter de órgano administrativo desconcentrado por función, jerárquicamente subordinado a la Secretaría de Salud y con autonomía operativa.

Funciones.

- Proporcionar atención médica especializada de alto nivel en materia de rehabilitación.
- Formular y efectuar programas de prestación de servicios especializados en materia de terapia física, terapia ocupacional, terapia del lenguaje, prótesis y ortesis de apoyo.
- Elaborar y ejecutar programas de investigación básica y aplicada en las disciplinas que atiende el Instituto.
- Coordinarse con otras unidades competentes de la Secretaría de Salud para establecer y mantener congruencia y racionalidad de acciones y programas.
- Realizar programas generales y específicos para la formación de recursos humanos especializados para la salud en materia de rehabilitación, en coordinación con las Instituciones de educación superior.
- Elaborar y ejecutar programas de capacitación y adiestramiento al personal profesional técnico y auxiliar en el campo de la rehabilitación.
- Fomentar la coordinación y el intercambio con Instituciones de salud y enseñanza superior, tanto del país como internacionales en el ámbito de su competencia. ¹⁴

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

El Instituto Nacional de Salud Pública fue creado mediante decreto del ejecutivo federal, el día 26 de enero de 1987, en el marco de las estrategias de desconcentración y modernización administrativa para consolidar el Sistema Nacional de Salud. La integración programática y orgánica de tres establecimientos bajo la rectoría de un solo organismo ha permitido congruencia a las acciones de enseñanza e investigación en el campo de la salud pública e infectología.

Los antecedentes organizacionales del Instituto Nacional de Salud Pública son de diversa naturaleza tales como el producto de la consolidación del subsector, Institutos Nacionales de Salud y la particular de la evaluación de la escuela de salud pública de México, del centro de investigaciones en salud pública y del centro de investigaciones sobre enfermedades infecciosas, que son establecimientos que constituyen actualmente al Instituto Nacional de Salud Pública.

Actualmente el Instituto Nacional de Salud Pública tiene por objeto:

- Planear, organizar y realizar, de acuerdo a las necesidades del sistema nacional de salud y en coordinación con la Secretaría de Salud, programas de formación y desarrollo de recursos humanos a nivel superior en los campos de la salud pública y la infectología.

¹⁴ Manual de Organización Institucional S. S. A. México, pp 968-969; 972-973

- Planear, organizar y realizar programas de educación continua en las diversas áreas de la salud pública y la infectología.
- Promover el desarrollo de la investigación en salud pública e infectología, así como contribuir a la difusión y utilización de sus resultados en coordinación con otras dependencias y entidades del sector salud.
- Planear, realizar y evaluar investigaciones en las distintas áreas de la salud pública y la infectología que contribuyan a incrementar el conocimiento de los problemas de salud prioritarios en el país.
- Estudiar y diseñar métodos y técnicas de investigación científica relacionadas con la salud.
- Desarrollar encuestas en las áreas de la salud pública.
- Coadyuvar a la vigilancia epidemiológica de las enfermedades infecciosas en la República y de aquellas que puedan introducirse al país.
- Contribuir al desarrollo de tecnología diagnóstica apropiada a las necesidades nacionales en materia de enfermedades transmisibles.
- Servir como centro de referencia para el diagnóstico de las enfermedades infecciosas.
- Asesorar y apoyar, cuando así lo soliciten en las áreas de su competencia, a las Instituciones del Sector Salud y a otros organismos públicos y privados que realicen actividades de enseñanza e investigación en salud pública.
- Celebrar convenios de coordinación y cooperación en el campo de la enseñanza e investigación en salud pública.¹⁵