



31261 3
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO *2ej*

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES
IZTACALA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO

FALLA DE ORIGEN

UN ENFOQUE INTEGRADOR COMO ALTERNATIVA
PARA LA PLANEACION DE LOS RECURSOS
HUMANOS DE ENFERMERIA EN UNA DIRECCION
DE SALUD.

T E S I S

PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRA EN INVESTIGACION DE
SERVICIOS DE SALUD
PRESENTA LA MEDICA CIRUJANA
MARIA DEL ROSARIO MENDOZA MARTINEZ



AGOSTO 1995



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 está 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.

A MI PADRE

En agradecimiento al Ejemplo
proporcionado el cual perdurará
por toda la vida.

A MI MADRE

Con gratitud, cariño y reconoci-
miento a su lucha con anhelo pa-
ra lograr mi meta deseada.

A MIS HERMANOS

Por tantas cosas que vivimos y
compartimos siempre juntos.

A DOS SERES

A quienes quiero tanto Sebastian
y Rodrigo de Jesus.

AGRADECIMIENTOS

A la Dirección de Salud Querétaro.

Al personal Normativo y de Enfermería por el apoyo y disposición de la que fui objeto para la realización del trabajo de campo.

A la Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México, por haberme brindado la oportunidad de realizar los estudios de Maestría.

A la Dirección General de Educación, Cultura y Bienestar Social del Gobierno del Estado de México por el apoyo económico.

Al Asesor de Tesis M.A.P. Dr. Victor Manuel Hernández Reynoso por la confianza y comprensión de la que siempre fui objeto.

A los Sinodales de Tesis M. en I. de Operaciones J. Cuauhtémoc Valdéz Olmedo y al Dr. A.E. Pablo Cesar Rodríguez Mendoza, Dr. en Psicoanálisis Mario Cárdenas Trigos y al M. en I.S.S. Héctor E. González Díaz por su vallosa participación.

INDICE GENERAL

	Páginas
1. Introducción	1
2. Antecedentes	
2.1 Naturaleza del Enfoque de Sistemas	4
2.2 Origen y Evolución del Enfoque de Sistemas	5
2.3 Características principales del Enfoque de Sistemas	7
2.4 Planeación	9
2.5 Planeación de Recursos Humanos	10
2.5.1 Determinación cuantitativa de personal de Salud	11
2.5.2 Determinación cualitativa de personal de Salud	17
2.6 Antecedentes Históricos de la Enfermería	19
2.7 Antecedentes de la Planeación de Recursos Humanos de Enfermería	20
2.8 Situación de la Enfermería en algunos países.	
2.8.1 Inglaterra	24
2.8.2 Estados Unidos de Norteamérica	26
2.8.3 Cuba	26
2.8.4 México	27
3. Justificación del Estudio	30
4. Planteamiento del Problema	33
5. Objetivos	
5.1 Objetivo General	36
5.2 Objetivos Específicos	36

6.	Metodología	
6.1	Diseño del Estudio	37
6.2	Descripción del Modelo del Sistema de Estudio	38
6.3	Definición del Universo de Estudio	41
6.4	Diseño de la Muestra	42
6.5	Definición, operacionalización y escala de variables	42
6.6	Procedimiento para la Recolección de los datos	43
6.7	Instrumento para la Recolección de los datos	44
	6.7.1 Diseño del Instrumento	44
	6.7.2 Validez y Confiabilidad del Instrumento	45
6.8	Herramientas para el Procesamiento de datos	49
7.	Resultados	
7.1	Medio Ambiente	52
7.2	Aspecto Cuantitativo	60
7.3	Aspecto Cualitativo	62
8.	Análisis de resultados	71
9.	Conclusiones	78
10.	Recomendaciones	82
11.	Bibliografía	85
12.	Anexos, cuadros y gráficas	

1.- INTRODUCCION.

En la República Mexicana para 1987 existían ochenta y dos millones de habitantes (Consejo Nacional de Población) de los cuales aproximadamente el sesenta por ciento llega a padecer alguna enfermedad al año.

La cobertura real por recurso humano es del cincuenta y cuatro punto siete por ciento de la población nacional.

Presentando como consecuencia que en las instituciones de salud se proporcione diferente calidad de servicio, por ejemplo:

a. Las instituciones de seguridad social tienen una capacidad real del veinticuatro por ciento.

b. Las de asistencia social el cuarenta y dos por ciento.

c. Las particulares el cuarenta por ciento.

d. Y otras instituciones (beneficencias, Cruz Roja, hospitales civiles y universitarios) el diez y ocho por ciento.

La capacidad de atención de las instituciones particulares de carácter lucrativo les permite atender adecuadamente al doce punto tres por ciento de la población nacional total, beneficiando a la población de ingresos altos.

Las elevadas tarifas por servicio en consultorios, clínicas y hospitales privados actúan como una barrera económica de acceso que difícilmente puede superar la población de bajos ingresos

Y la carencia en las instituciones educativas de una

planeación orientada a las necesidades de las instituciones de salud y de la población reflejan una incongruencia entre los perfiles profesionales y educativos, un aumento entre el desequilibrio Oferta-Demanda de personal de salud, una inadecuada distribución del personal de salud, cambio de roles y una educación inicial insuficiente que garantice un ejercicio profesional idóneo, independiente de la falta de una educación continua predispone a presentar problemas dentro de su ejercicio profesional del recurso humano de salud.

Por tal motivo se analiza en este documento la situación de los recursos humanos de enfermería a nivel tridimensional: planeación educativa, capacitación y utilización en una Dirección de Salud con la utilización de la Teoría de Sistemas, la cual permite analizar los problemas como un todo y que puede ser investigados por partes, representado en un modelo que muestra sus zonas de interrelación.

Así mismo se aplican los principios de la teoría de sistemas en la elaboración de un diagrama de planeación con el propósito de expresar los resultados en forma más explícita.

Cabe aclarar que existen métodos que pueden ser utilizados para el análisis del problema, como es el método científico que tiene como desventaja dar soluciones a problemas en un contexto limitado de pequeños sistemas con interdependencias insignificantes con otros sistemas, que se limitan a una búsqueda

de causas de mal funcionamiento dentro de los límites del sistema, supuestos y objetivos incorrectos y obsoletos; otras técnicas son el Método Delfos, el Grupo Nominal, el de Generación Colectiva de ideas, los cuales tienen características particulares.

Realizado el estudio en la Dirección de Salud Querétaro dentro de sus unidades aplicativas localizadas en la jurisdicción número uno, por ser de fácil acceso por carretera, ser un estado pequeño, en fase de descentralización, presentar un crecimiento demográfico acelerado, una alta migración y estar catalogada la jurisdicción como zona 18 de prioridades federales dentro del Plan de Desarrollo Industrial.

2.- ANTECEDENTES.

2.1. NATURALEZA DE LA TEORIA DE SISTEMAS.

La teoría de sistemas es una metodología que permite visualizar a las organizaciones como sistemas, no aísla los fenómenos, son vistas como un todo, enfatizando el desempeño global de la organización y adopta un punto de vista holístico que permite tratar ciertas propiedades, que de otra manera no sería posible.

Este enfoque nos ayuda a identificar las diferentes clases de problemas actuales y futuros que obstaculizan el desarrollo de la organización (Ackoff 1983, Sánchez 1986).

El objetivo principal consiste en incrementar la eficiencia para servir a sus propios propósitos, los de sus partes y los que le imponen como consecuencia de la búsqueda del desarrollo del suprasistema o medio ambiente al que pertenece (Ackoff 1981).

Van Gigch (1987) define a la teoría de sistemas como la única forma en la que podemos volver a unir las piezas de nuestro mundo fragmentado, analiza los problemas en forma integral y general, proporcionando alternativas de solución para la toma de decisiones.

2.2. ORIGEN Y EVOLUCION DE LA TEORIA DE SISTEMAS.

La fuente de la teoría de sistemas puede remontarse a los orígenes de la ciencia y la filosofía, con la presencia de pensadores como: Aristoteles, Hegel, Boulding, Rapoport.

Teniendo influencia de algunas corrientes:

En la década de 1930 se desarrollaron conceptos ligados a sistemas abiertos, concurrentemente en la termodinámica y en la biología.

Von Bertalanffy introdujo la equifinalidad en 1940. Brillouin describió el contraste entre la naturaleza inanimada y la viviente en 1949.

Se hicieron evidentes los ejemplos de sistemas abiertos en la ecología, sistemas neurológicos y la filosofía, en las publicaciones de Whitacker, Krech y Bentley en la década de los 50's.

Hubo otras contribuciones fundamentales como son:

1. John Von Neumann (1948) desarrollo una teoría general de autómatas y delineó los fundamentos de la inteligencia artificial.
2. Shannon (1948) formuló la teoría de la información, desarrollando el concepto de cantidad de información alrededor de la teoría de las comunicaciones.
3. Norbert Wiener (1948) el cual relacionó entre sí, los conceptos de entropía, desorden, cantidad de información e incertidumbre y se acentuaba su importancia en el contexto de los

sistemas.

4. Ross W. Ashby (1956) desarrollo conceptos de cibernética, autorregulación y autodirección, alrededor de las ideas que habían concebido originalmente Wiener y Shannon.

5. Koehler (1928), Redfield (1942), Singer y Sommerhoff (1950) representan los primeros intentos para expresar la manera en la cual las propiedades de los sistemas regulan la conducta de los componentes y de ahí la conducta de los sistemas.

En la actualidad la teoría general de sistemas evoluciona en varias direcciones:

Primeramente, existe la teoría de sistemas rígida, que es la continuación de la influencia de las ciencias como la física y las matemáticas.

La cual demanda rigor y una cuantificación estricta, se basan en el paradigma deductivo y en las reglas exactas de procedimientos y prueba, generalmente proporciona buenos modelos descriptivos del universo, pero no normativo.

Comprende un sistema que confiere control sobre este, aunque puede revelar las razones por las que no puede ejercerse un control y a menudo este es un conocimiento valioso de su propio derecho (Van Gigch 1987, Galván 1981).

En segundo lugar la teoría de sistemas flexible, la cual considera un sistema como una porción del mundo que se percibe como una unidad y que puede mantener su identidad, a pesar de lo.

cambios en éste.

Son sistemas que pueden adoptar algunos estados debido a las condiciones del medio e incluso preservar sus identidades originales a pesar de estas influencias.

Los sistemas definidos como flexibles poseen una estructura, reaccionan al medio ambiente, al cambio de sus funciones a corto plazo, pasan por cambios lentos a largo plazo, pero mantienen su identidad y evolucionan.

Existe un nuevo movimiento que es la autopoiesis que es un paradigma de la investigación en evolución, que esta dedicado al estudio de los aspectos holísticos de sistemas.

Los sistemas autopoieticos son sistemas auto-renovadores donde el producto es el mismo sistema.

2.3. CARACTERISTICAS PRINCIPALES DE LA TEORIA DE SISTEMAS.

Un sistema es un conjunto de partes en interacción que intercambian recursos, constituyendo una entidad que es más que la suma de sus partes (Bertalanffy 1976, Ackoff 1971, Van Gigch 1987).

Su entorno se considera compuesto por el suprasistema pertinente y el medio ambiente imperante.

El suprasistema incluye al sistema de interés entre otros sistemas.

Un sistema queda especificado cuando se conocen sus partes (subsistemas), las relaciones que existen entre estas conforme a

una estructura dada y las relaciones con el entorno.

Se entiende como comportamiento del sistema a los cambios de estado que describe dicho sistema a través del tiempo y en donde, estado es un conjunto de valores asociados a las variables e indicadores descriptivos del objeto de estudio.

Para investigar un objeto de estudio se requiere contar con un proceso que permita la conceptualización del sistema: sistema general que consiste en emplear tanto la construcción por composición como la construcción por descomposición, siendo ambas complementarias y necesarias para llegar a la noción actual de sistema.

La construcción sistémica por composición parte de los elementos y busca sus relaciones llegando así al sistema.

La construcción por descomposición consiste en partir del sistema hacia sus componentes, se basa en la descomposición funcional que se hace del sistema en subsistemas, conservando las propiedades de dicho sistema visto como un todo (Negroe 1980).

El enfoque de sistemas es una metodología de diseño caracterizada por lo siguiente:

1. Se define el problema en relación a los sistemas a los cuales pertenece el sistema en cuestión y esta relacionado mediante aspectos comunes en los objetivos.
2. Los objetivos del sistema generalmente no se basan en el contexto de subsistemas, sino que deben revisarse en relación a

sistemas mayores o al sistema total.

3. Los diseños actuales deben evaluarse en términos de costos de oportunidad o del grado de divergencias del sistema del diseño óptimo.

4. El diseño óptimo generalmente no puede encontrarse cerca de las formas presentes adoptadas, éste involucra la planeación, evaluación e implementación de nuevas alternativas que ofrecen salidas innovadoras y creativas para el sistema total.

5. Involucra procesos de pensamiento como inducción y síntesis.

6. El planteamiento se concibe como un proceso por el cual el planificador asume el papel de líder en vez de seguidor.

El planificador debe animar la elección de alternativas que alivien e incluso se opongan, en lugar de reforzar los efectos y tendencias no deseadas de diseños de sistemas anteriores.

2.4. APLICACION DE LA TEORIA DE SISTEMAS A LA PLANEACION DE RECURSOS.

La planeación es una actividad concerniente al presente, tal como se percibe y se controla, pero un presente que se extiende hacia el futuro deseado.

La planeación está formada por tres componentes que son:

- a. DIAGNOSTICO
- b. PRESCRIPCION
- c. INSTRUMENTACION

† (Anexo No. 1)

El DIAGNOSTICO parte de la conceptualización y construcción del objeto de estudio, con una consecuente descripción de su estado actual y pasado, que al comparar con su estado normativo permite identificar las discrepancias existentes y determinar sus causas, planteando así los problemas actuales, además se hace un pronóstico de su estado futuro, que se compara con su estado deseado para identificarr las discrepancias que al analizarse, permite plantear los problemas futuros del sistema.

La PRESCRIPCION consiste en buscar y proporcionar alternativas factibles de solución, haciendo una evaluación de cada alternativa para seleccionar la mejor, conforme a los criterios normativos de selección y las restricciones impuestas al sistema.

La INSTRUMENTACION es la transformación de la solución seleccionada en planes, programas y políticas, ya que son un medio para resolver los problemas del sistema, formulandose en forma clara los fines (ideales, objetivos, metas) ya que son los medios los que logran tales fines, constituyendo las determinantes de como llegar y los recursos como los insumos que se requieren.

* (Anexo No. 2)

2.5. PLANEACION DE RECURSOS HUMANOS.

La planeación de recursos humanos es un proceso permanente de análisis sobre la problemática del desarrollo del personal de salud y a medida que se realice con la participación de las

instituciones educativas y prestadoras de servicios de salud se facilitará que los recursos humanos sean la pieza clave para llevar a cabo los planes, estrategias, objetivos y metas de salud.

La planeación de los recursos humanos se inicia con el diagnóstico cuali-cuantitativo y otros medios.

El diagnóstico requiere obtener información de las áreas específicas del proceso: formación, capacitación, utilización y los problemas a resolver en cada una de ellas, los resultados de este constituirá la fuente que señala la orientación que debe darse al proceso de planeación, al determinarse los requerimientos del personal de salud, en términos de demanda y oferta cuali-cuantitativos, resultado de los métodos heurísticos o de aproximación sucesiva y otros.

2.5.1. DETERMINACION CUANTITATIVA DE PERSONAL.

Entendiéndose como demanda las necesidades o requerimientos de personal, según Hall (1979) no existe un enfoque metodológico para estimar los requerimientos humanos para la salud, debiéndose de seleccionar el enfoque o la combinación de enfoques que sirvan a las necesidades y condiciones que se traten.

ALGUNOS DE ESTOS METODOS SON:

a. METODO DE REQUERIMIENTOS DE PERSONAL SEGUN NECESIDADES DE SALUD.

Se parte de la determinación y definición de las necesidades de atención de salud de la población a nivel local o regional, en base al análisis de la morbimortalidad de donde se deriva la

programación de servicios. luego, a través de criterios de normas de dotación de personal y de producción de servicios se posibilita el cálculo de la cantidad de personal a necesitar según tipo y categoría, con base en promedio de horas trabajadas por el personal por año.

b. METODO DE REQUERIMIENTOS DE PERSONAL SEGUN METAS DE SERVICIOS DE SALUD.

Se parte de la planeación y programación en salud, a través de la determinación de objetivos y metas de servicios de salud a nivel local o regional, transformados en normas para la provisión de diferentes tipos de servicios. Están relacionados con normas de producción y de dotación de personal, permiten el cálculo del recurso humano requerido para su cumplimiento.

c. METODO DE REQUERIMIENTOS DE PERSONAL SEGUN DEMANDA ECONOMICA.

Consiste en la determinación del personal requerido según la utilización real y la demanda efectiva de los servicios de salud, esta demanda de atención de salud está en función de variables tales como ingresos, costos, acceso, educación, edad, sexo, lugar de residencia, cuyo pago de servicios puede provenir directamente del usuario, organismo estatal o de otras fuentes.

d. METODO DE DETERMINACION DE PERSONAL SEGUN TIPO DE RECURSO POR POBLACION O MODELO NORMATIVO.

Consiste en determinar las necesidades de personal mediante la aplicación de una razón o proporción de una o varias categorías

ocupacionales para atender un determinado volumen poblacional para un tiempo o futuro dado.

Para las proporciones deseables se usan parámetros internacionales o estándares ya establecidos o de otros países o se constituyen esas razones siguiendo criterios técnicos.

VENTAJAS DE LOS METODOS ANTERIORES:

El primero es más completo, basado en criterios técnicos y normativos, con gran aplicabilidad en los programas de salud ambulatoria con enfoque preventivo; el segundo le da gran importancia a más de una variable y factores determinantes de la demanda; el tercero toma en cuenta tasas de utilización de los servicios actuales y futuros, son más realistas favoreciendo a su vez el cálculo de personal también en términos más realistas; el último es más sencillo pero no toma más de una variable.

DESVENTAJAS DE LOS METODOS MENCIONADOS ANTERIORMENTE:

Los dos primeros son muy detallados y complejos; el tercero es considerado sólo aplicable al subsector privado y el cuarto sólo utiliza una variable, no considera variables que pueden ocurrir, corriendo el riesgo de ser poco realistas en las previsiones y cometer errores en la toma de decisiones sobre las acciones a seguir en la planeación de la demanda de personal, es rígido, no se adapta a la realidad.

Con respecto a la OFERTA considerada como la disponibilidad y las características de los recursos humanos en un momento dado o

en el futuro, en función de determinados supuestos relativos a producción, pérdida y movilidad; involucrando por lo tanto la oferta actual y futura, cada una de estas tiene a su vez dos componentes que se esquematizan a continuación:

OFERTA

ACTUAL			FUTURA	
OFERTA	OFERTA	+	PRODUCCION	MOVILIDAD
ACTIVA	INACTIVA		ESTIMADA	Y PERDIDAS

OFERTA REAL

PROYECCIONES

OFERTA ACTUAL se refiere a la disponibilidad del personal de salud que existe en el sistema de salud; la oferta activa es la que se encuentra laborando en el sistema y la inactiva esta constituida por el grupo de personas calificadas para laborar, pero no prestan servicios directos en está.

La oferta futura de personal implica los probables incrementos dados por la producción esperada de recursos humanos

provenientes de los centros formadores, considerandose que la oferta de personal es un proceso dinámico, no estático, generalmente se producen incrementos o disminuciones causadas por una cantidad de factores tales como la movilidad y la pérdida de personal; la movilidad esta dada por: jubilaciones normales o tempranas, decesos, cambios de ocupación y transferencia del sector salud a otros sectores.

Las técnicas que se han estado utilizando para la determinación de la oferta son las más comunmente usadas para diagnosticar la disponibilidad de los recursos humanos: encuestas, censos o estudios, no sólo se utilizan para conocer el aspecto cuantitativo sino que se dirigen también a indagar otras características.

Para determinar la oferta futura del personal se pueden utilizar los métodos de estimación de las salidas por movilidad o tablas censales, método para estimar las salidas por jubilación y el método censal y de cohorte.

Los dos primeros métodos hacen uso de datos o indicadores como la tasa de morbilidad y tiempo de jubilación; estas tasas con la aplicación de algunas tendencias observadas y los datos sobre la edad del personal facilitan establecer proyecciones a mediano y largo plazo sobre el número de pérdidas de personal por jubilaciones y decesos; el tercer método se refiere a un censo que se aplica al personal para estimar las pérdidas probables, por

por inmigración, traslado, transferencia o emigración a otros sectores, ello posibilita trazar tasas de abandono o de pérdidas actuales que los planeadores podrán luego utilizar para establecer establecer sus proyecciones.

El método de cohorte sigue el proceso de investigación de este tipo y consiste en tomar una muestra de funcionarios por categorías, para estudiar algunas características que permitan trazar tasas sobre la pérdida o movilidad a través del tiempo.

Esas tasas se generalizan a las categorías ocupacionales o profesionales de interés, a fin de determinar las pérdidas probables y el número de personas que seguirán activas en los años siguientes.

Cabe aclarar que estos métodos solo determinan las probables pérdidas e incrementos por movilidad, se trazan a partir del personal que labora en el sector, o sea, los que integran la oferta activa.

Para determinar el incremento de la producción de la oferta futura de recursos humanos, se aplica generalmente el análisis de tendencias cuya ventaja es obligar a investigar a partir de listas fidedignas de profesionales, el número de profesionales plenamente activos, parcialmente activos e inactivos, además es susceptible de verificación o por medio de series cronológicas de producción o egresos de recursos.

Con la aplicación de técnicas tan simples como métodos

intuitivos, hasta complejas técnicas estadísticas o matemáticas, sus resultados se proyecta la cantidad de personal a disponer, a egresar en determinado período de tiempo.

Haddad y Canales (1984) consideran que existen una serie de factores internos y externos que pueden influir en las tendencias de la producción de recursos humanos por los centros de enseñanza, como son: política de recursos humanos que se promulguen y que modifiquen la producción a mediano y largo plazo, falta de control en la apertura de centros formadores, la política abierta de estos centros o la restricción de matrícula de estudiantes, la pérdida por deserción o retraso de los estudiantes que cada año es mayor, el proceso y tendencias en los cambios políticos y sociales y otros más que no deben obviarse.

2.5.2.DETERMINACION CUALITATIVA DE PERSONAL DE SALUD.

Otro aspecto importante de la planeación es el que engloba las interrogantes sobre las funciones o actividades a desempeñar por el personal para atender apropiadamente y oportunamente las demandas de salud en los distintos niveles de la red asistencial o servicios de atención, cual es el perfil ocupacional y cual debe ser el perfil educacional que servirá de guía en la formación y capacitación del recurso humano en salud; debiendo seguir los siguientes pasos:

a. ANALISIS DEL DESEMPEÑO DEL PERSONAL.- Proceso para indicar los requerimientos de los trabajadores, las técnicas y las condiciones

del ambiente propio de sus ocupaciones, a través de observaciones, entrevistas y estudios incluyendo la identificación de las tareas, destrezas, conocimientos, aptitudes y responsabilidades requeridas por el trabajador para desempeñar satisfactoriamente su ocupación.

b. DEFINICION DE PERFILES OCUPACIONALES Y EDUCACIONALES.- Análisis y estudio de las funciones y tareas que se realizan, la calidad de de estas funciones, el impacto de estas funciones en la salud de la población, el desempeño de los estudiantes en su proceso de formación y su egreso de los centros de enseñanza.

c. ESTRUCTURA Y COMPOSICION DE LA FUERZA DE TRABAJO.- Se refiere a determinadas características que debe reunir el equipo de salud en los niveles o servicios de atención según demanda y las categorías ocupacionales de como debería estar integrado el personal de salud según niveles de complejidad.

Parker et. al. (1984) plantea como una alternativa de planeación de los recursos humanos en caso de no contar con todos los datos que se requieren en los métodos anteriores, utilizar los METODOS HEURISTICOS procedimientos que se siguen paso a paso y que aseguran mediante un número finito de pasos que se logrará una solución satisfactoria del problema.

Aplicando en combinación con otras técnicas que se utilizan en la planeación de salud y de los servicios en particular, con algunas técnicas estadísticas descriptivas e inferenciales.

Entre estos se citan: el método Delfos, el de grupo nominal,

el de generación de ideas y el de consulta a expertos, teniendo cada uno de estas características particulares, conservando los requisitos de objetividad, validez y confiabilidad.

Para su aplicación es necesario indagar y tratar de definir sobre: situación política, social y económica; perfil demográfico, perfil epidemiológico, red asistencial de los servicios de salud (primaria, secundaria, terciaria), proyecciones de la red física e inversiones necesarias por regiones e instituciones según el perfil de salud y la red de servicios; incremento presupuestario esperado, relaciones del personal por población según número de camas, normas de dotación y producción de servicios (Malaquias 1985).

2.6. ANTECEDENTES HISTORICOS DE LA ENFERMERIA.

La atención del servicio de enfermería no ha estado siempre en manos de profesionales, en la antigüedad el tratamiento y el cuidado de los pacientes lo proporcionaban en forma empírica los familiares de los pacientes y en las grandes concentraciones de pacientes los VALETUDINARII y en los hospitales romanos se empleaban diferentes tipos de ayudantes (censi, accensiti, optiores valetudinarii, contubernales).

Posteriormente con el advenimiento del cristianismo estuvo en manos de monjes y monjas en los hospitales cristianos. Y a medida que se fueron secularizando estas instituciones por diferentes movimientos sociales, se fue introduciendo personal laico, aunque

no tenían absolutamente ninguna preparación técnica o humanística (Avila 1984).

Fue hasta por el año de 1860 después de organizar los cuerpos de enfermeras que atendían heridos en las batallas de Sabastopol y Balaklava, cuando la enfermera inglesa Florencia Nightingale fundó en el Hospital de St. Thomas en Londres la primera escuela de enfermería profesional, de entonces a la fecha se ha venido progresando sistemáticamente.

La enfermería ha tenido la característica de profesión liberal al ser agregado en su instrucción la obstetricia y por el otro lado la presencia de parteras, ha provocado que este recurso humano permanezca como auxiliar con repercusión en sus ingresos económicos, aunado a otros factores que han contribuido al alejamiento de las aspirantes a enfermeras en las diversas escuelas, comprometiendo cada vez más la atención de los pacientes en los hospitales (Barquín 1985, Knowles 1978).

2.7. ANTECEDENTES DE LA PLANEACION DE LOS RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERIA.

El creciente desequilibrio entre necesidades, recursos y la brecha entre el conocimiento disponible y la capacidad de aplicarlo a la solución de problemas de salud prioritarios impone la necesidad de considerar siempre los costos; los cuales constituyen problemas prioritarios cuya solución plantea un obstáculo difícil de superar.

Por lo que la planeación de los recursos humanos de salud debe considerar la integración docencia-servicio, en un diagnóstico que permita definir las características del prestador de servicios de salud actual y futuro que pueda dar respuesta a la demanda de la población.

Esto permitiría con respecto al recurso humano de enfermería que las instituciones educativas unifiquen criterios en cuanto a niveles de estudios, requisitos de admisión y planteamiento curricular en forma homogénea y congruente con la problemática que en el país impera: asimismo incrementa el juicio crítico y reflexión del recurso humano en la toma de decisiones en situaciones específicas tanto en aspectos técnicos, administrativos, docentes y de investigación.

Mejía (1989) considera que la educación inicial independientemente de su duración no garantiza un ejercicio profesional idóneo indefinidamente, aportando solo los cimientos para continuar la educación durante toda la vida profesional del individuo.

Sin educación continua la competencia decrece progresiva e inexorablemente como consecuencia de una dinámica influida por los siguientes factores: incongruencia, experiencia, memoria y cambios; sin dejar de lado que conceptualmente no existe una separación neta entre la educación inicial y la práctica de una profesión o un oficio, sino una transición sutil; ambos procesos

son parte de un horizonte continuo elementos inseparables del binomio educación-práctica.

Así como la reorganización de los servicios de salud y la transposición de responsabilidades entre los miembros del equipo de salud implica alteraciones en el papel tradicional de cada recurso.

Provocando la presencia de un rol ampliado que respecto a enfermería comprende tareas como son: preparar historias clínicas, identificar problemas, establecer diagnósticos en los cuales las enfermeras prescriben la primera intervención, instaurar tratamientos, dar educación y seguimiento al paciente.

Hernández, Zarate (1986) refieren en un estudio la necesidad de resumir en un perfil la información sobre la oferta de personal en sus diferentes ocupaciones y categorías, su distribución geográfica y por tipos de instituciones, así como también descripción de las características demográficas y académicas de este personal.

Los problemas detectados en la enfermería que tienen importancia y requieren solución son: incongruencia entre los perfiles profesionales y educativos, la falta de recursos humanos de enfermería calificados, el desequilibrio geográfico de la distribución de las enfermeras, la falta de una planeación de recursos humanos en el sector salud que se enfoque en el contexto de su aplicación para responder a las necesidades de la población,

falta de un concepto uniforme de los distintos niveles de enfermería, deserción en las escuelas de enfermería originada por la falta de orientación vocacional, deficiencias en el proceso de selección e inadecuada remuneración de las enfermeras y la mayoría de los centros formativos carecen de una planeación que oriente su currículo a las necesidades de la población (Canales 1986, Barquin 1985, Avila 1984, Haddad 1986, Leal 1983, Martuscelli 1986).

Por otro lado la educación de la enfermera ha sido basado en el hospital presentando rápidamente en varias ciudades un cambio hacia la Salud Comunitaria y un control de la educación institucional de la enfermera en los colegios y universidades: preparando a las enfermeras en los servicios de Salud Comunitaria pudiendo ser movilizada para asistir a otras necesidades que puede ser significativo la calidad y el costo si se decide sustituir su lugar en el hospital en el abastecimiento de los cuidados de la Atención Primaria de Salud (1978).

Más si consideramos la posibilidad que tiene la enfermera en la estrategia de Atención Primaria a la Salud, como resultado se podrá apreciar la mayor demanda futura en el personal auxiliar, siguiendole el técnico y en menor medida el profesional.

Por otra parte, las referencias más importantes para la formación de los recursos que requiere el sistema son:

- a. El desarrollo demográfico, ritmo de crecimiento de la

población, su distribución en grupos de edades, su distribución territorial y la movilidad de la población.

b. El estado de salud y la patología prevalente, que determinan los patrones de morbilidad y en especial la situación de transmisión epidemiológica.

c. El modelo de atención en cuanto a la configuración de los cuadros de recursos humanos para prestar servicios, su regionalización y escalonamiento en niveles de atención (Nuñez 1982).

2.8. SITUACION DE LA ENFERMERIA EN ALGUNOS PAISES.

2.8.1. ENFERMERIA EN INGLATERRA.

La educación de la enfermería en Inglaterra es hoy como siempre fue, un aprendizaje sistemático donde el servicio para los los pacientes toma precedente en la educación para los estudiantes, las escuelas de enfermería están localizadas dentro de los hospitales, los cuales pagan el sostenimiento de las estudiantes (Nuttall 1977), mucho del aprendizaje ocurre al lado de la cama del paciente y la calidad depende de la personalidad, tiempo y competencia de la jefa de enfermería.

La carrera de enfermería a nivel técnico está conformado de la siguiente manera: se inicia con 6-8 semanas de orientación teórica, el trabajo estudiantil en el hospital es en bloques de tres meses, cada uno dividido en 2 o 3 semanas de clases teóricas.

Las maestras tienen un curso adicional de dos años, adquiriendo conocimientos sobre anatomía, nutrición y demostración de todos los procedimientos de enfermería, contándose con un instructor clínico.

Se estima que solo el 0.1% de las estudiantes son matriculadas en los programas universitarios de enfermería (Allen 1978), que son una combinación de los programas de enfermería relacionadas con las carreras: sociología, economía, que más tarde ocupan puestos en otros campos (Mac Guire 1970).

Más de la mitad de los cuidados de enfermería son dados por estudiantes en adiestramiento (Allen 1978), con un gran cuerpo docente, un porcentaje de las enfermeras trabajan en la comunidad debido a un rígido sistema hospitalario, que se ha hecho inactivo principalmente para las enfermeras casadas y el incremento de la autonomía de la enfermera en la comunidad con los cambios del visitador de Atención Primaria, en la teoría los médicos toman la responsabilidad, pero en la práctica la enfermera hace el diagnóstico y realiza el tratamiento esperando que el médico apoye sus conocimientos con sus métodos.

Tanto enfermeras como médicos han afrontado la disminución de la calidad de servicios, ocupando las enfermeras buenos puestos administrativos, trabajando solamente en horas de oficina, incrementando la atracción por la profesión por gente joven del sexo masculino quienes primeramente estaban interesados en

obtener puestos administrativos con una mínima experiencia clínica.

La moral de la enfermera y el status de enfermería ha sido restablecido hasta el grado de hermana menor del médico con el correspondiente prestigio y salario.

2.8.2. ENFERMERIA EN LOS ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMERICA.

Las enfermeras requieren en este país poseer un registro para ejercer la profesión el cual es obtenido al presentar un examen standar usado en todo el país, reglamentado por el Ministro de Salud y Educación (Mc. Closkey 1981).

La preparación de las auxiliares de enfermería esta formado por un programa de 12 semanas de duración o un total de 420 horas, consta de lectura, demostración y supervisión de prácticas de laboratorio llevadas en la escuela con facilidades a través de la cooperación hospitalaria y de enfermeras con ejercicio a domicilio, el adiestramiento clínico es planeado y supervisado, el horario es de siete horas durante cinco días a la semana.

Posee los indicadores más elevados de América, para 1984 tenía un indicador de auxiliar de enfermería de 54.2 por 10,000 habitantes y 83 por 10,000 habitantes para enfermeras (OPS 1988).

2.8.3. ENFERMERIA EN CUBA.

Cuba tiene un indicador de 26.5 enfermeras por 10,000 habitantes para 1984 y de 9 por 10,000 habitantes para auxiliar de enfermería. La atención de la enfermería esta dividida de la

siguiente manera: 35% están dedicadas a la atención primaria y el resto está distribuido entre la atención hospitalaria e instituciones de investigación.

2.8.4. ENFERMERIA EN MEXICO.

La enfermera es un elemento del grupo prestador de servicios de salud que ha sido relegado, utilizado como auxiliar y en algunas ocasiones cumpliendo actividades de personal médico, con con serios problemas en la planeación de este recurso, por ser una copia de los modelos norteamericano y europeo. Presentando además serios problemas en las escuelas al poseer programas académicos que no son acordes a las necesidades de la población demandante, con servicio social mal estructurado, falta de unificación de programas, coordinación y supervisión inadecuada (Avila 1984).

Los indicadores para enfermeras para 1984 eran de 6.5 auxiliares de enfermería para 10,000 habitantes y 4.6 enfermeras para 10,000 habitantes, presentando disminución en comparación al año de 1983 (OPS 1988).

En el aspecto laboral se presentan serios problemas como son:

- a. Sueldos relativamente bajos en relación con otras ocupaciones por considerarse como prolongación del trabajo doméstico, rechazo y falta de aceptación de la mujer en los puestos que exigen responsabilidad y estabilidad, falta de reconocimiento de la importancia y productividad que tienen las acciones de enfermería en relación al personal médico.

b. Incompatibilidad con una vida hogareña por cambios de turnos, así como el trabajo de noche que es desagradable y poco adaptable a las relaciones familiares de la mujer casada y la incapacidad para asistir a cursos que le permitan aspirar a mejorar su condición.

c. Jornadas largas y agobiantes (horarios extremos, turnos extras, guardias y veladas).

d. Falta de difusión por la sociedad del trabajo de enfermería en relación al "STATUS" que como cualquier otra profesión tiene y que en algunos casos las enfermeras graduadas desertan de su profesión, en busca de mejores condiciones económicas.

e. Apertura de escuelas de enfermería con oposición de las asociaciones de enfermería, por distracción de recursos docentes en el adiestramiento de estos, menguando los recursos para preparar verdaderas enfermeras que resuelvan el problema, por lo que es necesario conocer las determinantes que originan la creación creación y funcionamiento de escuelas de enfermería a nivel auxiliar.

Analizado en el Estudio Diacrónico, Sincrónico y Prospectivo de la Enfermería en México, que muestra la evolución de la enfermería y las causas de los problemas que existen en los servicios de enfermería y de la enfermería en sí.

Existe otra investigación que analiza algunas variables similares a la presente investigación, únicamente en las

instituciones educativas que forman enfermeras a nivel técnico y licenciatura, titulado "Situación de Salud y Enfermería en el año 2000", mencionada por la panorámica que puede dar a nivel nacional aunque no sea completa.

3. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO.

La grave crisis económica mundial se manifiesta en todas las áreas y en relación a la salud en deterioro de la prestación de los servicios, aunado a esto, el desequilibrio de recursos humanos de la salud, inadecuados perfiles profesionales, formación inicial inadecuada, cambios de roles y deterioro tecnológico (Investigación en Enfermería 1985, Mejía 1986).

Provoca que los gobiernos en las últimas décadas, presten mayor atención al desarrollo de los recursos humanos de salud, como se muestra dentro del Plan de Desarrollo 1983-88 el cual prevee dentro de sus programas el de Salud, teniendo dentro de sus políticas la formación, capacitación e investigación del recurso humano de salud, de ahí que el Programa Nacional de Salud 1984-88 desarrolló el Programa de formación y desarrollo de Recursos Humanos para la Salud.

Y dentro del Plan Nacional de Desarrollo 1989-94 considera que la prontitud y buen trato en la prestación de los servicios será acompañado por acciones que aumenten la productividad mediante la ampliación de turnos y actitudes apropiadas en el personal.

La ampliación de la cobertura de servicios en las zonas marginadas urbanas y rurales se hará fundamentalmente mediante personal técnico o auxiliar capacitado especialmente para la estrategia de Atención Primaria a la Salud.

Por tanto, la enfermera componente esencial del grupo de salud, requiere ser congruente su formación a las necesidades de la población que va a demandar sus servicios.

Sin embargo la atención se ha concentrado en las etapas de formación y capacitación de los recursos humanos, pero sin ser acompañado de un proceso de planeación de los mismos, que busque una utilización más racional de los mismos y un equilibrio entre la producción y las necesidades cuali-cuantitativas, que demandan las estrategias nacionales y la ampliación de la cobertura (Haddad y Canales 1986).

Dentro del panorama nacional se tiene que la relación enfermera-médico era en 1976 de 1.5 que en lugar de acercarse a la relación de 3 al considerada como ideal, se prevee que bajará a 1.4 para el año 2000 (Fajardo 1983, Investigación de Enfermería 1985, Martuscelli 1986) refiere que la proporción de enfermeras a médico de 3 a 1 siendo inadecuada.

Siendo las opiniones anteriores opuestas, considero que la relación adecuada será aquella que cumpla con los objetivos y metas de la enfermería de acuerdo a las necesidades de la población y de las instituciones de salud, que de acuerdo con Avila (1984) recomienda un aumento de los recursos humanos de enfermería tanto en calidad como en cantidad, si la atención que se pretende dar es en un sentido diferente al actual tecnocrático, comercializado y paternalista, con ampliación de la cobertura de

los servicios, el anhelo de universalizar la atención y el propósito social de alcanzar salud para todos al final del presente siglo, y al considerarse como derecho constitucional.

Complementando lo anterior, se ve que la distribución del personal de enfermería esta dado en base a ciertos factores, entre los que están: el desarrollo de los programas de salud, políticas y presupuestos institucionales, el reconocimiento que los profesionales de salud dan al personal de enfermería en el país.

Y una marcada brecha entre la educación de enfermería y los servicios de salud que representa una limitación fundamental a cualquier mejoramiento de la docencia o de la calidad y cobertura de la atención sanitaria, cuyas raíces de esta separación se encuentran en la historia de la enfermería (Mc. Dermitt 1984).

La falta de una planeación de recursos humanos en el sector salud enfocado en el contexto de su aplicación, que permita una asignación de recursos de acuerdo con prioridades que concuerden con su problemática específica, así como la descripción detallada de tareas y actividades que normalmente los programas de gobierno carecen, así como limitaciones por defectos estadísticos, conocimientos limitados en la productividad y la evaluación insuficiente de los servicios de consumo final (Leal 1973, Barquín 1985, Gómez 1974, Kleczkowski 1979).

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En base a todo lo anterior se puede decir que en México es una realidad la incongruencia entre los perfiles profesionales y educativos, la falta de recursos humanos de enfermería calificados, el desequilibrio geográfico de las enfermeras, la falta de una planeación de recursos humanos en el sector salud, enfocado en el contexto de su aplicación para responder a las necesidades de la población (Haddad 1986, Barquín 1985, Avila 1984, Leal 1973, Martuscelli 1986).

Agregándose a esto, los problemas de tipo económico y social que atraviesa México, crea la necesidad de proponer un Modelo de Planeación de Recursos Humanos de Enfermería que de respuesta a las siguientes preguntas:

1. ¿Existe entre los sectores educativo-prestadores de servicios de salud las relaciones que faciliten la producción de elementos de enfermería tanto en calidad y cantidad ?
2. ¿Existe una correspondencia entre la oferta y la demanda de recursos humanos de enfermería ?
3. ¿El perfil del egresado de enfermería estará en congruencia con las necesidades de las instituciones prestadoras de servicios de salud que tienen como objetivo responder a las necesidades de la población, manteniéndola en buen estado de salud ?
4. ¿Estará planificada la formación del personal de enfermería en base a las necesidades y demandas de la Dirección de Salud

Querétaro?

Seleccionando la Metodología de Teoría de Sistemas para la elaboración del modelo del problema de estudio y la conceptualización de la planeación de recursos humanos como un todo y analizarlo por partes, bajo un enfoque tridimensional: planeación educativa, capacitación y utilización relacionados con la población en que están inmersos y de la institución donde prestan sus servicios con el objeto de que sean congruentes sus objetivos personales con los de la institución y de esta manera determinar los problemas, para proponer alternativas de solución.

Tomando en cuenta los factores de viabilidad y factibilidad, la investigación se realizó en la jurisdicción número uno del estado de Querétaro durante el periodo de 1988-89 por presentar ciertas características como son: estar en fase de descentralización, fácil acceso por carretera, ser un estado pequeño, presentar un crecimiento demográfico acelerado, una alta migración, estar catalogada la jurisdicción número uno como zona IB de prioridades federales dentro del Plan Nacional de Desarrollo Industrial, presentando esta jurisdicción el número mayor de escuelas de enfermería del estado.

Delimitando la investigación al Diagnóstico del Sistema en Estudio y la Prescripción de Soluciones a los problemas detectados durante el diagnóstico.

El sistema en estudio está constituido por tres subsistemas

que son: Dirección de Salud Querétaro, instituciones educativas de enfermería ubicadas en la jurisdicción número uno y el personal de enfermería que labora en las unidades aplicativas de la misma dirección.

Dividiendo la investigación en tres etapas: la primera etapa consistió en la validez y confiabilidad de los cuestionarios, con la finalidad de cerrar los ítems de los cuestionarios; la segunda etapa consistió en la aplicación de los instrumentos de medición a la población objeto y la tercera etapa consistió en la interpretación de los resultados obtenidos en la segunda etapa, formular soluciones con su justificación respectiva, implementadas al modelo.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

ESTABLECER UNA ALTERNATIVA DE PLANEACION DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERIA CON EL PROPOSITO DE DISMINUIR LA BRECHA ENTRE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS Y PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD EN UNA DIRECCION DE SALUD A TRAVES DE LA APLICACION SALUD DEL ENFOQUE DE SISTEMAS.

5.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS.

1. Aplicar la metodología de teoría de sistemas al análisis o diagnóstico de la situación de los recursos humanos de enfermería en una Dirección de Salud.

2. Describir el método o forma tradicionalmente utilizada en la planeación de los recursos humanos de enfermería dentro de la Dirección de Salud.

3. Describir los perfiles profesionales y educativos del recurso humano de enfermería de la Dirección de Salud y las instituciones educativas del estado en estudio.

4. Determinar los problemas detectados o presentes en la planeación cuali-cuantitativa de los recursos humanos de enfermería.

5. Determinar a través de un instrumento de medición las condiciones del desarrollo profesional de la enfermera dentro de la Dirección de Salud en estudio.

6. Realizar una comparación entre lo establecido por la

Dirección de Salud, objetivos terminales, perfil del egresado y desenvolvimiento profesional de enfermería.

7. Proponer con base en los resultados, alternativas de solución que mejoren o sirvan para la planeación de los recursos humanos de enfermería en los aspectos: formación, capacitación y utilización.

8. Estructurar con base en los resultados un modelo de aplicación a cualquier Dirección de Salud.

6. METODOLOGIA.

6.1. DISEÑO DEL ESTUDIO.

La planeación requiere del conocimiento cuali-cuantitativo que represente fundamentalmente diferentes marcos epistemológicos para conceptualizar la naturaleza del conocimiento y de la realidad.

Por lo que el uso de la metodología de teoría de sistemas para el análisis del problema plantea lo siguiente:

LA TEORIA DE SISTEMAS ES UNA METODOLOGIA QUE PERMITE REFLEXIONAR, REPRESENTA UN INTENTO CONSCIENTE DE ANALIZAR UN PROBLEMA DESDE UN PUNTO DE VISTA ESTRATEGICO GENERAL PARA LUEGO BUSCAR UNA SOLUCION COMO PROPOSITO DEL ESTUDIO DETERMINA TANTO LOS LIMITES COMO LAS INTERRELACIONES DE LAS PARTES DE UN SISTEMA (Gigch 1987).

Además del proceso de construcción por composición y descomposición, partes complementarias y necesarias para conceptualizar al sistema y la determinación de las zonas de

interrelación y relación con el medio ambiente, permitiendo que el estudio se realice de la siguiente forma:

1. Aspecto cuantitativo.-Estudio de tipo analítico, prospectivo en los aspectos oferta-demanda.
2. Aspecto cualitativo.-Estudio de caso, transversal, no generalizable los resultados, de una realidad dinámica.

Dan por resultado que las investigaciones de este tipo tengan una tendencia a relegar algún aspecto a un papel secundario, según sea la naturaleza de la investigación (Cook y Reichardt 1986).

Campbell (1984) menciona que el conocimiento cuantitativo a de basarse y alzarse sobre el cualitativo, incluyendo la percepción corriente.

6.2. DESCRIPCIÓN DEL MODELO DEL SISTEMA EN ESTUDIO.

El modelo consta de un medio ambiente el cual posee un conjunto de oportunidades y limitaciones que impactan en el sistema en forma de una serie de demandas.

* OPORTUNIDADES: son aquellos eventos, tendencias y posibles estados futuros que facilitarían la realización de la misión del sistema y que le permiten lograr sus objetivos.

* LIMITACIONES: incluyen problemas, amenazas y requisitos impuestos; los que contrariamente, pueden retardar la realización de la misión y objetivos del sistema.

El sistema en estudio está formado por la Dirección de Salud.

las instituciones educativas de enfermería y los recursos humanos de enfermería de la Dirección de Salud, los cuales tienen puntos de unión fuertes y débiles.

1. DIRECCION DE SALUD.
2. INSTITUCIONES EDUCATIVAS.
3. RECURSO HUMANO DE ENFERMERIA DE LA DIRECCION DE SALUD QUERETARO.
4. MEDIO AMBIENTE.

- I. ES LA INTERACCION 1,2.
- II. ES LA INTERACCION 1,3.
- III. ES LA INTERACCION 2,3.
- IV. ES LA INTERACCION DE 1,2,3.

PLANEACION EDUCATIVA = I MAS 4.

CAPACITACION = II, III.

UTILIZACION = IV MAS 4.

* Anexo No. 3

Todas estas características determinan la capacidad del sistema de proporcionar recursos, programas y servicios al medio ambiente en el cual están insertados.

La capacidad o incapacidad del sistema para responder a la demanda con una oferta adecuada puede verse, como una indicación de una adaptación buena, regular o pobre entre el medio ambiente y el sistema.

En la medida en que exista una adaptación inadecuada entre el sistema y su medio ambiente o entre los subsistemas del sistema (zonas de interacción) existirá la necesidad de un DIAGNOSTICO para detectar los problemas (anexo 4).

La detección de problemas conduce a una serie de soluciones estratégicas opcionales en el enfoque tridimensional para el sistema, para que pueda adaptarse a su medio ambiente y entre él. Seleccionandose la solución estratégica que permita la adaptación entre el sistema y el medio ambiente = PRESCRIPCION (anexo 5).

La solución estratégica seleccionada se pone en ejecución (INSTRUMENTACION) permitiendo la retroalimentación en el seguimiento con corrección a los desajustes que requiere la solución óptima.

6.3. DEFINICION DEL UNIVERSO DE ESTUDIO.

El universo de estudio formado por tres elementos, que son:

a. LA DIRECCION DE SALUD QUERETARO en proceso de Descentralización como factor demandante del personal de enfermería.

b. INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE ENFERMERIA LOCALIZADAS EN LA JURISDICCION NUMERO UNO DEL ESTADO DE QUERETARO como elemento formador de personal de enfermería.

1. UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO la cual forma enfermeras generales y licenciadas en enfermería.

2. CRUZ ROJA QUERETARO forma auxiliares de enfermería.

3. DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF) forma auxiliares de enfermería.

4. INDEREQ anteriormente CREA forma auxiliares de enfermería.

5. CLARA BURTON escuela particular, forma auxiliares de enfermería.

c. RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERIA DE LA DIRECCION DE SALUD QUERETARO DE LA JURISDICCION NUMERO UNO como población ofertante de sus servicios profesionales.

Los recursos humanos de enfermería estan divididos en dos niveles de atención.

Segundo nivel de atención integrado por 125 enfermeras distribuidas de la siguiente manera: siete supervisoras, dos jefes de servicio, dos enfermeras especialistas, cincuenta y seis enfermeras generales y cincuenta y ocho auxiliares de enfermería y

el Primer nivel de atención formado por 90 enfermeras distribuidas de la siguiente manera: veinte enfermeras generales, nueve enfermeras en servicio social y sesenta auxiliares de enfermería.

6.4. DISEÑO DE LA MUESTRA.

Los tres elementos del sistema anteriormente mencionado será utilizado para la validación del modelo de planeación de recursos humanos de enfermería como una alternativa en la cual se toma en cuenta la institución formadora y el producto (enfermera).

Debido al tamaño de instituciones educativas se decidió realizar censo y solamente se realizó muestreo del personal de enfermería que labora en la jurisdicción número uno del estado de Querétaro, a través de un MUESTREO INTENCIONAL NO PROBABILISTICO, calculado con un nivel de confiabilidad del 90%, con una proporción de $p=80$ y $q=20$ considerando que el paradigma cualitativo tiene como atributos ser un estudio de casos aislados, subjetivo, cuyo objetivo de la investigación es la descripción de las variables.

El tamaño de la muestra estuvo dado por la fórmula número uno (anexo No. 6).

Obteniendo una muestra de 32 enfermeras para el segundo nivel y de 29 enfermeras para el primer nivel.

6.5. DEFINICIÓN, OPERACIONALIZACIÓN Y ESCALA DE VARIABLES.

(anexo No. 7).

6.6. PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCION DE LOS DATOS.

Los procedimientos empleados en esta investigación fueron la entrevista personal y el cuestionario. Para la realización exitosa de la aplicación de la entrevista se elaboró una guía.

Las fases que se siguieron para la recolección de la información fue la siguiente:

PRIMERA FASE: se llevo a cabo la prueba piloto de los cuestionarios para obtener la confiabilidad y validez.

Con respecto al cuestionario de las instituciones educativas se aplicó a los directores de las escuelas 1. Christian Harmann, Cruz Roja y Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala, ubicadas en el municipio de Tlalnepantla.

El cuestionario de los recursos humanos de enfermería se aplicó a 10 enfermeras de la Unidad de Medicina Familiar número 64-Tequesquihuac y 10 enfermeras del Hospital General de Zona número 57- La Quebrada del Instituto Mexicano del Seguro Social.

SEGUNDA FASE: se realiza la prueba del modelo, en la jurisdicción uno del estado de Querétaro, durante el periodo del mes de marzo de 1989, dentro de la Dirección de Salud Querétaro, Instituciones Educativas de Enfermería.

Se aplicó el cuestionario al personal de enfermería del Hospital General, a través de la intervención de la jefe de Servicios Paramédicos, con la finalidad de distribuirlos al personal de enfermería de los cuatro turnos (matutino, vespertino, nocturno y especial), y al personal de enfermería del primer

nivel en las juntas municipales llevadas a cabo cada mes en Querétaro, El Marquez, Corregidora y Huimilpan.

Con respecto a la entrevista se realizó personalmente a la Coordinadora Estatal de Enfermería de la Dirección de Salud, jefa de la jurisdicción Querétaro, jefa del servicio de paramédicos del Hospital General Querétaro.

TERCERA FASE; se realizó el análisis de los resultados obtenidos en la segunda fase, prescripción de soluciones a los problemas detectados y referidos en los aspectos cuantitativos y cualitativos de acuerdo al Modelo.

6.7. INSTRUMENTO PARA RECOLECTAR LOS DATOS.

Se utilizaron las técnicas de la entrevista y el cuestionario con la finalidad de precisar los datos significativos, la medición y el cumplimiento de los objetivos de la investigación.

6.7.1. DISEÑO DEL INSTRUMENTO.

La guía de la entrevista se elaboró de acuerdo a una lista de variables que deberían de investigarse, teniendo como características el ser flexible respecto a la manera, orden y lenguaje con que el entrevistador haría las preguntas (anexo No. 8)

Los cuestionarios que se aplicaron durante la prueba del modelo se formulo en forma mas cerrada, basado en los resultados obtenidos en la prueba piloto, teniendo correcciones tanto en forma y contenido, sin dejar a un lado las características de la

población a encuestar (anexo No. 9 y 10)

6.7.2. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.

La validez y la confiabilidad son características de los instrumentos de medición que permiten que los datos que se obtengan de ellos sean válidos y confiables con el propósito de incorporar los resultados a la investigación y que sean un aporte real.

Con respecto a la validez, conceptualizada como la exactitud con que pueden hacerse medidas significativas y adecuadas con el instrumento de medición, en el sentido que midan realmente los rasgos que se pretenden medir.

Se utilizó el METODO DE COMPARACION DE INSTRUMENTOS DE MEDICION Y REGISTRO OFICIAL (Cartwright 1987), para la obtención de la validez de los cuestionarios.

En relación a la confiabilidad del instrumento de medición conceptualizada como el grado en que la repetición del estudio habrá de dar por resultado los mismos datos e idénticas conclusiones, (Goode 1980).

Se utilizó el Método de KUDER-RICHARDSON, el cual requiere que el cuestionario se aplique en una sola ocasión (KR-20), considera un test formado por tantos test paralelos como items tenga, de manera que cada item es tratado como paralelo de cada uno de los demás items; todos los items tienen la misma media y la misma varianza.

Se usa para estimar la confiabilidad de los tests. la

calificación de 1 o 0 para cada ítem.

De acuerdo con la suposición de frecuencias iguales de solución, y que serán las mismas para cada ítem y pq pueden reemplazarse por pq. La ecuación puede entonces simplificarse (fórmula 2, anexo No.6).

Con respecto a la validez de los cuestionarios de las instituciones educativas se obtuvo la respuesta de una de las instituciones y las dos restantes respondieron que el Plan de Estudios de la Carrera se encontraba en trámite de revisión, se observo falta de interés y cooperación por considerarse una supervisión en el en el caso de la escuela particular.

Se confrontó las respuestas del cuestionario de la escuela de la Cruz Roja de Tlalnepantla con el documento normativo que rige a la institución, estableciéndose que forma únicamente AUXILIARES DE ENFERMERIA, que tiene como requisito de ingreso: la SECUNDARIA y en la realidad se reciben en casos especiales solo con la PRIMARIA, el plan de estudios es de un año (seis meses teórico y seis meses práctico); no se tiene perfil de la egresada; los objetivos terminales de la carrera son preparar a personal que al término del curso sera capaz de realizar las siguientes actividades: toma de signos vitales, baño de pacientes, manejo de dietas, cambio de posiciones, vendajes, curaciones, suturas suturas simples, colocacion de sondas Foley y nasogástrica, inmunizaciones, inyecciones tanto intramuscular, intravenosa, manejo de pacientes en puerperio fisiológico, cesarea, quemados y

traumatizados y manejo del paciente al ingreso-al egreso.

47

Mostrando que el cuestionario es entendible y valido.

Otras respuestas que se obtuvieron y que no fueron confrontadas por sus características son: factores que han influido en la planeación de los recursos humanos de enfermería (falta de material y equipo didáctico, mala preparación en la educación básica, hogar, falta de orientación vocacional, financiamiento, falta de técnicas pedagógicas por parte del personal docente, medio socio-económico).

La confiabilidad no se obtuvo por ser únicamente un cuestionario contestado.

Cabe mencionar que se agregaron algunos items: los cuales fueron: determinantes de la oferta de las instituciones educativas de formar recursos humanos de enfermería, número de alumnos que cambian de carrera, lugar donde realizan sus servicio social y seguimiento de las egresadas en relación a el lugar donde trabaja.

Respecto al instrumento de medición número dos aplicado a las enfermeras del Instituto Mexicano del Seguro Social de una Unidad de Medicina Familiar y un Hospital General de Zona se tuvo una mortalidad del 10%.

La validez del instrumento se llevo a cabo a través del confrontamiento de algunas preguntas como son funciones y actividades que realiza la enfermera y lo establecido en el profesiograma "Contrato Colectivo de trabajo".

Algunos reactivos que no se confrontaron se utilizaron para cerrar las preguntas del cuestionario son: causas de deserción del personal de enfermería (cuadro No. 1), problemas presentados en la planeación de los recursos humanos de enfermería (cuadro No. 2), problemas presentados durante su desarrollo profesional (cuadro No.3).

En relación a la confiabilidad del instrumento de medición número 2 se le aplicó la fórmula del método de Kuder-Richardson descrito previamente y obteniéndose una confiabilidad del 0.88, que da una confiabilidad cercana a la unidad por lo tanto el cuestionario es confiable.

Cabe aclarar que al instrumento número 2 se le anularon las siguientes preguntas: grado académico y los requisitos de su puesto por ser repetitivas y confusas en su redacción.

Se cerraron las siguientes preguntas de acuerdo a los resultados obtenidos en la prueba piloto, dejando siempre la opción de otras más: estudios que ha realizado, funciones y actividades que realiza, problemas presentados durante su desarrollo profesional, causas de deserción y problemas presentados en la planeación del recurso humano de enfermería.

Se anexaron los siguientes reactivos: jornada laboral, salario, afiliación a sindicatos, colegio o asociación, años que permaneció como desempleado o subempleado, además alternativas de solución y que propondría para la adecuada planeación de los recursos humanos de enfermería, comentario en relación a la

preparación y desarrollo profesional de la enfermera y tiempo de traslado de su hogar a su lugar de trabajo.

Los problemas presentados durante la aplicación de la prueba piloto fueron: falta de cooperación, apatía y desinterés por parte de los Directores de las instituciones educativas y las ventajas de la prueba piloto fueron refinar las preguntas, desechar las preguntas confusas o repetidas, completar los cuestionarios con la finalidad de poder recabar la mayor información posible.

6.8. HERRAMIENTAS PARA EL PROCESAMIENTO DE DATOS.

Obtenida la información se realizó un acumulado de cada uno de los reactivos, dado que buena cantidad de la información que debe manejar un planificador son de tipo cuantitativo, el uso de la estadística descriptiva ha permitido que la información obtenida pueda ser depurada, clasificada, resumida y analizada, logrando determinar la magnitud de las variables de cada uno de los elementos que componen el sistema en estudio.

El uso de las técnicas de la estadística descriptiva no involucran probabilidad de error, en caso de su presencia será imputable a la recolección de datos, al procesamiento de los datos o al cálculo erróneo de las medidas estadísticas (Nuñez, 1982).

Los resultados del aspecto cuantitativo se vaciarán en cuadros de salida.

El comportamiento de la oferta futura se obtendrá a través de la proyección de los datos históricos, aplicando la técnica de

regresion. La cual requiere que las variables sean medidas en escalas de intervalo o de razon en diferentes tiempos, que tengan relación entre si y que sean variables de tipo lineal y adicionales.

La TECNICA DE REGRESION trata de describir no solamente el grado de relación entre dos variables sino la naturaleza misma de la relación de manera tal que podamos predecir una variable conociendo la otra, a partir de la relación dada de que las variables son dependientes estadísticamente, el conocimiento de X puede ayudar a predecir el comportamiento de Y y viceversa.

La operación de regresión contiene los siguientes supuestos:

1. Que la forma de la ecuación es lineal.
2. Que la distribución de los valores de Y sobre el valor de X es normal.
3. Que las varianzas de las distribuciones de Y, son similares para cada valor de X.
4. Que el error es igual a 0.

Cumplidas estas condiciones, la ecuación de la regresión es: $Y = \alpha + \beta X$ donde α y β son constantes y se les da una interpretación geométrica.

Si X es igual a 0, entonces Y = α representa entonces el punto donde la línea de regresión cruza el eje de Y.

La inclinación de la línea de regresión es dada por β indicando la magnitud en el cambio de Y por cada unidad de cambio de X.

Cuando es igual a 1 y si las unidades de X y Y están indicadas por distancias idénticas a lo largo de sus ejes respectivos, la línea de regresión estará en un ángulo de 45 grados.

Con respecto al eje de las X. A más grande el tamaño de mayor será el declive, es decir más grande el cambio en Y dados, determinados los valores de cambio en X.

Es decir que β mide la tangente del ángulo, con lo cual queda identificado el ángulo.

La producción estimada requiere como datos históricos la información recabada a través de la pregunta número 8 del cuestionario de las instituciones educativas.

El aspecto cualitativo se reportará en cuadros, gráficas y el análisis de los resultados se hará a través de las técnicas de la estadística descriptiva.

7. RESULTADOS.

7.1. MEDIO AMBIENTE.

El estado de Querétaro es uno de los estados mas pequeños del territorio nacional representa el 0.6%.

Limita al norte con San Luis Potosí, al este y sureste con Hidalgo, al sur con México y Michoacán y al oeste y noroeste con Guanajuato.

Su superficie es montañosa en el 69% debido a dos sistemas montañosos: la Sierra Gorda y la Sierra Querétaro.

Cuenta con yacimientos de minerales en el 70% del territorio estatal de los cuales se explota solo el 5%.

El 31% de su superficie esta formada por cañadas, llanuras y valles de tierras fértiles para la agricultura y ganadería.

El recurso agua es reducido debido a que Querétaro se encuentra en el parteaguas de las dos vertientes, donde se encuentran los escurrimientos principales y la lluvia es abundante, la zona no permite su aprovechamiento por la topografía prevaleciente.

El clima es semiseco en el 78% de su territorio y el resto es seco.

La temperatura es en el 66% templado (al sur y centro del estado), mientras que en la zona norte es semicálido.

Uso del suelo de las 1 176 900 hectareas que tiene el estado, solamente 648,096 se utilizan (55%) para la agricultura, ganadería y silvicultura.

El estado de Querétaro se divide política y administrativamente en 18 municipios y sanitariamente en 4 jurisdicciones cuyos límites concuerdan en la siguiente forma (Fig. 1).

ASPECTO DEMOGRAFICO.- El estado presenta uno de los índices de crecimiento más elevados del país, como resultado de factores demográficos, elevada tasa de nacimiento, una inmigración de los estados circunvecinos atraídos por el desarrollo industrial, la tasa de mortalidad se ha ido reduciendo debido al mejoramiento del sector salud en el estado.

El comportamiento del crecimiento poblacional se puede observar en la gráfica 1 de acuerdo a los datos del censo de 1980 aplicándole un incremento anual del 4.04% ,dato utilizado en el estado para la proyección.

En cuanto a la población por grupo de edad, los menores de 15 años integran el 46.5%. La fuerza de trabajo (15 a 64 años) esta formada por el 49.6% del total; sin embargo, solamente 2 de cada 3 personas en edad activa trabajan, recayendo en ellas la manutención del resto de la población.

La pirámide de población sigue siendo de base amplia, pero el Censo de 1980 es el primero en que el grupo de 0 a 4 años es menor al de 5 a 9 años como manifestación de los logros de la planificación familiar. No se interpreta como mayor mortalidad infantil y preescolar puesto que la tendencia hasta el Censo de 1980 es francamente descendente. El 49.8% de todas las edades

corresponden al sexo masculino y el 50.2% al femenino.

ASPECTO ECONOMICO Y SOCIAL.- La industria representa el 2% del PIB industrial de México formada por 1503 empresas industriales, destacando por su importancia las metalmeccanicas (62% del monto de la inversión industrial) le sigue la industria alimenticia, textil, eléctrica, hulera, papelera, vitivinícola, química y el vidrio, ubicadas principalmente en Querétaro, San Juan del Río, Tequisquiapan y Villa Corregidora.

Coexistiendo con actividades primarias en un grado con atraso considerable. Aunado a esto serios problemas de vivienda para las personas de nivel económico medio y bajo, hay deficiencia en la capacitación del trabajador cuyo nivel de preparación es la primaria en promedio, contaminación del aire, suelo y agua.

En segundo término se encuentra la ganadería sobresaliendo principalmente el ganado porcino, bovino, vacuno, presentando en los últimos tiempos crisis constantes por alzas en los insumos, alimentos balanceados y en la alfalfa principalmente.

La agricultura dispone solamente de 250,012 hectareas cultivables de las cuales en los últimos 5 años se han explotado en promedio 180,000; ubicándose las áreas agrícolas en la parte sur del estado gracias a que cuentan con agua, tierras aptas para el cultivo y vías de comunicación adecuadas; sin embargo, presenta problemas por la orientación de los recursos hacia la industria, deterioro de precios en los productos agrícolas, cuestiones climatológicas cambiantes y otros.

La minería tiene como producto principal en volumen y valor al mercurio cuya explotación ha venido en descenso por la disminución de su precio en el mercado mundial, siguiéndole el opalo, la plata, el plomo y el cobre.

El comercio está formado por 5,425 establecimientos cuyas principales actividades se enfocan a productos alimenticios elaborados y no elaborados que ocupan el 56.1% del personal dedicado al comercio (5,706 personas).

El turismo se ha venido incrementando año con año debido a la influencia nacional y extranjera, cuya estancia promedio es de 2.5 días, localizados los centros turísticos en los municipios de Querétaro, San Juan del Río y Tequisquiapan con monumentos arquitectónicos e históricos y aguas termales en los últimos.

La vivienda no es suficiente para la gran demanda, provocando la presencia de zonas suburbanas deprimidas en donde las condiciones que prevalecen en muchas ocasiones son peores que en el medio rural y el hacinamiento es lo habitual.

ASPECTO EDUCATIVO.- El censo de 1980 reporta un analfabetismo que llega hasta el 9.8% en el grupo de edad de 10 a 14 años y de 26.1% en el grupo de 15 y más años, dando un porcentaje global de 22.6% (113,313 analfabetas) para ambos grupos; en publicaciones recientes de la Secretaría de Educación Pública considera una discreta disminución a 21%.

Los municipios más afectados son: Amoles, Huimilpan, Amealco, Landa de Matamoros, San Joaquín y Cadereyta.

ASPECTO SOCIO-CULTURAL.- El idioma español es hablado por más del 95% de la población, existiendo núcleos otomies en las localidades de Amealco, Toliman, Querétaro, Cadereyta y San Juan del Río.

En relación a la nutrición se reporta en el Censo de 1980 que la avitaminosis y otras deficiencias nutricionales, como causa directa de 74 defunciones de los cuales 33.7% fueron en los menores de un año (6a. causa); 14.8% en el grupo de 1 a 4 años de edad (4a. causa).

Esto sin contar donde participa como condicionante, lo que hace pensar que existe un serio problema en estos grupos de edad.

La existencia de tabues alimenticios y la falta de educación en este aspecto es determinante en la presencia de este problema.

De acuerdo a una encuesta alimentaria cuali-cuantitativa realizada en 1982 por la Oficina de Nutrición de la Dirección de Salud Querétaro, se encontró que la dieta habitual en las comunidades rurales esta basada en café o té, frijoles y tortillas tanto en el desayuno, comida y cena; esta pobre variación se traduce en una dieta pobre e inadecuada, ya que carece de alimentos con aporte protéico; además, es muy bajo el consumo de frutas y verduras.

En la zona urbana se observa alto consumo de calorías y proteínas, pero no se considera completa ya que el consumo de verduras y frutas es escaso.

En cuanto al consumo de nutrientes per capita por día, en las embarazadas se observo un bajo consumo de vitamina A y C, como

consecuencia de la ingesta insuficiente de alimentos de origen animal así como frutas y verduras.

El consumo de nutrientes per capita por día en preescolares demostro que ademas de la baja ingesta de alimentos de origen animal, de frutas y verduras, los que contienen hierro son poco consumidos.

En relación a la ablantación, se observa que se inicia a los 4 y 6 meses de edad utilizando atole, sopas y caldo de frijol, aunque lo correcto deberian ser jugos y pures de frutas y verduras.

El destete se lleva frecuentemente entre los 10 a 21 meses de edad lo que origina desnutrición marcada.

COMUNICACIONES Y TRANSPORTES.

La cobertura carretera del estado es muy superior a la del promedio nacional de los Km / 100 Km cuadrado, debido a que esta situado en el corazón de la República Mexicana y ser un entronque de las carreteras nacionales.

También cuenta con una extensa red ferroviaria debido a que es un punto de enlace entre el D.F. y el norte del país, así como con la ciudad de Guadalajara.

El centro de salud mas alejado de la capital del estado es Agua Zarca que se localiza en el municipio de Landa de Matamoros y en condiciones normales de manejo se llega en menos de 5 horas.

Además el estado tiene 7 radiodifusoras de amplitud modulada y 2 de frecuencia modulada, localizándose en San Juan del Río,

Jalpan y en la capital del estado.

Teniendo comunicación desde las presidencias municipales hacia la capital del estado.

El servicio de correos es otorgado a través de 10 administraciones en 7 de los 10 municipios del estado y en 39 agencias de diferentes comunidades; se cuenta con 12 administraciones de telegrafos, en San Juan del Río y Querétaro se tienen centrales automáticas y se extiende este servicio a 12 localidades por la vía telefónica.

DAÑOS A LA SALUD.

HECHOS VITALES.

NATALIDAD. La natalidad ha presentado altas y bajas pero a partir de 1974 ha descendido paulatinamente de una tasa de 49.9 por 1,000 habitantes a 39.1 (21.6%).

El descenso logrado a través del Programa específico iniciado a fines de 1973 sumado a la educación en planificación familiar a través de los medios masivos de comunicación, han logrado este descenso, aunque es de considerarse que falta mucho para lograr la tasa ideal.

MORTALIDAD. La mortalidad general se reporta con una tasa de 7.4 por 1,000 habitantes.

La tasa de mortalidad por grupos específicos se presentan en el cuadro 4.

Dentro de las causas principales de mortalidad general se presentan en el cuadro 5.

Con respecto a la mortalidad infantil para 1980 se reporta 57.0 por 1,000 nacidos vivos registrados, representa el 30.0% de la mortalidad general, ocupando los tres primeros lugares: ciertas afecciones en el periodo perinatal, enfermedades infecciosas intestinales y la influenza y neumonía; siguiendo en orden decreciente las anomalías congénitas, disrritmias cardiacas, deficiencias de la nutrición, septicemias, enfermedades de las vías respiratorias superiores, otros accidentes incluso los de efectos tardíos y las meningitis.

ESPERANZA DE VIDA AL NACER. Se tiene como último cálculo de 63.4 años, manteniéndose por abajo de la nacional que fue de 64.8 años (1974).

MORBILIDAD. Se menciona en el cuadro 6 de acuerdo a frecuencia.

PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD. La Seguridad Social atiende al 47.9% de la población total, la Medicina Privada al 5.0% y corresponde a la Dirección de salud el 47.1% (cuadro 7).

La Dirección de Salud del estado de Querétaro cuenta con 146 unidades de primer nivel y 25 módulos de la estrategia de Extensión de Cobertura. En cada cabecera jurisdiccional funciona un hospital en el que se cuenta con las cuatro especialidades

La accesibilidad y situación geográfica de las jurisdicciones I y II cuya sede es Querétaro y San Juan del Río respectivamente las hace menos complejas para la prestación de servicios de atención médica.

La Dirección de Salud del estado de Querétaro utiliza el método de **NORMATIVIDAD TECNICA** para la planeación de recursos humanos de enfermería, expresado en un modelo de atención a Población Abierta el cual señala los criterios que habrán de seguirse para dimensionar y localizar las nuevas unidades, con el propósito de reordenar y homogenizar las estructuras existentes y de orientar la construcción de nuevas unidades; corregir las disparidades de los servicios asistenciales, mejorar el nivel de salud de la población, procurando su cobertura total con servicios integrales de calidad básica homogénea, fortaleciendo las acciones dirigidas a los grupos más desfavorecidos (cuadro 8).

Mencionando el personal de enfermería del Hospital General Querétaro que ellos utilizan la siguiente fórmula para el cálculo de recursos humanos en su departamento, por no contemplarse las características del Hospital en el documento normativo.

$$\text{Fórmula: No. de enfermeras} = \frac{\text{IE} \cdot \text{C} \cdot 365}{\text{JT} \cdot \text{UDET}}$$

IE=Indicador de atención de enfermería

C=Número de camas de hospital

Constante de 365 días

JT=Jornada de trabajo expresado en horas

UDET=Volumen de días efectivos de trabajo

Obteniendo que la demanda de recursos humanos de enfermería para un hospital de 160 camas, es de 252 enfermeras con una relación de 60% de enfermeras generales por un 40% de auxiliares de enfermería; teniendo por otra parte una oferta de 125 enfermeras 49.60% (cuadro 9), compensada la demanda con las pasantes de enfermería que para 1989 era de 55 enfermeras.

Siendo insuficiente la cobertura que provoco un servicio de enfermería de regular calidad al distribuirse la carga de trabajo entre el personal existente (cuadro 10).

Así mismo el primer nivel de atención maneja la prestación de servicios a través de centros de salud y módulos del programa de extensión de cobertura (cuadro 11), los cuales funcionan de la siguiente manera: un módulo por cada 8 a 10 comunidades, existiendo una responsable de módulo que es una auxiliar de enfermería teniendo entre sus funciones el control de los promotores de las comunidades, que es personal perteneciente a los mismos que llevan a cabo los programas de Atención Primaria a la Salud (cuadro 12). Por tanto la demanda es de 63 a 147 auxiliares de enfermería los cuales son cubiertos en un 49.65% de las necesidades (73 enfermeras), complementada la demanda de la misma manera que en el segundo nivel de atención de un 9.12% con pasantes de enfermería.

La oferta inactiva que esta integrada por el grupo de personal calificado de enfermería que puede laborar, pero que no presta servicios directamente en la institución (cuadro 13).

Además los desempleados de los cuales se obtuvo sólo datos estimativos a través de los directores de las instituciones educativas, debido a la falta de un seguimiento real.

La escuela INDEREQ considero que el 15% de sus egresadas son desempleadas, por ejemplo en 1988 hubo 27 egresadas de las cuales 4 con tienen trabajo, la U.A.Q. estimo un 40% de egresadas, es decir de 40 egresadas en 1988 hay 16 desempleadas a nivel técnico. No se obtuvo respuesta del DIF y la Cruz Roja (cuadro 14).

No se realizó la proyección de la oferta futura por obtener datos estimativos o metas fijas en relación al número de alumnos que ingresan y egresan y la uniformidad en la antigüedad de las escuelas.

La movilidad y pérdida de recursos humanos no son de utilidad por no existir un registro y un seguimiento, refiriéndose una migración de 3 y una jubilación de 23 en el último año, no existiendo descensos debido a que la población existente es joven, como efecto de la liquidación de personal realizado en años anteriores (cuadro 15).

La situación expuesta en párrafos anteriores guarda similitud con el resto del estado, siendo superior en las jurisdicciones de Toluca y Jalpan.

7.3.- ASPECTO CUALITATIVO.

En el organigrama del segundo nivel de atención se puede observar que el puesto de jefa de enfermeras a nivel estatal no

tiene nombramiento oficial y el de jefa de enfermeras esta vacante (cuadro 16). Con respecto al primer nivel se observa que el supervisor estatal del programa de la enfermedad de Hansen no esta contemplado dentro del organigrama (cuadro 17).

Con respecto a la descripción de puestos se consideran los siguientes apartados: nombre del puesto, ubicación (puesto superior, inferior y colateral), nombre del puesto al que se reporta, horario, funciones generales y específicas, actividades periodicas y esporadicas. Asimismo especificaciones del puesto (estudios requeridos, experiencia y responsabilidad) y la autoridad. Siendo un documento homogéneo en lo relacionado a los apartados de los diferentes puestos, pero no contemplando todos ellos.

La jefa de enfermeras a nivel estatal respondió que los perfiles profesionales futuros del personal de enfermería serán dados de acuerdo a la preparación que vayan teniendo.

Los factores tomados en cuenta para la planeación de recursos humanos de enfermería son: número de camas en cada una de las unidades hospitalarias. Los problemas que se han tenido en la planeacion de los recursos humanos de enfermería han sido: falta de personal capacitado, falta de personal, distancia de las unidades de atención médica principalmente en las jurisdicciones 2, 3, y 4 y la necesidad de un nuevo recurso de enfermería, del cual no se menciono características, funciones y actividades a desempeñar.

En las instituciones educativas se obtuvo respuesta en el 60%, el resto no responde por apatía, desinterés del personal directivo y por la desaparición de una escuela privada.

El personal docente de las escuelas de auxiliares de enfermería son en su mayoría médicos (gráfica 2), a diferencia de la U.A.Q. la cual presenta mayor diversidad en la formación profesional de su plantilla docente (gráfica 3).

El servicio social de las estudiantes de enfermería es realizado en un 30% en el Hospital General, un 20% en los centros de salud A, B y C, en la misma forma que en el asilo de ancianos (gráfica 4).

Las egresadas de la carrera de enfermería se desarrollan profesionalmente en las distintas instituciones de salud del estado, ingresando en un 21.32% en la Dirección de Salud, en segundo lugar en el I.M.S.S. con un 18.03% y el 18.03% permanecen desempleadas (gráfica 5).

En relación a las enfermeras encuestadas se obtuvo que la edad promedio es de 32 años con una D.E. de - 9.92.

Con respecto al tipo de recurso humano de enfermería existente en el primer nivel de atención sobresalen las auxiliares de enfermería y en el segundo nivel las enfermeras generales (gráfica 6). Con diferencia en las jornadas laborales predomina la jornada de 8 horas (gráfica 7), con un salario bajo (gráfica 8). El 50% lleva laborando de 6 a 10 años (gráfica 9) en la cual se muestra la distribución por niveles.

En relación a la pregunta de si trabaja en otra institución aparte de la Dirección de Salud sólo se obtuvieron tres respuestas afirmativas de las cuales el 66% contestó en el I.M.S.S. y el 33.33% I.S.S.S.T.E. Con respecto a los años que permanecieron desempleadas o subempleadas sólo 13 personas contestaron afirmativamente de las cuales el 62% permaneció un año, el 23% dos años y el 15% refirió cuatro años.

En relación al cumplimiento de actividades y funciones de acuerdo a lo normativo se obtuvo que el personal normativo (gráfica 10), no realiza las siguientes actividades:

- VERIFICACION DEL MANTENIMIENTO DEL EQUIPO.
- DOCENCIA.
- ASESORAR LAS INVESTIGACIONES QUE SE EFECTUAN EN LAS UNIDADES APLICATIVAS DE LA DIRECCION DE SALUD.
- INCREMENTAR LA COORDINACION Y LOS CANALES DE COMUNICACION DENTRO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.
- RETROALIMENTAR Y MODIFICAR LOS SISTEMAS Y METODOS DE TRABAJO.
- FACILITAR EL DESARROLLO PROFESIONAL DEL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL NIVEL CENTRAL Y APLICATIVO.
- PROPONER A LAS AUTORIDADES CORRESPONDIENTES LA CONTRATACION Y MOVIMIENTOS ESCALAFONARIOS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA IDONEO.
- INFORMAR DE LAS ACTIVIDADES TECNICO-ADMINISTRATIVAS Y DOCENTES CON BASE A PARAMETROS ESTABLECIDOS.
- PROPORCIONAR ASESORIA AL PERSONAL DE ENFERMERIA Y OTROS

ORGANISMOS QUE LO SOLICITEN.

- CELEBRAR REUNIONES DE TRABAJO, SELECCION Y PROPONER CANDIDATOS PARA LA ASISTENCIA A DIVERSOS EVENTOS MEDICOS CIENTIFICOS Y DE OTRO TIPO.
- INVESTIGAR LAS NECESIDADES DE RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES DE SU AREA.
- SUPERVISAR Y EVALUAR LA SITUACION DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS EMANADOS DEL NIVEL CENTRAL.
- SUPERVISAR NORMAS DE TRABAJO A NIVEL APLICATIVO.
- CONVOCAR Y CELEBRAR REUNIONES QUE FAVOREZCA EL INTERCAMBIO DE INFORMACION ENTRE EL NIVEL CENTRAL Y APLICATIVO.
- IMPLEMENTAR PROGRAMAS DE EDUCACION EN SERVICIO A NIVEL APLICATIVO.
- ENTREVISTAR AL PERSONAL DE NUEVO INGRESO, PROPUESTO PARA OCUPAR PLAZAS DE ENFERMERIA.
- CELEBRAR REUNIONES CON OTRAS DIRECCIONES PARA EL DESARROLLO DE FUNCIONES Y ACTIVIDADES TECNICO-ADMINISTRATIVAS.
- ADIESTRAR AL PERSONAL DE ENFERMERIA A NIVEL OPERATIVO.
- REALIZAR PLATICAS DE ORIENTACION A PERSONAL DE ENFERMERIA Y OTROS QUE LO SOLICITEN.
- SOLICITAR ASESORIA INTRA Y EXTRADEPARTAMENTAL.
- ASISTIR COMO PONENTES O PARTICIPANTES A CONGRESOS, SEMINARIOS, ETC.
- ELABORAR UN PLAN DE TRABAJO DE VACUNACION PERMANENTE E INTENSIVA

DE ACUERDO A LA NORMATIVIDAD ESTABLECIDA POR EL NIVEL CENTRAL NACIONAL.

- ESTABLECER COORDINACION CON OTRAS INSTITUCIONES DE SALUD Y EDUCATIVAS RELACIONADAS CON ENFERMERIA.
- SUPERVISAR Y ASESORAR LAS DOTACIONES DE BIOLÓGICOS, MATERIAL DE CURACION, ROPA Y EQUIPO EN CONSULTA EXTERNA.

En relación con la supervisora de enfermería del segundo nivel de atención.- Sus actividades están en relación a lo deseado, con excepción de la falta de supervisión del recetario colectivo de su área, los enlaces con admisión hospitalaria, vigilar que se elaboren correctamente las formas estadísticas, participar en la docencia que se realice en la unidad a nivel del campo clínico de enfermería (gráfica 11).

Enfermera General del segundo nivel de atención. Sus funciones y actividades son realizadas de acuerdo a su profesiograma, teniendo un rol ampliado el cual consiste en llevar a cabo funciones de encargada de farmacia, cuidados de pacientes de terapia intensiva, cargar a los pacientes y realizar cortes de cabello (gráfica 12).

Pasante de enfermería general dentro del segundo nivel de atención, realiza las actividades del área clínica regularmente (gráfica 13).

Auxiliar de enfermería del segundo nivel de atención realiza en un 90% las actividades y funciones programadas de su puesto,

con excepción de la falta de colaboración en los programas de enseñanza y en un caso se refiere realizar funciones y actividades de jefe del servicio de terapia intensiva (gráfica 14).

Jefe de enfermeras del primer nivel de atención realiza todas las actividades específicas de su puesto, con excepción de la función de evaluación de la eficiencia de su personal, estimular y motivar al personal (gráfica 15).

Enfermera General en el primer nivel de atención. Esta categoría que fue excluida del primer nivel, ya que sus actividades son realmente en el servicio de CEYE o de acuerdo a las necesidades de la unidad (gráfica 16).

Auxiliar de Enfermería del primer nivel de atención. Sus actividades son realizadas en la gran mayoría, pero con poca calidad al tener una preparación básica y escasa capacitación. Si tomamos en cuenta que son las encargadas directas del Programa de Atención Primaria el logro de éste se verá afectado (gráfica 17).

Con respecto al nivel académico se cumple en el 100% con los requisitos del puesto, en algunos casos se refieren otros estudios como Bachiller, Normal, Cursos Posttécnicos en las áreas de Administración de Hospitales, Salud Pública, Dermatoleprología, Ginecología y Obstetricia, Terapia Intensiva, Médico Quirúrgica, Enfermería Industrial y estudios de contador Público.

En relación a la escuela de procedencia se obtuvo que el 59.25% son de la Universidad Autónoma de Querétaro (gráfica 18) y

el 81.03% son escuelas ubicadas dentro del estado (gráfica 19).

Los problemas que se presentan durante el desarrollo profesional son principalmente: falta de material y medicamentos, problemas de comunicación, manejo de aparatos, falta de conocimientos y carencia de habilidades (cuadro 18).

Teniendo como causas de deserción en forma predominante el factor económico, vocacional y la falta de personal (cuadro 19).

Desde el punto de vista del personal de enfermería consideró que los problemas que se presentan en la planeación de recursos humanos de enfermería son: falta de material y equipo, falta de personal, falta de comunicación entre el personal de enfermería y médico (cuadro 20). En el cuadro 21 se exponen los puntos de vista de las encuestadas en relación a la preparación y desarrollo profesional de las enfermeras y en el cuadro 22 las alternativas de solución basadas en la experiencia y la interrelación de los tres subsistemas con su medio ambiente.

En relación a la capacitación continua se observa una inclinación por las áreas de pediatría, cirugía, medicina interna, administración, ginecología y salud pública. No se observan actividades de docencia e investigación en forma general con excepción de un trabajo publicado sobre la participación del personal de enfermería en la asistencia del paciente con enfermedad de Hansen.

La gran mayoría son originarias del mismo estado, con escasa migración de los estados circunvecinos como son: Puebla, Michoacán, Distrito Federal predominantemente.

8. DISCUSION.

El estado de Querétaro es uno de los más pequeños de la República Mexicana, que presenta uno de los índices de crecimiento más elevado del país como resultado de una tasa de crecimiento alta y la inmigración de la población de los estados circunvecinos hacia los municipios de mayor desarrollo industrial. La tasa de mortalidad muestra una disminución como efecto de las estrategias utilizadas por el sector salud y el aumento de la esperanza de vida al nacer.

Existe una diferencia notable entre los propósitos del actual gobierno federal y la situación del estado; mientras que el gobierno federal propone disminuir la tasa de crecimiento poblacional a 1% a nivel nacional, el estado tiene una tasa de crecimiento de aproximadamente 4.04% de incremento anual, que de acuerdo a la proyección al año 2000, se tendrán requerimientos calculados para una población estatal de 1'618.646 habitantes.

Existen algunas hipótesis sobre crecimiento poblacional, como es la del INEGI-CONAPO de una tasa de crecimiento de 2.2% que da por resultado una población de 1'244.700 que representa una fecundidad baja, en comparación con el comportamiento actual.

El comportamiento demográfico no puede ser concluyente debido a los cambios en los programas y políticas de salud que se den como consecuencia de las condiciones futuras del estado, que están influenciadas por factores de tipo climatológico, político, demográfico, etc.

Existen algunos municipios de mayor atracción por la industria como son: Querétaro, San Juan del Río, Tequisquiapan y Villa Corregidora que coexisten con actividades primarias en un grado de atraso considerable que significan resago en el desarrollo del resto de los municipios por la alta concentración de recursos destinados a estas localidades y la presencia de serios problemas de vivienda para la población de nivel económico medio y bajo.

Teniendo como resultante aumento de zonas suburbanas deprimidas, en donde las condiciones que prevalecen son pésimas en comparación al medio rural; el hacinamiento y la promiscuidad es lo habitual. Además hay deficiencia en la capacitación del trabajador cuyo nivel promedio de educación es la primaria, así como la contaminación del aire, suelo y agua.

Por otro lado la ganadería y la agricultura son actividades que originalmente han mantenido a la población queretana; presentando serios problemas como son: crisis constantes por alzas en insumos, alimentos balanceados, falta de tecnificación del campo, deterioro de precios en los productos agrícolas con respecto a los manufacturados, factores climatológicos debido a que el estado se encuentra en el parteaguas de las dos vertientes con una falta de aprovechamiento del agua y agotamiento subsecuente de las tierras.

En relación a la educación los queretenses presentan serios problemas al encontrarse ubicadas las escuelas en algunos

municipios y la falta de recursos económicos que provocan que desde pequeños empiezen a trabajar, representando un 22.7% de analfabetismo global.

Asimismo el estado nutricional es deficiente tanto en el aporte nutricional como vitamínico debido a la existencia de tabues alimenticios, falta de educación en este aspecto y escasos recursos económicos.

Es un estado que cuenta con una buena comunicación por carretera al estar situado en el centro de la República y ser un entronque de las carreteras, además cuenta con nueve radiodifusoras y comunicación por lo menos con las presidencias municipales para casos de urgencias hacia la capital del estado.

En relación al aspecto salud, la mortalidad del estado se calcula en una tasa de 7.4 por mil habitantes presentando un patrón mixto, al estar configurada la lista de las diez principales causas de mortalidad por enfermedades crónico-degenerativas e infecciosas, como efecto de la transición epidemiológica que presentan los países en vías de desarrollo. La morbilidad presenta un comportamiento similar a la mortalidad, representado por infecciones del sistema respiratorio y digestivo, hipertensión arterial y la diabetes mellitus resultado de la situación socioeconómica cultural del estado.

La cobertura de los servicios de salud es de un 90%, de los cuales la seguridad social atiende al 47.9% de la población, correspondiendo el 47.1% a la Dirección de Salud, a través de las

146 unidades de primer nivel, 25 módulos de la estrategia de la extensión de cobertura y 4 hospitales ubicados en las cabeceras municipales que cuentan por lo menos con las 4 especialidades básicas.

Utilizando la Dirección de Salud Querétaro para la planeación de recursos humanos el Método de Normatividad Técnica, que tiene como objetivo la cobertura del 100% de la población abierta del estado, tomando en cuenta los indicadores: número de camas, unidades médicas, necesidades de servicio que reflejan una inadecuada planeación en una falta de personal que en algunos casos no esta capacitado, una inadecuada ubicación de las unidades así como la distribución física de éstas y la planeación de recursos financieros, apoyado en las premisas de Haddad y Canales quienes mencionan que este método presenta una serie de desventajas entre las que se encuentran: estar basado en criterios de tipo internacional o nacional, no basarse en características socioeconómicas, geográficas, demográficas, epidemiológicas y políticas de la población objeto que son determinantes en la planeación de los recursos tanto físicos, humanos, materiales y financieros y por último no llevarse a cabo seguimiento o evaluación continua de la organización que permita corregir los problemas que se presentan dentro del proceso de la atención médica.

Además los datos obtenidos no cumplen con los indicadores considerados como ideales (una enfermera general por dos

auxiliares de enfermería, 6.7 enfermeras por 10 mil habitantes), teniendo un indicador a nivel de la jurisdicción número 1 de una enfermera por cada 2,854 habitantes y a nivel nacional de 3.5 enfermeras por 10 mil habitantes. Que son un reflejo de una planeación inadecuada.

El documento normativo no contempla el Hospital de 160 camas que es el caso del Hospital General Querétaro lo que provoca que sea el personal de enfermería del hospital el que calcule su demanda, asimismo el indicador para unidades de primer nivel presenta dificultad para el cálculo de recursos ya que se mencionan valores máximos y mínimos. Por otro lado la falta de centros de salud y de áreas físicas han tenido que implementar un Programa de Extensión de Cobertura.

La oferta real es menor a la demanda, lo que requiere para la cobertura del apoyo de estudiantes y pasantes de enfermería, pago de tiempo extraordinario y contratación de personal con poca preparación que influye directamente en la calidad del servicio proporcionado. Las fuentes que pueden contribuir a la cobertura de la demanda de enfermeras de la Dirección de Salud Querétaro son: una oferta inactiva calculada en 1,007 enfermeras para 1984 las cuales laboran en I.M.S.S., I.S.S.S.T.E., DIF, Cruz Roja, INDEREQ y Sanatorios Particulares de los cuales el 85.50% (861) corresponden a la jurisdicción 1. Y la población desempleada y la oferta futura sólo son cifras estimadas y metas proporcionadas por dos instituciones educativas.

La organización formal del área de enfermería a nivel central y operativo presentan problemas serios como son personal con poca experiencia, falta de conocimientos, tener puestos vacantes que son claves para el buen servicio, duplicación de funciones, rol ampliado y la suspensión de actividades básicas dentro del cumplimiento de los programas prioritarios o realizadas en forma inadecuada.

Se percibe la necesidad de un nuevo recurso pero no se ha investigado que perfilograma debe tener y sólo se considera que la preparación que tenga el personal dará la respuesta a las funciones y actividades a desarrollar de este nuevo recurso. Por otro lado las instituciones educativas mencionan que la apertura esta fundamentada en la demanda de aspirantes, necesidades de la población y demanda de recursos humanos de las instituciones de salud, que no tienen un seguimiento que fundamente su actualización y las necesidades teniendo por tanto sólo una planeación de acuerdo a metas y basada en aspectos políticos que se corroboran en las diferencias del perfil de las egresadas de auxiliares de enfermería como es el caso del DIF que forma una auxiliar de enfermería con un enfoque en asistente de odontólogo.

Los perfiles educativos son enfocados hacia el área curativo-hospitalaria aunque de fondo sea hacia la atención primaria. La Universidad formadora de Licenciadas de Enfermería y Enfermeras Generales en el estado, las primeras tienen una inclinación hacia la investigación y el área administrativa

normativa, no fundamentado en la realidad mencionándose que su creación tuvo un antecedente de tipo político al observarse que las tituladas laboran como enfermeras generales, así como la necesidad que ha tenido la enfermera de tener un reconocimiento más acorde con el médico.

La plantilla docente de estas escuelas tienen una tendencia a estar formadas por médico generales o especialistas que provoca que el desconocimiento de la situación de la profesión influya en la calidad del recurso formado.

En relación a las instituciones educativas y las enfermeras que de ellas egresan se observa un desinterés de las primeras por el futuro profesional de sus egresadas que provocan un elevado número de desempleadas como es el caso de la Universidad Autónoma de Querétaro.

Por último el personal encuestado es joven lo que permite realizar cambios en su comportamiento con la finalidad de proporcionar un servicio con calidad si se toman en cuenta variables que pueden actuar en forma positiva o negativa como son salario, educación, interés, poder adquisitivo, etc.

9. CONCLUSIONES.

El análisis del problema a través de la Teoría General de Sistemas es de trascendencia dentro de la Administración de Personal, al proponer un enfoque integrador como alternativa para la planeación de los recursos humanos en los aspectos cuantitativos-cualitativos.

Como se comprobó dentro de los resultados de la presente investigación: *UN ENFOQUE INTEGRADOR COMO ALTERNATIVA DE PLANEACION DE LOS RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERIA DENTRO DE UNA DIRECCION DE SALUD.*

Se demostró que el modelo logra detectar los problemas existentes dentro de los subsistemas que forma el sistema en estudio, aunque se presentaron problemas como falta de información, heterogeneidad en los datos.

El estado de Querétaro presenta problemas de tipo económico que se ven reflejados en varios ámbitos, como es el de Salud, en una falta de atención médica, que si bien el medio urbano cuenta con unidades de atención no se ven cubiertas las necesidades en un 100%, en el medio rural no se logra la cobertura por falta de unidades o la inadecuada distribución geográfica de las mismas.

Enfrenta problemas de saneamiento del ambiente, problemas de educación para la salud, marcadas diferencias sociales entre otros.

La fuerza de trabajo se encuentra en evolución constante, por lo que se requiere una evaluación permanente que permita

actualizarla, aprovechar, cumplir con los objetivos de las personas y de las instituciones.

La adecuada vinculación entre las instituciones educativas de salud-recurso humano (enfermería) permitirán cumplir con las expectativas de cada una de ellas, al conocer los problemas que poseen y buscar alternativas de solución a través de técnicas o métodos, como los que utiliza la planeación de recursos humanos, que consiste en determinar en forma sistemática la provisión y demanda de personal dentro de una organización, al mejorar la utilización de los recursos humanos.

La planeación de los recursos humanos en el aspecto cuantitativo, es afectada la demanda por las condiciones de la zona de influencia, cambios tecnológicos, reorganización y apertura de nuevos servicios, población demandante, jubilaciones, renuncias, despidos, licencias, muerte y otros.

Siendo en la actualidad las técnicas más efectivas para la planeación de la demanda de los recursos humanos: la TECNICA DELFOS, ESTUDIOS ESTADISTICOS DE ANALISIS DE NUEVAS OPERACIONES Y LOS MODELOS DE COMPUTADORA QUE REQUIEREN DE LA ACTUALIZACION DE DATOS CONSTANTEMENTE. Presentando el primero el requisito de un grupo de expertos que posean una panorámica real del problema.

La oferta requiere mantener actualizadas las fuentes de suministro de personal, tanto interna como externa. Por lo que se requiere UN SISTEMA DE INFORMACION COMPUTARIZADO DE RECURSOS HUMANOS, en este caso de enfermería que permita realizar una

evaluación del curriculum de los recursos humanos con el propósito de tener vigentes los candidatos para ocupar puestos por promoción así como suplencias potenciales en casos de contingencias, o en caso necesario capacitar al personal para el desempeño de nuevos puestos principalmente normativos y administrativos.

Ninguna organización es capaz de cubrir al 100% el número de plazas vacantes, por lo que se requiere un análisis del mercado de trabajo que permita detectar los problemas que se pueden presentar en el momento de requerir el personal idóneo para los puestos vacantes aún en presencia de tasas de desempleo altas, aunque estas necesidades pueden satisfacerse atrayendo al personal de otras organizaciones similares, instituciones educativas, asociaciones profesionales, sindicatos y otros.

En el aspecto cualitativo se requiere actualizar y unificar los profesiogramas, con el propósito de mejorar el desempeño del personal y que sea acorde con los objetivos de la institución donde labora.

La falta de capacitación en el personal en una organización tanto de nuevo ingreso como de base ocasiona el desempeño inadecuado en el trabajo, persistencia de hábitos negativos, rechazo de la persona por el puesto y el incumplimiento de futuras responsabilidades.

Es necesario evaluar la satisfacción laboral del personal que trabaja dentro de las organizaciones con la finalidad de

proponer soluciones a los problemas existentes o futuros.

10. RECOMENDACIONES.

Dar cumplimiento a los artículos 3, 6, 7, 8, 45, 47, 48, 50, 86, 87, 89, 90, 96 y 97 de la Ley de Salud del Estado de Querétaro.

Implementar un Sistema de Información Computarizado que permita tener un medio para cubrir las expectativas de necesidades de recursos humanos dentro de la organización, así como ser fuente para estudios futuros.

Realizar un análisis de puestos debido a la duplicación de funciones, especialización insuficiente, rotación de tareas, inclusión de nuevas tareas y enriquecimiento del puesto con el objeto de diseñar los puestos, que son el vínculo entre el personal y la organización.

Mantener en los puestos normativos al personal idóneo de acuerdo al perfil del puesto, con el propósito de mantener un vínculo con otras instituciones de salud, educativas y con el personal de la organización.

Elaborar programas de capacitación para el personal que tiene como resultado beneficiar a las organizaciones a través de mejorar el conocimiento a todos los niveles, elevar la moral de la fuerza de trabajo, ayuda al personal a identificarse con los objetivos de la organización, crear una mejor imagen, mejora la relación jefe-subordinado, incrementa la productividad y la calidad del trabajo reduciendo la tensión y permitiendo el manejo de áreas de conflicto.

Analizar el aspecto de estímulos y sanciones con el propósito de favorecer a la organización; ayudar al individuo en su desarrollo profesional y humano como una alternativa de solución a los problemas presentados, al mejorar la confianza, la posición acertiva y el desarrollo, mejorar el nivel de satisfacción laboral, permitir el logro de metas individuales, eliminar los temores, la incompetencia o la ignorancia individual, teniendo mayores responsabilidades en la prevención de enfermedades y la promoción, conservación y reparación de la salud.

Evaluar la productividad del recurso humano de enfermería como el mejor indicador para juzgar la adecuación de funciones.

Cambiar el método utilizado para el cálculo de demanda de recursos humanos con el objeto de tomar en cuenta las condiciones del entorno y de la población, indicadores epidemiológicos y los objetivos y metas de la organización.

Establecer salarios diferenciales adecuados para retener al personal de salud en los puestos y en las regiones en que más se necesitan.

Fomentar el prestigio profesional o la imagen de la enfermera, utilizando los medios de comunicación, con el objeto de hacer propaganda a favor.

Implementar dentro de la planeación de recursos materiales, las técnicas de investigación de operaciones para la corrección de

problemas que no permiten mantener los mínimos necesarios para la realización de las actividades del personal.

Fomentar el vínculo entre las instituciones de salud y educativas con la finalidad de tener una producción y una disponibilidad de un recurso humano más acorde con las necesidades de la población dejando a un lado metas programadas.

Las instituciones educativas deben evaluar los contenidos de los programas de enseñanza, objetivos terminales de la carrera y perfil del egresado en relación a las necesidades de la población, necesidades de las instituciones demandantes de la fuerza de trabajo, políticas y programas de salud del entorno de las instituciones donde se encuentran localizadas en forma permanente.

Llevar a cabo mejores cursos de orientación vocacional con la finalidad de disminuir las deserciones, cambios de carreras y la búsqueda de ocupaciones paralelas relativamente afines, invadiendo el campo profesional de otras carreras con oferta deficitaria.

Y fomentar la participación activa de la comunidad en la solución de problemas sanitarios.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Ackoff R. (1981) Rediseñando el Futuro, Ed. Limusa, México.
- 2.- Ackoff R. (1987) Planificación de la Empresa del Futuro, 2a. reimp., Ed. Limusa, México.
- 3.- Atención Médica Reseñas (1985) Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Agosto, 197-201 p.p.
- 4.- Allen P. (1978) Great Britain: a common language but an uncommon health care delivery system. Journal of Nursing Education, 17(2), 40-46 p.p.
- 5.- Atención Primaria a la Salud (1978). Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud-Alma Ata, URSS, 6-12 de Septiembre, OMS.
- 6.- Avila, J.R. (1984). La enseñanza de la enfermería en México. Enfermería Hoy, No. 5. Marzo, 3-19 p.p.
- 7.- Barquin C.M. (1985) Manual de dirección de hospitales-Sistema de Atención Médica, 5a. ed., Ed. Interamericana, México.
- 8.- Bee County College Catalog (1981-83), Ed. The Texas Education Agency Coordinating Board, Texas College and University System, Beeville Texas, Vol. XIV.
- 9.- Bertalanffy L.V. (1976) Teoría General de Sistemas, Ed. Fondo de Cultura Económica, México.
- 10.- Campbell DT. (1974) Qualitative knowing in action research, Kurt Lewin Award Adress, Society for the Psychological Study of Social Issues, reunión de la American Psychological Association, Journal of Social Issues, Nueva Orleans, Sept.

- 11.- Cartwright A. (1987) Health survey in practice and in potencial a critical review of their scope and methods.
- 12.- Cedeño M., et. al. (1985) Participación actual de la enfermera en las actividades comprendidas en el papel ampliado de enfermería, Educación Médica y Salud, vol. 19, No. 2, 196-206 p.p.
- 13.- Comi Mc C:J. (1986) The professionalization of nursing United States and England, International Nursing Review, March-April, Vol. 28, No. 2, Issue 236, 40-47 p.p.
- 14.- Contrato Colectivo de Trabajo 1983-85, Instituto Mexicano del Seguro Social-Sindicato Nacional de Trabajadores del Seguro Social.
- 15.- Cook T.D., Reichardt (1986), Métodos cualitativos y cuantitativos en Investigación Evaluativa, Ed. Morata, Madrid.
- 16.- Canales F., Haddad J. (1986), Manual de Planificación de Recursos Humanos para la Salud, Publicación PASCNP, No. 20, OPS.
- 17.- Designing an Epidemiologic Investigation usiesn the Clark-Omran System (1987), University of sothern California, 9. p.p.
- 18.- Estrategias Salud para todos en el año 2000 (1980), Documento Oficial, No. 173, OPS, Washington, EUA.

- 19.- Enseñanza de la Introducción a la Enfermería, Informe Comité del Programa de libros de texto de la OPS-OMS:
- 20.- Estandares para la Atención de Enfermería del paciente hospitalizado establecidos por la Comisión Nacional de Estandares de Atención de Enfermería con la colaboración de la Oficina Sanitaria Panamericana (1974), Oficina Regional de la OMS, Ed. Secretaría de Estado de Salud Pública y asistencia Social República Dominicana.
- 21.- Fajardo O.G. (1983), Atención Médica-Teoría y práctica administrativa, Ed. La Prensa Médica, México.
- 22.- Galván E.J. (1981), La teoría de los sistemas aplicada a la Administración de Salud, OPS, XI Reunión sobre Administración en Salud, 46-67 p.p.
- 23.- Gilbert N. (1981), Estadística, Ed. Interamericana, México.
- 24.- Gómez N.M. (1974), Estadística aplicada a la Administración de los Servicios de Atención Médica, Ed. Fco. Méndez Oteo, México.
- 25.- Goode W.J., Hatt P.K. (1980) Métodos de Investigación Social, Ed. Trillas, México.
- 26.- Grayson J. (1983) Power through quality nursing care. Int. Nurs. Rev., Vol. 30, No. 4, 118-119 p.p.
- 27.- Haddad J., Canales F. (1984), Políticas de Recursos Humanos para la Salud: una propuesta para su formación, Educ. Med. Salud, Vol. 18, No. 4, 419-435 p.p.

- 28.- Hall T.N. (1979). Planificación de Personal de Salud, OMS, Ginebra.
- 29.- Hernández R.V.M., Zarate R.I. (1986), Relación entre las instituciones educativas y de salud (segunda parte), Revista de Medicina Universidad Autónoma de Querétaro, Año 1, No. 2-3, primer semestre, 5-18 p.p.
- 30.- Holguín Q.F. (1972), Estadística Descriptiva (aplicada a las ciencias sociales), Ed. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, México, serie Estudios, no. 13.
- 31.- Investigación de Enfermería (1985) Reseñas, Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, Vol. 99, No. 5, Noviembre, 539-542 p.p.
- 32.- Juall C.L. (1984). Is the problem a nursing diagnosis?, American Journal of Nursing, Vol. 84, No. 11, November, 418-19 p.p.
- 33.- Kleczkowski B.M., Pibouleau R. (1979), Criterios de Planificación y Diseño de instalaciones de atención de la Salud en los países en desarrollo. Publicación Científica, No. 382, OPS, Washington, Vol. 2.
- 34.- Knowles A.S. (1978), The International Encyclopedia of Higher Education, 2a. ed., Ed. Jossey-Bass Publishers, E.U.A., Vol. 7, 3071-3076 p.p.
- 35.- Leal A.L., Barquín C.M. (1973), Aspectos económicos en la planificación de los Recursos Humanos en el Sector Salud.

Ponencia presentada en la Conferencia Panamericana sobre Planificación de Recursos Humanos en Salud, Ottawa. 10-14 de septiembre de 1983, 44 p.p.

- 36.- Levin J. (1979), Fundamentos de Estadística de la Investigación Social, Ed. Harla, México.
- 37.- Ley de Salud del Estado de Querétaro, documento oficial.
- 38.- Lloyd L.S., Rue L.W. (1983) Administración de Recursos Humanos-Conceptos y Aplicaciones, Ed. Interamericana, México.
- 39.- Mac Guire J. (1970) Nurses and graduates an attempt to locate nurses with degrees, Nursing Time Occasional Papers. April 9.
- 40.- Magnusson D. (1977) Teoría de los Test, 6a. reimp., Ed. Trillas, México.
- 41.- Malaquías L.C., Durán A.J. (1985) La importancia de la Epidemiología en la Educación de los profesionales de la Salud, Metodología en la formación de recursos humanos para la Salud, Memoria, UNAM, CEUTES.
- 42.- Manual de Unidades de Servicios de Salud del Modelo de Atención a la Población Abierta (1987), Ed. Secretaría de Salud.
- 43.- Marrón P.M. (1985) Las necesidades como base de la Planificación de Recursos Humanos, Metodología en la formación de recursos humanos para la Salud. UNAM, México, CEUTES. 25-37 p.p.

- 44.- Martuscelli J. (1986) Recursos humanos en Salud de México, Educ. Med. Salud, Vol. 20, No. 3, 382-386 p.p.
- 45.- Mc. Dermitt M.T. Estudio Diacrónico, sincrónico y prospectivo de la enfermería, documento inédito.
- 46.- Mc. Dermitt M.T. (1984) La integración docencia-servicio, Enfermería Hoy, No. 5, Marzo, 21-29 p.p.
- 47.- Mejía A. (1986) Educación Continua, Educ. Med. Salud, Vol.20, No.1, 43-69 p.p.
- 48.- Namakforoosh M.N. (1984) Metodología de la Investigación en Administración, Contaduría y Economía, Ed. Limusa, México.
- 49.- Necesidades Esenciales en México-Situación Actual y Perspectivas al año 2000 (1985), 3a. ed., Ed. XXI editores, México, tomo IV, Salud.
- 50.- Negroe G. (1980) Papel de la Planeación en el Proceso de Conducción, Tesis de Grado, UNAM, Facultad de Ingeniería.
- 51.- Nuñez P.B.A. (1982) Estadística básica para planificación, 11a. ed., Ed. Siglo XXI editores, México.
- 52.- Nuttall P.D. (1977) The British National Health Service, Nursing Outlook, February, 98-101 p.p.
- 53.- Padua J. (1978) Paquete estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS): oferta y condiciones para su utilización e interpretación de resultados, Ed. Centro de Estudios Sociológicos, El Colegio de México. 2a.ed., 103 p.p.

- 54.- Parket et. al. (1984) Planificación sanitaria foro mundial de de la Salud, Vol. 5.
- 55.- Pillet J.V. (1971) Planificación de recursos humanos para la Salud-Consideraciones Metodológicas, Educación Médica y Salud, Abril-Mayo-Junio, No. 2, Vol. 5, 108-127 p.p.
- 56.- Piña B.M. (1985) Estado realísticamente deseable para el año 2000 en padecimientos neoplásicos en México, La Salud en México y la Investigación Clínica-desafíos y oportunidades para el año 2000, UNAM, México, 177-189 p.p.
- 57.- Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988.
- 58.- Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994.
- 59.- Programa Nacional de Salud 1984-1988.
- 60.- Prospectiva para la formación de recursos Humanos para la Salud-escenario 2010, Comisión Internacional para la formación de Recursos Humanos para la Salud.
- 61.- Rico H.S.(1985) Nivel Operativo, Enfermería Hoy, Marzo, No. 5, 29-35 p.p.
- 62.- Rojas C.F.R. (1981) Estrategias y Prioridades en la Formación de Recursos Humanos, Rev. Cubana Administración-Salud, Vol. 7, No. 2, 119-127 p.p.
- 63.- Sánchez M.G. (1986) La organización y su diagnóstico bajo el Enfoque Sistémico-un caso práctico, Tesis de Grado, UNAM, Facultad de Contaduría y Administración.

- 64.- Situación de Salud y Enfermería en el año 2000, cuestionario aplicado a las escuelas de enfermería que forman enfermeras generales y licenciadas en enfermería en México, OPS.
- 65.- Soberón A.G. (1987) El cambio estructural en la Salud III, Salud Pública México, Vol. 29, No. 2. Marzo-Abril, 177-189 p.p.
- 66.- Somarriba L.L. et. Al. (1984) La atención médica a la población rural en las provincias de Santiago de Cuba y Sancti Spiritus, Rev. Cubana Administración Salud, vol. 10, No. 3, 228-233 p.p.
- 67.- Testa Marco (1986) Planificación de recursos humanos para la Salud en cuanto a tipos, cantidad y adecuación a la función, Educación Médica y Salud, Vol. 6, No. 3, 48-70 p.p.
- 68.- Trincado A.M. T. et. al. (1987), La enfermería en la Atención Primaria, Rev. Cub. Enfermería, Vol. 3, No. 2. Mayo-Agosto, 161-169 p.p.
- 69.- Van Gigch J.P. (1987) Teoría General de Sistemas, 2a. ed. Ed. Trillas, México.
- 70.- Werther B.W., Davis K. (1988) Administración de Personal y Recursos Humanos, 2a. ed., Ed. Mc. Graw Hill, México, 434 p.p.

TESIS SIN PAGINACION

COMPLETA LA INFORMACION

ESTRUCTURA DEL COMPONENTE DE PLANEACION.

DIAGNOSTICO
PROBLEMAS
PLANTEADOS

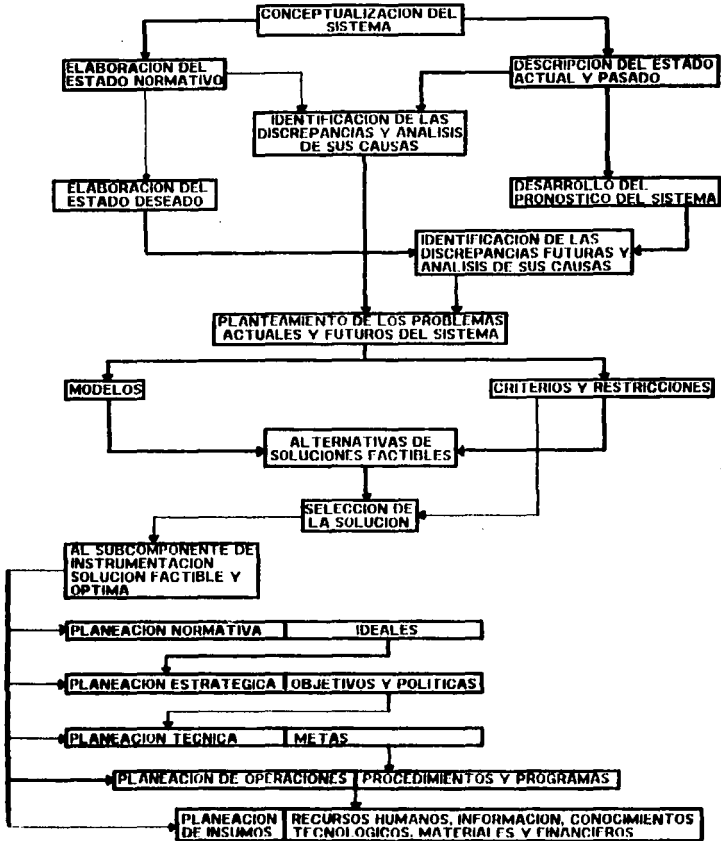


PRESCRIPCION
SOLUCION
DEL
PROBLEMA



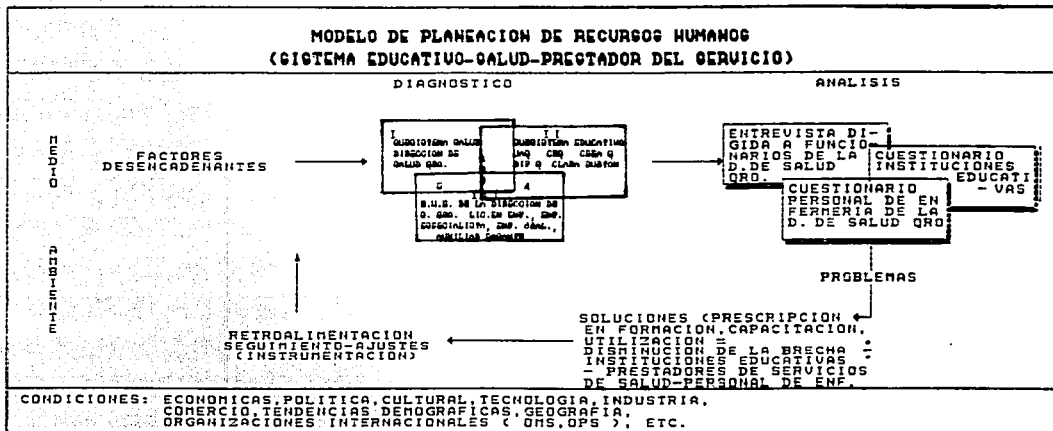
INSTRUMENTACION
PLANES
PROGRAMAS
POLITICAS

COMPONENTES DE LA PLANEACION

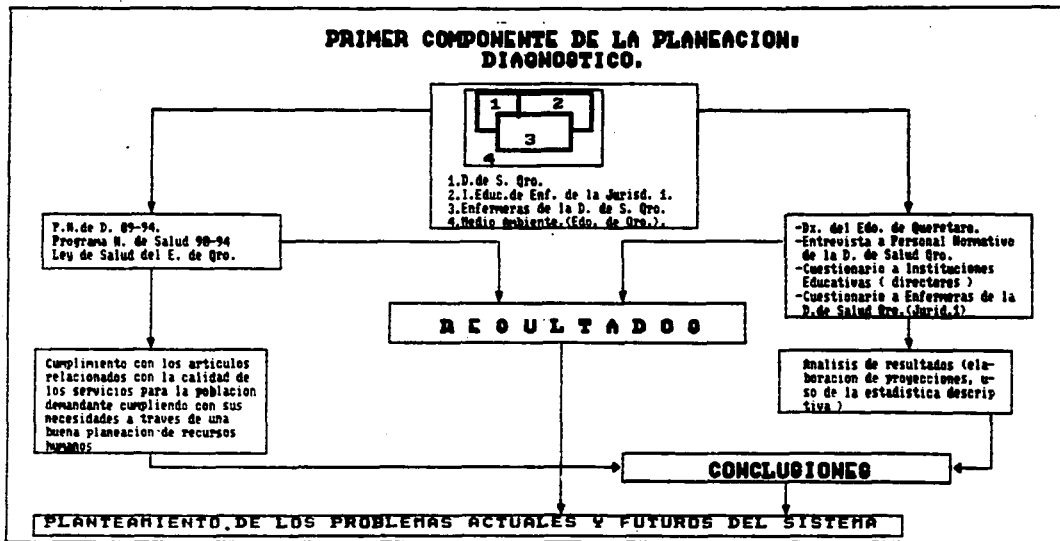


ANEXO 3

**MODELO DE PLANEACION DE RECURSOS HUMANOS
(SISTEMA EDUCATIVO-SALUD-PRESTADOR DEL SERVICIO)**



PRIMER COMPONENTE DE LA PLANEACION: DIAGNOSTICO.



ESTRUCTURA DE LA PRESCRIPCIÓN DEL MODELO DE PLANEACIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERÍA

DEL SUBCOMPONENTE DE DIAGNÓSTICO
PROBLEMAS ACTUALES Y FUTUROS DEL SISTEMA

H. SEGUN NECESIDADES DE SALUD
H. SEGUN METAS DE SERV. DE S.
M. DEMANDA ECONOMICA
M. TIPO DE RECURSO POR POB.
M. ESTIMACION DE SALIDAS POR
MOVILIDAD O TABLAS CENSALES
M. CENSAL Y DE COHORTE
M. HEURISTICOS
M. ANALISIS DE NUEVAS OPERAC.
M. DE COMPUTADORA... OTROS

ESTRATEGIAS: NACIONALES Y ESTATALES
AMPLIACION DE COBERTURA
MEJORAR CALIDAD DE ATENCION
ABATIR LA MORBI-MORTALIDAD
AUMENTO DE LA ESPERANZA DE VIDA
VINCULACION CON ORGANIZACIONES
(NACIONALES E INTERNACIONALES)
CUMPLIMIENTO CON LOS ARTICULOS
CORRESPONDIENTES DEL PLAN NAC.
DE DESARROLLO, PROGRAMA DE SALUD,
LEY DE SALUD DEL E. DE GRO... OTROS.

-IMPLEMENTACION: SISTEMA DE
INFORMACION COMPUTARIZADO
-ANALISIS DE PUESTO POR DUP.
DE FUNCIONES, ROL AMPLIADO,
OTROS
-PERSONAL CAPACITADO EN PUESTOS
NORMATIVOS
-P. CAPACITACION PARA PERSONAL
-MODIFICACION DE MET. DE PLANEAC.

-FOMENTAR PREST. PROF. DE ENF.
-IMPLEMENTAR TEC. INV. DE OPERAC. PLANEACION
DE RECURSOS MATERIALES DE SALUD
-FOMENTAR: VINCULOS INST. DE SALUD-EDUC.
-EVALUAR CONT. DE PROG. DE ENS. OBJ. TERMINALES,
PERFIL DEL EGRESADO—NECESIDADES DE LA POB.,
REC. DE INST. DE SALUD, POLITICAS Y OTROS
-MEJORAR LOS CURSOS DE ORIENTACION VOCACIONAL
-FOMENTAR LA PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD

APLICAR LAS
SOLUCIONES
FACTIBLES →
POLITICAS
FINANCIAMIENTO

AL SUBCOMPONENTE DE
INSTRUMENTACION
ELABORACION DE PRO-
GRAMAS Y/O PLANES

ANEXO 6
F O R M U L A R I O

TAMAÑO DE LA MUESTRA:

n = tamaño de muestra

N= tamaño de población

Zc= valor de Z crítica correspondiente

P= proporción aproximado del fenómeno en estudio en la población de referencia.

$$n = \frac{Nz_c^2 PQ}{d^2 (n-1) + Zc^2 PQ}$$

Q= proporción de la población de referencia que no presente el fenómeno en estudio.

d= intervalo de confianza

CONFIABILIDAD POR MEDIO DE LA FORMULA DEL METODO DE KUDER-RICHARDSON:

n= Número de ítems

s_t^2 = varianza verdadera
- sumatoria

p= probabilidad de que suceda

q= probabilidad de que no suceda

$$KR - 20 = r_{tt} = \frac{n}{n-1} \quad \frac{s_t^2 = \sum pq}{n-1 \quad s^2 t}$$

$$r_{tt} = \frac{n}{n-1} \quad \frac{s_t^2 - n \bar{p} \bar{q}}{s^2 t}$$

FORMULA DE LA REGRESION:

b= pendiente

= sumatoria

x= valores de la abscisa x

y= valores de la abscisa y

$$b = \frac{n \sum xy - (\sum x) (\sum y)}{n \sum x^2 - (\sum x)^2}$$

PROYECCION DE POBLACION:

$$P_f = \left(1 + \frac{T.c.}{100} \right)^N \times P.I.$$

TASA DE CRECIMIENTO:

P_f = población proyectada

$$T.c. = \left(\frac{P_f}{P_I} \right)^{1/n} - 1 \times 100$$

T.c, tasa de crecimiento

P.I, población inicial

N= años

ANEXO 7

DEFINICION, OPERACIONALIZACION Y ESCALA DE MEDICION DE LAS VARIABLES.

VARIABLES DE LA ENTREVISTA.

1. **PERFIL PROFESIONAL.**- Es la descripción de las responsabilidades, funciones y - actividades actuales y futuras que caracterizan el desempeño esperado del recurso humano. El cual puede comprender: las funciones y actividades actuales, esto es, el **PERFIL FUNCIONAL Y ACTUAL** y las funciones y actividades futuras que conforman el **PERFIL PROSPECTIVO O FUTURA**.

NOMINAL

2. **FACTORES UTILIZADOS EN LA PLANEACION DE LOS RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERIA.**- - Cuales son los determinantes que motivan la necesidad de este tipo de recurso - humano, por ejemplo: programas, cobertura poblacional, políticas, etc.

NOMINAL

3. **PROBLEMAS QUE SE HAN TENIDO Y SE TIENEN EN LA PLANEACION DE LOS RECURSOS HUMANOS.**- Son las dificultades que se han presentado en la planeación de recursos - humanos en la Dirección de Salud Querétaro, por ejemplo: preparación, distribución geográfica, etc.

NOMINAL

4. **METODO UTILIZADO PARA LA PLANEACION DE RECURSOS HUMANOS.**- Es la técnica utilizada por la Dirección de Salud Querétaro para calcular sus recursos humanos.

NOMINAL

5. **NECESIDAD DE UN NUEVO TIPO DE PERSONAL.**- Es la capacidad sentida de requerir -- algún tipo nuevo de recurso humano de enfermería según las necesidades de la Dirección de Salud Qro., especificando tipo, cantidad, requisitos del puesto y funciones y actividades a desempeñar.

NOMINAL-INTERVALO

6. **INDICE, TASAS O NUMERO DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERIA QUE SE JUBILAN, DECESOS, MIGRACION, MOVILIDAD INTERNA INSTITUCIONAL.**- Son relaciones ya establecidas de los cambios que se tienen a nivel estadístico de los recursos humanos de enfermería dentro de la Dirección de Salud Querétaro.

NOMINAL-INTERVALO

7. NUMERO DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERIA CON QUE CUENTA LA DIRECCION DE SALUD - QUERETARO POR AÑO.- Es el número de enfermeras por categoría que cuenta y ha - contado por año la Dirección de Salud Oro.

NOMINAL-INTERVALO

8. PLANTILLA NORMATIVA Y PRESUPUESTADA.- La primera es el número de enfermeras por categoría que establece la planeación actual y la segunda es el número existentes de enfermeras dentro de la Dirección de Salud Oro., tomando en cuenta ubicación, puesto, estudios y salario.

NOMINAL-INTERVALO

VARIABLES DEL INSTRUMENTO DE MEDICION: CUESTIONARIO no. 1

1. TIPO DE RECURSO HUMANO DE ENFERMERIA QUE SE FORMA.- Es el profesional, técnico o auxiliar de enfermería y especialista que se forma dentro de la institución - que se encuesta.

NOMINAL

2. REQUISITOS EDUCATIVOS DE INGRESO.- Son los estudios previos necesarios para ingresar a la institución encuestada.

NOMINAL

3. DURACION DEL PLAN DE ESTUDIOS.- Tiempo que dura el curso o carrera.

INTERVALO

4. PERFIL DEL EGRESADO.- Esquema de las características del recurso humano formado dentro de la institución educativa encuestada.

NOMINAL

5. OBJETIVOS TERMINALES DE LA CARRERA.- Son las capacidades que posee el egresado de la institución educativa encuestada.

NOMINAL

6. NUMERO DE ALUMNOS QUE INGRESAN, EGRESAN Y SE TITULAN POR AÑO.- Es el número de alumnos que ingresan o inician sus estudios, terminan y se titulan por año en - cada una de la institución educativa encuestada.

INTERVALO

7. NUMERO DE ALUMNOS QUE CAMBIAN DE CARRERA O ESTUDIOS.- Es la cantidad de alumnos que durante su formación cambian de carrera o estudios por año.

INTERVALO

8. DETERMINANTES DE LA OFERTA.- Son las razones de la capacidad de las instituciones educativas de formar enfermeras, por ejemplo: demanda de población estudiantil, políticas, moda, etc.

NOMINAL

9. FACTORES QUE HAN INFLUIDO EN LA PLANEACION DE LOS RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERIA. Son los determinantes que han influido en la planeación de estos recursos desde un punto de vista negativo o positivo.

NOMINAL

10. CUAL ES EL PORCENTAJE POR PROFESION DE LA PLANTILLA DOCENTE.- Es tanto por ciento de cada tipo de profesionista que integra la plantilla docente que imparte clases en las instituciones educativas encuestadas.

NOMINAL-INTERVALO

11. LUGAR DONDE REALIZAN EL SERVICIO SOCIAL LAS ESTUDIANTES QUE HAN TERMINA SUS ESTUDIOS.- Son las unidades aplicativas de cada institución del Sector Salud donde las egresadas pueden llevar a cabo su Servicio Social.

NOMINAL

12. SEGUIMIENTO DE ALUMNOS EN RELACION AL LUGAR DONDE SE DESARROLLA PROFESIONALMENTE LAS EGRESADAS.- Es el estudio de tipo retrospectivo longitudinal en relación a las unidades aplicativas donde las egresadas de las instituciones educativas encuestadas trabajan.

NOMINAL

VARIABLES DEL INSTRUMENTO DE MEDICION: CUESTIONARIO No. 2

1. EDAD.- Número de años de la encuestada.

INTERVALO

2. PUESTO.- Categoría que tiene dentro de la nómina de personal.

NOMINAL

3. JORNADA LABORAL.- Número de horas que labora dentro de la unidad aplicativa a la que esta adscrita dentro de la Dirección de Salud Qro.

INTERVALO

4. SALARIO BASICO Y COMPLEMENTARIO.- Cantidad monetaria a la que corresponde su salario o pago mensual.

INTERVALO

5. AFILIACION A ORGANISMOS.- Inscripción de la encuestada a sindicatos, colegios o asociaciones científicas.

NOMINAL

6. ESCUELA DE PROCEDENCIA.- Institución educativa donde se forma profesionalmente la encuestada y localización de la escuela dentro de los estados y Distrito Federal de la República Mexicana.

NOMINAL

7. ESTUDIOS CON LOS QUE CUENTA LA ENCUESTADA.- Son los estudios realizados por la encuestada tomando en cuenta desde la primaria, secundaria, preparatoria o equivalente, cursos, conferencias, trabajos publicados, etc.

NOMINAL-INTERVALO

8. AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL.- Son los años que tiene de ejercicio profesional.

INTERVALO

9. FUNCIONES Y ACTIVIDADES QUE REALIZA LA ENCUESTADA.- Son las actividades y funciones que diariamente realiza la encuestada.

NOMINAL

10. AÑOS QUE PERMANECIO LA ENCUESTADA COMO DESEMPLEADA O SUBEMPLEADA DESDE SU EGRESO DE SU FORMACION EDUCATIVA HASTA INGRESAR A LA DIRECCION DE SALUD ORO. A TRABAJAR.- Número de años que la encuestada permaneció percibiendo un sueldo bajo o realizando otra actividad que no era la relacionada con su preparación.

INTERVALO

11. PROBLEMAS PRESENTADOS DURANTE SU DESARROLLO PROFESIONAL.- Son las dificultades, circunstancias y dudas que ha tenido durante su práctica profesional.

NOMINAL

12. CAUSAS DE DESERCIÓN DEL RECURSO HUMANO DE ENFERMERIA.- Son los motivos que ocasionan que el personal de enfermería abandone la práctica profesional.

NOMINAL

13. PROBLEMAS PRESENTADOS EN LA PLANEACION DEL RECURSO HUMANO DE ENFERMERIA.- Motivos que considera la encuestada se han presentado en la planeación de los recursos humanos de enfermería.
14. SOLUCIONES O ALTERNATIVAS QUE PROPONDRIA LA ENCUESTADA PARA LA BUENA PLANEACION DE LOS RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERIA.- Son afirmaciones propuestas por las enfermeras para corregir los problemas que obstaculizan la planeación de los recursos humanos de enfermería.

NOMINAL

15. COMENTARIO SOBRE LA PREPARACION Y DESARROLLO PROFESIONAL DE LA ENFERMERA.- Es la situación actual de la enfermera en relación a los aspectos educativo y práctico profesional.

NOMINAL

16. TIEMPO DE TRASLADO DE SU CASA AL LUGAR DE TRABAJO.- Son los minutos requeridos para llegar a la unidad aplicativa donde trabaja desde su hogar.

INTERVALO

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

MAESTRIA EN INVESTIGACION DE SERVICIOS DE SALUD

DIRECCION DE SALUD QUERETARO

GUIA PARA LA ENTREVISTA

1. ¿Existen los perfiles profesionales de los recursos humanos de enfermería ?

NO ()

SI () ANEXAR COPIA

2. ¿Existen los perfiles profesionales futuros de los recursos humanos de enfermería?

NO ()

SI () ANEXAR COPIA

3. ¿En base a que factores se planean los recursos humanos de enfermería?

3.1. _____ 3.2. _____

3.3. _____ 3.4. _____

4. ¿Qué problemas se han tenido o se tienen en la planeación de los recursos humanos de enfermería?

SE HAN TENIDO

SE TIENEN

4.1. _____ 4.1. _____

4.2. _____ 4.2. _____

4.3. _____ 4.3. _____

5. ¿Cuál es el método que se utiliza en la planeación de los recursos humanos de enfermería?

5.1. ¿Describe el método utilizado en la planeación de los recursos humanos de enfermería?

6. ¿Existe la necesidad de un nuevo tipo de recurso humano dentro del S. de Enf.?

NO ()

SI ()

6.1. En caso afirmativo mencione tipo, cantidad y funciones y actividades a desempeñar.

TIPO	CANTIDAD	FUNCIONES Y ACTIVIDADES

7. Mencione el número de recursos humanos de enfermería que se han jubilado, migración, decesos y movilidad institucional interna por año.

AÑOS	JUBILACION				MIGRACION				DECESOS				MOV. INT. INST.			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1977																
1978																
1979																
1980																
1981																
1982																
1983																
1984																
1985																
1986																
1987																
1988																

1. auxiliar de enfermería.
2. enfermera general
3. enfermera con especialidad.
4. otros _____

9. ¿Cuál es el número de recursos humanos de enfermería con los que cuenta la institución por año?

AÑOS	ENFERMERIA				ENF EN S.S.				OTRAS CATEGORIAS				
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	
1977													
1978													
1979													
1980													
1981													
1982													
1983													
1984													
1985													
1986													
1987													
1988													
TOTAL													

1. auxiliar de enfermería
2. enfermera general
3. enfermera especialista
4. licenciado en enfermería

otras:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

5. ¿Cuáles son los objetivos terminales de la carrera ?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

6. ¿Cuales son los objetivos y metas de la institución educativa a su cargo ?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

7. ¿Cuales son los factores que han influido en la planeación de los recursos humanos de enfermería ?

8. ¿Cual es el número de la plantilla docente por profesión ?

CANTIDAD

PORCENTAJE

PROFESION

CANTIDAD	PORCENTAJE	PROFESION
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

9. ¿Cuál es el número de alumnos que ingresan, egresan y se titulan por año desde 1977 a la fecha ?

AÑOS	ALUMNOS		TITULAN
	INGRESAN	EGRESAN	
1977			
1978			
1979			
1980			
1981			
1982			
1983			
1984			
1985			
1986			
1987			
1988			

10. ¿ Cual es el número de alumnos que cambian de carrera o estudios por año desde 1977 a la fecha ?

AÑO	ALUMNOS	AÑO	ALUMNOS
1977		1985	
1878		1986	
1979		1987	
1980		1988	
1981			
1982			
1983			
1984			

11. ¿ En donde realizan el servicio social las estudiantes de enfermería de la institución a su cargo ?

NÚMERO

INSTITUCIÓN

LUGAR

12. ¿ Se tiene algún estudio en relación al lugar de trabajo o actividad que realizan las egresadas de la institución a su cargo ? () NO () SI

12. 1. En caso afirmativo, descríbalas :

ANEXO 10

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
MAESTRIA EN INVESTIGACION DE SERVICIOS DE SALUD

INSTRUMENTO DE MEDICIÓN PARA EL PERSONAL DE EN-
FERMERÍA

1. Edad _____ años 2. Puesto _____

3. Jornada laboral _____ horas por día.

4. Salario básico _____ al mes y complementario _____

5. ¿Esta afiliado (a) a algún sindicato, colegio o asociación ?
NO () SI ()

5.1. En caso afirmativo, mencione en cuál (es) :

6. ¿Mencione su escuela de procedencia donde estudio enfermería ?

6.1. Especifique el estado donde se encuentra ubicada la escuela donde estudio enfermería.

7. ¿Cuántos años de ejercicio profesional tiene?

() Menos de 5 años () De 5 a 10 años
() De 11 a 15 años () Más de 15 años

8. ¿Trabaja en otro lugar a parte de la Dirección de Salud Querétaro ?

9. MARQUE CON UNA CRUZ O COMPLETE EN CASO NECESARIO LOS ESTUDIOS QUE HA REALIZADO:

9.1. PRIMARIA: () 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6

9.2. SECUNDARIA: () 1 () 2 () 3

9.3. preparatoria () COLEGIO DE CIENCIAS Y HUMANIDADES ()

9.3.1. ESTUDIOS INCOMPLETOS: () 1 () 2 () 3

9.4. NORMAL: () 1 () 2 () 3

9.5. CURSO DE AUXILIAR DE ENFERMERIA: () COMPLETO () INCOMPLETO

9.6. CARRERA DE ENFERMERA GENERAL: () TITULADA () PASANTE

() 1 () 2 () 3 () 4

9.7. LICENCIADA EN ENFERMERIA: () TITULADA () PASANTE

9.7.1. ESTUDIOS INCOMPLETOS: () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

9.8. CURSO DE ESPECIALIDAD:

() PEDIATRIA

() GINECO-OBSTETRICIA

() INSTRUMENTISTA

() CARDIOLOGIA

() TERAPIA INTENSIVA

() ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE ENFERMERIA

() ADMINISTRACION DE HOSPITALES

() SALUD PUBLICA

() OTRA, ESPECIFIQUE : _____

10. Cursos: () NO () SI

10.1. EN CASO AFIRMATIVO: CUANTOS POR AÑO : _____

10.2. MENCIONE CINCO DE LOS MAS IMPORTANTES A LOS QUE HA ASISTIDO:

10.2.1. _____

10.2.2. _____

10.2.3. _____

10.2.4. _____

10.2.5. _____

11. SEMINARIOS: () NO () SI

11.1. EN CASO AFIRMATIVO: CUANTOS POR AÑO: _____

11.2. MENCIONE TRES DE LOS MAS IMPORTANTES A LOS QUE HA ASISTIDO:

11.2.1. _____

2. _____

3. _____

12. CONFERENCIAS: () NO () SI

12.1. EN CASO AFIRMATIVO, CUANTOS POR AÑO: _____

() ASISTIO () EXPUSO

13. TRABAJOS PUBLICADOS () NO () SI

13.1. EN CASO AFIRMATIVO, CUANTOS HA PUBLICADO: _____

13.2. CUALES: 1. _____

2. _____

3. _____

14. ¿ CUANTOS AÑOS PERMANECIO SIN EMPLEO O SUBEMPLEADO DESPUES DE EGRESAR DE SU FORMACION PROFESIONAL HASTA INGRESAR A LA DIRECCION DE SALUD QUERETARO ?

15. ¿ CUANTO TIEMPO TARDA EN TRASLADARSE DE SU CASA AL LUGAR DONDE TRABAJA?
MINUTOS.

16. ¿ CUALES SON LAS FUNCIONES Y ACTIVIDADES QUE REALIZA ?

- () CURACIONES E INYECCIONES
- () CONTROL DE LA TEMPERATURA
- () PLATICAS A LA COMUNIDAD
- () RECEPCION DE PACIENTES: INGRESO , EGRESO , TRASLADO
- () PREPARACION DE MATERIAL
- () TOMA DE SIGNOS VITALES
- () SOMATOMETRIA
- () RECIBO Y ENTREGA DE MATERIAL
- () ORIENTACION AL PACIENTE Y A SUS FAMILIARES
- () CUIDADOS GENERALES DEL PACIENTE
- () BAÑO DE PACIENTES Y CAMBIO DE CAMA
- () PREPARACION DE MEDICAMENTOS
- () ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS
- () ACTUALIZAR KARDEX
- () VERIFICACION DEL FUNCIONAMIENTO DEL EQUIPO
- () SOLICITUD MENSUAL DEL PEDIDO DE MATERIAL
- () INFORME MENSUAL DE ACTIVIDADES

- () INSTALACION DE VENOCCLISIS
- () DOCENCIA A ESTUDIANTES
- () DISTRIBUCION DE PERSONAL Y ACTIVIDADES
- () SOLICITUD DE DIETAS (DE ACUERDO AL PADECIMIENTO DEL PACIENTE)
- () SUPERVISAR ACTIVIDADES DEL PERSONAL
- () SUPERVISAR PROCEDIMIENTOS
- () ELABORACION DE MANUALES DE ORGANIZACION, PROCEDIMIENTOS Y PROGRAMAS
- () AUXILIA AL PERSONAL MEDICO Y PARAMEDICO
- () INTERVIENE EN AMORTAJAMIENTOS
- () PARTICIPA EN LA VISITA MEDICA
- () MANEJO Y CONOCIMIENTO DE LOS MEDIOS DE COMUNICACION Y DIDACTICA
- () PREPARA HISTORIAS CLINICAS
- () IDENTIFICA PROBLEMAS DE SALUD
- () ESTABLECE DIAGNOSTICOS
- () INSTAURA TRATAMIENTOS EN PATOLOGIAS SENCILLAS
- () MANEJO DE CIERTOS MEDICAMENTOS
- () OTRAS: ESPECIFIQUE: 1. _____

2. _____

17. ¿CUALES SON LOS PROBLEMAS A LOS QUE SE HA PRESENTADO DURANTE SU DESARROLLO PROFESIONAL?.

- () MANEJO DE APARATOS
- () FALTA DE CONOCIMIENTOS
- () CARENCIA DE HABILIDADES
- () PROBLEMAS DE COMUNICACION
 - (FALTA DE INFORMACION, PROBLEMAS ENTRE PERSONAL DEL MISMO SERVICIO)
- () FALTA DE RECURSOS MATERIALES
- () PROBLEMAS DE DELEGACION DE FUNCIONES (REALIZACION DE FUNCIONES QUE NO CORRESPONDEN A SU PUESTO)
- () OTRAS, ESPECIFIQUE: _____

18. ¿cuales considera que son las causas de desercion de las enfermeras?

- () vocacion
- () TECNICO
- () STATUS
- () EXCESO DE TRABAJO
- () FUENTE PARA OCUPAR OTRO PUESTO (POLITICO O ADMINISTRATIVO)
- () MATRIMONIO
- () ECONOMICO
- () RESPONSABILIDAD
- () POLITICO
- () FALTA DE MATERIAL
- () FAMILIAR
- () FALTA DE OTRAS CARRERAS
- () ACTIVIDADES QUE NO LE CORRESPONDEN
- () OTRAS, ESPECIFIQUE: _____

19. ¿QUE PROBLEMAS CONSIDERA DESDE SU PUNTO DE VISTA QUE SE HA PRESENTADO EN LA PLANEACION DEL RECURSO HUMANO DE ENFERMERIA?

- () FALTA DE PERSONAL
- () FALTA DE MATERIAL Y EQUIPO
- () FALTA DE PREPARACION
- () FALTA DE COMUNICACION
- () ARQUITECTONICO
- () INCAPACIDADES, AUSENTISMO
- () FALTA DE GUARDERIAS
- () ENFERMEDAD DE LOS HIJOS
- () MALA ORGANIZACION
- () AUMENTO DE PACIENTES
- () INDICADORES OBSOLETOS
- () DESACUERDO CON LA INSTITUCION
- () FALTA DE VOCACION
- () FALTA DE COMPAÑERISMO
- () PROCEDENCIA
- () MANEJO A NIVEL MEDICO
- () FACILIDADES EN EL DESARROLLO DEL CURSO
- () OTRAS, ESPECIFIQUE: _____

20. DESDE SU PUNTO DE VISTA Y EXPERIENCIA QUE ALTERNATIVAS DE SOLUCION PROPO-
DRIA PARA LA MEJOR PLANEACION DE LOS RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERIA.

21.1¿ CUAL ES SU COMENTARIO EN RELACION A LA PREPARACION DEL RECURSO HUMANO
DE ENFERMERIA ?

21.2. ¿ CUAL ES SU COMENTARIO EN RELACION AL DESARROLLO PROFESIONAL DEL RECURSO
HUMANO DE ENFERMERIA ?

CUADRO 1

**CAUSAS DE DESERCIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERÍA
PRUEBA PILOTO**

CAUSAS	PERSONAL DE ENFERMERÍA	
	UMF	HGZ
REMUNERACION ECONOMICA	X	X
VOCACION	X	X
PRESION A LA QUE ESTAN SOMETIDAS	X	
FALTA DE COMUNICACION	X	
FAMILIAR	X	X
TECNICAS	X	
STATUS	X	
MATRIMONIO		X
FALTA DE MATERIAL Y PERSONAL		X
FALTA DE OTRAS CARRERAS		X
PROBLEMAS POLITICOS		X
ESCALERA PARA OTRA PROFESION		X
RESPONSABILIDAD		X
PROBLEMAS EN EL HOGAR		X

Fuente: Instrumento de medición No. 2 .

**PROBLEMAS PRESENTADOS EN LA PLANEACION DE LOS
RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERIA**

PRUEBA PILOTO

PROBLEMAS	PERSONAL DE ENFERMERIA	
	UMF	HGZ
FALTA DE PERSONAL, MATERIAL Y EQUIPO	x	
PREPARACION	x	x
COMUNICACION	x	x
ARQUITECTONICO	x	
AUMENTO DE LA POBLACION DERECHOABIENTE	x	
DESCONOCIMIENTO DE QUE ES PLANEACION	x	
INDICADORES OBSOLETOS	x	
AUSENTISMO, INCAPACIDADES		x
FALTA DE GUARDERIAS		x
ENFERMEDAD DE LOS HIJOS		x
MALA ORGANIZACION		x
NO CUBREN PLAZAS VACANTES COMPLETAS		x
DESACUERDO CON LA INSTITUCION		x
FALTA DE VOCACION		x
PROCEDENCIA (INSTITUCION EDUCATIVA)		x
FACILIDADES EN EL DESARROLLO DE LOS CURSOS		x
MANEJO DE LA PLANTILLA A NIVEL MEDICO		x

Fuente: Instrumento de medición No. 2

CUADRO 3

**PROBLEMAS PRESENTADOS DURANTE SU DESARROLLO PROFESIONAL
PRUEBA PILOTO**

PROBLEMAS	PERSONAL DE ENFERMERIA	
	UMF	HGZ
FALTA DE RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FISICOS Y FINANCIEROS	x	x
MANEJO DE PERSONAL CON CARACTER DIFICIL		x
FALTA DE COMUNICACION Y PERSONAL CON PREPARACION DEFICIENTE		x
MANEJO DE AUTOCLAVE	x	
NO SE PROPORCIONA LA MEJOR ATENCION	x	x

Fuente: Instrumento de medición No. 2

**TASAS DE MORTALIDAD POR GRUPOS ESPECIFICOS
ESTADO DE QUERETARO**

CONCEPTO	TASA
MORTALIDAD:	
GENERAL (1)	4.5
INFANTIL (2)	24.9
PREESCOLAR (3)	17.4
ESCOLAR (3)	3.6
MATERNA (2)	0.6

NOTAS: (1) por 1000 habs.

(2) por 1000 nacidos vivos registrados

(3) por 10000 habitantes del grupo respectivo

Fuente: Mortalidad General: Oficinas del Registro Civil
Mortalidad Infantil, Preescolar y Materna: Estimadas.

CUADRO 5

**CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL ESTADO DE QUERETARO
1987**

No.	CAUSAS	DEFUNCIONES		
		No.	%	Tasa (2)
1	ENFERMEDADES DEL CORAZON	619	11.9	60.0
2	ENFERMEDADES INFECCIOSAS INTESTINALES	479	11.0	46.2
3	CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL P. PERINATAL	385	8.4	35.2
4	TUMORES MALIGNOS	298	6.8	28.7
5	CAUSAS VIOLENTAS NO ESPECIFICADAS	297	6.8	28.6
6	INFLUENZA Y NEUMONIA	228	5.2	22.0
7	DEFICIENCIAS DE LA NUTRICION	212	4.9	20.4
8	DIABETES MELLITUS	209	4.8	20.2
9	CIRROSIS Y OTRAS ENFERMEDADES CRONICAS DEL HIGADO	188	4.3	18.1
10	ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	168	3.9	16.2
	SUBTOTAL	2,983	68.1	185.6
	EL RESTO	1,390	31.9	134.0
	TOTAL	4,353	100.0	419.6

NOTA: (2)-Tasa por 100,000 hab.

Fuente: Certificados de Defunción
Elaborado por el Dpto. de Estadística de la Dirección de Salud Querétaro.

CAUSAS DE MORBILIDAD GENERAL ESTADO DE QUERETARO

1988

No.	CAUSAS	DEFUNCIONES		
		No.	%	Tasa (2)
1	INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	247,488	60.8	228.8
2	INFECCIONES INTESTINALES, ENTERITIS Y OTRAS ENFERMEDADES DIARREICAS	69,899	17.2	64.6
3	AMIBIASIS	27,595	6.8	25.5
4	PARASITOSOS INTESTINAL	18,575	4.6	17.1
5	HIPERTENSION ARTERIAL	7,355	1.8	6.8
6	ASCARIDIASIS	6,495	1.6	6.0
7	DIABETES MELLITUS	4,403	1.1	4.1
8	ANGINA ESTREPTOCOCCICA	4,315	1.0	4.0
9	NEUMONIA Y BRONCONEUMONIA	3,491	0.8	3.2
10	VARICELA	3,384	0.8	3.1
	SUBTOTAL	393,010	96.5	353.0
	EL RESTO	14,295	3.5	13.2
	TOTAL	407,305	100.0	376.2

NOTA: (2)-Tasa por 1,000 hab.

Fuente: Dpto. de Estadística de la Dirección de Salud Querétaro.

CUADRO 7

**COBERTURA DE SERVICIOS DE SALUD
ESTADO DE QUERETARO 1989**

CONCEPTO POBLACION:	HABITANTES	
	No.	%
ATENDIDA POR LA SEGURIDAD SOCIAL	541,453	47.9
CON ACCESO A LA MEDICINA PRIVADA	56,511	5.0
ABIERTA	532,256	47.1
CUBIERTA	479,030	90.0
SIN CUBRIR	53,226	10.0
TOTAL	1'130,220	100.0

Fuente: Doc. Secretaría de Cultura y Bienestar Social
Dirección de Salud Querétaro, Informe del Sistema de
Vigilancia Epidemiológica Nov. de 1989.

CUADRO 8

DENANDA DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERIA DE LA DIRECCION DE SALUD QUERETARO

PRIMER NIVEL

TIPO DE UNIDAD	UBICACION (LOCALIDADES)	POBLACION A CUBRIR	RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERIA
CASA DE SALUD	De 500 a 1000 habs.	Hasta 1000 habs.	- - - - -
UNIDAD AUXILIAR DE SALUD	De 500 a 1000 habs.	Hasta 2500 habs.	- - - - -
CENTRO DE SALUD RURAL PARA POB.	De 1000 a 2500 habs.	De 500 a 3000 habs.	1-Auxiliar de enf.
DISPERSA			
CENTRO DE SALUD RURAL PARA POB. CONCENTRADA	De 2500 a 1500 habs.	De 3000 a 15000 habs.	De 1 a 3 Auxiliares de enfermería.
CENTRO DE SALUD URBANO	De más de 15000 habs.	De 9000 a 36000 habs.	De 5 a 17 Auxiliares de enfermería.

continúa.

S E G U N D O N I V E L

HOSPITAL (No. DE CAMAS)	POBLACION ATENDIDA	RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERIA
HOSPITAL GENERAL DE 30 CAMAS	De 15000 a 20000 habS.	43 enfermeras
HOSPITAL GENERAL DE 60 CAMAS	De 20000 a 50000 habS.	101 enfermeras
HOSPITAL GENERAL DE 120 CAMAS	De 50000 a 100000 habS.	173 enfermeras
HOSPITAL GENERAL DE 180 CAMAS	De 100000 a 200000 habS.	275 enfermeras

FUENTE: MANUAL - UNIDADES DE SERVICIOS DE SALUD DEL MODELO DE ATENCION,
S.S.A. 1987 .

CUADRO 9

DIRECCION DE SALUD QUERETARO
OFERTA REAL ACTIVA DE RECURSOS HUMANOS EN ENFERMERIA

JURISDICCION	TIPO DE RECURSO HUMANO DE ENFERMERIA								
	ENFERMERA GENERAL			PASANTES DE ENF. G.			AUX. DE ENFERMERIA		
	1o.N.	2o.N.	TOTAL	1o.N.	2o.N.	TOTAL	1o.N.	2o.N.	TOTAL
1	15	64	79	62	55	117	14	13	27
2	1	8	9	47	32	79	8	5	13
3	1	1	2	35	35	70	15	15	30
4	1	1	2	24	38	62	10	10	20
TOTAL	18	74	92	170	160	230	47	43	90

Fuente: Coordinación Estatal de Enfermería de la
 Dirección de Salud Querétaro, 1989

CUADRO 10

**CUADRO COMPARATIVO DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERIA
DEL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION
DIRECCION DE SALUD QUERETARO**

HOSPITAL	TIPO DE R.H. DE ENF.	Nd. DE CAMAS	PLANTILLA NORMATIVA	RECURSOS EXISTENTES	RECURSOS FALTANTES	RECURSOS SOBRANTES
SANJUAN DEL RIO		30				
	JEFE DE ENFERMERAS		1	1	0	0
	SUPERVISORAS		4	6	0	1
	ENFS. GENERALES		8	8	1	0
	AUX. DE ENFERMERIA		24	26	0	2
JALPAN DE SERRA		30				
	JEFE DE ENFERMERAS		1	1	0	0
	SUPERVISORAS		4	6	0	1
	ENFS. GENERALES		8	0	9	0
	AUX. DE ENFERMERIA		24	33	0	9
CADEREYTA		60				
	JEFE DE ENFERMERAS		1	1	0	0
	SUPERVISORAS		4	0	4	0
	ENFS. JEFE DE PISO		8	0	8	0
	ENFS. GENERALES		30	0	30	0
	AUX. DE ENFERMERIA		60	36	26	0
QUERETARO		160				
	JEFE DE ENFERMERAS		1	0	1	0
	SUBJEFE DE ENFERMERAS		1	0	1	0
	SUPERVISORAS		13	7	6	0
	COORDINADORA DE ENFERANZA		1	0	1	0
	JEFE DE SERVICIO		8	2	6	0
	ENFERMERAS ESPECIALISTAS		4	2	2	0
	ENFS. GENERALES		100	68	44	0
	AUX. DE ENFERMERIA		124	68	68	0

Fuente: Coordinación Estatal de Enfermería de la Dirección de Salud Querétaro, 1959

CUADRO 11

**DISTRIBUCION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA
DIRECCION DE SALUD QUERETARO
PRIMER NIVEL**

JURISDICCION	NOMBRE DE LA UNIDAD	TIPO DE UNIDAD	R.H. DE ENFERMERIA		A. DE E.
			E.G.	P.DE E.G.	
QUERETARO	PEDRO ESCOBEDO	C.S.U.	11		10
	LOMAS DE CASA BLANCA	C.S.U.	2	2	2
	MENCHACA	C.S.U.	2	2	
	PABLO	C.S.R.P.D.	2		1
	SANTA ROSA JAUREGUI	C.S.U.		1	1
	SAN ANTONIO DE LA PUENTE	C.S.R.P.C.			2
	JURICA	C.S.R.P.C.			1
	SAN JOSE BUENAVISTA	C.S.R.P.C.			2
	CARRILLO PUERTO	C.S.R.P.C.		2	1
	SAN MIGUELITO	C.S.R.P.D.			2
	LA GOTERA	C.S.R.P.D.			2
	JOFRITO	C.S.R.P.D.			1
	TINAJA DE LA ESTANCIA	U.A. DE S.			
	EL EJIDO MODELO	U.A. DE S.			1
	SATELITE	C.S.U.			7
TLACOTE EL BAJO	C.S.R.P.D.			2	
VILLA CORREGIDORA	PUEBLITO	C.S.U.	1	1	2
	JOAQUIN HERRERA	C.S.R.P.D.			1
	SANTA BARBARA	C.S.R.P.D.			
	LOS OLVERA	C.S.R.P.D.			
	EMILIANO ZAPATA	U.A. DE S.			

continúa

Fuente: Coordinación Estatal de Enfermería de la Dirección de Salud Querétaro, 1989

**DISTRIBUCION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA
DIRECCION DE SALUD QUERETARO
PRIMER NIVEL**

JURISDICCION	NOMBRE DE LA UNIDAD	TIPO DE UNIDAD	R.H. DE ENFERMERIA		A. DE E.
			E.G.	P.DE E.G.	
EL MARQUEZ	LA CAÑADA	C.S.R.P.D.			1
	CHICHIMIQUELLAS	C.S.R.P.D.			2
	ALFAJAYUCAN	C.S.R.P.D.			2
	LA GRIEGA	C.S.R.P.D.			2
	EL COLORADO	C.S.R.P.D.			1
	NAVAJAS	U.A. DE S.			
	JESUS MARIA	U.A. DE S.			
	EL PARAISO	U.A. DE S.			
	PALO ALTO	U.A. DE S.			
	AMAZCALA	U.A. DE S.			
HUIMILPAN	HUIMILPAN	C.S.R.P.C.	1		2
	CEJA DE BRAVO	C.S.R.P.D.			1
	LOS JUEZ				1
	SAN PEDRO HUIMILPAN	C.S.R.P.D.			1
	LA NORIA	C.S.R.P.D.			1
	APATATARO	C.S.R.P.D.			1
	BUENAVISTA	C.S.R.P.D.			1
LAGUNILLAS	C.S.R.P.D.		1		

Fuente: Jefatura de Enfermería de la Jurisdicción Uno Qro.

**MODULOS DEL PROGRAMA DE EXTENSION DE COBERTURA
DE LA DIRECCION DE SALUD QUERETARO
JURISDICCION UNO**

MODULOS

TLACOTE EL BAJO

LA GOTERA

SAN JOSE BUENAVISTA

SANTA ROSA JAUREGUI

EL COLORADO

CHICHIMIQUILLAS

VILLA CORREGIDORA UNO

CILLA CORREGIDORA DOS

**RECURSOS HUMANOS: UNA ENFERMERA GENERAL Y SIETE AUXILIARES
DE ENFERMERIA**

**ACTIVIDAD DEL R.H.: ENCARGADA DEL MODULO Y CONTROL DE LOS
PROMOTORES DE LA COMUNIDAD**

OBJETIVO: PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD

Fuente: Jefatura de Enfermería de la Jurisdicción Uno-Qro.

**OFERTA INACTIVA
RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERIA
POR JURISDICCION, INSTITUCION Y HABITANTES
ESTADO DE QUERETARO 1984**

JURISDICCION ENF. X HAB.	S.S.A.	I.M.S.S.	I.S.S.S.T.E.	D.I.F.	CRUZ ROJA	SANATORIOS PRIVADOS
QUERETARO 1 x o/449 hab.	159	566	105	1	12	175
SAN JUAN DEL RIO 1 x o/2,397 hab.	46	39	2		2	20
TOLIMAN 1 x o/1,227 hab.	20	42	2			
JALPAN 1 x o/1,161 hab.	20	39				
TOTAL 1 x o/687 hab.	244	688	109	1	14	195

Nota: No se incluye pasantes de enfermería en Servicio Social

Fuente: Documento La Problemática del Estado de Querétaro 1985.

CUADRO 14

**NUMERO DE INGRESOS, EGRESOS Y TITULACION DE LAS
INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE ENFERMERIA DE LA
JURISDICCION UNO DEL ESTADO DE QUERETARO**

AÑOS	INGRESAN						EGRESAN						TITULAN					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
1979			28		50				28		40				28		30	
1980			35		50				32		40				32		30	
1981			32		50				29		40				29		30	
1982			30		50				28		40				28		30	
1983			28		50				26		40				26		30	
1984			35		50				32		40				32		30	
1985			31		50				31		40				31		30	
1986	70		28		50	20	26		26		40	NO	26		26		30	
1987	70		30		50	20	33		29		40	HAY EGRE-33	33		29		30	
1988	60		30		50	20	42		27		40	SADAS 42	42		27		30	
1989			29.85															

Nota: No realizándose la proyección en forma agrupada por no contarse con homogeneidad de número de datos.

** Realizándose la proyección por ejemplo.
1,2,3,4. (Auxiliares de enfermería)
5. (Enf. General) 6. (Lic. en Enf.)*

Fuente: Cuestionario aplicado a las Instituciones Educativas

**OFERTA FUTURA
MOVILIDAD Y PERDIDAS DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERIA
DIRECCION DE SALUD QUERETARO
1987 - 1988**

MOVILIDAD	AUX. DE ENF.	ENF. GENERAL	PERDIDAS	AUX. DE ENF.	ENF. GENERAL
MIGRACION DE DE PERSONAL	2	1	JUBILACIONES	20	3
TRANSFERENCIA (DE OTROS SECTORES AL DE SALUD)	•	•	DECESOS	0	0
			CAMBIOS DE OCUPACION	1	1
			TRANSFERENCIA (DEL SECTOR SALUD A OTROS SECTORES)	1	1

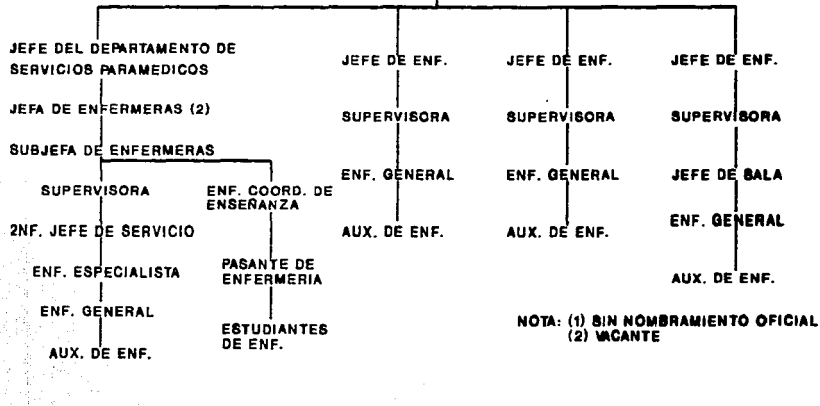
NOTA: • No se obtuvo datos
| No se lleva registro

Fuente: Entrevista a la Coordinadora Estatal de Enfermería
Dirección de Salud Querétaro.

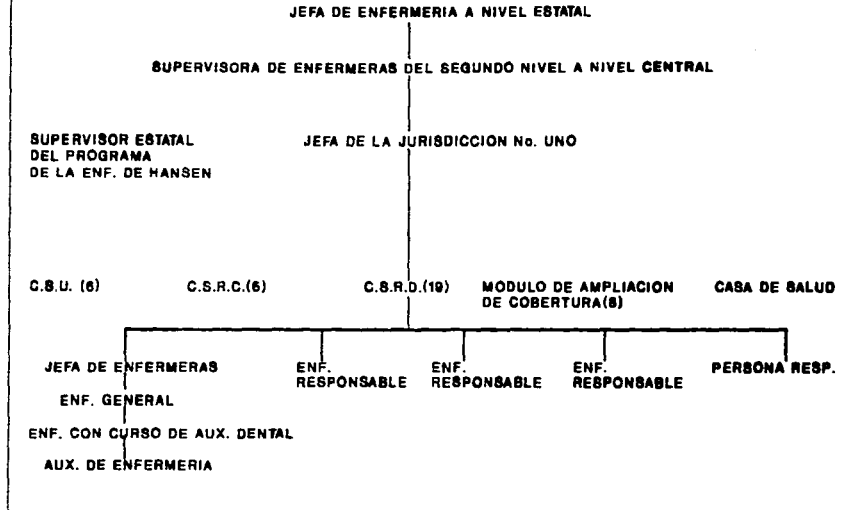
**ORGANIGRAMA DE ENFERMERIA DE LA DIRECCION DE SALUD QUERETARO
SEGUNDO NIVEL DE ATENCION**

JEFE DE ENFERMERAS A NIVEL ESTATAL (1)

SUPERVISORA DE ENFERMERAS DEL SEGUNDO NIVEL A NIVEL CENTRAL



**ORGANIGRAMA DE ENFERMERIA DE LA DIRECCION DE SALUD QUERETARO
PRIMER NIVEL DE ATENCION (JURISDICCION No. UNO)**



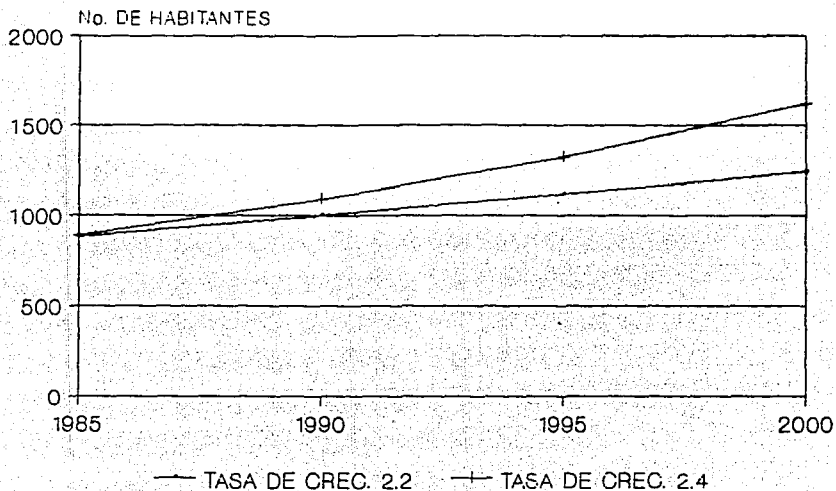
**PROBLEMAS PRESENTADOS DURANTE SU DESARROLLO PROFESIONAL
PERSONAL DE ENFERMERIA
DIRECCION DE SALUD QUERETARO**

PROBLEMAS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
FALTA DE MATERIAL Y MEDICAMENTOS	23	20.53
PROBLEMAS DE COMUNICACION	20	17.85
MANEJO DE APARATOS	18	16.07
FALTA DE CONOCIMIENTOS	17	15.17
GARENCIA DE HABILIDADES	13	11.60
PROBLEMAS DE DELEGACION DE FUNCIONES	5	4.46
FALTA DE ADIESTRAMIENTO PRACTICO	4	3.57
VIATICOS Y UNIFORMES	3	2.67
FALTA DE PERSONAL PROFESIONAL	3	2.67
FALTA DE ACTUALIZACION	3	2.67
TRABAJAR CON GENTE APATICA	2	1.78
FALTA DE RECONOCIMIENTO EN PREPARACION Y/O REMUNERACION	1	.89
TOTAL	112	100.00

Fuente: Cuestionario No. 2

GRAFICA 1

PROYECCION DE LA POBLACION ESTADO DE QUERETARO DEL AÑO 1985 AL AÑO 2000



CUADRO 19

CAUSAS DE DESERCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

C A U S A S	No. DE CASOS	PORCENTAJE
ECONOMICO	26	16.04
VOCACION	21	12.96
FALTA DE PERSONAL	20	12.34
FALTA DE MATERIAL	16	9.87
EXCESO DE TRABAJO	16	9.87
PROBLEMAS POLITICOS	10	6.17
FAMILIAR	10	6.17
RESPONSABILIDAD	7	4.32
MATRIMONIO	7	4.32
ESCALERA PARA OTRA PROFESION	9	5.55
FALTA DE FUENTES DE TRABAJO	6	3.70
STATUS	5	3.08
FALTA DE OTRAS CARRERAS	4	2.46
ACTIVIDADES QUE NO LE CORRESPONDEN	3	1.85
TOTAL	162	100.00

Fuente: Cuestionario No. 2

**PROBLEMAS PRESENTADOS EN LA PLANEACION DE
LOS RECURSOS DE ENFERMERIA
PUNTO DE VISTA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA
DIRECCION DE SALUD QUERETARO**

PROBLEMAS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
FALTA DE PERSONAL	36	13.88
FALTA DE MATERIAL Y EQUIPO	42	15.96
FALTA DE COMUNICACION (ENTRE EL PERSONAL DE ENF. Y EL PERSONAL MEDICO)	28	10.26
FALTA DE PREPARACION	24	9.12
MALA ORGANIZACION	21	7.98
FALTA DE COMPAÑERISMO	18	6.84
FALTA DE VOCACION	16	6.08
AUMENTO DE PACIENTES	16	6.08
INCAPACIDADES Y AUSENTISMO	16	6.08
ENFERMEDAD DE LOS HIJOS	12	4.56
FALTA DE GUARDERIAS	10	3.80
INDICADORES OBSOLETOS	7	2.66
ESCUELA DE PROCEDENCIA	4	1.52
DESACUERDO CON LA INSTITUCION	3	1.14
CURSOS DE ACTUALIZACION (FALTA)	2	.76
ARQUITECTONICO	1	.38
FACILIDAD PARA EL DESARROLLO DE CURSOS	1	.38
EXISTENCIA DE GRUPOS DE CHOQUE	1	.38
SUPERVISICION DE TODO LO NEGATIVO	1	.38
CANIBALISMO DEL PERSONAL	1	.38
ESTANCAMIENTO DEL PERSONAL POR FALTA DE ESTIMULO E INCENTIVOS	1	.38

CONTINUA

**PROBLEMAS PRESENTADOS EN LA PLANEACION DE
LOS RECURSOS DE ENFERMERIA
PUNTO DE VISTA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA
DIRECCION DE SALUD QUERETARO**

P R O B L E M A S	No. DE CASOS	PORCENTAJE
FAVORITISMO EN LA ELECCION DE PERSONAL PARA PUESTOS (CLAVES) POR COMPADRAZGO, AMISTAD, ETC.	1	.38
ECONOMICO	1	.38
TOTAL	263	100.00

Fuente: Cuestionario No. 2

CUADRO 21.

PREPARACION Y DESARROLLO PROFESIONAL
PUNTO DE VISTA DEL PERSONAL DE ENFERMERIA
DIRECCION DE SALUD QUERETARO

-
- DEBERIA HABER UNA PREPARACION CONTINUA DE ACUERDO AL DESARROLLO DE LA ENFERMERIA.
 - CAPACITAR AL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERIA.
 - PREPARAR A LA ENFERMERA EN FORMACION EN EL ASPECTO ETICO.
 - CURSOS PRACTICOS MAS EXTENSOS
 - REALIZARSE CURSOS DE ORIENTACION VOCACIONAL PARA TENER ENFERMERAS CON UNA CLARA VOCACION DE SERVICIO A SU COMUNIDAD Y POR LO TANTO RESPETO A LA INTEGRIDAD DEL PACIENTE.
 - FALTA MAYOR COORDINACION ENTRE LAS ESCUELAS DE ENFERMERIA Y LAS INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD.
 - INSTRUCTORES Y PROFESORES CON DEFICIENTE PREPARACION.
 - EL PLAN DE ESTUDIOS ES INCOMPLETO, REQUIERE MODIFICACIONES A NIVEL NACIONAL Y ESTATAL.
 - FALTA DE DIFUSION DE LOS PROGRAMAS QUE SE MANEJAN DENTRO DEL SERVICIO DE ENFERMERIA ENTRE EL PERSONAL Y HACIA OTROS SERVICIOS.
 - HAY DEFICIENCIA EN MATERIAL DIDACTICO Y ORGANIZACION DENTRO DE LAS INSTITUCIONES EDUCATIVAS.
 - FACILITAR AL PERSONAL DE ENFERMERIA EL PERMISO PARA ASISTIR A LOS CURSOS DE EDUCACION CONTINUA.
 - FOMENTAR EL NUMERO DE CURSOS, BECAS.
 - FALTA DE PERSONAL CAPACITADO Y PREPARADO PARA OCUPAR PUESTOS CLAVES.
 - QUE SE TENGA PERSONAL CON ESPECIALIDAD EN ADMINISTRACION DE PERSONAL A NIVEL DE JEFA DE ENFERMERAS JEFES DE PISO.
 - QUE SE ACABE EL FAVORITISMO Y AMISTAD EN EL MOMENTO DE ELEGIR AL PERSONAL DE NUEVO INGRESO CON LA FINALIDAD DE MEJORAR LA CALIDAD PROFESIONAL DE LA ENFERMERIA.
 - QUE NO SE FOMENTE EN LAS ESCUELAS LA IDEA DE QUE LA ENFERMERA DEBE SER SUMISA, RELEGADA, SINO AL CONTRARIO PODER TENER PERSONAL CAPAZ DE TOMAR DECISIONES PROPIAS EN LOS CASOS NECESARIOS Y CON BASES.
-

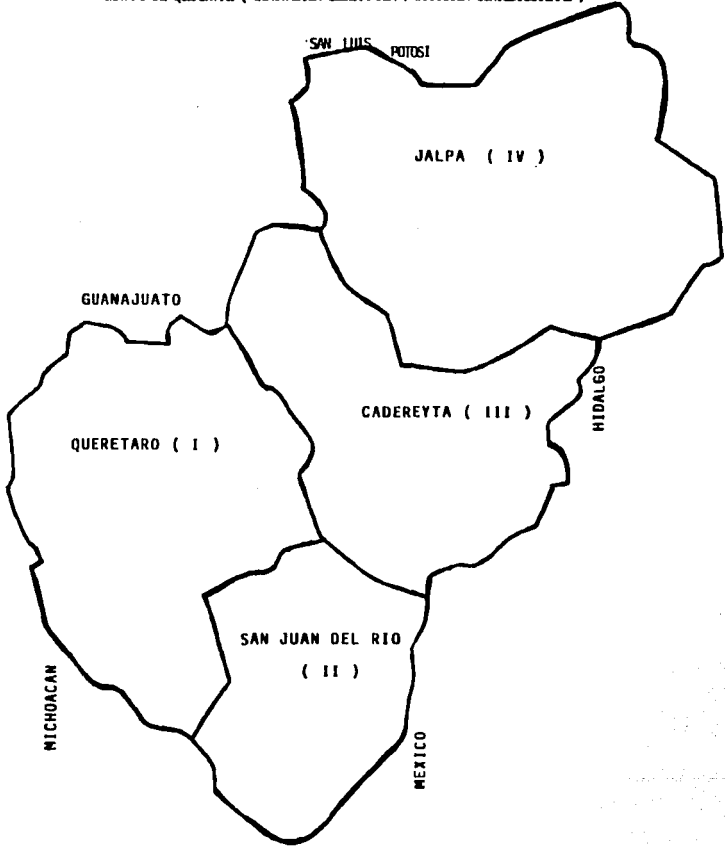
Fuente: Cuestionario No. 2

ALTERNATIVAS DE SOLUCION EN LA PLANEACION DE
PERSONAL DE ENFERMERIA
DIRECCION DE SALUD QUERETARO

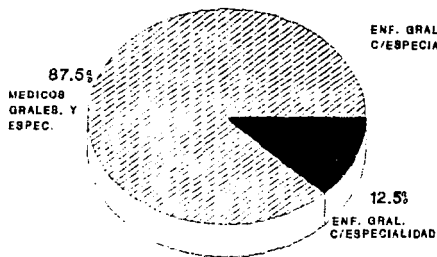
-
- INCREMENTO DE RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERIA.
 - MINIMO NECESARIO DE MATERIAL Y EQUIPO.
 - ADECUADA DISTRIBUCION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA.
 - ENSEÑANZA CONTINUA CONJUNTA Y POR SERVICIO.
 - CONOCIMIENTOS REALES DE LAS NECESIDADES DE LAS UNIDADES HOSPITALARIAS.
 - ESPECIFICACION CLARA DE LOS PROFESIOGRAMAS (REQUISITOS DE PUESTO, ACTIVIDADES Y FUNCIONES) DE CADA TIPO DE RECURSO HUMANO DE ENFERMERIA EN LOS DIFERENTES NIVELES.
 - NO TENER PREFERENCIA POR DETERMINADO PERSONAL.
 - MEJORAR LA ORGANIZACION.
 - DELEGAR FUNCIONES DE ACUERDO A CATEGORIA Y PREPARACION.
 - NO SUBESTIMAR A LA PROFESION DE ENFERMERIA.
 - ADECUADA IDENTIFICACION DEL PERSONAL EN LAS NECESIDADES REALES.
 - VALORACION PROPIA Y AJENA DEL PAPEL DESEMPEÑADO.
 - ACTUALIZACION PERMANENTE A TRAVES DEL ADIESTRAMIENTO EN SERVICIO.
 - PARTICIPACION DE LA JEFA DE ENFERMERAS EN LA SELECCION DEL PERSONAL.
 - EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION ES NECESARIO CONTAR CON UN EQUIPO INTEGRADO POR:
 - DOS ENFERMERAS SANITARIAS, UNA TRABAJADORA SOCIAL, UNA PROMOTORA DE SALUD Y UNA ENFERMERA GENERAL.
 - MAYOR APOYO PARA LA ORGANIZACION, PREPARACION Y PARTICIPACION DE LOS CURSOS DE ACTUALIZACION.
 - INCREMENTAR EL SUELDO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA RURAL.
 - SE AGREGUE AL DOCUMENTO OFICIAL DE PROFESIOGRAMAS EL DE ENFERMERA INSTRUMENTISTA.
 - EN LAS ESCUELAS SE CAPACITE AL PERSONAL CON VERDADERA VOCACION.
 - MOTIVAR AL PERSONAL PARA DAR UN BUEN SERVICIO.
 - DAR CURSOS DE RELACIONES HUMANAS PARA FOMENTAR EL COMPAÑERISMO
 - QUE EL PERSONAL ENCARGADO DE LOS SERVICIOS TENGA CONOCIMIENTO DE LAS CUALIDADES Y ROBLEMAS DEL PERSONAL A SU RESPONSABILIDAD.
 - QUE SEA TOMADA EN CUENTA LA OPINION DEL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LA TOMA DE DECISIONES.
-

FIGURA No. 1

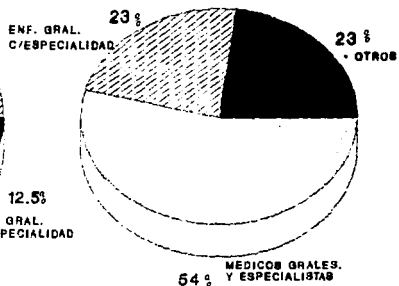
ESTADO DE QUERETARO (LIMITACION GEOGRAFICA Y DIVISION JURISDICCIONAL)



PLANTILLA DOCENTE INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE AUXILIAR DE ENFERMERIA



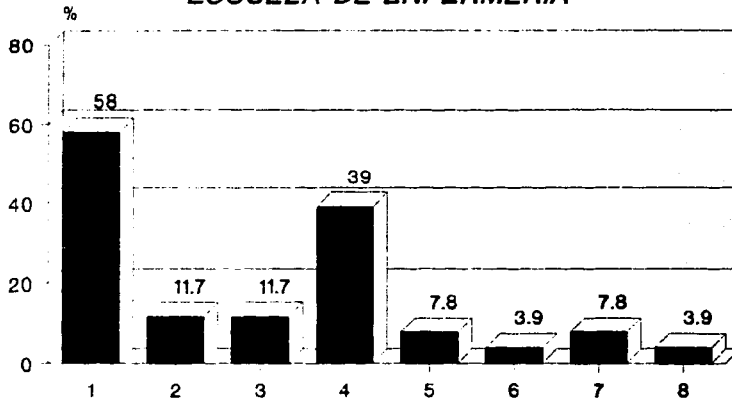
DIF



INDREQ

• Sociologo, Licenciado en Derecho y
Licenciado en Educación Física

**PLANTILLA DOCENTE DE LA
UNIVERSIDAD AUTONOMA DE QUERETARO
ESCUELA DE ENFERMERIA**

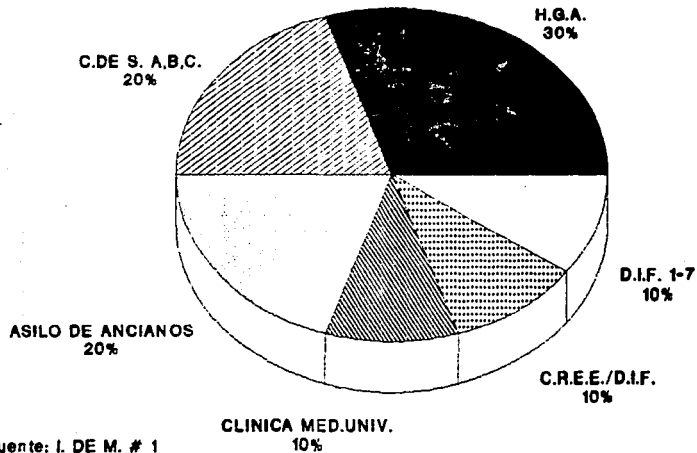


■ PROFESION

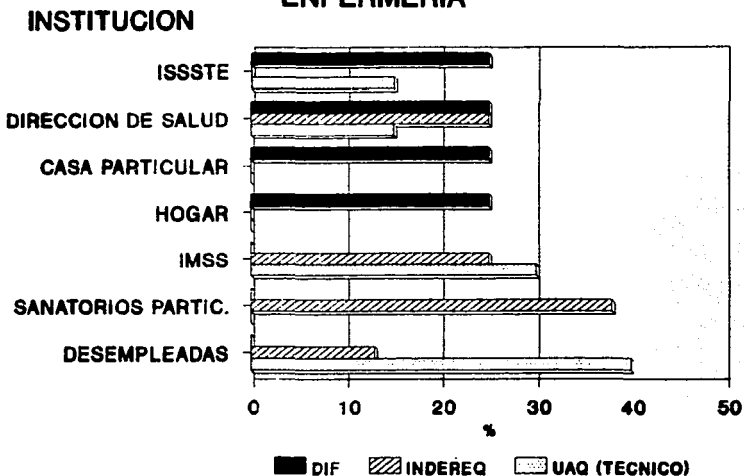
1)Enf. General c/Esp. 2)Lic. en Enf. 3)Enf. c/Maestría 4)Médicos
5)Psicólogos 6)Sociólogos 7)Dietista 8)Odontólogo

GRAFICA 4

SERVICIO SOCIAL ESTUDIANTES DE ENFERMERIA JURISDICCION No. 1 QUERETARO



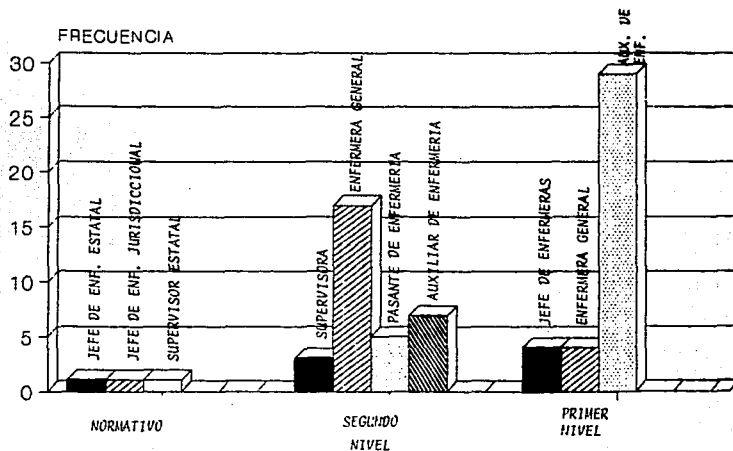
GRAFICA 5
**LUGAR DE DESARROLLO PROFESIONAL
 EGRESADAS DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS
 ENFERMERIA**



Fuente: Escuelas de la J. #1 Gro.

GRAFICA 6

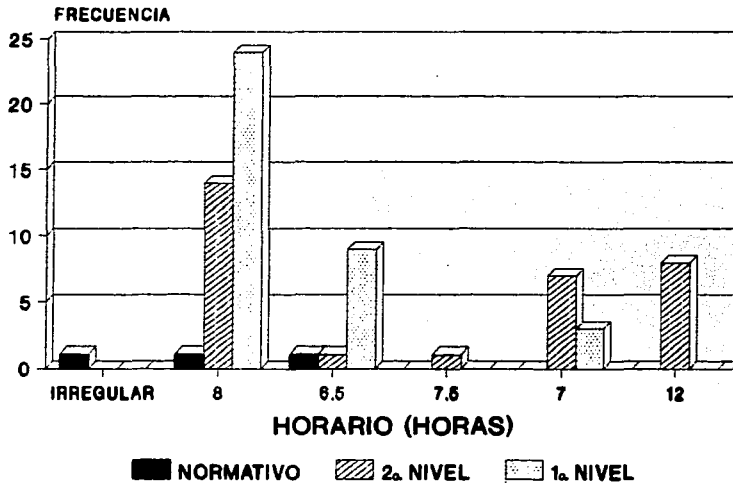
PUESTO - PERSONAL DE ENFERMERIA DIRECCION DE SALUD QUERETARO



ente: I. DE M #2

GRAFICA 7

JORNADA LABORAL-PERSONAL DE ENFERMERIA DIRECCION DE SALUD QUERETARO



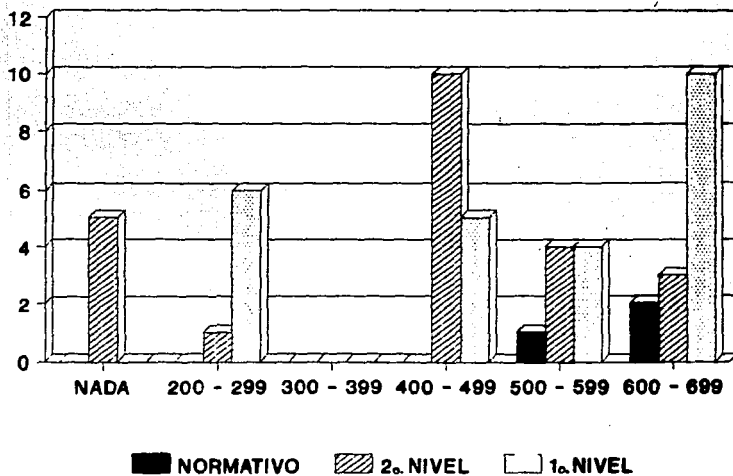
Fuente: I. DE M. #2

GRAFICA 8

SALARIO

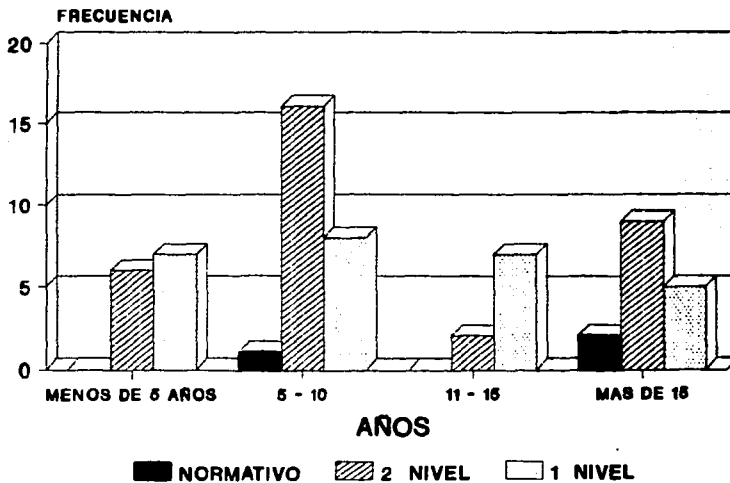
PERSONAL DE ENFERMERIA

DIRECCION DE SALUD QUERETARO



Fuente: I. de M. #2

GRAFICA 9
**AÑOS DE EJERCICIO PROFESIONAL
 PERSONAL DE ENFERMERIA
 DIRECCIÓN DE SALUD QUERETARO**



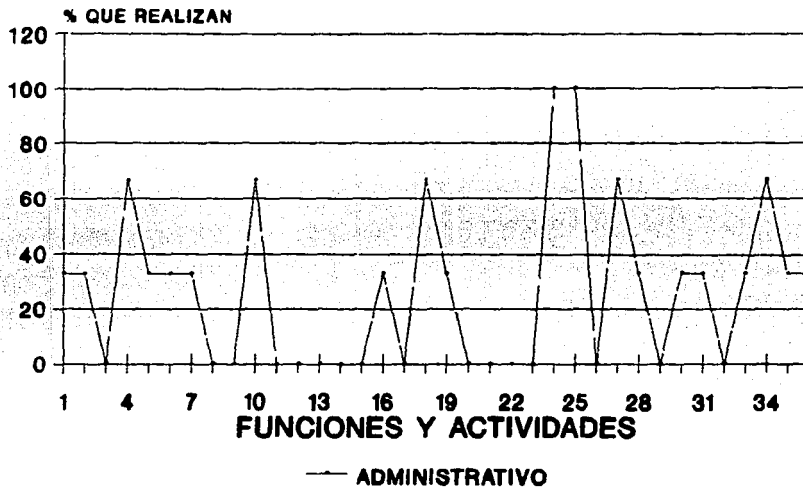
Fuente: I. DE M. #2

FUNCIONES Y ACTIVIDADES QUE REALIZA EL PERSONAL DE ENFERMERIA.

1. Curaciones
2. Inyecciones
3. Control de temperatura
4. Plásticos a la comunidad
5. Recepción de pacientes.
6. Preparación de material.
7. Toma de signos vitales
8. Somatometría
9. Recibo y entrega de material.
10. Orientación al paciente y a su familia
11. Cuidados generales del paciente
12. Cambio de cama
13. Baño de pacientes
14. Preparación de medicamentos
15. Administración de medicamentos
16. Actualización de Kardex
17. Verificación del funcionamiento del equipo
18. Solicitud mensual del pedido de material
19. Informe mensual del pedido de material
20. Instalación de venoclisis
21. Docencia a estudiantes
22. Distribución de personal y actividades
23. Solicitud de dietas (de acuerdo a pad.)
24. Supervisión de actividades del personal
25. Supervisión de procedimientos
26. Supervisión de trámites y manejo de pacientes
27. Elaboración de manuales de organización, procedimientos y programas
28. Auxiliar al personal médico y paramédico
29. Interviene en amojamientos
30. Participa en la visita médica
31. Manejo y conocimientos de medios de comunicación y didácticos
32. Preparar historias clínicas
33. Identificar problemas de salud
34. Establece diagnósticos
35. Instaura tratamientos a problemas sencillos
36. Maneja ciertos medicamentos
37. Inmunizaciones
38. Recopilación y tabulación de información (censos).
39. Control de Tb., brucelosis, lepra
40. Aseo de la unidad, toma de muestras
41. Actividades administrativas
42. Organización de campañas
43. Atención de la farmacia
44. Cuidados de terapia intensiva, cargar pacientes
45. Jefe de servicio incluye Terapia intensiva
46. Vacunación a perros
47. Visita a escuelas y a la comunidad

GRAFICA 10

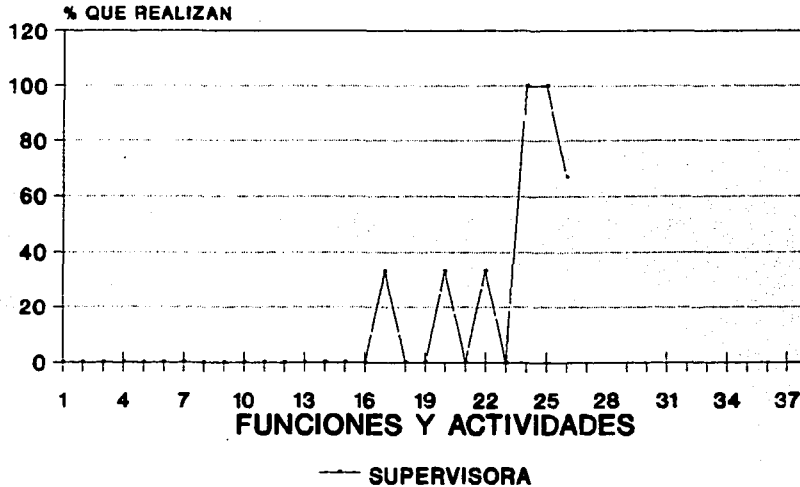
ACTIVIDADES Y FUNCIONES NIVEL NORMATIVO DIRECCION DE SALUD QUERETARO



Fuente: I. DE M. #2 Y ENTREVISTA

GRAFICA 11

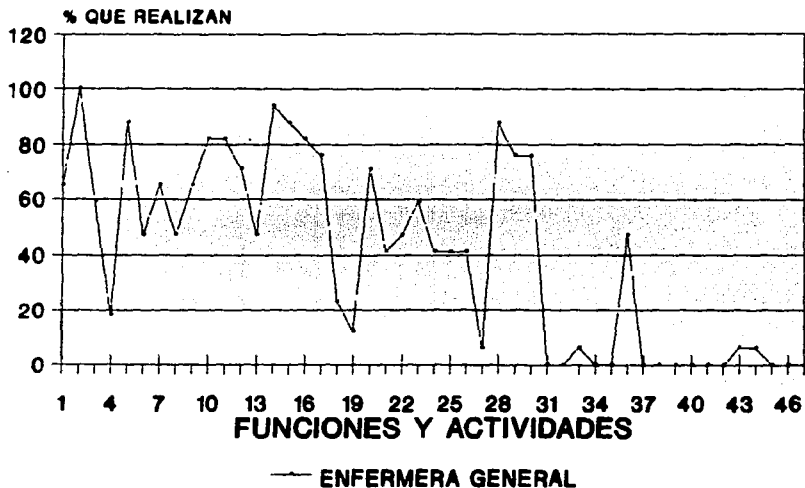
ACTIVIDADES Y FUNCIONES 2. NIVEL DIRECCION DE SALUD QUERETARO



Fuente: I. DE M. #2 Y ENTREVISTA

GRAFICA 12

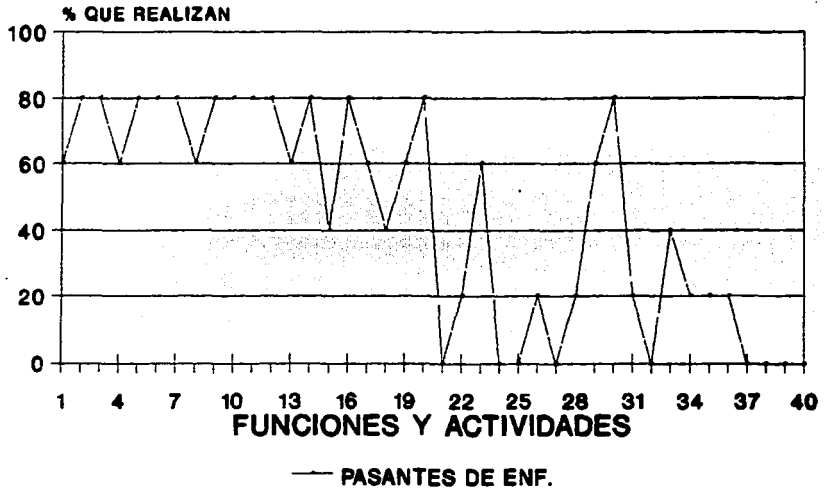
ACTIVIDADES Y FUNCIONES 2. NIVEL DIRECCION DE SALUD QUERETARO



Fuente: I. DE M. #2 Y ENTREVISTA

GRAFICA 13

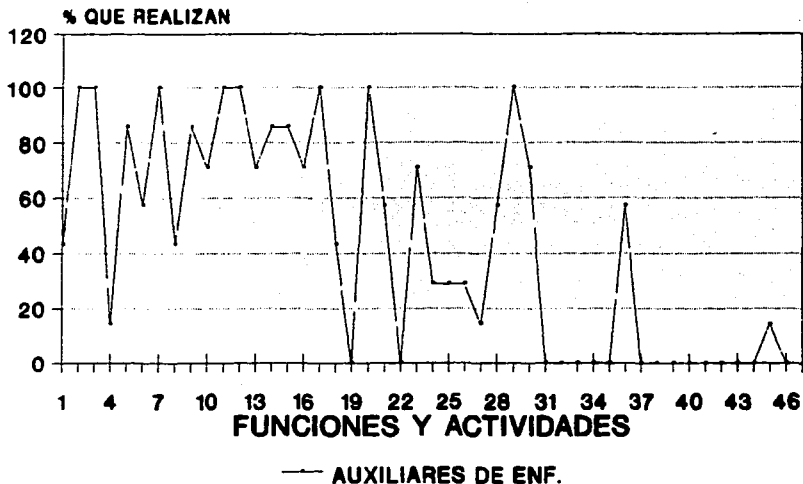
ACTIVIDADES Y FUNCIONES 2. NIVEL DIRECCION DE SALUD QUERETARO



Fuente: I. DE M. #2 Y ENTREVISTA

GRAFICA 14

ACTIVIDADES Y FUNCIONES 2. NIVEL DIRECCION DE SALUD QUERETARO

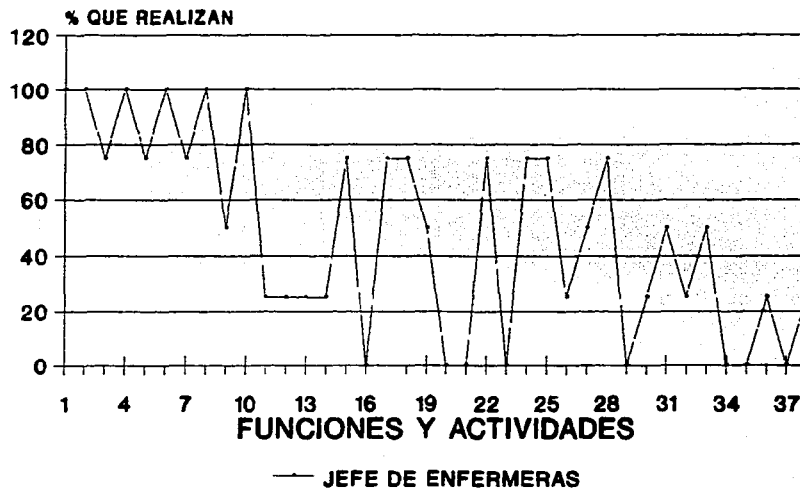


Fuente: I. DE M. #2 Y ENTREVISTA

ACTIVIDADES Y FUNCIONES

1. NIVEL

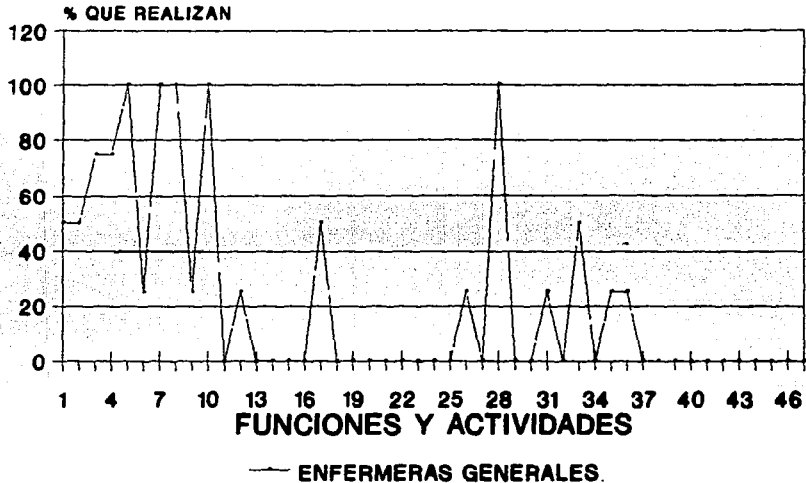
DIRECCION DE SALUD QUERETARO



Fuente: I. DE M. #2 Y ENTREVISTA

GRAFICA 16

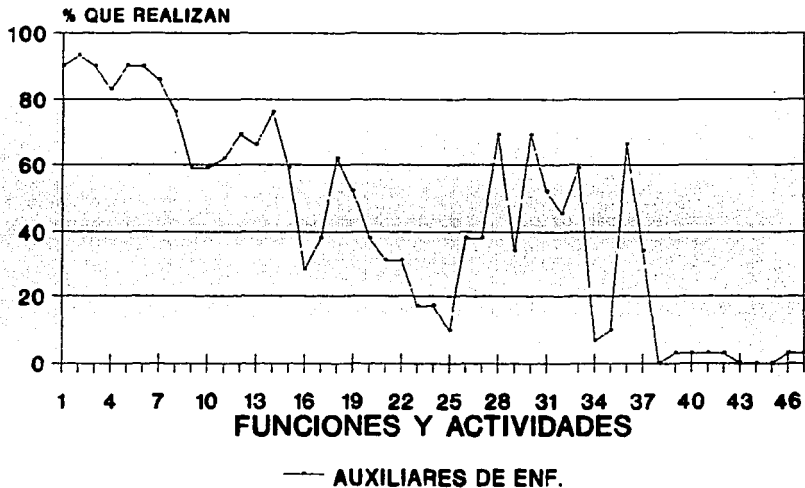
ACTIVIDADES Y FUNCIONES 1. NIVEL DIRECCION DE SALUD QUERETARO



Fuente: I. DE M. #2 Y ENTREVISTA

GRAFICA 17

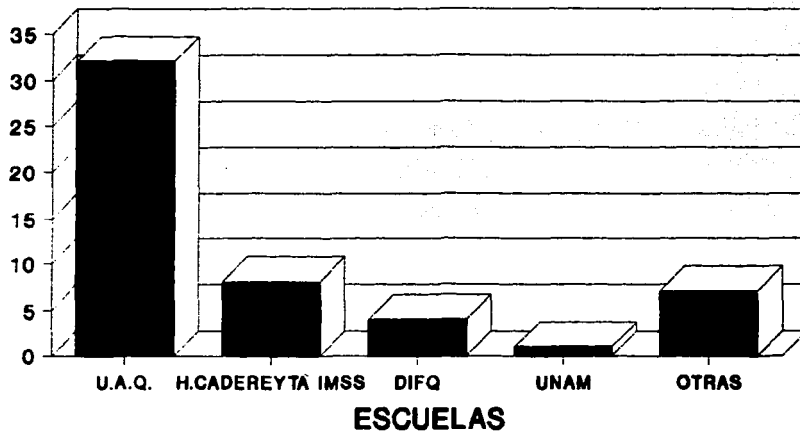
ACTIVIDADES Y FUNCIONES 1o. NIVEL DIRECCION DE SALUD QUERETARO



Fuente: I. DE M. #2 Y ENTREVISTA

GRAFICA 18

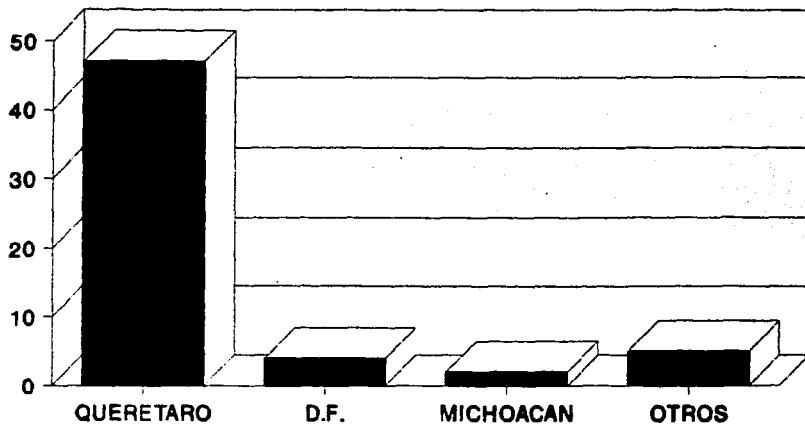
ESCUELA DE PROCEDENCIA PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA DIRECCION DE SALUD QUERETARO



Fuente: I. DE MED. #2

GRAFICA 19

ESTADO DE PROCEDENCIA PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA DIRECCION DE SALUD QUERETARO



Fuente: J. DE MED. #2