

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE CONTADURIA Y ADMINISTRACION

AUSENTISMO LABORAL DEL PERSONAL DE
ENFERMERIA COMO FACTOR DETERMINANTE
EN LA CALIDAD DE ATENCION AL PACIENTE
EN EL HOSPITAL GENERAL DOCTOR
GREGORIO SALAS FLORES, UNIDAD
DE SEGUNDO NIVEL

SEMINARIO DE INVESTIGACION
ADMINISTRATIVA
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADO EN ADMINISTRACION
PRESENTAN:
BECERRIL HUERTA LETICIA
ORTIZ ARCOS MARIA ARACELI
RODRIGUEZ SANCHEZ SOFIA
SOLIS ARELLANO MARIA DEL CARMEN

Asesor del Semirario: L. A. E. Rutilio Torres Franco

MEXICO, D. F.

1994

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

AGRADECIMIENTOS

AL L.A.E. Rutilio Torres Franco

Director del Seminario de Investigación, por su paciencia, apoyo y motivación en la realización de éste trabajo.

Al Dr. David Ricardes M.

Director del Hospital Dr. Gregorio Salas Flores, por las facilidades otorgadas para llevar a cabo ésta investigación.

Al L.A. Angel Osornio Morales y al Ing. Jesús Ramírez Ortega

Por brindarnos su ayuda profesional en la terminación de éste estudio.

A NUESTROS PADRES:

Por su gran ejemplo, apoyo incondicional y confianza plena, que nos brindaron para alcanzar nuestra meta, por su gran amor, les brindamos este trabajo.

Jorge Becerril Becerril

Verónica Huerta Flores

LETICIA

Juan Ortiz Juárez

Rosalía Arcos López

MA. ARACELI

Hipólito J. Rodríguez Bautista

Ma. Trinidad Sánchez Ontiveros

SOFIA

Catarino Solís Castañeda

Guadalupe Arellano Torres

MA. DEL CARMEN

A DIOS :

Por habernos dado la entereza y la constancia, para lograr este objetivo, además por permitir que nuestros padres, hermanos y amigos lo disfruten con nosotras.

INDICE

INTRODUCCION	1
OBJETIVOS	
1. GENERAL	5
2. ESPECIFICOS	5
CAPITULO I. METODOLOGIA	
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	6
2. FORMULACION DE LA HIPOTESIS	6
A. VARIABLE DEPENDIENTE	6
B. VARIABLE INDEPENDIENTE	6
C. UNIDAD DE ANALISIS	6
3. PLANEACION DE LA INVESTIGACION	7
A. TIPO DE INVESTIGACION	8
B. METODO EMPLEADO	8
4. DETERMINACION DE LA MUESTRA	8
5. FUENTES DE INFORMACION	9
A. DIRECTAS	9
B. INDIRECTAS	10
CAPITULO II. UNIDAD HOSPITALARIA	
1. CONCEPTO	11
2. MISION	11
3. ANTECEDENTES DE LOS HOSPITALES	
A. EN EL MUNDO	11
B. EN MEXICO	13
C. DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL	16
a) OBJETIVO DE LOS SERVICIOS DE SALUD	24
b) POLITICAS	26
c) ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	27
d) ESTRUCTURA ORGANICA	30

4. DESCRIPCION DE LOS SISTEMAS DE SALUD SEGUN NIVEL DE ATENCION	34
A. PRIMER NIVEL DE ATENCION	35
a) SERVICIOS	35
b) TIPOS DE UNIDAD	35
B. SEGUNDO NIVEL DE ATENCION	37
a) SERVICIOS	38
b) TIPOS DE UNIDAD	39
C. TERCER NIVEL DE ATENCION	42
a) SERVICIOS	42
b) TIPOS DE UNIDAD	44
5. CLASIFICACION DE LOS HOSPITALES	
A. DE ACUERDO AL NUMERO DE CAMAS	45
B. DE ACUERDO A SU LOCALIZACION GEOGRAFICA	45
C. SEGUN PROMEDIO DE ESTANCIA	46
D. SEGUN PROPIEDAD	46
E. SEGUN CONDICION SOCIOECONOMICA DE LOS PACIENTES	47
F. SEGUN ESPECIALIDAD MEDICA	47
G. POR SU CONSTRUCCION	49
H. EN RELACION A LA TEMPORALIDAD	49
I. POR SU AMBITO DE INFLUENCIA	50
6. FUNCIONES DE LOS HOSPITALES	
A. PROMOCION DE LA SALUD	50
B. PROTECCION ESPECIFICA	51
C. DIAGNOSTICO TEMPRANO Y TRATAMIENTO OPORTUNO	51
D. REHABILITACION	51
E. EDUCACION	51
F. INVESTIGACION	52
7. SERVICIO DE ENFERMERIA	
A. DEFINICION	53
B. ANTECEDENTES DE ENFERMERIA	
a) EN EL MUNDO	54
b) EN MEXICO	57
c) EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL	60
C. ASPECTOS ETICOS DE ENFERMERIA	
a) DEFINICION	64
b) PRINCIPIOS ETICOS QUE GUIAN A LA ENFERMERA	65
c) DIGNIDAD Y EL VALOR DEL SER HUMANO COMO BASE DE LA ETICA	66
d) EL PACIENTE	66
D. FUNCIONES DE ENFERMERIA	
a) SUSTANTIVAS	68
b) ADJETIVAS	68
E. CATEGORIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA	69
a) ENFERMERA TITULADA	70
b) ENFERMERA ESPECIALISTA	70

c) AUXILIAR DE ENFERMERIA	70
d) TECNICA EN ENFERMERIA	70
e) PASANTE DE ENFERMERIA	71
F. CALCULO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA	
a) CONCEPTO	71
b) FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL CALCULO DE PERSONAL	72
c) PROCEDIMIENTO	75
8. SERVICIOS CLINICOS DE ATENCION MEDICA	
A. RECEPCION.....	80
B. ARCHIVO CLINICA	80
C. TRABAJO SOCIAL.....	81
D. CONSULTA EXTERNA.....	82
E. FARMACIA	82
F. LABORATORIO CLINICO	82
G. BANCO DE SANGRE	83
H. RADIODIAGNOSTICO	83
I. MEDICINA NUCLEAR	84
J. FISIOTERAPIA	84
K. URGENCIAS	84
L. ADMISION HOSPITALARIA	85
M. CENTRAL DE EQUIPOS Y ESTERILIZACION	87
N. HOSPITALIZACION	87
O. ANATOMIA PATOLOGICA	91
P. BANCO DE LECHEs	92
Q. DIETOLOGIA	93
R. VESTIDORES DEL PERSONAL	94
S. LAVANDERIA	94
T. LOCALES DIVERSOS	95

CAPITULO III. AUSENTISMO

1. CONCEPTO	98
2. CLASIFICACION	99
A. AUSENTISMO FISICO	99
B. AUSENTISMO SIQUICO	100
3. CAUSAS	101
A. SUPERVISION DEFICIENTE	101
B. ACCIDENTES EN EL HOGAR Y EL TRABAJO	102
C. ENFERMEDAD PERSONAL REAL	102
D. ENFERMEDAD FINGIDA O IMAGINARIA	102
E. ENFERMEDAD DE LOS FAMILIARES	102
F. INDIFERENCIA	102
4. CALCULO DEL INDICE DE AUSENTISMO	103

5.	CONSECUENCIAS DEL AUSENTISMO	104
	A. BAJA DE PRODUCTIVIDAD	104
	B. CALIDAD DEFICIENTE DEL PRODUCTO	105
	C. ESTANCAMIENTO EN EL DESARROLLO DE LA EMPRESA	105
	D. DESAPARICION O QUIEBRA DE LA EMPRESA	105
	E. DISMINUCION DE LA CALIDAD	105
	F. SOBRECARGA DE TRABAJO	106
	G. ESTANCIA PROLONGADA DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL	106
	H. PROPAGACION DE LOS TRABAJADORES ASIDUOS	106
6.	MEDIOS PARA REDUCIR EL AUSENTISMO	107
	A. FACTORES EXTRINSECOS	107
	a) SALARIO	107
	b) SUPERVISION TECNICA	108
	c) CALIDAD DE LAS RELACIONES HUMANAS EN LA SUPERVISION	108
	d) POLITICAS Y ADMINISTRACION DE LA EMPRESA	108
	e) CONDICIONES DE TRABAJO	108
	f) SEGURIDAD EN EL TRABAJO	109
	B. FACTORES INTRINSECOS	109
	a) LOGRO	109
	b) RECONOCIMIENTO	109
	c) RESPONSABILIDAD	110
	d) ESTATUS	110

CAPITULO IV. CALIDAD Y SU RELACION CON LOS
SERVICIOS DE ENFERMERIA

1.	CONCEPTOS	111
2.	ANTECEDENTES DE LA CALIDAD	113
	A. PRINCIPALES PRECURSORES	115
	a) W. EDWARDS DEMING	115
	b) JOSEPH M. JURAN	117
3.	CALIDAD DE ATENCION	118
	A. CLASIFICACION	119
	a) CALIDAD ABSOLUTA	119
	b) CALIDAD INDIVIDUALIZADA	119
	c) CALIDAD SOCIAL	119
	B. LOS ELEMENTOS BASICOS DE LA CALIDAD	119
4.	EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION	121
	A. OBJETIVOS	121
	B. POLITICAS	121
	C. AMBITO DE APLICACION	122
	D. RESPONSABLE DE LA APLICACION	122
	E. PERIODICIDAD	122
	F. INSTRUMENTACION	122
	G. ORGANIZACION	123
5.	EVALUACION EN EL DESEMPEÑO DE LOS RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERIA	

A. DEFINICION	124
6. EVALUACION DE LA CALIDAD EN LA ATENCION DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA	125
7. ATENCION MEDICA	
A. DEFINICION	126
B. FUNCIONES	126
C. REQUISITOS	127
D. COMPONENTES	128

CAPITULO V. PRODUCTIVIDAD

1. CONCEPTOS	129
A. MEDICION	129
B. PRODUCTIVIDAD	129
2. TIPOS DE PRODUCTIVIDAD	130
A. GLOBAL	130
B. INTEGRAL DE TRABAJO	130
C. NETA DEL TRABAJO	131
D. DEL TRABAJO	131
E. PRODUCCION LABORAL	131
a) MEDIR EFICIENCIA	131
b) MEDIR EFICACIA	132
c) MEDIR EFECTIVIDAD	132
d) MEDIR RENDIMIENTO	132
3. MEDICION DE LA PRODUCTIVIDAD EN ENFERMERIA	133
A. IMPORTANCIA DE LA PRODUCTIVIDAD EN ENFERMERIA	133
B. CONCEPTO	133
C. FORMULAS	134
D. INSTRUMENTOS DE MEDICION	135
a) LISTA DE COTEJO	135
b) ANALISIS DE ACTIVIDAD TAREA TIEMPO (A.A.T.T)	136
c) APUNTES ANECDOTICOS	137
4. IMPRODUCTIVIDAD EN ENFERMERIA	138
A. RAZONES DE LA IMPRODUCTIVIDAD	138
B. SINTOMAS DE LA IMPRODUCTIVIDAD	138

CAPITULO VI. HOSPITAL GENERAL DOCTOR GREGORIO SALAS FLORES

1. ANTECEDENTES	140
2. OBJETIVOS	141
A. GENERAL	141
B. ESPECIFICOS	141
3. FILOSOFIA	142

4. POLITICA	142
5. DESCRIPCION DE LA UNIDAD	142
A. NOMBRE	142
B. DEPENDENCIA	142
C. UBICACION	142
6. CLASIFICACION DE LA UNIDAD	142
A. SERVICIOS QUE PRESTA	142
B. TIPO DE CONSTRUCCION	143
C. FORMA DE GOBIERNO	143
7. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL	144
8. ESTRUCTURA ORGANICA	145
ANALISIS DE LOS RESULTADOS	147
CONCLUSIONES	186
RECOMENDACIONES	192
ANEXOS	197
GLOSARIO	206
BIBLIOGRAFIA	210

INTRODUCCION

Se tiene conocimiento que toda organización, necesita para el logro de sus objetivos, una administración eficiente en todos y cada uno de los recursos con que cuenta: materiales, financieros, técnicos y humanos. Siendo éste último el de gran importancia para el estudio de esta investigación.

Es indiscutible el papel que juega el personal dentro de una institución, ya sea de productos o servicios, por ello la merecida atención al observar irregularidades en el cumplimiento de sus labores, el ausentismo es, entre otros, una de las manifestaciones más importantes, ya que no sólo afecta el aspecto de producción, sino de igual o mayor medida a la calidad que presentan sus bienes o servicios.

De ahí el interés por realizar el estudio del ausentismo específicamente dentro de una Institución de Salud, debido a que el fenómeno repercute en la calidad de atención hacia los enfermos y, en consecuencia, a su pronta recuperación, posponiendo de esta forma su reincorporación a la sociedad como elemento productivo.

Los objetivos del presente estudio han sido logrados mediante el desarrollo de cada uno de los capítulos que a continuación se mencionan:

El primer capítulo comprende la metodología utilizada para llevar a cabo éste trabajo, en el cual se incluye el planteamiento del problema, la hipótesis, la planeación de la investigación, la determinación de la muestra, los métodos utilizados para la recopilación y análisis de los datos.

Referente al capítulo II, se da una explicación de lo que es una unidad hospitalaria, sus antecedentes, funciones y clasificación, dentro de éste mismo, se hace referencia al personal de enfermería, un factor importante para nuestro trabajo y que requiere cierto dominio del mismo.

El ausentismo es el tema del capítulo siguiente, en él se contemplan los aspectos teóricos más importantes; concepto, clasificación, causas, consecuencias y medios para reducir o erradicar definitivamente éste problema por medio de factores que influyen para evitarlo.

Otro concepto importante para la investigación es la calidad, en el capítulo IV se habla de éste término, relacionándolo directamente con el servicio de enfermería, sin pasar desapercibida la evaluación de la calidad de atención.

Productividad, cuyo título pertenece al capítulo V, donde desarrollamos aspectos importantes como su concepto, tipos, además de contemplar su medición e importancia dentro de la enfermería, incluyendo un punto sobre la improductividad en ésta misma área.

En el último capítulo se hace mención a la institución en la cual se realizó la investigación, dando a conocer los antecedentes, objetivos, filosofía, política y estructura orgánica, por mencionar algunos puntos, del Hospital General Doctor Gregorio Salas Flores.

Una vez concluido el desarrollo de los capítulos, se procedió al análisis de los resultados obtenidos en la investigación de campo, la cual comprende; el cuestionario aplicado, el cálculo del personal de enfermería y los kardex de éste departamento, incluyéndose los resultados de éstos, en los tres anexos comprendidos en el trabajo.

Finalizado el análisis se llevaron a cabo las conclusiones, que nos permitieron rechazar o aprobar la hipótesis planteada, y posteriormente proponer recomendaciones para la solución de éste problema, tomando en cuenta las características del Hospital General Doctor Gregorio Salas Flores.

Se incluye un glosario de términos poco usuales y que se consideró necesario definirlos, para la mejor comprensión de ésta investigación, además de la bibliografía consultada en el trayecto de la investigación.

Deseando que el presente trabajo resulte un instrumento útil para las autoridades correspondientes, así como para todas aquellas personas interesadas en el problema, y esperando, que dicha investigación constituya un estímulo para resolver la problemática

que encierra el ausentismo laboral en ésta institución y dentro de otras que se enfrentan a esta situación.

OBJETIVOS

A. GENERAL

Determinar la importancia del ausentismo laboral del personal de enfermería como factor determinante en la calidad de atención al paciente.

B. ESPECIFICOS

a) Conocer si existe ausentismo laboral del personal de enfermería en el Hospital General Doctor Gregorio Salas Flores.

b) Determinar la influencia que tiene la calidad de atención para la pronta recuperación del paciente.

c) Saber cuales son las principales causas del ausentismo dentro de esta unidad.

d) Proporcionar posibles alternativas para disminuir el ausentismo.

CAPITULO I. METODOLOGIA

En el presente trabajo se exponen los pasos a seguir para el desarrollo de la investigación, desde la elección del tema, planteamiento del problema hasta la presentación de los resultados, conclusiones y sugerencias.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

" Ausentismo laboral del personal de enfermería como factor determinante en la calidad de atención al paciente en el Hospital General Doctor Gregorio Salas Flores, unidad de segundo nivel ".

2. FORMULACION DE LA HIPOTESIS

" El ausentismo laboral del personal de enfermería como factor determinante que afecta la calidad de atención de los pacientes en el Hospital General Doctor Gregorio Salas Flores ".

A. VARIABLE DEPENDIENTE

Calidad de atención a los pacientes.

B. VARIABLE INDEPENDIENTE

Ausentismo laboral del personal de enfermería.

C. UNIDAD DE ANALISIS

El personal de enfermería del hospital General Doctor Gregorio Salas Flores.

3. PLANEACION DE LA INVESTIGACION

En toda unidad hospitalaria es fundamental la concentración de elementos humanos y recursos físicos, con el propósito de ofrecer una atención adecuada y oportuna al paciente. Cuando hay carencia de alguno de éstos elementos baja la productividad del hospital.

Se considera al personal de enfermería una pieza importante para la recuperación del paciente, ya que ellas son las que tienen la capacidad de promover la salud física, mental y espiritual del paciente. Enfermería no es sólo un alarde de habilidades y técnicas; es la atención de los pacientes en donde existe la responsabilidad y necesidad de atender a las personas, su motivación y su comportamiento.

Por ello el interés de esta investigación sobre el ausentismo laboral del personal de enfermería en el Hospital General Doctor Gregorio Salas Flores, en donde se observa no sólo ausentismo injustificado, sino que la dependencia ofrece al personal otras prestaciones las cuales se pagan con tiempo y es ahí cuando se presenta el ausentismo justificado. Esto provoca una considerable disminución de personal de enfermería diaria en los servicios y con ello aumenta el índice atención paciente para cada enfermera, trayendo como consecuencia una mayor cantidad de pacientes por enfermera y aminorando así la calidad de atención que se les ofrece a los pacientes.

Dentro de la planeación se presentan los siguientes elementos:

A. TIPO DE INVESTIGACION

Tomando en consideración los objetivos establecidos, el planteamiento del problema y la hipótesis se utilizará una investigación mixta, debido a que se recurre tanto a fuentes documentales (libros, registros, condiciones de trabajo entre otras), como de campo, que se refiere a los estudios realizados en el lugar y tiempo en que ocurren los fenómenos en estudio.

B. METODO EMPLEADO PARA LA INVESTIGACION

El método utilizado es el inductivo-deductivo, en el primero se trata de generalizar el conocimiento obtenido en una ocasión a otros casos semejantes que pueden presentarse en el futuro. Por el contrario en el proceso deductivo se parte de un marco general de referencia y se va hacia un caso particular, es decir se comparan las características de un caso con la definición que se ha acordado para una clase determinada de fenómenos. Es también utilizada la investigación retrospectiva, que se refiere a situaciones o hechos ya acontecidos. (1)

4. DETERMINACION DE LA MUESTRA

Para la realización de nuestra investigación se consideró factible estudiar el universo que integra el personal de enfermería, el cual consta de un total de 136 enfermeras de las que sólo 133 laboran físicamente en el Hospital General Doctor Gregorio Salas Flores.

1. Fernando Arias Galicia. Introducción a la metodología de investigación en ciencias de la investigación y del comportamiento., pp. 88 y 89.

Se consideró el universo debido a la accesibilidad proporcionada por el personal directivo de dicha institución para la realización de esta investigación, aunado al número de investigadores que participan en el estudio.

5. FUENTES DE INFORMACION

Existen diferentes tipos de fuentes, de las cuales utilizaremos las directas e indirectas, que a continuación se mencionan:

A. DIRECTAS

INVESTIGACION DE CAMPO:

La recolección de datos se llevará a cabo a través de entrevistas formales al personal de enfermería, éstas serán dirigidas por medio de un cuestionario estructurado, el cual tiene el objetivo de recopilar la información necesaria para nuestra investigación.

Tales cuestionarios se aplicarán en los tres turnos existentes dentro del hospital (matutino, vespertino y nocturno-guardias A, B y C) . Siendo un cuestionario amplio, ya que todas las preguntas se consideran de importancia para aprobar o desaprobar la hipótesis.

B. INDIRECTAS

INVESTIGACION DOCUMENTAL:

Dentro de ésta, se obtendrá la información necesaria para la elaboración del marco teórico, se consultarán libros de diferentes bibliotecas tales como la Facultad de Contaduría y Administración, la Central de la Universidad Nacional Autónoma de México y la Escuela Nacional de Gineco y Obstetricia.

Se utilizarán además instrumentos de la jefatura de enfermería, como controles de asistencia (Kardex) y las estadísticas mensuales proporcionados por el departamento de Estadística del Hospital General Doctor Gregorio Salas Flores, de enero a diciembre de 1993.

6. ANALISIS DE LOS DATOS

El análisis de la información obtenida se realizará con base en datos teóricos, es decir, por medio de éstos lograremos dar un análisis adecuado a los resultados cuantitativos, obtenidos a través de la aplicación de cuestionarios, así como del cálculo de personal y los kardex del departamento de enfermería.

Estos se analizarán por separado, auxiliándose en anexos que contienen los resultados obtenidos en forma resumida de cada uno de ellos, y que puedan ser de utilidad para la mejor explicación de los instrumentos que nos proporcionaron la información.

CAPITULO II. UNIDAD HOSPITALARIA

1. CONCEPTO

Es un establecimiento de salud que ofrece internación, atención médica y de enfermería a personas enfermas, heridas o sospechosas de estarlo, parturientas o personas que presentan una o unas de estas situaciones.

Es también un centro importante de formación de personal médico, sanitario y de investigación biosocial.

2. MISION

El hospital es una importante organización médica y social, su misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva y cuyos servicios se dirigen hacia el ámbito familiar.

3. ANTECEDENTES DE LOS HOSPITALES

A. EN EL MUNDO

La historia demuestra que la atención médica no ha evolucionado fácilmente, sino que ha crecido junto con la lucha por la supervivencia del hombre.

Este concepto es conocido por algunos como medicina curativa y se fundamenta en la existencia de médicos bien preparados, establecimientos asistenciales dotados de todos los elementos humanos

y materiales necesarios para ofrecer un servicio eficiente y suficiente.

Son muchos los factores que contribuyen a la salud, pero el cuidado del enfermo es de vital importancia. Su restauración es el propósito de la atención médica, con el doble objetivo de evitar la muerte y reincorporar al individuo a su vida diaria.

Desde la antigüedad la atención médica de la población se organizó como una actividad profesional individual y como una actividad institucional a través de los hospitales y consultorios externos.

El arte curativo del sacerdocio se extendió gradualmente varios siglos antes de cristo por toda Grecia y llegó a Roma hacia el siglo III a.c. Los templos de Esculapio eran instituciones donde se trataban a los enfermos físicos mentales. En los primeros años del Imperio Romano se trataban a las personas enfermas en sus domicilios, posteriormente se construyeron hospitales que atendían en especial a soldados y esclavos que trabajaban en la agricultura. Con el auge del cristianismo los hospitales del mundo occidental fueron organizados por las ordenes monásticas, alcanzando su mayor desarrollo durante la edad media.

En el siglo VI d.c. había ya bastantes hospitales budistas, fundándose en la ciudad de Osaka en Japón el primer hospital dotado de una escuela de medicina. Los países islámicos desarrollaron los hospitales desde el siglo VIII d.c. en adelante. En Bagdad se construyeron varias instituciones hospitalarias en esa época, los hubo también en Damasco, Bukara, Sevilla, El Cairo y Córdoba.

La creación de los hospitales particulares se inició a principios del siglo XVIII d.c. en Europa.

Los hospitales públicos de tipo moderno tuvieron su origen en la iniciativa estatal, al principio sólo atendían enfermos internados en el establecimiento, posteriormente se inicia la consulta externa con lo que se puso en contacto a la población no-hospitalaria. El cambio que se experimenta en la actualidad en los hospitales se debe a la integración de la medicina preventiva y curativa aunada a la práctica de una medicina integral.

B. EN MEXICO

Con la consumación de la conquista se observaron importantes cambios en el desarrollo de la Nueva España, uno de éstos fué la implantación de nuevas instituciones en todos los campos, entre las cuales se presentó un régimen hospitalario diseñado para los indígenas. Para su fundación participaron autoridades civiles, religiosas y en forma directa los indígenas.

Los establecimientos comprendían desde pequeñas enfermerías anexas a un convento, iglesias y hospitales de mediana proporción, hasta los centros de vida comunitaria, entre las necesidades de índole material y espiritual que pretendieron atender fue el cuidado de los indios enfermos y abandonados, los carentes de recursos y la prestación de servicios médicos a la población aborigen; cuando se veía agobiada por las frecuentes epidemias, contar con lugares adecuados para

proporcionar auxilios espirituales, ofrecer albergue a indios, forasteros y disponer de un sitio que funcionara como complemento de conventos sede de las cofradías de indígenas, donde pudiera ofrecerse ayuda material y espiritual.

Surgió con el nombre de hospital otro género de fundaciones comparadas a veces con falasterios que son núcleos de vida comunitaria con su propia estructura socioeconómica, asistencial, aplicación humanista y religiosa.

La fundación de hospitales como el de San José de los Naturales en la ciudad de México o el de Oaxtepec para desahuciados, atendían en general a españoles e indios, fue algo nuevo para los indígenas. Las más tempranas fundaciones de hospitales se debieron al empeño de algunos franciscanos.

Así, en 1531 en la ciudad de México se organizó el primer establecimiento antecedente directo del Hospital Real de San José de los Naturales; en 1532 se fundó el primer hospital de Santa Fe. Beneplácito y confianza despertó entre los indios el enterarse que los hospitales buscaban la presencia de los "titici", los verdaderos tlamanique sabios, médicos indígenas quiénes propiciarían el desarrollo de la medicina democrática en la Nueva España.

Enfermerías y los hospitales de los indios fueron en ocasiones ámbitos propicios para un proceso de aculturación de doble consecuencia: los conocimientos médicos y farmacológicos de dos culturas muy distintas se influyeron de allí manera recíproca. Otra circunstancia digna también de atención es - que las mismas enfermerías y hospitales fueron si-

tios de reunión a los que acudían sanos y enfermos gente del lugar e indios forasteros. (2)

A fines del siglo XVI se fundó el hospital nuestra Señora de Monserrat, para incurables. En 1567 se estableció el primer hospital para enfermos mentales en la Nueva España, dos años después surgieron el de San Martín en San Juan de Ulúa, Veracruz y el de la Caridad en la antigua Veracruz, los que atendían a enfermos de las navegaciones, en el primero se estableció un sistema de seguro médico para los tripulantes de los barcos que llegaban al puerto.

Hubo también hospitales en Córdoba, Veracruz para la atención de los trabajadores azucareros. Para 1817 se dieron los primeros conocimientos sobre la obstetricia, es decir, hasta veinticinco años después se funda esta especialidad dentro de las ciencias médicas.

Durante el siglo XV surgió el hospital de Nuestra Señora de los Remedios, su objetivo principal era atender tanto a tripulantes como pasajeros enfermos de los barcos que viajaban por el Golfo de México.

A lo largo de éste siglo se edificaron varios hospitales para el servicio de la gente pobre, tal fue el caso de San Miguel de Belem en Jalisco; Nuestra Señora del Rosario en Yucatán; San Cosme y San Damián en Oaxaca; San José de Gracia y La Concepción en Querétaro; y el de la Encarnación en Tlaxcala, éstos hospitales se sostenían por medio de donativos y limosnas.

2. Guillermo Soberón. La Salud en México. Testimonios., p. 222.

C. DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL

Transitar por el tiempo y el espacio deja huella, historia que conviene conocer para saber de donde venimos y hacia donde queremos ir. La historia de los servicios de salud del Departamento del Distrito Federal esta en obras concretas y hechos que pocos conocemos, por lo que se presenta esta compilación de datos históricos.

No podemos ver con indiferencia el gran desarrollo y la importancia que a nivel asistencial, preventivo, docente, de investigación y rehabilitación han llegado a estos servicios, siendo necesario que propios y extraños las conozcamos para así poder comprender los sacrificios de quienes iniciaron la construcción de lo que ahora conocemos como Servicios Médicos de Salud del Departamento del Distrito Federal, antigua Cruz Verde.

Estos servicios se fundaron el 15 de diciembre de 1909, siendo Presidente de la República el General Porfirio Díaz y gobernador de la ciudad de México el Señor Guillermo de Landa y Escandón, con la inauguración del puesto central de socorros, ubicado en las calles de Revillagigedo y las Verdes, hoy calle Victoria.

Las principales funciones de esta organización consistían en dar atención médica oportuna a los accidentados y cumplir con el auxilio médico legal a los juzgados del ramo, económicamente dependían de la Inspección General de Policía.

tios de reunión a los que acudían sanos y enfermos gente del lugar e indios forasteros. (2)

A fines del siglo XVI se fundó el hospital nuestra Señora de Monserrat, para incurables. En 1567 se estableció el primer hospital para enfermos mentales en la Nueva España, dos años después surgieron el de San Martín en San Juan de Ulúa, Veracruz y el de la Caridad en la antigua Veracruz, los que atendían a enfermos de las navegaciones, en el primero se estableció un sistema de seguro médico para los tripulantes de los barcos que llegaban al puerto.

Hubo también hospitales en Córdoba, Veracruz para la atención de los trabajadores azucareros. Para 1817 se dieron los primeros conocimientos sobre la obstetricia, es decir, hasta veinticinco años después se funda esta especialidad dentro de las ciencias médicas.

Durante el siglo XV surgió el hospital de Nuestra Señora de los Remedios, su objetivo principal era atender tanto a tripulantes como pasajeros enfermos de los barcos que viajaban por el Golfo de México.

A lo largo de éste siglo se edificaron varios hospitales para el servicio de la gente pobre, tal fue el caso de San Miguel de Belem en Jalisco; Nuestra Señora del Rosario en Yucatán; San Cosme y San Damián en Oaxaca; San José de Gracia y La Concepción en Querétaro; y el de la Encarnación en Tlaxcala, éstos hospitales se sostenían por medio de donativos y limosnas.

2. Guillermo Soberón. La Salud en México. Testimonios., p. 222.

C. DE LOS SERVICIOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL

Transitar por el tiempo y el espacio deja huella, historia que conviene conocer para saber de donde venimos y hacia donde queremos ir. La historia de los servicios de salud del Departamento del Distrito Federal esta en obras concretas y hechos que pocos conocemos, por lo que se presenta esta compilación de datos históricos.

No podemos ver con indiferencia el gran desarrollo y la importancia que a nivel asistencial, preventivo, docente, de investigación y rehabilitación han llegado a estos servicios, siendo necesario que propios y extraños las conozcamos para así poder comprender los sacrificios de quienes iniciaron la construcción de lo que ahora conocemos como Servicios Médicos de Salud del Departamento del Distrito Federal, antigua Cruz Verde.

Estos servicios se fundaron el 15 de diciembre de 1909, siendo Presidente de la República el General Porfirio Díaz y gobernador de la ciudad de México el Señor Guillermo de Landa y Escandón, con la inauguración del puesto central de socorros, ubicado en las calles de Revillagigedo y las Verdes, hoy calle Victoria.

Las principales funciones de esta organización consistían en dar atención médica oportuna a los accidentados y cumplir con el auxilio médico legal a los juzgados del ramo, económicamente dependían de la Inspección General de Policía.

En la madrugada del 17 de diciembre de 1909, se llevó a cabo la primera intervención quirúrgica en el puesto central de socorros, éste fué el inicio de la cirugía traumatológica de estos servicios.

Durante el primer año de labores se atendieron 374 personas con diferentes tipos de lesiones y diversa gravedad, de las cuales fallecieron 108 esto ocasionado por el poco conocimiento que se tenía de las técnicas de tratamiento, la falta de arsenal terapéutico y las condiciones poco higiénicas de la época.

En 1911 el doctor Javier Ibarra es nombrado Jefe de los servicios médicos, a él se debe que a éstos se les llamara Cruz Verde, para así diferenciarlos de otros servicios médicos de urgencias.

Para junio de 1913 el puesto central de socorros fue clausurado por problemas económicos, a pesar de los buenos resultados obtenidos. Reanudó sus actividades en 1921, pero con un presupuesto insuficiente viéndose en la necesidad de pedir apoyo al personal médico de la Cruz Roja y la Cruz Blanca.

Por iniciativa del Licenciado Vicente Lombardo Toledano se reorganizaron los servicios, en 1925, encargándose de ellos el doctor Ibarra. El 10. de febrero de 1926, se nombra al doctor Angel Rivera Soto jefe de los servicios médicos de policía, iniciándose en su administración el servicio de ambulancias para así agilizar los traslados al puesto central y hospital Juárez.

De septiembre de 1928 a marzo de 1929, ocupa la jefatura de estos servicios el doctor Julián Garza de Tijerina, impartándose en ese

período los primeros cursos para rehabilitación física de los traumatizados atendidos en la Cruz Verde.

Bajo la dirección del doctor Efrén Marín, de 1929 a 1932, se incrementa la calidad y el número de personal médico, llevándose acabo una reorganización de los servicios en la que se les da una nueva estructura y se impulsan las técnicas en el tratamiento de los traumatizados. Se funda la Asociación de Médicos del Departamento, la que se transformará posteriormente en la Sociedad de Cirugía del Departamento y que hoy en día es la Asociación Mexicana de Traumatología.

En esa época se instala el servicio médico en los centros de reclusión, cárceles, penitenciarias, reformatorios, correccional de hombres y mujeres así como la oficina de tráfico.

Durante los años de 1933 y 1934 se incrementa la atención médica y se construyen cuatro puestos de socorros periféricos: el uno en Balbuena, el dos en Santa Julia, el tres en Mixcoac y el cuatro en Portales; quienes contaban con salas de operación y con área de rehabilitación, siendo entonces jefe de los servicios médicos el doctor Baltazar Aguirre Rojo.

El 4 de enero de 1935, se nombra como nuevo jefe, al doctor y General Andrés Villareal y cinco meses después, el 2 de junio toma posesión de la dependencia el doctor Rubén Leñero. También en ese año los servicios médicos dejan de pertenecer a la Jefatura de Policía y pasan a ser dependencia de la Dirección de Acción Social del Departamento del Distrito Federal.

A razón del poco presupuesto y de la baja productividad se suspenden las actividades de los puestos de socorros de Mixcoac y Portales.

Para atender a los trabajadores y empleados del Departamento del Distrito Federal se crean clínicas en los centros de trabajo. Se establece la Sección Sindical XII, la cual corresponde a Servicios Médicos del Sindicato Unico de Trabajadores del Departamento del Distrito Federal.

El doctor Rubén Leñero fallece el 12 de enero de 1942, sustituyéndolo en la jefatura de los servicios médicos el doctor Gustavo Zárate. Posteriormente es nombrado el doctor Felipe Aceves Zubieta, el 25 de julio del mismo año. Con él se iniciaron modificaciones y mejoras materiales de los puestos de socorros, además dirige el Sector Médico de la Defensa Civil de la Ciudad durante la participación de México en la Segunda Guerra Mundial.

En enero de 1943, se inaugura el primer hospital de los servicios médicos, llamado hospital de la Cruz Verde, el que más tarde cambia de nombre en memoria del distinguido médico el doctor Rubén Leñero.

Los jefes de los servicios médicos sufren una serie de cambios, en 1944, primeramente el doctor Raúl Velarde Ruiz ocupa el puesto del anterior jefe, el doctor Gustavo Zárate, aquél es reemplazado por el doctor y General Alfonso Cabrera Lobato, quién a su vez es sustituido el 30 de noviembre de 1946 por el doctor Leonardo Silva Espinoza.

El 15 de julio de 1950, se nombra jefe al doctor Raymundo Garcés Quevedo, quién deja el puesto en agosto de 1952, cediéndolo al doctor

José de Jesús Marín Preciado. En 1952 se inauguró la cárcel de mujeres, poniéndose en servicio una unidad hospitalaria con especialidades en ginecoobstétricos y médico legal.

Es nombrado por segunda ocasión jefe de los servicios médicos del Departamento del Distrito Federal, el doctor Julián Garza Tijerina, quién duró once años en ese puesto; de febrero de 1953 a diciembre de 1964.

Se absorben otros servicios de algunas dependencias del departamento durante 1953, como la clínica de Tacubaya, la clínica para trabajadores no asalariados, para trabajadores de Aguas y Saneamiento llamada posteriormente clínica número uno y la policlínica de la policía, que más tarde se llamó Sanatorio Número Dos.

En 1954 se instaló el pabellón de enfermos mentales en el hospital de Lecumberry siendo éste el antecedente del centro médico de los reclusorios.

El hospital Infantil de la zona de Azcapotzalco se inauguró el 28 de octubre de 1958, el primero de una serie que formarían una red y cuya creación responde a la idea de llevar servicios médicos a las zonas más necesarias.

La oficina de servicios médicos de la Dirección General de Acción Social del Departamento del Distrito Federal se transformó en Dirección General de los Servicios Médicos de esa misma dependencia, el 10. de enero de 1960, adquiriendo así la jerarquía e independencia necesaria para continuar las funciones que la ciudad demanda, el 5 de

marzo de ese mismo año se inauguran dos nuevos hospitales infantiles de zona, el de Gustavo A. Madero y el de Iztapalapa. Inaugurándose una serie de unidades hospitalarias que constituyen la red hospitalaria de servicios médicos programada. El 6 de marzo de 1961 se inaugura el hospital infantil de zona de Tacubaya y el 8 del mismo mes el de Moctezuma.

Para 1962 se contaba con 460 camas censables, número al que se sumaron ese año las 150 del hospital de urgencias de Coyoacán (Xoco), inaugurado el 25 de enero de 1962, las 150 camas del hospital de Urgencias de Balbuena, que fue puesto en funcionamiento el 10. de mayo del mismo año; dando como consecuencia la desaparición definitiva de los puestos de socorros uno y tres, de Balbuena y Mixcoac, respectivamente. Estos hospitales al igual que el doctor Rubén Leñero, contaban ya con una área para la Agencia del Ministerio Público. El 3 de marzo del mismo año se fundó el hospital infantil de zona Peralvillo y el 12 de diciembre el de Coyoacán.

El hospital infantil de zona Inguarán inicia sus labores el 20 de julio de 1963 y el 18 de septiembre el de Legaria.

Se crean cuatro hospitales: dos infantiles de zona correspondientes a San Juan de Aragón y Xochimilco, y dos de urgencias uno en Tacubaya y otro en la Villa, Delegación Gustavo A. Madero; el 16 de noviembre de 1964, desapareciendo los puestos de socorros.

La Dirección cede al Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el hospital de urgencias de Tacubaya para la atención de sus derechohabientes, en el año de 1967.

El 4 de septiembre de 1969, se fundó en las calles del Carmen el hospital de los no asalariados, " Doctor Gregorio Salas Flores ".

En el año de 1970 se cuenta ya con 785 camas de urgencia para adultos, 11 345 camas en los hospitales infantiles, y con 557 camas en el resto de las unidades. Las casas de protección social con más de 250 albergados en cada una de ellas, mujeres y hombres; pasan a depender de la Dirección General de Servicios Médicos.

Se abren dos hospitales regionales el 15 de agosto de 1970, con 250 camas cada uno, en la Delegación de Milpa Alta y en el barrio de Topilejo, Tlalpan. En noviembre del mismo año se pone en servicio el hospital regional de Cuauhtepac, en la delegación Gustavo A. Madero; para mayo de 1971 inicia sus actividades el hospital regional del Rosario, en Azcapotzalco.

Es nombrado director general de los servicios médicos el doctor Antonio Taracena Cisneros, el 19 de agosto de 1971. Para esta fecha se cuenta con 2 687 camas, 64 ambulancias, además de 6 000 empleados de los cuales 1 200 son médicos.

El 11 de mayo de 1976 se inaugura el centro médico de los reclusorios con 330 camas para la asistencia médico quirúrgica de alta especialidad y para apoyar al sistema legal. El 23 de enero de 1982 se funda el hospital Magdalena Contreras.

Se nombra director general de los servicios médicos al doctor y General Manuel Moreno Castellano, el 16 de noviembre de 1982, quién inició los trámites ante la Regencia y la Secretaría de Programación y Presupuesto para el aumento salarial de los médicos, enfermeras y técnicos según el nivel de puesto, e hizo importantes gestiones ante las mismas dependencias para obtener el presupuesto destinado a la remodelación de los hospitales Coyoacán (Xoco), Balbuena y la Villa entre otros.

La Dirección General cambia nuevamente de titular el 12 de enero de 1985, recayendo el cargo en el doctor Roberto Castañón, quién cambio la estructura administrativa de los hospitales en su cuerpo de gobierno al modelo actual.

Se nombraron tres guardias A, B y C, como asistentes de la Dirección en los turnos vespertino y nocturno para sábados, domingos y días festivos. Se constituyeron así mismo los Comités de Investigación de Morbimortabilidad, de expediente clínico y de infecciones intrahospitalarias.

En 1989 fue nombrado el doctor Norberto Treviño García Manzo como nuevo jefe, para el siguiente año asumió el cargo el actual director doctor José Antonio Vázquez Saavedra. En 1991 la Dirección General de Servicios Médicos cambió de nombre, llamandose Dirección General de Servicios de Salud, en función de su cada vez mayor compromiso y responsabilidad con la población, para diversificar los servicios que ofrece y dar atención integral a la salud de la población abierta de la Ciudad de México y Zona Metropolitana.

Como puede apreciarse lo que se progreso en 80 años ha sido notable, desde 1909 con la central de socorros en la calle de las Verdes en que había una camilla y algunas parihuelas, hasta la fecha en que hay once hospitales pediátricos, seis materno infantiles, ocho generales, cinco unidades médicas en reclusorios y dos centros de atención toxicológica.

a) OBJETIVOS DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Los servicios de salud del Departamento del Distrito Federal tienen como propósito, atender las demandas y necesidades de salud de la población abierta del Distrito Federal. Por ésta razón, se cuenta con una red de servicios hospitalarios y de atención primaria, cuya evolución y desarrollo responde al comportamiento demográfico y a las características epidemiológicas que tiene la población no derechohabiente del Distrito Federal, por lo que se da prioridad a las acciones de fomento a la salud y prevención de enfermedades, reforzando las orientadas a mejorar la calidad del servicio de atención curativa, a modernizar el sistema y atenuar las desigualdades sociales.

Los objetivos generales de los servicios de salud, con respecto a los del Plan Nacional de Desarrollo 1989-1994, son:

1. Para elevar la calidad de atención de los servicios de salud, se tiene el propósito de continuar la ampliación de cobertura y mejoramiento de la estructura física de las unidades hospitalarias a través de la remodelación de los hospitales.

2. Reforzar los esquemas de supervisión y operación de comités de vigilancia epidemiológica de las unidades y aplicar el programa integral para elevar la calidad de la atención médica en las unidades hospitalarias.
3. Para atender las desigualdades sociales, se amplía la cobertura y se ubica en áreas deficitarias en servicios de salud, además en las actividades de las unidades médicas se realizan en lugares de menor acceso a los servicios.
4. Para modernizar los servicios de salud se han desarrollado actividades tales como: la aplicación de mayor número de normas en la operación de los servicios, mejoramiento de la dotación de los insumos a las unidades con la aplicación de un sistema de abasto y suministro, mejoras de la oportunidad y confiabilidad de la información de los servicios en el desarrollo de sistemas informáticos del centro de cómputo de la Dirección General de los Servicios de Salud. (3)

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Atención preventiva: ampliar las acciones de medicina preventiva en el Distrito Federal, hasta alcanzar cobertura total en la población abierta, con el propósito de disminuir la morbilidad y mortalidad de las enfermedades transmisibles y no transmisibles por medio de vacunación y de tección oportuna de enfermedades; incrementar las acciones de control de fecundidad, reforzar las acciones del SIDA y del cólera en la población del Distrito Federal.
2. Apoyo a la educación: garantizar la continuidad de los trabajadores de la institución para propiciar su adecuado desarrollo social e insidir en la economía del trabajador, generando ahorro familiar.
3. Atención curativa: continuar prestando atención médica en el Distrito Federal, a pacientes ambulatorios, hospitalizados y de urgencias, así como los que requieran rehabilitación y atención médico legal, elevando la calidad de los servicios prestados para responder a las demandas y necesidades de la población abierta.

4. Fomento y regulación del programa nacional para los trabajadores: se mantendrá la coordinación en las instituciones de la dependencia, de enseñanza superior para la formación y actualización del personal médico de la dependencia, de la escuela de enfermería de la Dirección General de Servicios de Salud para el área paramédica y se seguirán impartiendo cursos de capacitación para el personal administrativo y de Servicios Generales.
5. Edificios para servicios de salud y seguridad social: avanzar en la reordenación de la infraestructura, mejorando las condiciones de las unidades, actualizando su tecnología y orientando el esquema de servicios a las necesidades reales de la población. (4)

b) POLITICAS

De acuerdo al Programa Nacional de Salud 1990-1994, se establecen las políticas siguientes:

1. Fomento a la cultura de la salud: deberá influir en sus actitudes a la población, así como orientar las acciones a la creación de una cultura de salud, permitiendo concientizar a la población que la salud es algo que debe cuidarse.
2. Acceso universal a los servicios de salud con equidad: se pretende que todos los habitantes del Distrito Federal tengan acceso a los servicios, dando prioridad a las zonas marginadas, a la población materno infantil y a los accidentados o lesionados.
3. Prevención y control de enfermedades y accidentes: los programas existentes y los que se instaurarán, darán prioridad a la prevención y control de enfermedades infecciosas, parasitarias, crónicas-degenerativas, accidentes y desastres.

4. Ibid., p. 14.

4. Protección del medio ambiente y saneamiento básico: se promoverán medidas básicas de protección al ambiente, saneamiento básico, prácticas higiénicas para el manejo de los desechos y evitar la contaminación del ambiente y de los alimentos.
5. Contribuir a la regulación del crecimiento demográfico: el programa de planificación se reforzará para continuar participando en la regulación del crecimiento poblacional. (5)

c) ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

Para la operación de los servicios se han realizado ajustes en la organización: adecuando los objetivos, las atribuciones y funciones a los órganos administrativos encargados de llevarlos a cabo, así como para agrupar unidades operativas con el propósito de facilitar su operación y coordinación en el otorgamiento de los servicios y establecer los procedimientos administrativos para la atención, el abasto y el mantenimiento de las unidades.

En este sentido, el crecimiento de la infraestructura y la condicionante permanente de elevar la calidad de los Servicios de la Dirección General de los Servicios de Salud da lugar a que se lleven a cabo ajuste a la estructura organizacional central para unificar la estructura funcional y la autorizada, considerando las situaciones cambiantes que se presentan en la operación de los servicios.

5. Ibid., p. 15.

De acuerdo a las políticas de la Dirección General, las direcciones de servicios de salud zona I y II son áreas sustantivas que tienen como función supervisar, controlar, asesorar y coordinar unidades operativas que le corresponden y transmitir líneas de acción emanadas de nivel superior.

La Dirección de Enseñanza e Investigación tiene como atribución impartir cursos de pregrado y postgrado, capacitar al personal, otorgar becas, así como apoyar, promover, asesorar y realizar investigaciones en áreas clínicas, servicios de salud y administrativas en todas las unidades hospitalarias.

La Dirección de Regulación tiene como responsabilidad la planeación, sistematización de procesos, evaluación, normatividad, bioestadística y la operación de sistemas de computo para captura y sistemas de información en las unidades hospitalarias, así como del nivel central, la Dirección de Operaciones como área de apoyo tiene como responsabilidad proporcionar y controlar recursos humanos, físicos y financieros, abastecimiento de materiales otorgando mantenimiento y servicios generales a todas las unidades y al nivel central.

Para facilitar el acceso y la prestación de los servicios se diseñó un esquema de regionalización el cual divide al Distrito Federal en dos grandes zonas, que a su vez comprenden seis regiones autosuficientes para otorgar servicios de salud a dos o más delegaciones por región, teniendo todo lo necesario para la atención del primer y segundo nivel, ya que cada región cuenta con unidades fijas de atención primaria, consultorios delegacionales, unidades

móviles, hospitales pediátricos, hospitales materno infantiles y como cabecera de región un hospital general encargado de la coordinación en el otorgamiento de los servicios.

d) ESTRUCTURA ORGANICA

1. DIRECCION GENERAL

- 1.1. Secretaria particular
- 1.2. Unidad de asuntos jurídicos
- 1.3. Unidad de difusión y relaciones públicas
- 1.4. Coordinación de enfermería

2. DIRECCION DE SERVICIOS DE SALUD ZONA I

- 2.1. Atención primaria
 - 2.1.1. Fomento a la salud y acción comunitaria
 - 2.1.2. Medicina preventiva
 - 2.1.3. Medicina legal
- 2.2. Atención hospitalaria
 - 2.2.1. Supervisión de hospitales generales y coordinación regional
 - 2.2.2. Supervisión de hospitales pediátricos y materno infantiles
 - 2.2.3. Eventos especiales

3. DIRECCION DE SERVICIOS DE SALUD ZONA II

- 3.1. Atención primaria
 - 3.1.1. Fomento a la salud y acción comunitaria
 - 3.1.2. Medicina preventiva
 - 3.1.3. Reclusorios
- 3.2. Atención hospitalaria
 - 3.2.1. Supervisión de hospitales generales y coordinación regional
 - 3.2.2. Supervisión de hospitales pediátricos y materno infantiles
 - 3.2.3. Centros de atención toxicológica

4. DIRECCION DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

- 4.1. Enseñanza médica y paramédica
 - 4.1.1. Pregrado y postgrado
 - 4.1.2. Educación continua
- 4.2. Desarrollo operacional
 - 4.2.1. Coordinación de epidemiología
 - 4.2.2. Escuela de enfermería

4.3. Investigación

4.3.1. Investigación de servicios de salud

4.3.2. Investigación clínica

5. DIRECCION DE REGULACION DE SERVICIOS DE SALUD

5.1. Programación y evaluación

5.1.1. Programación y proyectos prioritarios

5.1.2. Evaluación

5.2. Organización, normas y bioestadística

5.2.1. Organización, normas y procedimientos

5.2.2. Bioestadística

5.3. Informática

5.3.1. Diseño de sistemas

5.3.2. Proceso y producción

6. DIRECCION DE OPERACION

6.1. Recursos humanos

6.1.1. Relaciones laborales

6.1.2. Remuneraciones

6.1.3. Admisión y desarrollo de personal

6.2. Recursos financieros

6.2.1. Contabilidad y finanzas

6.2.2. Control presupuestal

6.3. Abastecimientos

6.3.1. Adquisiciones

6.3.2. Almacén e inventarios

6.4. Mantenimiento y servicios generales

6.4.1. Mantenimiento de la infraestructura

6.4.2. Ingeniería biomédica

6.4.3. Transporte y radio comunicación (6)

DISTRIBUCION DE UNIDADES HOSPITALARIAS POR ZONAS

ZONA I	UNIDADES HOSPITALARIAS
REGION II	HOSPITALES GENERALES Doctor Rubén Leñero Doctor Gregorio Salas Flores
	HOSPITALES PEDIATRICOS Peralvillo Tacubaya Legaria
REGION IV	HOSPITALES GENERALES Xoco
	HOSPITALES PEDIATRICOS Coyoacán
	HOSPITALES MATERNO INFANTILES Topilejo Magdalena Contreras
REGION VI	HOSPITALES GENERALES Milpa Alta Xochimilco
ZONA II	UNIDADES HOSPITALARIAS
REGION I	HOSPITALES GENERALES Villa Central

HOSPITALES PEDIATRICOS

Villa
San Juan de Aragón
Azcapotzalco

HOSPITALES MATERNO INFANTILES

Cuauhtepac
Nicolás M. Cedillo

REGION III HOSPITALES GENERALES

Balbuena

HOSPITALES PEDIATRICOS

Moctezuma
Iztacalco

HOSPITALES MATERNO INFANTILES

Tlahuac

4. DESCRIPCION DE LOS SISTEMAS DE SERVICIOS DE SALUD SEGUN NIVELES DE ATENCION

Los niveles de atención a la salud tiene como objetivo, proporcionar el volumen y calidad de las actividades de acuerdo con la problemática de la salud de los usuarios.

El sistema está integrado por tres niveles de atención: el primero es responsable del tratamiento y seguimiento de padecimientos sencillos y de la promoción del saneamiento y mejoramiento del ambiente, apoyándose en los niveles superiores a donde atiende temporalmente a los pacientes, sus actividades van enfocadas a preservar y conservar la salud de la población por medio de las acciones de promoción específica, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno de los padecimientos que se presentan con cierta frecuencia y cuya resolución es factible mediante recursos simples, es decir, el primer nivel comprende el ámbito de la medicina general.

Respecto al segundo nivel, las actividades son dirigidas a la restauración de la salud atendiendo daños poco frecuentes y de mediana complejidad, los servicios que otorga son proporcionados a pacientes derivados del primer nivel y a los que se presentan como urgencias médicas y quirúrgicas.

En el tercer nivel se realizan actividades de restauración y rehabilitación de la salud a usuarios que presentan padecimientos de alta complejidad de diagnóstico y de tratamiento.

A. PRIMER NIVEL DE ATENCION

La infraestructura, recursos y organización de este nivel, tienen como finalidad prestar una atención de salud simple pero continua de poca complejidad y accesible a la población que habita en la comunidad o en sus inmediaciones.

Las acciones deben tener calidad uniforme y ser capaces de atender cuando menos el 85% de los problemas que se presentan en este nivel.

Los elementos básicos de la organización operativa de este nivel son los siguientes:

a) SERVICIOS

Las actividades de éste nivel están dirigidas no sólo a la atención de los problemas, sino también a la modificación positiva del nivel de salud, por ello debe abarcar tanto al ser humano como al medio ambiente pudiendo haber diversas modalidades que van a depender del país, situación económica social y grado de desarrollo.

Los servicios o actividades que se han de realizar por el equipo de atención primaria son: vacunación, control de caries dental, consulta médica y el control de las enfermedades.

b) TIPOS DE UNIDAD

El sistema de atención modular del primer nivel, consiste en asignar un equipo interdisciplinario de salud, permitiendo unificar las características generales de las unidades físicas en que se proporcionan los servicios.

La sección del tipo de unidad para un área geográfica depende de los siguientes factores:

1. La densidad demográfica en función del número de personas por atender en un área geográfica determinada y su demanda. La demanda se incrementa a razón de la mayor accesibilidad geográfica y económica, disponibilidad de recursos, de horarios adecuados y participación de la responsabilidad y educación médica de los usuarios.
2. Las líneas isocrónicas de acceso, es decir, las distancias a recorrer por los usuarios para acudir a los centros de atención médica en un tiempo dado, independientemente del transporte utilizado, se reúne para formar un polígono en el mapa. (7)

7. Manuel Barquín C. Dirección de Hospitales., p. 12.

B. SEGUNDO NIVEL DE ATENCION

En éste nivel se dispone de un conjunto de recursos organizados para atender los problemas que sean referidos por el primer nivel de atención, debiendo tener para ello la capacidad siguiente:

1. Atender y resolver los problemas médico quirúrgico que se presentan aproximadamente en 12% de los casos totales y que se requieren técnicas y servicios de cierta complejidad a cargo de personal con adiestramiento, experiencia y equipos adecuados. En éste nivel se encuentran hospitales cuyo número camas censable se calcula dependiendo de la ocupación y promedio de pacientes, así como de su estancia.
2. Atender y resolver problemas ambientales, aspectos de control y vigilancia; evitando así los daños directos a la salud debido a agentes patógenos y sustancias tóxicas. Además de organizar cursos necesarios para efectuar acciones de ordenamiento urbano y ambiental en campos que sean responsabilidad de la Secretaría de Salud, tales como control de fuentes contaminantes.
3. Informar sobre su función epidemiológica, para tener conocimiento de los daños a la salud, precisar sus dimensiones y establecer medidas de atención a los individuos y los medios adecuados para los problemas detectados.
4. En éste nivel se suman las acciones y recursos de la estructura de la salud pública en un área geográfica para lo cual se requieren servicios de coordinación, dirección y control. (8)

a) SERVICIOS

1. Atención a las personas:

PREVENCION

Aplicación de vacunas, vigilancia epidemiológica intrahospitalaria y extrahospitalaria, éste es el campo de la medicina preventiva secundaria.

CURACION

Atención de pacientes ambulatorios con padecimientos que deben ser atendidos en las siguientes especialidades: medicina interna, pediatría, cirugía general y traumatología, otorrinolaringología, dermatología y oftalmología.

En los servicios de medicina interna, pediatría, cirugía general, ginecobstetricia, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento para segundo nivel y apoyo a unidades de primer nivel. Laboratorio clínico, ematología, bacteriología, cerología, química clínica, anatomía patológica, laboratorio de control sanitario, bacteriología en aguas y alimentos, banco de sangre y prevención de incapacidades se atienden a los pacientes hospitalizados.

REHABILITACION

Canalización de pacientes del tercer nivel con procedimientos sencillos de medicina física.

2. Atención ambiental:

CONTROL SANITARIO

Se extiende todo tipo de licencia y tarjetas sanitarias.

SANEAMIENTO DEL MEDIO

Realizan el diagnóstico de las condiciones generales de saneamiento, así como el análisis y dictamen del sistema de eliminación de desechos sólidos. Estudio de la existencia de fauna nociva, transmisora y las campañas correspondientes.

CONTROL AMBIENTAL

Diseña controles para los principales contaminantes del ambiente.

ENSEÑANZA

Formación de profesionales de la medicina, enfermería y otras profesiones de las ciencias de la salud en los campos clínicos, en coordinación con las escuelas respectivas. Capacitación del personal técnico y administrativo.

INVESTIGACION

De tipo epidemiológica, clínica y de servicios de salud.

b) TIPOS DE UNIDAD

Este nivel se integra de las unidades siguientes:

1. Hospital general, con más de 30 camas censables para atención médica de segundo nivel con base en un indicador de una cama por 1 000 habitantes en el caso de población usuaria concentrada menor de 30 000 habitantes y de población dispersa que se encuentre dentro del

área correspondiente a una distancia de traslado de un máximo de un hora por los medios habituales de transporte. Es un hospital capaz de atender una población que variará según la densidad demográfica.

Criterios para la creación y operación de un hospital general para la atención médica de segundo nivel :

a) Se considera cama censable, al recurso médico ubicado en una unidad que cuenta con los medios suficientes tanto de equipo como de personal profesional, para atender de una forma integral e inninterrumpidamente el problema médico quirúrgico que se presenta en un paciente según la especialidad a que se ha destinado dicho recurso el cual debe utilizarse para la atención continua de un paciente durante su permanencia en el servicio de hospitalización.

b) Es indispensable que en una unidad física se conjuguen elementos humanos y recursos de equipo para resolver los problemas médico quirúrgicos que se presenten en la unidad.

c) Requiere apoyo de tecnología especializada.

2. Centro de administración en salud, con capacidad para alojar los siguientes servicios:

a) Dirección y administración general.

b) Vigilancia epidemiológica.

c) Control sanitario y ambiental.

3. Centro jurisdiccional de administración en salud.

La razón de éste centro se basa en la necesidad de que la función sea íntegra y proporcione protección a la población y al medio

ambiente. Se requiere de un subsistema directivo y administrativo para el control de las unidades de primer y segundo nivel ubicados en el área denominada jurisdicción sanitaria.

El subsistema de vigilancia epidemiológica tiene como función conocer el estado de salud de la población residente en el área. El servicio de control sanitario y ambiental debe estar organizado para efectuar directamente el control, por lo que se requiere de una unidad directiva de programación, organización, revisión, análisis y asesoría.

C. TERCER NIVEL DE ATENCION

Tiene como objetivo resolver el 3% de los problemas totales que se presentan en la población y que requieren de servicios de alta especialidad, de unidades de atención médica para operar adecuadamente y con eficiencia, deben tener una amplia área de influencia y estar ubicadas en áreas urbanas para efectos de conjugar los recursos humanos y tecnológicos necesarios. Se considera como un universo de trabajo a un millón de habitantes como un mínimo en población agrupada, pudiendo éste abarcar a tres millones en población dispersa, con una distancia máxima de tres horas por los medios habituales de transporte.

CARACTERISTICAS

- a) Atender problemas de salud poco frecuentes y complejos.
- b) Asistir pacientes a los que se les proporciona atención episódica, en gran mayoría referidos por los otros niveles de atención.
- c) Emplea tecnología compleja y muy especializada.
- d) Realiza investigaciones biomédicas y de salud pública.
- e) Estudia, controla y ordena los factores ambientales que repercuten en la salud humana.

a) SERVICIOS

Atención al hombre:

PREVENCION

Se encarga de la vigilancia epidemiológica intrahospitalaria.

CURACION

Atiende a pacientes ambulatorios y hospitalizados en las siguientes especialidades: pediatría, cirugía general especializada, medicina interna, angiología, inmunología y alergología, dermatología, neurología, cardiología, oftalmología, psiquiatría, endocrinología, reumatología, infectología, nematología, nefrología genética, neumología, nutrición, ortopedia, otorrinolaringología, oncología y urología.

Otorga servicios auxiliares de diagnóstico y tratamientos altamente especializados. Medicina nuclear, endoscopia, electrodiagnóstico, emodinámica, baco de sangre, laboratorio de análisis clínico, tomografía, citología y sonografía, anatomía patológica, banco de órganos y tejidos.

REHABILITACION

Física: lesiones del aparato locomotor, comunicación humana (audición y lenguaje) e invidentes.

Psíquica: terapia ocupacional, farmaco dependientes.

Social: terapia ocupacional y recreativa.

Laboral: capacitación para el trabajo.

INVESTIGACION

Es de tipo básica, clínica, epidemiológica de servicios de salud y efectos ambientales de la salud del hombre.

DOCENCIA

a) Se encarga de la formación y desarrollo de los recursos humanos en las especialidades del hospital.

b) Da asesoría y educación continua a los niveles inferiores sobre especialidades médicas, paramédicas y problemas ambientales.

c) Participación con las universidades en la enseñanza de la medicina.

b) TIPOS DE UNIDAD

1. Hospital de especialidades. Es una unidad que conjuga en su planta física diversas disciplinas de atención médica, cada una con carácter de especialidad. Estos hospitales tienen cobertura regional dirigida a un universo variable de uno a ocho millones de habitantes, según la concentración y dispersión demográfica existente en el área. Están relacionados funcionalmente para la referencia de pacientes con los hospitales de segundo nivel.

2. Institutos y hospitales de especialidad. Estos están organizados funcionalmente para proporcionar atención médica y quirúrgica en una sola disciplina especializada. Su creación y operación corresponde a la conveniencia de agrupar recursos tecnológicos de alta complejidad y costo, para atender problemas muy específicos; son así mismo, entidades de investigación y normatividad en la materia propia de su especialidad para el resto de las unidades médicas del sistema.

3. Son unidades establecidas especialmente por la Secretaría de Salud para cumplir con especialidades específicas a través de estrategias de atención especializada en los casos de salud mental, rehabilitación y asistencia social.

5. CLASIFICACION DE LOS HOSPITALES

A. DE ACUERDO AL NUMERO DE CAMAS

a) Hospitales pequeños. Son unidades médicas de tamaño reducido por lo general situados en zonas rurales, con personal auxiliar y con médicos generales que no proporcionan servicios diferenciados; (excepto los normales de obstetricia), tienen hasta 50 camas.

b) Hospitales medianos. El número de camas con que cuenta están entre 51 y 250.

c) Hospitales grandes. Son aquéllas unidades que tienen más de 200 camas.

B. DE ACUERDO A SU LOCALIZACION GEOGRAFICA

a) Urbanos. Están localizados en toda el área metropolitana.

b) Rurales. Estos se encuentran sólo en las comarcas y provincias.

C. SEGUN EL PROMEDIO DE ESTANCIA DE LOS PACIENTES

a) Estancia corta. Sus pacientes tienen un promedio de estancia menor de 15 días.

b) Estancia prolongada. Se consideran así porque los pacientes están más de 15 días hospitalizados.

D. SEGUN SU PROPIEDAD

a) Hospitales de gobierno. Son de propiedad gubernamental, ya sea de autoridades federales centrales, estatales, locales o municipales.

Hospitales de gobierno central. Están administrados por una rama del gobierno central o federal; civiles o Militares.

Hospitales de los gobiernos locales. Las autoridades regionales, provinciales, estatales, ciudadanos, municipales o locales los administran; es decir, por autoridades que no son del gobierno central.

Hospitales del seguro social obligatorio. Son administrados por autoridades u organismos del seguro social oficial.

b) Hospitales no Gubernamentales. Su administración está a cargo de organismos del seguro voluntario, tengan o no fines lucrativo.

Hospitales de seguro voluntario. Al igual que los anteriores son administrados por organismos del seguro voluntario tengan o no fines lucrativos.

Hospitales privados sin fines lucrativos. La administración corresponde a organismos no gubernamentales, como iglesias, sindicatos, empresas, industrias entre otras.

Hospitales privados con fines lucrativos. Comprende todos los administrados, como lo indica su nombre, con fines lucrativos.

E. SEGUN CONDICION SOCIOECONOMICA DE LOS PACIENTES

a) Abiertos. Se atiende a cualquier persona sin importar raza, situación económica o social.

b) Cerrados. Asisten a comunidades específicas o grupos determinados, como son los hospitales a los que pertenecen trabajadores sindicalizados o las instituciones para determinado origen racial.

F. SEGUN ESPECIALIDAD MEDICA

a) Generales. Son establecimientos que suministran dos o más servicios, como son, medicina interna, cirugía general, pediatría y ginecoobstetricia; para enfermedades agudas o de estancia corta, también se pueden admitir pacientes de enfermedades prolongadas o mentales. Esta denominación no incluye a unidades anexas a los asilos para ancianos, prisioneros, a escuelas y algunas otras instituciones

en las que los enfermos son separados por convivencia y que no disponen de las facilidades de un hospital.

b) Especializados. Están reservados sólo para el diagnóstico y tratamiento de pacientes que padecen enfermedades o afecciones específicas a un sistema, además para diagnóstico y tratamiento de trastornos que afecten a un grupo específico de edad o para el empleo de un método particular de tratamiento.

Desde el punto de vista médico no existen los hospitales completamente especializados, ya que no atienden exclusivamente el padecimiento principal del paciente, que puede ser psíquico o gastroenterológico, realizándose una serie de estudios referentes a su salud. Los hospitales más especializados son:

1. De maternidad y ginecoobstetricia.
2. Para enfermedades neumológicas. Están encargados del diagnóstico y tratamiento de enfermedades de los pulmones, dentro de este renglón se encuentran los hospitales para tuberculosos.
3. Para enfermos crónicos y de rehabilitación. Se encargan de pacientes con enfermedades prolongadas o degenerativas crónicas, no importando sexo ni edad. Se consideran instituciones de rehabilitación todas aquéllas que están equipadas para los pacientes internados, se incluyen además las instituciones especiales para el tratamiento del cáncer y enfermedades reumáticas.
4. Psiquiátricos. Su especialización es el diagnóstico y tratamiento de pacientes con desordenes psiquiátricos, no se incluyen los establecimientos de custodia para débiles mentales y niños retardados.

5. Para enfermedades transmisibles. Atienden a las personas que padecen o se sospecha que padecen enfermedades infectocontagiosas, incluyéndose los hospitales para tuberculosos, leprosos o los especializados en enfermedades endémicas específicas.

6. Para leprosos. Exclusivamente se encargan del tratamiento activo de pacientes con lepra, no se incluyen en este grupo las segregaciones de personas que padecen lepra y de sus familias, tales como colonias y comunidades.

7. De pediatría. Están planeados especialmente para el tratamiento de los niños. No se incluyen las casas de expósitos, los servicios para la asistencia diurna de infantes y otras unidades similares para niños sanos.

8. Otros hospitales especializados. Son para pacientes cardiacos, de otorrinolaringología, de urgencias, adictos o narcóticos.

G. POR SU CONSTRUCCION

a) Verticales. Son los hospitales de varios pisos.

b) Horizontales. Se refiere a los que estan constituídos por un sólo piso no importando su extensión.

c) Mixtos. Comprende la combinación tanto de los horizontales y verticales.

H. EN RELACION A LA TEMPORALIDAD

a) Permanentes. Sirven indefinidamente a los pacientes.

b) Temporales. Atienden al paciente sólo por períodos, generalmente cortos, incluyendo los hospitales de urgencias instalados en iglesias o cuarteles.

I. POR SU AMBITO DE INFLUENCIA TERRITORIAL

a) De concentración. Reunen pacientes de diversas zonas geográficas, comprendiendo aquéllas que están alejadas.

b) De adscripción. Asisten a pacientes de una sola zona, donde esta ubicada la unidad.

c) Mixtos. Reciben pacientes de la zona donde esta localizada la unidad y de otras por lo regular vecinas.

6. FUNCIONES DE LOS HOSPITALES

Son seis las principales que realiza un hospital, las cuales se cumplen más ampliamente en los hospitales generales y son:

A. PROMOCION A LA SALUD

En los hospitales se realizan varias actividades de promoción de la salud, tales como la educación para la salud, la vigilancia de las dietas adecuadas, los exámenes de sangre, copropositoscópicos y médicos periódicos a personas aparentemente sanas.

B. PROTECCION ESPECIFICA

Se refiere a todos aquéllos servicios de medicina preventiva, entre los cuales podemos mencionar las vacunas.

C. DIAGNOSTICO TEMPRANO Y TRATAMIENTO OPORTUNO

Una de las funciones más antiguas del hospital es la curativa, es decir, la restauración de la salud. Se debe diagnosticar y aplicar el tratamiento con prontitud para la pronta recuperación del paciente. Un diagnóstico oportuno y un terapeuta rápido disminuyen no sólo el sufrimiento del paciente, sino su economía o de la institución a cuyo cargo corren los gastos.

D. REHABILITACION

Forma parte de las funciones del hospital general, se deberá prestar atención a las personas que padecen incapacidades residuales a las que la ciencia médica no puede poner remedio. Las técnicas médicas de rehabilitación contribuyen en gran medida a restaurar la capacidad funcional latente del inválido, mediante la fisioterapia, la ergoterapia y la protética.

E. EDUCACION

Se considera centro de educación formal o informal al hospital, para recursos humanos de pregrado y postgrado, pacientes y público en general.

El hospital fija más su atención en ésta función, en el personal médico y paramédico, a quienes se enseña y adiestra por medio de

internados o residencias, talleres, clases, cursos y sesiones clínicas o bibliográficas.

F. INVESTIGACIONES

Pueden ser médicas, técnicas o administrativas, en cualquier caso todos los miembros del personal que trabajan en el hospital o fuera de él, en zonas urbanas o rurales, han de examinar en todo momento la posibilidad de realizar investigaciones. La investigación debe estar acorde con las posibilidades de la institución debiendo programarse para evitar el caos y la repetición, suele ser muy cara, variando su costo en relación al área que se estudie.

7. SERVICIO DE ENFERMERIA

A. DEFINICION

Enfermería es un arte y una ciencia que implica el paciente, en forma íntegra, cuerpo, mente y espíritu; promueve su salud física, mental y espiritual mediante la enseñanza y el ejemplo, da una gran relevancia a la educación y preservación de la salud, así como a la provisión tanto física como espiritual; y da servicios de salud a la familia, comunidad y al individuo. (9)

Veamos otras definiciones:

" La enfermería es una ciencia humanística que se preocupa por conservar y promover la salud, evitar enfermedades y atender, y rehabilitar a los enfermos incapacitados ". (10)

La enfermería es un encuentro entre un cliente y su familia, en el que la enfermera observa, apoya, comunica, administra y enseña; contribuye a la conservación de la salud y proporciona cuidados durante la enfermedad hasta que el cliente se pueda responsabilizar de sus propias necesidades humanas fundamentales; cuando es necesario, ayuda en forma compasiva a los moribundos. (11)

Enfermería profesional es un arte y una ciencia regidos por un ideal de servicios en el que se aplican determinados principios para la hábil atención de los enfermos en una relación adecuada con el médico y con otros cuyas responsabilidades están relacionadas. Se preocupa de la prevención de las enfermedades y de la conservación de la salud. La atención cuidadosa abarca a la persona enferma íntegra, cuerpo, mente y alma y a su bienestar mental y físico. (12)

9. Marie Di Vicenti. Administración de los servicios de enfermería., p. 383.
10. Ibid., p. 384.
11. Ibid., p. 384.
12. Ibid., p. 385.

La enfermería comprende:

1. Cuidar a los enfermos y heridos tomando en cuenta los recursos del paciente, su familia, ambiente y los servicios del personal disponible, dispuesto a cooperar para facilitar la recuperación y rehabilitación de acuerdo con el diagnóstico y el tratamiento que haya prescrito el médico autorizado.
2. Ayudar al individuo y a su familia a actuar positivamente para aliviar la enfermedad y mejorar las necesidades de salud de su comunidad, familia y suya propia.
3. Adiestrar a los estudiantes y al personal auxiliar a funcionar como los miembros de equipo de enfermería.
4. Evaluar y realizar investigaciones para mejorar constantemente los métodos de enfermería y la atención médica que satisfagan de manera apropiada las necesidades de la sociedad. (13)

B. ANTECEDENTES DE ENFERMERIA

a) EN EL MUNDO

En la era precristiana, existían seres humanos aislados, vivían en lugares a los que se adecuaban, comían lo que cazaban y sin tener un lugar fijo de residencia; a estos hombres se les llamó errantes, durante ésta etapa no existía la medicina ni la enfermería, sino que ellos mismos se atendían sus lesiones o sus enfermedades.

13. Ibid., p. 385.

Durante siguiente etapa de la vida humana, los individuos vivían en parejas y puede decirse que con vida semejante a la anterior, se puede considerar que se ayudaban mutuamente; a éstos seres humanos se les llamó gentiles.

Por lo que concierne a la tercera etapa, los seres humanos se agrupaban en clanes, que eran grupos de individuos formados totalmente por familias, pero que reconocían al jefe del clan. Se piensa que ese jefe designaba a la persona o personas encargadas de cuidar a los enfermos o heridos; se considera que en ésta etapa de la humanidad no existían cuidados específicos para enfermos o heridos.

Posteriormente se formaron grupos de clanes, a los que se les denominó tribus, fué en ésta etapa de la humanidad cuando empezaron a aparecer los brujos (shamanes), lo que fungían como hechiceros-curanderos.

De éstas cuatro etapas: errantes, gentiles, clanes y tribus, la enfermería se desarrollo únicamente en la última, probablemente de una manera elemental, por mujeres y sin ninguna base técnica al respecto.

La enfermería está y estará completamente ligada con su evolución, a la historia de los pueblos, a sus respectivos cambios sociales, a la historia de la medicina, a los progresos y a la evolución de ésta.

La medicina del Egipto antiguo se remonta a la prehistoria, pues se puede decir que la historia empieza cuando un griego, el gran Heródoto, quien es considerado como el padre de la historia, empezó a describir la vida de los pueblos y los acontecimientos seguidos al paso de los años.

Por él se conoce que Imhotep es considerado el primer médico de la historia, fué un fiel servidor del Faraón Zoser, al paso del tiempo se consideró como un Dios, ya que actuó con gran amor a sus semejantes por lo que ganó la gratitud de todos y a través de los siglos se reconocen sus grandes méritos.

No existía la práctica de la enfermería por mujeres, sólo el ejercicio de la obstetricia se les concedía para atender partos, ya que en esa época el cuidado de los enfermos era considerado como trabajo de esclavos y todo ello sin técnica alguna; tampoco había gente preparada para cuidar personas enfermas por lo que las labores que pudieran llamarse de enfermería eran desempeñadas por los mismos familiares del paciente, en condiciones de enfermería rudimentaria.

En el advenimiento del cristianismo, la medicina integral estuvo en manos de religiosos, de tal forma que eran monjes y monjas los encargados de la atención de los pacientes en los hospitales cristianos. Más tarde, éstas instituciones por medio de diferentes movimientos sociales fueron introduciendo personal laico, tanto en la atención médica como en la de enfermería, no tenían ninguna preparación técnica o humanística. Fue por el año de 1860, después de organizar los cuerpos de enfermeras que atendían heridos en las batallas que se libraron en Sebastopol y Balakla, cuando durante la guerra Crimea, la enfermera Florencia Nightingale inició el desarrollo de la enfermería como profesión, dándole sus bases técnicas. Fundó la Escuela de Santo Tomás en Londres, iniciando así el adiestramiento metódico de ésta profesión.

A partir de 1860 la enfermería estuvo sujeta a un programa de adiestramiento que tendía a colocar a la enfermera en las mejores

condiciones para la atención del paciente. Además se puede decir que de esta profesión se han derivado profesionales dietistas, trabajadoras sociales y los archivistas clínicos.

En América Latina la enfermería se inició a principios de este siglo. La primera escuela se creó en Chile en 1906, fué la Escuela de Enfermería Hospitalaria de la Universidad de Chile.

b) EN MEXICO

De la era prehispánica en México no se tienen datos sobre el desarrollo de las actividades de enfermería, ya que el hombre era errante.

En la época arcaica o preclásica, la enfermería militar en tiempos de luchas o combates fue la única que se desarrolló.

La época clásica se cuenta desde el año 1 000 a.c., hasta el año 600 d.c., durante éste período no se tiene conocimiento de la enfermería, por lo que se piensa que las actividades de ese tipo se desarrollaban en las mismas condiciones que en la época anterior.

Comprende la época histórica o moderna del año 600 d.c., a la fecha y para su estudio se divide en cuatro períodos que son:

1. Precortesiano, de 600 años d.c. hasta la conquista.
2. Colonial, comprendiendo desde la conquista hasta 1810.
3. Independiente, de 1810 a 1905.
4. Actual o contemporáneo, de 1905 a la fecha.

En el período precortesiano; los arqueólogos deducen que ya se iniciaba la enfermería por mujeres no expertas, las cuales administraban brebajes y practicaban curaciones.

La enfermería en éste período, se concretaba al traslado y cuidados inmediatos a los heridos en combate, tanto indios como españoles; las curaciones se realizaban a base de hierbas.

Los aztecas tenían al Dios de la medicina, al cual llamaban Tzapotlateua. A la mujer que cuidaba a los enfermos entre ellos se denominaba Tititi, no eran consideradas como divinidades, sino que tenían conocimiento de la medicina.

Las parteras, llamadas tlamat-quiticitli se adiestraban con parteras experimentadas para poder atender tanto el embarazo como el parto y el puerperio. Actuaban también como enfermeras, pero sólo como parteras si recibían cierta educación, ya que las entrenaban sus ascendientes (madre o abuela).

En el período colonial, se estableció el primer hospital llamado de la Limpia Concepción fundado en 1524 por Hernán Cortés y que actualmente es el Hospital de Jesús. Desde su fundación han sido atendidos enfermos de todas clases sociales y de todas las razas, sin considerar su posición social.

La enfermería durante mucho tiempo sólo fue ejercida como ya se mencionó por religiosas y frailes, muy caritativos y abnegados, pero sin conocimientos técnicos al respecto.

El período independiente que comprende de 1810 a 1905, es la fecha en que se inicia el desarrollo de los estudios organizados de enfermería en México. Con la guerra de independencia, no hubo progreso en la medicina ni en la enfermería, quedando el país en muy malas condiciones de funcionamiento político, con pésimas condiciones económicas y sin poder organizarse, teniendo que soportar además, una

epidemia de cólera por el año de 1833, a consecuencia de ello murieron 21 800 personas, según archivos parroquiales.

Durante la Reforma se dieron guerras y cambios político-sociales en la República Mexicana, existiendo una vez más el estancamiento de la medicina y la enfermería.

En esa época existía gran demanda en los hospitales de San Andrés y de San Hipólito, los cuales no contaban con muchos recursos. Después de muchas dificultades se abre el colegio de los Agustinos de San Pablo como hospital de emergencia, actualmente conocido como Hospital Juárez, en donde un grupo de hermanas de la caridad, se hicieron cargo de los heridos.

Después de muchas penalidades pasadas a consecuencia de la guerra, los puestos vacantes de las monjas fueron ocupados por enfermeros varones, sin preparación especial, al conocer su deficiencia se ordena que los practicantes de medicina dieran clases prácticas a los enfermeros.

El período moderno de la enfermería en México, comprende de 1905 a la fecha, tomándose ese año porque fué cuando se inauguró el Hospital General de la Ciudad de México en el cual se empezó a organizar la enseñanza de la enfermería.

El doctor Eduardo Liceaga del hospital general apoyó a la enfermería, debido a que viajó a Europa para hacer estudios referentes a la construcción de hospitales y al funcionamiento de las escuelas de enfermería.

Con la escuela de enfermería del hospital general se da inicio a la profesionalización de la enfermera, posteriormente vino a constituir el principio de la Escuela Nacional de Gineco y

Obstetricia, pertenecientes a la Universidad Nacional Autónoma de México. Esto dio pauta al desarrollo de más escuelas para enfermeras de las que se pueden mencionar la Cruz Roja, la Cruz Blanca, la Cruz Verde, la Escuela Militar de enfermería, la Escuela de Enfermería del Instituto Politécnico Nacional y la Escuela del Instituto Mexicano del Seguro Social.

o) EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL DEPARTAMENTO DEL DISTRITO FEDERAL

El año de 1960 fue relevante en la historia de la enfermería y los servicios de salud del Departamento del Distrito Federal, ya que se contrato a la primera enfermera general de la institución, Isaura Martínez M. quedando adscrita al hospital pediátrico de la Villa.

Desde la fundación de los hospitales se emplearon mujeres que deseaban desempeñarse como enfermeras, las que en su mayoría no habían concluido la educación primaria, no contaban con diploma de acreditación como auxiliar de enfermería, pero si con un deseo enorme de proporcionar sus servicios de la mejor manera posible a toda persona que solicitara atención en la institución. En ese entonces eran preparadas en cada uno de los hospitales por una o dos enfermeras graduadas, quienes tenían la labor de orientar y capacitar a jóvenes que estaban empleadas como afanadoras, niñeras o ayudantes y que al paso de los años perfeccionaban sus técnicas para convertirse en auxiliares de enfermería.

De esta forma se solucionaron dos aspectos importantes para la institución: uno, cubrir la necesidad de personal de enfermería que en ese momento se requería a través de la capacitación de mujeres jóvenes para esta profesión y dos, contribuir al sostenimiento de la familia de éstas mujeres por medio de una remuneración económica.

Indudablemente que desde el origen de la institución, el personal de enfermería ha sido parte importante e indispensable en el funcionamiento, desarrollo y prestigio de los servicios de salud.

A fines de 1964 se incrementaron de manera importante los recursos humanos de enfermería principalmente, así como los materiales para los hospitales. El siguiente año al inaugurarse el Centro Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social, existió una fuga impresionante de personal médico, sólo quedaron escasas enfermeras graduadas que ocupaban jefaturas de los hospitales más grandes.

En 1969 aparece la primera jefatura a nivel central, designando dicho cargo a la enfermera especialista Irma Cervantes González, durante éste período creció el número de camas en los hospitales y con ello la necesidad de incrementar nuevamente los recursos humanos, básicamente médicos y enfermeras.

La segunda en ocupar la jefatura fue la enfermera especialista Martha Anaya Aguayo, quien estableció los programas de enseñanza continua en enfermería determinando aspectos relevantes en la misma, creando y distribuyendo paquetes de autoenseñanza con procedimientos enfocados a las características de los diferentes hospitales.

A través de la escuela de enfermería de la institución se seleccionaron a las pasantes de la carrera básica más destacadas, para incorporarse como trabajadoras de las diferentes unidades dándoles la oportunidad de concluir su preparación académica, se estructuró la organización de los hospitales y del nivel central, se delimitaron funciones, se implementó la central y la supervisión por parte de la jefatura a nivel central específicamente para enfermería en los hospitales.

A fines de 1981 el cargo en la enfermería fue desempeñado por la enfermera especialista Yolanda Alemán del Prado, durante éste período existió un incremento sobre el salario de enfermería.

A principios de 1984 desapareció la representante de enfermería, encontrándose como dirigente el doctor José Robles. En el siguiente año la administración quedó bajo la dirección del doctor Roberto Castañon Romo, quien reorganizó e instituyó un nuevo grupo multidisciplinario de supervisión para los hospitales, por lo cual se integran e incluyen las jefes de enfermeras más destacadas en su labor, a fin de desarrollar dicha actividad en el área de enfermería.

Debido a la remodelación que sufrieron algunos hospitales y conjuntamente con el incremento de recursos humanos para los mismos, la capacitación al personal de enfermería se hace necesaria la homologación salarial y de categoría, por lo tanto se establecen las siguientes categorías: enfermera general, enfermera especialista, supervisora de enfermería y jefe de enfermeras; en ésta época surge la política de contratar únicamente personal profesional, situación que en lo futuro conllevará sin duda alguna a elevar la calidad de

los servicios, contribuyendo así al logro de los objetivos institucionales.

A fines de 1989 y principios de 1990, se recibió un gran apoyo por parte del doctor Norberto Treviño García Manzo, el cual tenía a su cargo la Dirección General, en ese momento brindó un gran apoyo al departamento de enfermería, desempeñando el puesto de coordinadora de enfermería la Licenciada en Enfermería Concepción Váldez Plata.

Con la actual Dirección General del doctor Vázquez Saavedra y la Coordinación General de Enfermería se estableció en forma anual el premio " Enfermera Isaura Martínez " para el personal más destacado en la profesión dentro de las diferentes unidades hospitalarias, se han organizado nuevas estrategias para que las enfermeras puedan adquirir los conocimientos, destrezas y responsabilidades que son inherentes a cada puesto promoviendo programas de capacitación continua, institucionales e interinstitucionales difundiéndolos permanentemente en los hospitales.

Actualmente en los hospitales se cuenta únicamente con personal titulado, después de pasar un estricto proceso de selección, dando preferencia a las egresadas de la escuela de enfermería.

Durante ésta coordinación se ha dado un enfoque primordial de la imagen de enfermería, promoviendo un trato amable, humano, respetuoso y cordial a todas las personas.

Por largo tiempo la atención de enfermería a la población ha abarcado dos aspectos importantes: uno, la actividad profesional y otro, la actividad institucional, a través de los servicios que se

otorgan dentro de los hospitales. El cuidado del enfermo es de vital importancia y el restablecimiento del mismo, es el propósito fundamental de esa profesión, por eso es necesario recordar que el papel de la enfermera cambia constantemente y la práctica de la misma se esta volviendo cada vez más sofisticada, se están utilizando nuevas teorías, habilidades e instrumentos para poder satisfacer las necesidades actuales de una sociedad sumamente tecnológica, compleja y dinámica.

C. ASPECTOS ETICOS DE ENFERMERIA

a) DEFINICION

La ética es una ciencia de las costumbres del hombre. Su objeto material lo constituyen los actos humanos y su objeto formal es la valoración de actos respecto a los principios establecidos, es decir, - la ética es la ciencia de lo bueno y lo malo, lo justo y lo injusto del derecho, la responsabilidad, la obligación, el deber y del comportamiento social o antisocial. (14)

Se ocupa de los derechos, deberes y obligaciones del personal, instituciones de salud y pacientes. Existen códigos de ética que tienen como objetivo proporcionar el medio de autoregulación profesional.

14. Centro Intereamericano de Estudios de Seguridad Social. Administración de los servicios de enfermería., p. 294.

Un código de ética indica que el profesional acepta la responsabilidad que le corresponde y la confianza que le otorga la sociedad. La verdadera ética, dentro de los códigos de la atención médica se basa en los derechos y la dignidad del individuo.

La enfermería es una profesión que tiene como propósito principal, servir a los seres humanos y a la sociedad, con la responsabilidad de reglamentar su ejercicio para conocer y cumplir el marco jurídico que se relaciona con la salud y el bienestar del individuo.

" La ética es la ciencia del comportamiento humano, de sus actos y costumbres dentro de lo justo e injusto con derechos y responsabilidades, obligaciones y deberes sociales ". (15)

Es inherente a la enfermería el respeto a la vida, los derechos humanos y la dignidad de la persona. Estas consideraciones no tienen límites por circunstancias de nacionalidad, raza, creencia, color, edad, sexo o posición social.

b) PRINCIPIOS ETICOS QUE GUIAN A LA ENFERMERA

1. Hacer el bien y evitar el mal.
2. El fin no justifica los medios.
3. Respeto a la integridad de la persona.
4. Prevenir y aliviar el dolor.
5. Mantener la individualidad del paciente.
6. Respeto a las funciones fisiológicas.
7. Proteger al hombre contra agentes externos de -
agresión o enfermedad. (16)

15. Ibid., p. 295.

16. Ibid., p. 302.

c) LA DIGNIDAD Y EL VALOR DEL SER HUMANO COMO BASE DE LA ETICA

El ser humano se constituye como la totalidad de una serie de capacidades, no sólo intelectuales sino también fisiológicas, emocionales, volitivas y espirituales. Se caracteriza además por ser capaz de proyectarse libremente, con capacidad de convertirse en un ser responsable. El hombre, en efecto cuenta con una serie de valores que lo diferencian de los demás seres naturales y le dan una dignidad propia que debe ser respetada.

Para la enfermera implica una gran responsabilidad intervenir en el cuidado, conservación de la salud y la vida de los seres humanos, razón por la cual debe mantener actualizados sus conocimientos, anticiparse a los problemas que puedan ocasionar incidentes de los que ella o el hospital son responsables y fomentar un enfoque humanista en las relaciones enfermera-paciente. No debe perder de vista su exigibilidad fundamental que para el paciente y su familia representa la calidad de los servicios proporcionados.

d) EL PACIENTE

Es llamado también enfermo, beneficiario, usuario, asegurado o cliente, es la persona por la cual existe la atención médica, puede tener problemas reales o imaginarios, movidos por su padecimiento y por la atención que se le brinda, situación que es más notoria en el paciente hospitalizado. La mayoría de las ocasiones éste recibe el tratamiento en contra de su voluntad o lo acepta por necesidad, mostrándose por ello negativo o agresivo.

El paciente demuestra en muchas ocasiones temor, recelo y desconfianza, debido a que piensa que se le valora de muchas formas, por ejemplo para algunos es una carga, para otros un acoso clínico y muchos otros adjetivos. Lo que él desea es tener y conservar su propia personalidad, que no se le trate como un enfermo más.

Dentro del programa de la Asociación Americana de Hospitales se encuentran los derechos del paciente.

El paciente tienen derecho a:

1. Una atención adecuada y respetuosa.
2. Obtener de su médico información completa y actualizada sobre su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, de tal manera que pueda entenderlo clara y razonablemente. Además de conocer el nombre del médico responsable de su tratamiento.
3. Recibir de su médico la información necesaria para dar su consentimiento o aprobación al inicio de cualquier tratamiento, excepto en casos de urgencia, tales informes deben incluir los riesgos médicos y la probable duración de incapacidad. Cuando existan alternativas médicas importantes para el diagnóstico o tratamiento, el enfermo tiene derecho a conocer esa información.
4. Rechazar el tratamiento hasta los límites permitidos por la ley, a ser informados de las consecuencias médicas de su acción.
5. Toda clase de consideraciones respecto a la privacidad de su atención médica. La discusión, con consulta, examen y tratamiento son confidenciales y deben ser tratados discretamente.
6. Los informes médicos y comunicaciones relativas a su atención que sean confidenciales.
7. Que el hospital se haga responsable de sus necesidades de salud, debe proporcionarle consejo, servicio, traslado de acuerdo a la urgencia del caso.
8. Conocer acerca de la relación de su hospital con otra institución médica, siempre que sea concerniente a su atención.
9. Ser informado si el hospital se propone realizar o desarrollar experimentos humanos que afecten su atención o tratamiento. Por lo tanto tiene derecho a negarse a estos experimentos si el no lo desea.

10. Una continuidad de cuidados, a conocer el horario de visita de los médicos cuándo y dónde están disponibles. Se le debe de proporcionar un programa de atención después de haber sido dado de alta.
11. Examinar y recibir explicaciones sobre el costo de su atención.
12. Conocer que derechos y obligaciones del hospital lo afectan. (17)

D. FUNCIONES DE ENFERMERIA

Las funciones del personal de enfermería son de dos órdenes:

- a) Sustantivas. Se refiere a la atención del paciente.
- b) Adjetivas. Concierne a la educación, investigación y administración.

Dicho personal se encuentra en los servicios de consulta externa, urgencias, hospitalización, salas de operación, central de esterilización, cuidados intensivos, domicilio de los pacientes, hemodinámica, cirugía experimental, salud familiar, medicina preventiva y otras.

1. Atención al paciente. Comprende la promoción y -protección de la salud, prevención de padecimientos, curación, rehabilitación, funciones que van desde lo más simple hasta lo más complejo, ésta última requiere una capacitación especial.
2. Educación. Esta dirigida al personal en formación de nuevo ingreso o personal en servicio de actualización, su costo es alto y su evolución -constante.

3. Investigación. El personal de enfermería debe de realizar investigaciones, vinculadas con la práctica normal de sus actividades, al igual que las otras funciones deben ser acordes con las posibilidades de cada organismo.
4. Administración. Deben ser actividades normales - del personal de enfermería la planeación, la organización, la integración, la dirección, la supervisión y la evaluación y el particular del director. El establecimiento de políticas de trabajo, la preparación de manuales y el fomento de programas de actualización para mejorar los servicios, son ejemplo de ésta función. (18)

E. CATEGORIAS DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

El personal de enfermería son un conjunto de personas que han completado un programa de educación básica en enfermería y están calificadas y autorizadas para ejercer la enfermería en el país.

La educación básica en enfermería es un plan de estudios expresamente reconocido que constituye una base amplia y sólida para el ejercicio de ésta y para la enseñanza superior que desarrollará a las capacidades específicas del individuo.

En la primera categoría se prepara a la enfermera por medio de materias de conducta, biológicas y de enfermería, así como la práctica clínica para el ejercicio efectivo y la dirección de los trabajos propios de enfermería.

18. Ibid., pp. 332 y 333.

Refiriéndose a la segunda categoría, la enfermera es preparada por medio de estudios teóricos y práctica clínica, para administrar los cuidados propios de la enfermería en cooperación con la enfermera de primera categoría y bajo supervisión.

Las siguientes categorías las propuso el grupo de enfermería de la Subcomisión de Educación Técnica y Profesional de la Comisión Mixta de Coordinación:

a) **ENFERMERA TITULADA.** Es aquella que ha cursado y aprobado el plan de estudios de una escuela de enfermería reconocida, obteniendo el título oficial correspondiente.

b) **ENFERMERA ESPECIALIZADA.** Con un curso de especialización reconocido, es capaz de asumir funciones de atención al paciente, ejecutivas, de asesoría y de docencia en áreas específicas de enfermería.

c) **AUXILIAR DE ENFERMERIA.** Mediante un programa educativo reconocido oficialmente, está apta para participar bajo la dirección y supervisión de la enfermera en aquellas actividades del servicio de salud, que exigen menos conocimientos científicos y habilidad técnica de enfermería.

d) **TECNICA EN ENFERMERIA.** Está preparada a nivel medio, con conocimientos generales de ciencias biológicas, físicas, sociales, humanísticas y de enfermería, puede dar cuidados a nivel técnico en las diferentes etapas de prevención, no requiriendo de decisiones complejas.

e) **PASANTES DE ENFERMERIA.** Son las que han terminado su educación de enfermería y que realizan sus actividades en instituciones de salud, cumpliendo con el servicio social legalizado, previamente a la obtención de su título profesional.

F. CALCULO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

Considerando las políticas del departamento de enfermería y las actividades que realiza el personal que de él depende, por su importancia en la recuperación del paciente, requiere de un número determinado de personal de enfermería cuyas características aseguren calidad y continuidad en la asistencia del enfermo.

Por lo anterior, la determinación del número, características y distribución del personal no deben ser confiados al azar, sino por el contrario, deben ser producto de un proceso técnicamente razonado que incluye cálculos matemáticos que nos permite saber la cantidad y características del personal que requieren los diferentes servicios.

a) CONCEPTO

Es un proceso matemático mediante el cual se determina el número y características del personal necesario para satisfacer las necesidades de atención de enfermería que demandan los diferentes servicios de una institución de salud durante las 24 horas de los 365 días de año.

b) FACTORES QUE INTERVIENEN EN EL CALCULO DE PERSONAL

Como ya se mencionó, el cálculo de personal requiere de un proceso matemático, con el manejo de datos numéricos que por referirse a diversos aspectos reciben el nombre de factores.

Los factores que intervienen en el cálculo de personal de enfermería para un hospital son:

INDICADOR DE ATENCION DE ENFERMERIA

Con esta denominación se conoce el número de horas de atención de enfermería que requiere un paciente en determinados servicios durante 24 horas.

Existe un indicador para cada servicio, ya que sería inadmitible suponer que el tiempo requerido por un paciente pediátrico sea el mismo que el de un paciente de ginecoobstetricia.

Los índices de atención enfermera-paciente, que se utilizan actualmente son considerados como marco de referencia, porque son parámetros establecidos en otros países o en otras instituciones de salud cuyos servicios y pacientes difieren de los nuestros, sin embargo se ha hecho una adecuación de estos índices con base en los recursos humanos, técnicos y materiales con que cuentan los servicios médicos del instituto.

SERVICIOS	HORAS	
	2o. NIVEL	3er. NIVEL
CIRUGIA	3.5	4
MEDICINA INTERNA	3.5	4
GINECO-OBSTETRICIA	2.8	2.8
PEDIATRIA	4	4.5
RECIEEN NACIDO NORMAL	2.5	2.5

NUMERO DE CAMAS DEL HOSPITAL

Es autoexplicativo, ya que el volumen de personal se calcula entre otros aspectos, con base en el volumen de camas con que cuenta el hospital.

CONSTANTE DE 365 DIAS

Puesto que un hospital presta servicios ininterrumpidamente, el cálculo del personal se hace para 365 días que comprende el año.

VOLUMEN DE DIAS DE TRABAJO

Se refiere al número de días que una enfermera labora en un año. Es el resultado de restar a 365 días los días que el personal no laboro por distintas causas, tales como descansos, vacaciones, incapacidad médica, días festivos, económicos (art.86, son días que se otorgan al trabajador por su antigüedad y pueden ser de 6 hasta 12 días), días por antigüedad (art.87, también se dan por la antigüedad del trabajador y van de 10 hasta 28 días), comisiones sindicales, becas y pago de notas buenas.

A éstos conceptos se les llama pérdidas previsibles, ya que se conocen con anterioridad, por ello:

365 DIAS DEL AÑO	-	PERDIDAS PREVISIBLES	=	VOLUMEN DE DIAS EFECTIVOS DE TRABAJO
---------------------	---	-------------------------	---	---

En los Servicios de Salud el Departamento del Distrito Federal, los días previsibles son:

DESCANSOS	104	28.5
VACACIONES	20	5.5
ART. 87	10	2.7
DIAS FESTIVOS	11	3.0
DIAS ECONOMICOS	6	1.7
ENFERMEDAD	12	3.3
OTRAS	4	1.1
TOTAL	167	45.8

El número de días perdidos por enfermedad pueden aumentar o reducirse de acuerdo a las incapacidades observadas en el grupo de enfermería, tomando en cuenta que éste personal es femenino en su mayoría y un porcentaje en edad reproductiva, cuenta con 90 días de licencias por gravidez con referencia a lo estipulado en la Ley Federal del Trabajo.

Existen otros tipos de prestaciones en un porcentaje menor, tales como las notas buenas, cuidados maternos y otras.

JORNADA DE TRABAJO EXPRESADA EN HORAS

Se refiere al número de horas que trabaja una persona en un día. Es un dato clave para el cálculo de personal, si por ejemplo se tiene

personal de 6 1/2 horas, para cubrir un día necesitaremos cuatro personas, pero si la jornada de trabajo es de 8 horas, el número de personas se reduce a 3. La diferencia es más notoria cuando el número de personas se traduce a sueldos y prestaciones.

Otro factor importante que genera un aumento proporcional de personal es el:

TIPO DE CONSTRUCCION DEL HOSPITAL

Si el hospital es horizontal, las distancias por recorrer son mayores que en el hospital vertical, por lo tanto requiere mayor número de personas. Si el hospital cuenta con cuartos privados o salas para varios pacientes, variará el número de personal necesitando más en el primer caso.

C. PROCEDIMIENTO

El mecanismo utilizado para elaborar el cálculo que nos permite cubrir las necesidades de personal profesional y no profesional de enfermería, en los servicios de hospitalización para las 24 horas es el siguiente:

a) Conocer los factores técnico administrativos propios de la unidad médica.

Aplica las siguientes fórmulas:

NUMERO DE CAMAS X INDICE ENFERMERA PACIENTE = NUMERO DE HORAS ENFERMERA PACIENTE EN 24 HORAS

HORAS ENFERMERA PACIENTE EN 24 HORAS X PORCENTAJE DE PREVISION = HORAS ENFERMERA PACIENTE PARA PREVISION

HORAS ENFERMERA PACIENTE EN 24 HORAS + HORAS ENFERMERA PACIENTE PARA PREVISION = TOTAL DE HORAS ENFERMERA PACIENTE EN 24 HORAS

TOTAL DE HORAS ENFERMERA PACIENTE EN 24 HORAS

JORNADA DE TRABAJO = NUMERO DE PERSONAL NECESARIO DE UN SERVICIO EN 24 HORAS

NUMERO DE PERSONAL NECESARIO POR UN SERVICIO X PORCENTAJE DE PERSONAL PROFESIONAL Y NO PROFESIONAL = NUMERO DE PERSONAL PROFESIONAL Y NO PROFESIONAL

NUMERO DE PERSONAL PROFESIONAL X PORCENTAJE DE PERSONAL PROFESIONAL Y NO PROFESIONAL = NUMERO DE PERSONAL PROFESIONAL POR TURNO

NUMERO DE PERSONAL PROFESIONAL X PORCENTAJE AUTORIZADO POR TURNO = NUMERO DE PERSONAL NO PROFESIONAL POR TURNO

Para llevar a cabo el cálculo del personal de enfermería en las áreas de la unidad se manejan los siguientes criterios:

QUIROFANO

Para calcular al personal del turno matutino y vespertino es esta área, se requiere conocer el tipo de cirugía y el promedio de operaciones en cada uno de ellos, calculandose una enfermera instrumentista que fungirá como jefe de servicio (cuando existan más de tres salas), además de una enfermera instrumentista y una general por cada sala en las unidades de 2o. nivel; a dos enfermeras instrumentistas por sala en las de 3er. nivel. El previsible se aplicará de acuerdo a las políticas de trabajo de cada unidad.

LABOR

Se calcula por turno una enfermera por cada tres camas, una auxiliar cuando existan más de 12 camas, además del previsible.

RECUPERACION

En cada turno se calcula una enfermera por tres camillas, además de una auxiliar cuando existan más de seis camillas. Para este cálculo debe tomarse en cuenta la ocupación y la productividad de quirófano y expulsión de cada turno. El previsible se aplica de acuerdo a la política de trabajo.

URGENCIAS

Al igual que el anterior su cálculo es por turno, una enfermera por cada tres camas o camillas de observación y una auxiliar por cada

seis camas, además de una auxiliar por consultorio si el número de consultas lo justifica.

CONSULTA EXTERNA

Se aconseja una auxiliar de enfermería por cada dos consultorios, a excepción de los de pediatría, ginecoobstetricia, odontología, curaciones e inyecciones, ortopedia y cirugía en donde se hace necesaria la presencia de un auxiliar por consultorio.

CENTRAL DE EQUIPOS Y ESTERILIZACION (C.E.Y.E.)

Se puede calcular una auxiliar de enfermería por línea de trabajo en cada turno o considerarse una auxiliar de enfermería por cada 30 camas para los turnos matutino y vespertino y un auxiliar de enfermería por cada 50 camas para el turno nocturno. En el número de camas deben incluirse las censables y no censables. A éste cálculo se agrega una enfermera general para los turnos matutino y vespertino, dependiendo de la productividad se asignará este personal en el nocturno, en cada una de sus guardias.

JEFE DE SERVICIO

Se calcula una jefe por turno en cada servicio con más de 25 camas o con menos pero de gran complejidad. Se asigna una jefe de servicios para la central de equipo y esterilización en unidades de segundo y tercer nivel de atención.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

SUPERVISORAS

Por cada 60 camas se asigna una supervisora para los turnos matutino y vespertino y 90 para el nocturno, sin embargo también se deben considerar el tipo de pacientes, los niveles de preparación de personal y la ubicación de las áreas de trabajo que se van a supervisar. Para la educación en enfermería se asigna una supervisora más para coordinar éste aspecto en unidades de segundo y tercer nivel.

Para la jefe de enfermeras debe calcularse una enfermera por unidad médica.

El resultado final del cálculo de personal de enfermería deberá indicar 60% de personal profesional y 40% de no profesional. La aplicación de los indicadores normados permite disponer de recursos humanos suficientes para proporcionar atención eficiente de enfermería sin afección al presupuesto de la institución.

8. SERVICIOS CLINICOS DE LA ATENCION MEDICA

A. RECEPCION

El hospital debe de tener a la entrada, un lugar visible en el cual por medio de un mostrador, los derechohabientes, usuarios y público en general, puedan obtener información general, además de efectuar diversos trámites rutinarios relacionados con la atención que proporciona el hospital.

En ella se llevan a cabo las siguientes funciones con respecto a los derechohabientes: información general, vigencia de derechos, apertura de expedientes clínicos, solicitud de consulta y consulta médica a domicilio, informes acerca del estado de los pacientes, autorización de visita a los pacientes internados, solicitud de entrega de cadáveres.

La organización para el cumplimiento de las funciones antes mencionadas es variable, según el carácter de la institución a la que pertenece el hospital (de asistencia pública, de seguridad social o privada), así como también de la magnitud del edificio, aún en instituciones del mismo tipo y del criterio de organización que impere en los ejecutivos.

B. ARCHIVO CLINICO

En este departamento se guardan los informes e historias clínicas de los pacientes, es uno de los más importantes en el hospital, no sólo es la historia de gran utilidad para el paciente sino también para el médico, para el servicio de sanidad pública e investigación médica y para el hospital.

La historia clínica es valiosa como referencia para el paciente en caso de ser hospitalizado; una información bien organizada y catalogada es de valor inestimable para el médico así como para los trabajos de investigación.

C. TRABAJO SOCIAL

Tiene como meta buscar el adecuado funcionamiento de los individuos o de los grupos sociales, en relación con todas aquellas actividades que tienen como fin la armoniosa interacción de los mismos, para lograr el bienestar individual y colectivo.

Sus funciones se dirigen hacia tres actividades específicas:

1. Prevenir las sociopatías que se presentan en la comunidad o en el individuo.
2. Procurar encauzar debidamente los recursos individuales y sociales para lograr mayor bienestar social.
3. Restaurar la incapacidad social de los individuos, cuando existe un problema conocido. (19)

Es indispensable en el campo de la medicina preventiva, curativa y social y en los programas generales de protección de la salud. Sus técnicas se utilizan con el propósito de entender mejor la influencia de la economía y de los factores sociales en la prevención de la enfermedad y fomento de la salud, tanto del individuo como en la familia.

19. Manuel Barquín C. Dirección de hospitales., 450

La asistencia social ha sido conformada para comprender y ayudar al individuo sano o enfermo en sus problemas personales o familiares y a la comunidad en el logro de sus aspiraciones.

D. CONSULTA EXTERNA

Es la unidad de servicios o atención profesional a individuos que sin necesidad de ser hospitalizados requieren de atención médica, con fines terapéuticos y de diagnóstico.

E. FARMACIA

Conjunto de dependencias destinadas al manejo de fórmulas magistrales y medicamentos en cuanto a control, recepción, guarda y distribución a pacientes (externos o internos), esto se realiza en hospitales de seguridad social, asistencia pública generalmente de servicios sólo para los enfermos internados. La farmacia no es un departamento sino un local de funcionamiento independiente.

F. LABORATORIOS CLINICOS

Actualmente el término de laboratorios se aplica a edificios o locales en los que se hace cualquier tipo de experimentación o investigación no solamente en el terreno científico o tecnológico, sino aún en actividades artísticas. En los hospitales se relaciona con el tipo de mesa apropiado para realizar labores de farmacología y químico.

En los hospitales existen muchos sitios donde se practica el estudio y la investigación de datos relativos a los padecimientos,

pero solamente se llaman laboratorios al departamento o local en que ésto se hace sobre mesa de trabajo. Son uno de los principales auxiliares o medios de diagnóstico; su importancia radica también en el papel que desempeña en el pronóstico, tratamiento y en la prevención de enfermedades. En su papel mínimo, los laboratorios realizan análisis de rutina de hematología, microbiología, química y referentes tanto a pacientes externos como internos, siendo el porcentaje de los primeros mayor.

G. BANCO DE SANGRE

Es el departamento que tiene como función obtener sangre de personas sanas para ser empleada, la mayoría de las veces ocupada en las transfusiones que requieren los pacientes en el curso de las operaciones, partos o en las secuelas de éstas intervenciones.

H. RADIODIAGNOSTICO

En los hospitales las radiaciones X, se emplean en el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades.

La radiología clínica presta una contribución importante al estudio integral del paciente. Como auxiliar de diagnóstico permite llegar a conclusiones precisas y a mejorar tratamientos; siendo además uno de los medios para el encauzamiento de la medicina preventiva, es uno de los más importantes recursos de apoyo diagnóstico médico.

I. MEDICINA NUCLEAR

Se considera como uno de los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, caracterizado por el empleo de sustancias radioactivas para alcanzar dichos fines.

Hasta ahora en México se tienen departamentos de medicina nuclear en los principales hospitales privados y en algunos gubernamentales; en los de seguridad social se encuentran solamente cuando tienen carácter nacional, esto se considera por el elevado costo del equipo aunado al valor de los radioisótopos que no se producen en el país.

J. FISIOTERAPIA

Es la rama de la medicina que se ocupa del tratamiento de las enfermedades o deficiencias, principalmente en los sistemas músculo esqueléticos y vascular por medio de agentes físicos como la electricidad en diversas formas o el agua empleados en masajes o ejercicios musculares.

Los pacientes que acuden a este departamento son: tanto internos como externos, pero aquéllos representan un 10% del total.

Las secciones de tratamiento más comunes son: electroterapia, hidroterapia, mecanoterapia, pudiendo agregárseles optativamente, las de terapia de lenguaje y psicológica.

K. URGENCIAS

Tiene como función proporcionar atención médica inmediata en cualquier hora y día a los derechohabientes, cuyo estado lo requiera y por ello no puedan cumplir los procedimientos ordinarios que se

siguen para ser atendidos en la consulta externa o ser internados en forma programada.

Los casos de urgencias pueden ser traumatológicos o médicos, generalmente el paciente permanecerá en el servicio no más de ocho horas, y regresará a su domicilio. En otros casos se ataca solamente la fase crítica del padecimiento que deberá seguirse estudiando.

El servicio deberá tener la siguiente capacidad:

1. Camas de urgencias para adultos; 6% del número de camas de medicina y cirugía general.
2. Lugares para atención de niño lactantes y preescolares; 35% del número de camas de la unidad de hospitalización correspondiente. (20)

No existe una relación funcional, sino de ubicación con el departamento de obstetricia (toco-cirugía), cuya función también tiene carácter de urgente.

Es recomendable que los servicios de urgencias, obstetricia y quirófano estén en la planta baja del hospital, próxima al área de archivo clínico y admisión para resolver el acceso de peatones y de vehículos.

L. ADMISION HOSPITALARIA

Los pacientes que son internados en el hospital ingresan en dos formas: la de admisión programada y la de urgencia. La admisión hospitalaria no puede considerarse un departamento por la simplicidad

20. Ob.cit., p. 81

de sus necesidades, además porque depende y esta íntimamente ligada con las oficinas de gobierno del hospital aún cuando físicamente esta casi siempre separado de ellas.

En cuanto a la admisión programada de pacientes, el procedimiento es el siguiente: los médicos generales o de especialidades de la consulta externa envían a la sección de admisión la solicitud de internamiento del paciente indicando el grado de necesidad de admisión programada, considerando las necesidades de su atención médica y la disponibilidad de camas; informa al paciente respecto a la fecha precisa de su admisión y le proporciona los instructivos respecto a la hora en que debe presentarse, la ropa que debe llevar, los días de visita y otras disposiciones del reglamento.

La admisión de urgencia, tiene que hacerse salvando toda clase de trámites previos, los enfermos de urgencia son internados en las unidades de hospitalización, y la sección de admisión se encarga, de recabar la información que se necesita en el mismo departamento de urgencias o con los familiares van acompañado a los pacientes. Un hospital debe reservar cierto número de camas para los casos de urgencia.

En la sección de admisión debe centralizarse el manejo de camas, hecho de acuerdo con instituciones superiores, pero dicha sección está obligada a llevar con rigurosa actualidad el estado de ocupación de camas, número de camas ocupadas en las distintas unidades, nombres de los pacientes, fecha de ingreso y de salida probable así como el número de camas vacías.

M. CENTRAL DE ESTERILIZACION Y EQUIPO

El equipo de esterilización de utensilios, material terapéutico y quirúrgico, así como de la ropa que usa el personal en los departamentos obstétrico y quirúrgico, se realiza en un local del hospital específicamente proyectado, por ello, es la central de esterilización y equipo. Aquí esta centralizado todo el equipo de esterilización, el cual es muy costoso y requiere de instalaciones cuidadosamente diseñadas.

Administrativamente dicha unidad funge en muchos hospitales como oficina encargada de tramitar las requisiciones de material terapéutico e instrumental ante las oficinas de gobierno del propio hospital y de controlar el movimiento de almacén en este aspecto, así como las dotaciones que deben tener los diversos departamentos de la institución. Este papel hace que exista en la central de equipos y esterilización (C.E.Y.E), un local destinado a la guarda de material no estéril que se ocupa o a material nuevo que en su oportunidad será esterilizado y también se concentra en este lugar los equipos terapéuticos que no pertenecen a la dotación propia de algún departamento, sino que son de uso compartido por varios de ellos.

N. HOSPITALIZACION

Es una actividad que consiste en el internamiento de pacientes que requieren de un tratamiento o diagnóstico, en un local establecido para ese fin, con cuidados permanentes de enfermería.

a) MEDICINA INTERNA

Se encarga de tratar padecimientos de todas aquellas especialidades de tipo internista.

La jefatura de división se encarga de las especialidades menores y problemas generales de esta rama. Se desarrollan la gastroenterología, la neumología, la endocrinología, la dermatología, la neuropsiquiatría; en ocasiones una especialidad mayor da origen a varias menores, tal es el caso de la cardiología, de la cual se derivan la nefrología, la hematología y la angiología.

b) CIRUGIA GENERAL

Las operaciones realizadas dentro del campo que se considera en todo el mundo como cirugía general, incluyen algunos aspectos de cirugía de cuello, pared torácica y pared abdominal; presenta aproximadamente las siguientes frecuencias: el 20% se refiere a plastias de hernia inguinal, el 10% a apendisectomía y biopsia de hígado, más o menos el 5% de los siguientes padecimientos: firoidectomía parcial, biopsia de mama, plastia de eventración, amputación de muslo y desarticulación de rodillas.

c) PEDIATRIA

En esta unidad se hospitalizan los pacientes cuyas edades van desde recién nacidos hasta adolescentes no mayores de dieciséis años. La división de pediatría en los hospitales generales comprende, además de la consulta para externos, la atención de los menores clasificados de la siguiente manera:

1. Urgencias.
2. Neonatología.
3. Lactantes.
4. Escolares.
5. Infecciosas.

e) CUIDADOS INTENSIVOS

Se ha planteado la posibilidad de una nueva organización en la atención hospitalaria que derive de considerar tres casos: en primer término, el de aquellos enfermos cuyas condiciones de gravedad o simplemente como resultado del tratamiento prescrito, requiere atención continua; segundo, aquellos que necesitan una atención normal y tercero otros que pueden considerarse en estado de convalecencia o requieren de poca vigilancia o cuidado.

En la unidad de cuidados intensivos se trata tanto casos quirúrgicos como de medicina general, en adultos o niños. La capacidad de la unidad conviene calcularla a razón de un 6% del número del hospital, correspondientes a las ramas de medicina general, de cirugía general y de pediatría.

Su finalidad esencial es proporcionar cuidados de enfermería con alta calidad para los pacientes que requieren una continua y detallada observación, cuidado intensivo y una atmósfera humana y comprensiva, cuyos objetivos son:

1. Desarrollar y mantener un servicio de enfermería idóneo que reúna características específicas especiales destinadas a ahorrar tiempo y conservar los recursos de enfermería.

2. Mantener un número máximo de enfermeras profesionales altamente calificadas, que hayan demostrado habilidades para interpretar las necesidades de los pacientes, de implantar el tipo y clase de cuidados de enfermería que satisfagan dichas necesidades.
3. Preveer el material y el equipo necesarios, ya sea dentro de la misma unidad o para el trabajo de médicos y enfermeras, de tal manera que estos profesionales puedan llevar a cabo sus deberes y responsabilidades sin complicaciones.
4. Identificar y admitir en la unidad de cuidados intensivos solamente a aquellos pacientes que serán beneficiados con este tipo de atención y trasladar al paciente al servicio correspondiente tan pronto como sus necesidades de cuidados intensivos se hayan reducido.
5. Salvar la vida del paciente, reducir la duración del período crítico y prepararlo para su convalecencia y pronta recuperación total.(21)

f) INFECTOLOGIA

En el caso de enfermos con ciertos padecimientos infectocontagiosos, es recomendable aislarlos en salas individuales o en salas semicolectivas en las que exista antesala con técnica de aislamiento.

Para el adecuado proyecto de la unidad de infecciones es indispensable tener en cuenta como se organizan los servicios médicos y de enfermería, por lo que respecta principalmente al carácter de los padecimientos, se parte de dos consideraciones complementarias: los contagios se adquieren básicamente a través del aire, por contacto directo con algún paciente o por haber manipulado sus utensilios; la segunda se refiere a que las infecciones puedan prevenirse hasta un nivel aceptable observando las siguientes

21. Ibid., p. 125

precauciones: que los pacientes se encuentren a distancias convenientes entre ellos, en camas cubiculares, con cancelos de vidrio, que el personal médico o de enfermería se lave las manos adecuadamente después de tener contacto directo con cualquiera de los pacientes y que se ponga la bata esterilizada que debe encontrarse junto a cada cama.

El baño diario se prescribe para todos los pacientes infecciosos, no sólo como medida de higiene indispensable, sino porque ayuda a controlar su temperatura.

O. ANATOMIA PATOLOGICA

Este departamento estudia el aspecto morfológico, o sea, la disposición de las células en su forma o estructura, los órganos, tejidos, secreciones o líquidos del cuerpo humano, a fin de determinar la normalidad o patología de los mismos. Se asimila a los laboratorios, aún cuando en la mayoría de los casos arquitectónicamente no se reúnen con ellos, debido a los requisitos particulares de educación que plantea el depósito y manejo de cadáveres que forman parte integral de la anatomía patológica.

El anatómo-patólogo, trabaja en tres campos de acción principalmente; el de patología quirúrgica, el de citología exfoliativa y el de autopsias.

En el primer campo, el patólogo examina las muestras de tejido, o sea, las biopsias que le envían, ya sea de las salas de operaciones en el curso de alguna intervención o de cualquiera de los

departamentos del hospital, como puede ser el radiólogo, el tocoquirúrgico, consulta externa y hospitalización.

Dentro de la citología exfoliativa, se realiza el estudio de líquidos o productos de espectoraciones o secreciones, como el líquido pleural o la orina, en los cuales se encuentran células en diversa proporción. También se utilizan las muestras de exudados, como los faríngeos o los vaginales, una de cuyas principales aplicaciones prácticas es la detección temprana del cáncer vaginal.

Al hacer las autopsias de los pacientes que han fallecido, es necesario analizar sus visceras, la anatomía patológica, puede rectificar, ratificar o ampliar los diagnósticos que se hicieron sobre él, lo cual, ayuda a precisar la frecuencia de los padecimientos, es decir, los índices de morbilidad y mortalidad, además, a tomar las precauciones indicadas en todos los casos en que se registra un padecimiento contagioso y a eliminar el porcentaje de enfermedades congénitas.

P. BANCO DE LECHE

Conocido también como laboratorio de leches o lactaria, el cual se ocupa de preparar biberones y fórmulas lactantes bajo condiciones de eficiencia, eficacia y asepsia.

Es recomendable que el banco de leches sea manejado por el departamento de alimentación aunque puede depender del servicio de enfermería requiriéndose un auxiliar de enfermería o de dietista por cada trecientos biberones que se preparen al día. Debe encontrarse cerca del departamento de alimentación, en ocasiones se puede ubicar en la planta de hospitalización pediátrica o cerca de los cuñeros.

Las precauciones para eliminar toda clase de gérmenes patológicos en la preparación de los biberones, para evitar la contaminación de niños enfermos a sanos, puede reducirse a tres: contar con el personal especializado y responsable que aplique la técnica que se aconseja, tener en el hospital un local de acuerdo a la distribución, ubicación, condiciones de higiene y la disponibilidad del equipo necesario para lograr la esterilización de los biberones.

Q. DIETOLOGIA

Los propósitos del departamento de alimentación y dietética, independientemente de proporcionar una dieta científica a los pacientes, son una administración eficiente de este servicio en los hospitales y la educación a diferentes grupos humanos, ya sea a pacientes, personal o público en general.

Los medios para lograr una alimentación adecuada en relación a los pacientes internados son: el conocimiento del diagnóstico y los requerimientos calóricos del caso, a fin de realizar una correcta preparación cuantitativa y cualitativa de la dieta. Por lo que es necesario elaborar regímenes para: diabéticos, colíticos, colecistíticos, renales, hepáticos y cardíacos, y dietas fraccionadas para enfermos ulcerosos, niños de diversas edades que sean hiperproteínadas o bien terapéuticas, así como una dieta de sobre alimentación para enfermos desnutridos o para los que requieren mayor cantidad de aporte calórico.

No se incluye en el servicio de dietética lo correspondiente a los biberones de los niños lactantes, debido a que la preparación de

éstos alimentos tienen características especiales que la asemejan a un proceso de laboratorio.

R. VESTIDORES DEL PERSONAL

En los hospitales son disposiciones reglamentarias que el personal use uniforme, que marquen en sus tarjetas personales de asistencia la hora en que entran o salen, de acuerdo con el horario de trabajo estipulado, la tarjeta será marcada en el reloj al entrar a sus labores, después de cambiar su ropa de calle por el uniforme y a la salida, antes de vestir nuevamente su ropa de calle.

Para cumplir éstas disposiciones se requieren vestidores centrales que estén divididos de acuerdo con el tipo de trabajo y sexo de las personas que prestan sus servicios en el hospital, las cuales, cualquiera que sea su rango se llaman generalmente trabajadores.

B. LAVANDERIA

Es el departamento encargado del lavado, planchado y suministro de ropa limpia y bien presentada, tanto a los enfermos como al personal que labora dentro de la unidad hospitalaria, este servicio está considerado entre los que ayudan al cuerpo médico y de enfermería, constituyen el bienestar del paciente ya que un buen surtido de ropa limpia es factor de suma importancia en el tratamiento del enfermo.

El proyecto de lavandería debe ser siempre asesorado por expertos en la materia.

T. LOCALES DIVERSOS

a) INTENDENCIA

Es una oficina que tiene a su cargo el control de las entradas, la supervisión del personal al registrar su entrada y salida en las tarjetas que para ello se tienen en el lugar adecuado, la distribución del trabajo del personal de limpieza, la supervisión de la misma y la vigilancia del cumplimiento de todas las disposiciones referentes al orden, disciplina, seguridad y aseo.

b) ALMACEN

Recibe toda clase de artículos nuevos, sin embargo dentro de estas mercancías no se incluyen víveres y medicinas, los cuales se guardan directamente en los departamentos de cocina y farmacia respectivamente o bien son destinados al consumo de los diversos departamentos; instrumental médico, vidriería y sustancias de laboratorios, algunos muebles que pueden sustituirse de inmediato, colchones, cobertores, ropa en general y artículos de limpieza. Muchas de estas mercancías se almacenan en anaqueles metálicos desmontables de tipo comercial y para otros basta tener un área de piso adecuada.

Además de los anaqueles para la guarda de los artículos, se debe disponer de un mostrador, un escritorio y un archivero para el almacenista.

c) DEPARTAMENTO DE MANTENIMIENTO

Se encarga del buen estado del edificio y de la correcta operación de sus instalaciones y de los aparatos o equipos con que cuenta el hospital.

Las labores que realiza, por su índole se dividen en:
mantenimiento preventivo y mantenimiento correctivo.

CAPITULO III. AUSENTISMO

Anteriormente lo que más preocupaba a la administración eran sus objetivos originales, siendo tan sólo la obtención del máximo aprovechamiento de los recursos materiales empleados en la producción, lo que propiamente es la administración de cosas, ya que el hombre era solamente un elemento accesorio en el proceso productivo. A partir del auge que tienen las ciencias humanas y la aplicación de las técnicas derivadas de éstas, se ha dado un cambio en la administración de cosas a administración de personas, donde se reconoce al hombre como eje fundamental alrededor del cual giran todas las funciones administrativas y del cual depende el aprovechamiento y la productividad de todos los recursos con los que una empresa puede contar.

En los momentos más críticos de la civilización industrial, las ciencias del hombre (psicología, sociología, antropología entre otras), han empezado a rehumanizar el trabajo. Se ha comprobado que el ausentismo es una manifestación de desadaptación del trabajador que equivale a una pérdida del estado de equilibrio y bienestar indispensables para la completa realización de su trabajo.

El desarrollo de las ciencias ha permitido identificar ciertas manifestaciones inespecíficas de desadaptación, que a manera de síntomas, están señalando la existencia de un estado de insatisfacción con un ambiente laboral o con su ambiente extralaboral.

Entre los síntomas que presentan, existe uno de gran trascendencia; el ausentismo cuyo estudio ha permitido conocer sus amplias y variadas implicaciones y llega a considerarse como el más fiel indicador de las condiciones de salud y de adaptación de los grupos de trabajo.

De la actitud del trabajador hacia el trabajo en sí, o bien, hacia infinidad de elementos que componen el ambiente laboral dependerá de su adaptación a dicho ambiente, como producto del interés o repulsión que existe entre el individuo y el trabajo que desempeña. A su vez son origen de graves situaciones que afectan al individuo y deterioran muchas veces en forma peligrosa las relaciones humanas, frenando la productividad y oponiéndose a la realización de los objetivos básicos de la administración.

El ausentismo equivale siempre a una pérdida de mayor o menor proporción del estado de equilibrio y bienestar necesario para la realización plena de la actividad productora del hombre.

1. CONCEPTO

No existe una definición concreta de lo que es el ausentismo, pero veremos algunas de ellas:

Arthur W. Sherman Jr.

El ausentismo o absentismo es la ausencia del trabajador a la empresa no ocasionado por enfermedad o licencia legal. En síntesis se dice que el ausentismo es la suma de los períodos en los que los empleados de una organización no están en el trabajo. (22)

22. Arthur W. Sherman Jr. Administración de Recursos Humanos., p. 168

Otra definición que podemos mencionar es la de Idalberto Chiavenato, que considera :

" El ausentismo es cuando los empleados están ausentes del trabajo". (23)

Diccionario de la Real Academia Española:

" Es la voz derivada del latín (absebs-entis), que significa ausente y de la acepción que se le da a una empresa, es la falta del trabajador a sus actividades ". (24)

Como podemos observar éstas definiciones tienen puntos de vista en común, por ello decimos que el ausentismo es la falta del trabajador a sus actividades, por las cuales está obteniendo una remuneración, no incluyendo vacaciones regulares o ausencias debidas a accidentes en el trabajo.

2. CLASIFICACION

Existen dos tipos:

A. AUSENTISMO FISICO

Se refiere a que el trabajador no hace acto de presencia en su trabajo, usa continuamente el tiempo de tolerancia, tiene retardos, pide permisos para salir temprano, manifiesta problemas leves que no le permiten realizar bien sus actividades, acudiendo en ocasiones al servicio médico.

23. Idalberto Chiavenato. Administración de Recursos Humanos., p. 41.
24. Ibid., p. 42.

B. AUSENTISMO SIQUICO

Se presenta cuando el trabajador no encuentra la forma adecuada para satisfacer sus necesidades en el trabajo que desempeña, trata de huir de la situación dándose gusto en ideas sin objeto, realiza cualquier actividad que le agrade o le distraiga, propiciando un descanso que no le corresponde pudiendo llegar a convertirse en una causa de accidentes que pueden ir de los más leves hasta los más graves, lesionándole de manera permanente o temporal.

El trabajador ausente por su comportamiento se puede clasificar en:

CRONICO. Se ve afectado por el medio ambiente prefiriendo cerrar los ojos ante la situación diaria a la que se enfrenta.

ESCAPISTA. Es aquél que evita encontrarse con sus actividades para resolverlas de la mejor manera, dándose razones así mismo para después dedicarse completamente a realizarlas.

INMADURO. No ve la importancia que tiene su trabajo y prefiere que le llamen la atención a cambio de darse un gusto en las horas de trabajo.

ABUSIVO. Es el consentido que no falta en la empresa y que sentimentalmente llega al corazón del jefe, por sus problemas emocionales por lo general.

LEGITIMO. Se ausenta del trabajo por la única razón conocida y verdadera que puede ser un accidente de trabajo, una enfermedad, la muerte de un familiar entre otras circunstancias justificadas.

3. CAUSAS

Las causas del ausentismo no siempre se deben al trabajador, sino también a la organización, a la supervisión deficiente, a la falta de motivación y a las malas condiciones de trabajo.

Para poder definir el papel que cada individuo juega en la organización mencionaremos los niveles principales dentro de ella:

Administrativo: es el encargado de optimizar la materia prima, el personal y la tecnología mediante la ayuda del proceso administrativo.

Operativo: son todas aquellas personas que realizan el trabajo rutinario, esta integrado por lo regular por un gran número de personas.

La mayoría de las ocasiones el ausentismo se relaciona con el nivel operativo, sin embargo del nivel directivo pueden surgir barreras que provoquen descontrol dentro de la empresa dando lugar a la indisciplina.

Existen muchas y variadas causas del ausentismo, pero las más importantes y comunes se mencionan a continuación:

A. SUPERVISION DEFICIENTE

Esta se puede presentar tanto en el aspecto técnico como emocional, en consecuencia los trabajadores no colaboran de la forma planeada, es decir, si no tienen la supervisión adecuada y además una motivación no se lograrán los objetivos que se han establecido.

B. ACCIDENTES EN EL HOGAR Y EL TRABAJO

Se presentan en ocasiones inesperadas, ya sea por descuido tanto del trabajador en su hogar, como de la empresa en el trabajo por no tener las condiciones adecuadas para que el trabajador desempeñe sus actividades.

C. ENFERMEDAD PERSONAL REAL

Se considera de esta forma cuando al trabajador se le diagnóstica alguna enfermedad, confirmada por reportes médicos con base en estudios reales.

D. ENFERMEDAD FINGIDA O IMAGINARIA

Es la referida por diagnóstico y medicamentos prescritos, que forman la quinta parte de los que se consideran enfermedad real.

E. ENFERMEDAD DE LOS FAMILIARES

Estos comprenden principalmente a los hijos o cónyuge del trabajador, incluyendo en algunos casos a los padres de éste.

F. INDIFERENCIA

Se manifiesta por la falta de bienestar en el trabajador, aunque cuente con infinidad de motivadores, es decir, no importa ningún tipo de incentivo, ya que el trabajador siempre le dará lo mismo los tenga o no.

4. CALCULO DEL INDICE DE AUSENTISMO

La fórmula propuesta por el Manpower Administration of the United States, Departament of Labor para calcular el indice de ausentismo es: (25)

$$\begin{array}{r} \text{INDICE} \\ \text{DE} \\ \text{AUSENTISMO} \end{array} = \frac{\text{NUMERO DE DIAS-HOMBRE PERDIDOS POR AUSENCIA} \\ \text{DEL TRABAJADOR DURANTE EL PERIODO}}{\text{NUMERO PROMEDIO DE EMPLEADOS} \times \text{NUMERO DE DIAS DE TRABAJO}} \times 100$$

Para poder establecer más fácilmente éste indice, es conveniente calcularlo al final de cada período establecido. Una vez establecido, se pueden determinar parámetros específicos tales como turno, sexo y departamento, dependiendo de éstos se efectuará un cálculo más cercano a la realidad.

La fórmula antes mencionada se refiere a un cálculo general, pero además podemos realizar un individual, tomando en consideración la fórmula siguiente: (26)

25. Arthur W. Sherman. Ob.cit., p. 141.

26. Ibid., p. 142.

$$\text{INDICE DE AUSENTISMO DEL EMPLEADO} = \frac{\text{DIAS AUSENTE}}{\text{DIAS TRABAJADOS} + \text{DIAS AUSENTES}}$$

El número de días trabajados se normará de acuerdo al cálculo que se requiera hacer, ya sea mensual, bimestral, trimestral o semestral, es decir, del período que se quiera la información.

5. CONSECUENCIA DEL AUSENTISMO

Existen muchas de esas consecuencias, pero mencionaremos algunas de las más importantes:

A. BAJA DE PRODUCTIVIDAD

La ausencia del trabajador ocasiona el pago de tiempo extra, desperdicios de material, mano de obra adicional y algunos otros gastos. En ocasiones el ausentismo origina añadir un turno completo, incrementándose los costos. Al contratar a nuevo personal o personal sustituto no se obtiene la misma productividad que al contar con un trabajador ya experimentado, por ello se dice que hay una baja de productividad.

B. CALIDAD DEFICIENTE DEL PRODUCTO

Toda empresa elabora sus productos con base en una línea de normas y estándares establecidos, si el producto no reúne las características, la calidad no es la deseada, por lo tanto el trabajador no esta atendiendo correctamente sus actividades, por otra parte si se refiere a un suplente, éste no efectuará sus actividades con la calidad adecuada, ya que aún no tiene la capacidad suficiente para lograrlo.

C. ESTANCAMIENTO EN EL DESARROLLO DE LA EMPRESA

Cuando existe una baja de producción y una calidad deficiente en el producto, no es factible desarrollar un programa de productividad o exportación, lo que tiene como consecuencia que la empresa no podrá crecer y desarrollarse, el individuo es el elemento más importante dentro de la organización por ellos es necesario un cambio en la moral del personal.

D. DESAPARICION O QUIEBRA DE LA EMPRESA

Si el ausentismo rebasa los límites estimados, provoca la desaparición o quiebra de la empresa, debido a que los trabajadores forman parte de un grupo y por lo tanto el individuo tiende a cambiar su forma de actuar, pensar o sentir.

E. DISMINUCION DE LA CALIDAD

Repercute en el producto o servicio, es decir, el ausentismo provoca que la calidad de un producto o servicio no sea la misma que

la obtenida cuando el trabajador cumple debidamente con sus actividades.

F. SOBRE CARGA DE TRABAJO

Al no contar con el personal suficiente, la empresa puede optar por delegar más trabajo de lo habitual a cada trabajador., lo que trae como consecuencia una fatiga tanto moral como física.

G. ESTANCIA PROLONGADA DEL PACIENTE EN EL HOSPITAL

Con respecto a este punto, nos referimos a una institución hospitalaria, es decir, al presentarse el ausentismo se disminuyen los egresos de ésta y limita su capacidad para dar oportunidad de atención a otros pacientes.

H. PROPAGACION DE LOS TRABAJADORES ASIDUOS

Al notar que el trabajo se multiplica a consecuencia de la inasistencia del personal, los demás optan a su vez por empezar a faltar, por el exceso de trabajo.

A medida que avanza el problema del ausentismo, los trabajadores sienten la falta de interés por el problema, se consideran ignorados y con razón para no colaborar con la empresa, les da lo mismo ir a trabajar o no, buscando otro lugar para satisfacer sus necesidades desatendiendo sus actividades.

El dirigente de la empresa debe implantar nuevos controles de calidad, revisar la maquinaria, contar con la herramienta necesaria, vigilar la seguridad del trabajador dentro de la empresa y muchas

otras cosas, para no dar motivo a los trabajadores a no realizar su trabajo.

6. MEDIOS PARA REDUCIR EL AUSENTISMO

Cuando la empresa ha detectado el problema del ausentismo, determina sus consecuencia y las medidas para combatirlo. Uno de esos medios es el conocimiento de lo que la empresa proporciona al trabajador y lo que éste desea.

Herberg desarrollo una teoría que se basa en las actitudes hacia el trabajo y el individuo, los divide de la forma siguiente:

A. FACTORES EXTRINSECOS

Son llamados también factores de higiene, se refieren a aquellos que causan molestias si faltan, pero no motivan por sí mismos ningún esfuerzo productivo si se tienen. Al mejorarse la situación no se observa mejora en las actividades, por lo que la revisión y consideración que se haga de ellos se puede utilizar para prevenir el ausentismo, ya que al sentirse bien el trabajador se concentrará en sus actividades consiguiendo un bienestar propio.

Los factores que la empresa ofrece al trabajador son:

a) **SALARIO.** Es la remuneración que se le da al trabajador por el trabajo realizado, la empresa debe contar con una tabla de salarios para el trabajador, en todo caso propiciar que sea más alta de la que rige en la zona, éste pequeño aumento ayudará a disminuir el ausentismo.

b) SUPERVISION TECNICA. Se deberá tener un supervisor con la capacitación y habilidad idóneas para el puesto, utilizar sólo palabras para lograr sus objetivos, motivando a los trabajadores a poner su mejor empeño en sus labores. La buena supervisión servirá para lograr objetivos superiores.

c) CALIDAD DE LAS RELACIONES HUMANAS EN LA SUPERVISION. Para que existan relaciones humanas buenas es necesario que también haya una buena comunicación, la cual consiste en la transmisión de un mensaje tanto en forma ascendente como descendente, evitando las posibles barreras que deforman el mensaje, el que no exista comunicación puede ser una causa de que no guste el trabajo. La comunicación ayuda a que el individuo trabaje con entusiasmo y confiado de lo que el supervisor le informa.

d) POLITICAS Y ADMINISTRACION DE LA EMPRESA. Las políticas de la empresa deben ser justas, debido a que por medio de ellas el nivel directivo determina la conducta de los niveles inferiores. Deben ser flexibles y claras para que el personal las pueda emplear.

El trabajador considera una buena administración, a aquella que le permite conocer y participar en la elaboración de sus metas, además de que el ofrezca estabilidad en el trabajo.

e) CONDICIONES DE TRABAJO. El lugar de trabajo debe ser adecuado para el individuo, es decir, tener una buena iluminación, ventilación, limpieza, para que el trabajador asista con mayor voluntad, disminuyendo así el ausentismo.

f) **SEGURIDAD EN EL TRABAJO.** Es un factor muy importante, ya que el trabajador al sentirse seguro dentro de su trabajo le gustará más, cuanto mayor sea el riesgo de trabajo mayor será el factor de seguridad. La Ley Federal del Trabajo, el Reglamento de Higiene del Trabajo y el Reglamento de Prevención de Accidentes, regulan las instalaciones teniendo como objetivo principal la disminución de accidentes de trabajo, aminorando así el ausentismo.

B. FACTORES INTRINSECOS

También llamados motivadores, son los que responden a mecanismos internos del trabajador y se derivan de la relación del individuo con su trabajo. Estos factores son:

a) **LOGRO.** Para el trabajador el realizar una tarea y terminarla con éxito, le hace sentir bien consigo mismo y con los demás. Para él es un reto no sólo realizar su tarea sino obtener el éxito, además se sentirá responsable con los resultados de su tarea si propone alguna alternativa para mejorar esa actividad.

b) **RECONOCIMIENTO.** Cuando el trabajador esta dentro de un grupo es necesario que lo perciba y le de una ambiente de familiaridad para mejorar el desarrollo. Por otra parte la empresa debe reconocer el interés de cada trabajador tomando en consideración que es motivante para él, lo puede mencionar en cuadros especiales donde se enlisten los que no faltan. Una persona que se siente miembro de un grupo productivo será más eficaz en su trabajo.

c) **RESPONSABILIDAD.** Si la empresa toma en consideración las opiniones del trabajador y su experiencia, encargándole tareas específicas o le hace responsable por el trabajo de su grupo, éste siente un reto y lo acepta, cuando está participando en la realización de la tarea además de proponer cambios que la mejoren, obtiene una responsabilidad, evitando así faltar a su trabajo.

d) **STATUS.** Es un factor muy importante para el trabajador que desea ascender, más cuando la empresa se interesa por éstas personas, si es de esta forma la empresa logrará formar un equipo de trabajo eficiente, ya que está motivado para superarse, el cambio de status en la empresa y las condiciones para lograrlo se debe dar a conocer claramente al trabajador.

CAPITULO IV. CALIDAD Y SU RELACION CON LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA

1. CONCEPTOS

Son muchos los conceptos que de calidad existen, a continuación mencionamos algunos:

Para Crosby:

" La calidad es cumplir con todos los requisitos del producto ". (27)

El enfoque que le da Juran es:

" La calidad se define como adecuación de uso del producto ". (28)

Podemos además mencionar el concepto de calidad total, un término originado por Armand V. Feigenbaum y claramente definido por Kaoru Ishikawa cuando dice:

Calidad quiere decir calidad del trabajo, calidad de servicio, calidad de las personas (incluyendo trabajadores, gerentes y ejecutivos), calidad de la compañía y calidad en todo lo que se refiere a la organización. (29)

Por las definiciones anteriores podemos notar la similitud existente entre ellas, lo cual nos lleva a decir que la calidad no es más que el producto o servicio cumpla con los requisitos establecidos previamente en la planeación.

27. International Quality Systems, Inc. Calidad Total., p. 5

28. Ibid., p. 6

29. Ibid., p. 7

Los administradores deben comprender tres tipos de calidad a fin de que puedan mejorar el proceso; estos son:

A. CALIDAD DEL DISEÑO: Empieza con la investigación de los consumidores, el análisis de las ventas y de las visitas de servicio, lo cual lleva a la determinación de un prototipo que satisfaga las necesidades del mismo; al considerar esas necesidades, la empresa debe mirar varios años hacia adelante para determinar que será útil para los clientes en el futuro.

B. CALIDAD DE LA CONFORMIDAD: Es la medida en que la empresa y sus proveedores pueden sobrepasar las especificaciones del diseño para que suplan las necesidades de los clientes.

C. CALIDAD DEL DESEMPEÑO: Es la determinación mediante investigaciones análisis de las visitas de ventas, de como los productos o servicios de la empresa se están comportando en la práctica. La calidad del desempeño lleva a la calidad del rediseño y así prosigue el ciclo de mejoramiento.

La calidad es un conjunto de atributos; la atención hospitalaria tienen mayor o menor grado de calidad en la medida que sus atributos se aproximan a los del prototipo.

En el hospital, la calidad se materializa en algo concreto; definir las necesidades y establecer los medios para satisfacerlas, para definir las necesidades habrá que contar con la opinión del paciente y no sólo tener en cuenta los aspectos científicos y

técnicos. En cuanto a los medios para la calidad que determinarán el nivel de la misma esta dada por la llamada regla de las cinco " M'S "

- a) Men (las personas)
- b) Materiales (los materiales y productos utilizados)
- c) Methods (métodos de trabajo, protocolos médicos)
- d) Machines (la máquinas, instalaciones, edificios)
- e) Mangement (la dirección y la organización). (30)

2. ANTECEDENTES DE LA CALIDAD

La necesidad de calidad ha existido desde el inicio de la historia, sin embargo los medios para satisfacerla y los procesos de gestión para la calidad han sufrido cambios amplios y continuos.

Durante la Segunda Guerra Mundial la industria norteamericana tuvo que hacer frente a una cantidad enorme de productos militares. Una parte de la gran estrategia durante este periodo, fue cortar la producción de muchos productos civiles, tales como coches, electrodomésticos y productos de diversión: apareció una gran carestía de bienes y el poder adquisitivo tuvo un elevado crecimiento por lo que las empresas manufactureras dieron mayor prioridad a las fechas de entrega, debido a ellos la calidad de los productos disminuyó. Está costumbre de dar prioridad a las fechas de entrega y no a la calidad, duró largo tiempo después de desaparecer la carestía.

30. A. Cuesta Gómez. La Calidad de la Asistencia Hospitalaria., p. 3.

Durante esta época surgió una nueva estrategia de calidad; como intento por mejorar la calidad de fabricación de los artículos militares, se proporcionaron cursos de técnicas estadísticas desarrolladas por Bell System durante los años veinte.

Después de la Segunda Guerra Mundial, los japoneses realizaron un programa para alcanzar los objetivos nacionales por medio del comercio y no por medios militares. Los fabricantes más importantes que antes se dedicaban a la producción militar se enfrentaron a la conversión a productos civiles. Para resolver sus problemas de calidad, los japoneses estudiaron cómo otros países gestionaban para la calidad. Estudiaron empresas extranjeras, sus enfoques y tradujeron al japonés una completa bibliografía. A partir de estas acciones, idearon algunas estrategias para crear una revolución en la calidad.

La mayoría de las estrategias que han surgido para manejar las fuerzas de volumen y complejidad se han agrupado bajo dos nombres genéricos para las especialidades:

a) **INGENIERIA DE CALIDAD:** Esta especialidad tiene su origen en la aplicación de los métodos estadísticos para el control de calidad en la fabricación. La mayoría del trabajo teórico se hizo en los años veinte por el departamento de garantía de calidad en los Bell Telephone Laboratories.

b) **INGENIERIA DE FIABILIDAD:** Surgió en los años cincuenta, como respuesta a los sistemas compuestos. Se ha realizado una bibliografía considerable, relativa a la fiabilidad de los modelos y fórmulas y a

los bancos de datos para cuantificarla. Incluye conceptos para mejorar el diseño del producto, por ejemplo, cuantificar los factores de seguridad, reduciendo el número de componentes y logrando una calidad a un nivel de partes por millón.

Las nuevas especialidades necesitaban un lugar en el organigrama, las empresas resolvieron este problema creando departamentos de amplia base que llamaron de diferente manera, como control de calidad, garantía de calidad, entre muchos otros. La cabeza de estos departamentos era un director de calidad que desarrollaba actividades como son; inspección y ensayo, ingeniería de calidad o ingeniería de fiabilidad todas orientadas a lograrla.

La inspección y el ensayo, siguió siendo la actividad central del departamento, esto es la separación del producto bueno del malo. Su principal ventaja, consistía en reducir el riesgo de que los productos defectuosos fueran remitidos a los clientes. Su inconveniente es que era una actividad centralizada al departamento de calidad, por lo que se pensaba que ésta era sólo responsabilidad de ese departamento, como consecuencia se obstaculizaban los esfuerzos por eliminar las causas de los productos defectuosos.

A. PRINCIPALES PRECURSORES

a) **W. EDWARDS DEMING** , fue quién revolucionó la calidad en la productividad japonesa, él propone catorce principios para la implantación de la calidad:

PRINCIPIOS GERENCIALES

1. Crear constancia en el propósito de mejorar pro-

ductos y servicios, asignando recursos que se orienten a cubrir las necesidades a largo plazo en lugar de buscar un negocio a corto plazo.

2. Descartar la vieja filosofía de aceptar productos defectuosos.
3. Reducir el miedo promoviendo una comunicación abierta.
4. Derribar barreras entre los departamentos de la empresa y áreas de staff.
5. Usar al máximo el conocimiento estadístico y talento de su gente.

CAPACITACION

6. Instituir una capacitación orientada a lograr a lograr que la gente trabaje mejor.
7. Promover una supervisión con conocimientos de los métodos estadísticos y que los utilice para identificar necesidades de mejora.
8. Instituir un entrenamiento estadístico elemental en una escala amplia.
9. Instituir un vigoroso programa para reentrenar a las personas en el uso de nuevos materiales, métodos, maquinaria y en los nuevos productos.

CONCEPTOS DE IMPLEMENTACION

10. Eliminar la dependencia de la inspección masiva para controlar la calidad y establecer un control de procesos mediante métodos estadísticos.
11. Usar técnicas estadísticas para identificar las fuentes de desperdicio y buscar incesantemente la manera de eliminarlos para mejorar la productividad.
12. Eliminar el uso de metas y slogans para mejorar la productividad, a menos que también se proporcione entrenamiento y soporte gerencial.
13. Analizar cuidadosamente el impacto de los estándares de trabajo. Toman en cuenta la calidad o ayuda al hacer un mejor trabajo.

PROVEEDORES

14. Reducir el número de proveedores. El precio no tiene ningún significado sino una consideración integral de la calidad. Es necesario pedir a los proveedores que usen el control estadístico de procesos. (26)

b) **JOSEPH M. JURAN**, fue otro de los grandes precursores de la calidad, él propone que para lograr la calidad es necesario utilizar tres procesos los cuales son:

PLANIFICACION DE LA CALIDAD

Es el desarrollo de los productos y procesos requeridos para satisfacer las necesidades de los consumidores. Consta de una serie de pasos que a continuación se mencionan:

1. Determinar quiénes son los clientes.
2. Definir las necesidades de los clientes.
3. Desarrollar las características del producto, que corresponden a las necesidades de los clientes.
4. Crear procesos que sean capaces de producir las características del producto.
5. Transferir los planes resultantes de las fuerzas operativas.

CONTROL DE CALIDAD

Este proceso consta de los siguientes pasos:

1. Evaluar el comportamiento real de la calidad.
 2. Comparar el comportamiento real con los objetivos de calidad.
 3. Actuar sobre las diferencias.
31. Calidad Total. Ob.cit., p. 4.

MEJORA DE LA CALIDAD

Es el medio para elevar los niveles de calidad. Su metodología consta de los siguientes pasos:

1. Establecer la infraestructura necesaria para conseguir una mejora de calidad anualmente.
2. Identificar las necesidades concretas para mejorar los proyectos.
3. Establecer un equipo de personas para cada proyecto con una responsabilidad clara de llevar el proyecto a buen fin.
4. Proporcionar los recursos, la motivación y la formación necesaria para los equipos.

A estos tres procesos se les conoce como la trilogía de Juran.

3. CALIDAD DE ATENCION

Implica el conocimiento profundo tanto de las necesidades del paciente como de cada una de las fases del proceso de atención de enfermería, así como la máxima eficiencia en su realización. La calidad también se determina por la accesibilidad de los servicios en cuanto a poder obtener la atención y continuar con la misma. Otras partes inherentes a la calidad son: la relación con la oportunidad y la referente a la satisfacción del usuario, observaciones en la que los enfermos son los primeros en formar un juicio correcto, incorrecto o parcial como consecuencia de la atención recibida.

A. CLASIFICACION

La calidad esta dada por un conjunto de atributos, los cuales dan origen a un prototipo el que por sus características puede presentar una de las siguientes calidades:

a) **CALIDAD ABSOLUTA:** Es aquella que establece el grado en que se ha conseguido restaurar la salud del paciente hospitalario, teniendo en cuenta solamente lo que la ciencia y la tecnología médica pueden lograr. Esta condicionada por la naturaleza del problema de salud que deben afrontarse; por los avances científicos y tecnológicos que condicionan el proceso de atención y por el arte de la medicina y profesiones afines.

b) **CALIDAD INDIVIDUALIZADA:** Cuyo prototipo se compone de una serie de atributos de los cuales las expectativas y valoraciones del paciente sobre beneficios y riesgos que comporta la asistencia son de importancia relevante, la cual radica en mejorar el bienestar del paciente.

c) **CALIDAD SOCIAL:** Se incluyen nuevos elementos a la calidad individualizada, el costo es social y su financiación corresponde a algún tipo de seguro. Además del beneficio individual debe considerarse también el que produzca a nivel de toda la población.

B. LOS ELEMENTOS BASICOS DE LA CALIDAD

Son los siguientes:

a) El componente técnico del grado de calidad, logrado en la asistencia hospitalaria, corresponde a la situación en que se encuentre la ciencia y la tecnología médica respecto al problema de salud de que se trate. La relación entre lo que podría ofrecerse al

paciente desde el punto de vista científico y técnico y lo que realmente se le ha ofrecido, determinará el grado de calidad logrado.

b) El componente social esta condicionado por la relación interpersonal entre el paciente y el médico, además de profesionales que prestan la asistencia; es la parte de arte que contiene el ejercicio profesional.

c) El componente correspondiente al entorno; los que Donabedian llama las amenidades tiene que ver con el grado de confort logrado, en relación con lo que se podría alcanzar, a través de la correcta iluminación y decoración, los servicios de hostelería proporcionados, el sistema de información, la situación de intimidad en las que se atiende al paciente, entre otras.

El grado en que las características del servicio se aproximan a las del prototipo ideal o utópico, definirán el grado de calidad alcanzado. Cuando mayor sea el grado de calidad de los servicios hospitalarios que se pretende alcanzar para un valor constante de la eficiencia mayor tendrá que ser el consumo de los recursos.

El hospital, el equilibrio de costos y el nivel de calidad es diferente según el servicio que prestan. los servicios hospitalarios de calidad no son sinónimo de un hospital importante en medios. Todos los hospitales pueden alcanzar niveles óptimos de calidad en los servicios que prestan, lo que sucede es que no todos los hospitales alcanzan estos niveles óptimos en todos los procesos. Los más sofisticados sólo podrán ser ofrecidos en un nivel aceptable de calidad, por aquellos mejor dotados.

4. EVALUACION DE LA CALIDAD DE ATENCION

Es el análisis metodológico de la atención otorgada, que permite determinar las características del proceso de atención de sus resultados y la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios, de los trabajadores y de la institución conforme a las normas, conocimientos de la medicina y tecnología urgente, en un marco de administración.

A. OBJETIVOS

Contribuir a mejorar la calidad con que se presentan los servicios a través del establecimiento de los criterios de evaluación, conforme a las normas y conocimientos médicos urgentes, con sentido social y humanitario congruentes con los parámetros de eficiencia esperados, a partir de un diagnóstico situacional, identificación del problema que interfiere con su logro, determinación de la mejor alternativa para su corrección y llegar a la solución.

B. POLITICAS

Para el buen resultado de un sistema de evaluación es necesario establecer políticas bien definidas:

a) La evaluación debe realizarse en forma programada tanto en fecha como en los aspectos que se van a evaluar.

b) Se llevará a cabo en forma sistemática, permanente y continua, con el fin de identificar el problema que se presente, se generarán en los procedimientos para su atención y se hará el seguimiento hasta la solución.

c) Debe realizarse en forma participativa entre el evaluador y el evaluado.

d) Los procedimientos de la evaluación deben llevarse a cabo en forma objetiva, evitando introducir prejuicios o tendencias preestablecidas.

C. AMBITO DE APLICACION

El sistema de evaluación de la calidad de la atención en las unidades médicas esta diseñado y es aplicable, tanto en unidades de primer nivel de atención como los hospitales generales y centros médicos.

D. RESPONSABLE DE LA APLICACION

Esta evaluación es susceptible de ser aplicada por personal dirigente.

E. PERIODICIDAD

Debe ser permanente a nivel de autoevaluación de los servicios y sujeta a verificación mensual y cuatrimestral, por el cuerpo de gobierno de la unidad médica el cual debe estar evaluando los diferentes servicios en periodos irregulares.

F. INSTRUMENTACION

Para llevar a cabo el sistema de evaluación de la calidad de la atención, se debe contar con instrumentos en forma de cédula con su instructivo, las que a través de su llenado y seguimiento permitirán

establecer el diagnóstico situacional e identificar el problema. Los conceptos contenidos en la cédula de evaluación se deben modificar de acuerdo a las características y necesidades específicas de evaluación en un determinado servicio o unidad.

G. ORGANIZACION

Los servicios o departamentos clínicos que se evaluarán, estarán bajo la responsabilidad del jefe correspondientes, quien por medio de una visita médica en forma periódica y programada con cada uno de los médicos y enfermeras bajo su responsabilidad, verificará la calidad con que se otorga la atención a través de la revisión de expedientes clínicos y la visita a las áreas y a pacientes de urgencias, consulta externa, hospitalización o cirugía.

La información se concentrará mensualmente y se remitirá al cuerpo de gobierno, con notificación al personal evaluado, de los resultados obtenidos. Deberán asistir y participar en la evaluación junto con el jefe de servicio de departamento clínico, el médico tratante del paciente, la enfermera, la trabajadora social y la dietista encargada del paciente, además del personal becario asignado.

El cuerpo de gobierno de las unidades revisará los informes mensuales recibidos cada semana, conforme al programa establecido; verificando áreas físicas, equipo, mobiliario, instrumental, orden, aseo, establecimiento clínico y entrevistas con los pacientes.

5. EVALUACION EN EL DESEMPEÑO DE LOS RECURSOS HUMANOS DE ENFERMERIA

A. DEFINICION

Evaluación de enfermería:

Es una apreciación del valor que un individuo demuestra por sus características personales. La valoración del mérito individual con respecto a la organización de la cual forma parte, se expresa periódicamente a través de un procedimiento preciso por una o más personas.

Se considera un instrumento de activación de la política empresarial, el cual constituye el objetivo principal de la organización; la máxima eficiencia mediante un mejor rendimiento y un menor costo.

El principio fundamental de la evaluación tiene dos finalidades:

a) ADMINISTRATIVA

Establecer bases objetivas y justas para ascensos, aumentos de sueldo y rotación del personal, favoreciendo así la comprensión por parte del personal.

b) ESTIMACION

La atención esta puesta en la posibilidad de desarrollar la capacidad de los trabajadores y de corregir sus deficiencias, así como motivarlos a mejorar su actuación a través de un conocimiento real de sus cualidades, características personales y sus puntos débiles.

Las características personales que se deben juzgar en un trabajador, están en relación con una serie de cualidades como son:

aptitud, actitud, carácter, ambición, motivación, interés y expectativas de acuerdo con el comportamiento del individuo en el puesto de trabajo.

6. EVALUACION DE LA CALIDAD EN LA ATENCION DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA

La calidad de atención en los servicios de enfermería implica que cada una de las enfermeras asuma su responsabilidad, aumentando así su nivel de satisfacción en el desempeño de sus labores.

Las condiciones físicas y recursos materiales idóneos son un requisito para obtener la calidad deseada.

El concepto de la evaluación, en sentido estricto, puede ser referido al proceso comparativo entre los resultados obtenidos y los objetivos propuestos. Es más que una medición, porque su naturaleza es cualitativa y cuantitativa; se juzga el logro de las metas previamente seleccionadas e interpretadas de acuerdo con estándares, criterios o índices.

7. ATENCION MEDICA

A. DEFINICION

Son todas aquellas acciones de profesionales, técnicos y personal auxiliar de la salud que, actuando sobre las personas en forma directa promueve la salud, la prevención de las enfermedades la curación de los padecimientos y la rehabilitación integral. (32)

" La asistencia directa, inmediata e individual a la persona o al paciente, como una consulta, una inmunización, un consejo higiénico, una intervención quirúrgica ". (33)

A la atención médica se le conoce como servicios médicos, asistencia médica, cuidados médicos, la cual se puede llevar a cabo en un hospital, en servicios de consulta externa, en un laboratorio de análisis clínico o incluso en el propio domicilio del paciente.

B. FUNCIONES DE LA ATENCION MEDICA

a) **PROMOCION DE LA SALUD:** Consiste en propiciar y desarrollar actividades que ayuden al bienestar y a la transformación del hombre y su medio ambiente para su provecho.

b) **PROTECCION ESPECIFICA:** Se refiere a la prevención de cualquier estado somatopsicosocial morboso o progresivo.

32. Guillermo Fajardo Ortiz. Atención Médica., p. 50

33. Ibid., p. 50

c) DIAGNOSTICO TEMPRANO, TRATAMIENTO OPORTUNO, Y LIMITACION DE LA CAPACIDAD, LESION O DAÑO: Eliminar los estados patológicos, físicos, mentales y sociales, cuando más temprano sean detectados será mejor.

d) REHABILITACION: Es la reintegración a la vida normal de los incapacitados, auxiliados en aspectos como son: mentales, socioeconómicos y somáticos, para su integración a la sociedad.

e) EDUCACION: Se debe preparar constantemente a las personas inte resadas para tener los recursos humanos necesarios en todas las actividades.

f) INVESTIGACION: Consiste en analizar las necesidades, intereses y recursos que se tienen para determinar los métodos, procedimientos y técnicas para desarrollar programas de salud.

g) LEGISLACION: Comprende la elaboración, promoción, aplicación y revisión de las leyes para el bienestar de la comunidad.

h) ADMINISTRACION: Se encarga del buen funcionamiento de los servicios para la salud.

C. REQUISITOS DE LA ATENCION MEDICA

a) IGUALDAD: No deben existir diferencias al atender a una persona todas deben recibir el mismo trato no importando aspectos económicos, políticos, sociales o religiosos.

b) **CALIDAD:** Se debe utilizar la tecnología adecuada en la atención que se dará al paciente.

c) **INTEGRAL:** Consiste en que debe atender los aspectos de protección de la salud, atención de padecimientos, curativa y rehabilitación.

d) **OPORTUNIDAD Y ACCESIBILIDAD:** Para brindar una adecuada atención médica es necesario que los recursos estén disponibles y que pueden ser utilizados en cualquier zona que se requiera.

D. COMPONENTES DE LA ATENCION MEDICA

a) **BENEFICIARIOS:** Se refiere a los pacientes que reciben la atención médica.

b) **RECURSOS:** Humanos, materiales, económicos y tecnológicos, es decir, son el personal, las instalaciones, los financiamientos, entre otros, con los que cuenta el hospital.

c) **ADMINISTRACION:** De acuerdo a la información y recursos que se tienen, se canalizan adecuadamente para su óptima aplicación y utilización.

CAPITULO V. PRODUCTIVIDAD

1. CONCEPTOS

A. MEDICION

Existen diferentes conceptos entre los que podemos mencionar:

" Proceso en el cual se establece una relación de correspondencia entre un conjunto o serie de números y otro de personas u objetos según normas establecidas ". (34)

" Es la cuantificación de las habilidades y conocimientos disponibles a una fecha determinada ". (35)

" Es el desarrollo bajo la regulación de un índice de insumo laboral ". (36)

" Es la determinación de la dimensión de una cosa ". (37)

B. PRODUCTIVIDAD

" Técnica administrativa para el mejor aprovechamiento de los recursos ". (38)

De acuerdo a los conceptos anteriores podemos decir que la productividad es la capacidad o grado de producción que tiene una

34. Guillermo Fajardo Ortiz. Diccionario terminológico de la administración de la atención médica., p. 130.

35. Ibid., p. 130.

36. Ibid., p. 130.

37. Ibid., p. 130.

38. Ibid., p. 167.

empresa, siendo el recurso humano un elemento primordial en el proceso productivo.

Dentro de la producción podemos considerar como factores importantes para la determinación de ésta; el tiempo, la medición, la continuidad y las técnicas utilizadas en el proceso de transformación.

Con base en lo anterior decimos que la productividad es una función que establece la relación entre la cantidad de producto obtenido y la cantidad de factores productivos empleados y que permiten efectividad, eficiencia y economía, por otro lado, satisfacción en el trabajo mediante eficiencia, crecimiento y desarrollo personal.

2. TIPOS DE PRODUCTIVIDAD

A. GLOBAL

Es igual a la producción entre el conjunto de factores que en ella intervienen.

$$\text{PRODUCTIVIDAD GLOBAL} = \frac{\text{PRODUCCION}}{\text{CONJUNTO DE FACTORES}}$$

B. INTEGRAL DE TRABAJO

Se le llama a la relación entre la producción y el trabajo visible, más el trabajo incorporado.

$$\text{PRODUCTIVIDAD INTEGRAL DE TRABAJO} = \frac{\text{PRODUCCION TRABAJO VISIBLE} + \text{TRABAJO INCORPORADO}}{\text{TRABAJO VISIBLE}}$$

C. NETA DEL TRABAJO

Se refiere a la relación de la diferencia entre el valor bruto de la producción, menos los factores externos y el trabajo visible.

$$\text{PRODUCTIVIDAD NETA DEL TRABAJO} = \frac{\text{VOLUMEN BRUTO DE PRODUCTIVIDAD}}{\text{TRABAJO VISIBLE}}$$

D. DEL TRABAJO

Es la relación de la producción total y el trabajo visible.

$$\text{PRODUCTIVIDAD DEL TRABAJO} = \frac{\text{PRODUCCION}}{\text{TRABAJO VISIBLE}}$$

E. PRODUCCION LABORAL

Se le llama a la eficiencia y eficacia, con la cual se produce el resultado previsto, mediante los recursos utilizados.

a) MEDIR EFICIENCIA

Se mide y define en función del grado de utilización real y efectiva de los recursos o bien a través del tiempo contratado y el potencial real.

$$\text{EFICIENCIA} = \frac{\text{UTILIZACION EFECTIVA DEL RECURSO}}{\text{UTILIZACION PROGRAMADA}}$$

b) MEDIR EFICACIA

Se valora en función de las actividades programadas en relación con el número de actividades realizadas.

A mayor grado de utilización de recursos (eficiencia), mayor grado de posibilidad de efectuar actividades programadas (eficacia).

$$\text{EFICACIA} = \frac{\text{ACTIVIDADES REALIZADAS}}{\text{ACTIVIDADES PROGRAMADAS}}$$

(Se expresa en %)

c) MEDIR EFECTIVIDAD

Está dada por la relación entre los objetivos alcanzados y los objetivos propuestos.

$$\text{EFECTIVIDAD} = \frac{\text{OBJETIVOS ALCANZADOS}}{\text{OBJETIVOS PROPUESTOS}}$$

d) MEDIR RENDIMIENTO

Es la razón entre productos y recursos utilizados.

$$\text{RENDIMIENTO} = \frac{\text{ACTIVIDAD PRODUCIDA O POR PRODUCIR}}{\text{VOLUMEN DE INSTRUMENTOS}}$$

(Se expresa en horas)

3. MEDICION DE LA PRODUCTIVIDAD EN ENFERMERIA

A. IMPORTANCIA DE LA PRODUCTIVIDAD EN ENFERMERIA

La idea de aplicar la productividad en enfermería no ha tenido una amplia aceptación, por considerarse a la profesión no cuantificable. Sin embargo esto es de gran importancia para el personal administrativo, ya que para toda empresa es relevante obtenerla.

Dentro de enfermería el concepto de productividad no sólo comprende a calidad y cantidad, ya que su importancia radica en el análisis de los resultados de cualquier actividad en forma objetiva, tomando en consideración los parámetros de eficiencia, eficacia y efectividad, lográndose mediante la colaboración, energía y el compromiso de cada una de las personas; el análisis final, dependerá del orgullo y creatividad de cada individuo, en los grandes grupos como por ejemplo el de enfermería, no se puede lograr una productividad máxima, sin embargo se puede lograr cuando las enfermeras estén dispuestas a ir más allá de las expectativas ya establecidas.

B. CONCEPTO

La medición de la productividad de los servicios de enfermería, se basa en la eficiencia, eficacia y efectividad del rendimiento de los recursos humanos y materiales.

C. FORMULAS

Para poder medir la productividad en enfermería es necesario contar con métodos válidos, que sean útiles y comprensibles entre ellos:

La asignación de la duración media de actividad de las actividades directas e indirectas, son base de ello calcular el personal necesario (establecer un indicador) y compararse con el disponible (censos y balances mensuales).

Esta duración media de actividad es el tiempo expresado en minutos, horas, jornadas laborables, entre otras, que en promedio tarde la realización de una actividad y sus fórmulas son:

FORMULA " A "

$$\begin{array}{l} \text{DURACION} \\ \text{MEDIA} \\ \text{DE ACTIVIDAD} \end{array} = \frac{\text{VOLUMEN DE INSTRUMENTO}}{\text{VOLUMEN DE ACTIVIDAD PRODUCIDA} \\ \text{O POR PRODUCIR}}$$

FORMULA " B " O MODIFICADA

Esta fórmula es a través de la instrumentación y el análisis de actividad-tarea-tiempo.

$$\begin{array}{l} \text{DURACION} \\ \text{MEDIA DE} \\ \text{ACTIVIDAD} \end{array} = \frac{\text{VOLUMEN DE INSTRUMENTO} \quad \text{X} \quad 60\text{p}}{\text{VOLUMEN DE ACTIVIDAD PRODUCIDA} \\ \text{O POR PRODUCIR}}$$

La duración media de actividad donde la jornada de horas es igual al volumen de instrumentos por 60p entre volumen de actividad por jornada de trabajo y puede ser de 6.5 horas y 8 horas (horario de enfermería) entre 60p.

MEDICION DE INTENSIDAD RELATIVA (MRI)

Los recursos humanos están en los parámetros de minutos con relación a la asistencia de enfermería recibida. Cuanto mayor sea el número de minutos, tanto mayor es el volumen de recursos consumidos.

D. INSTRUMENTOS DE MEDICION

a) LISTA DE COTEJO

Permite el registro del tiempo empleado en cada una de las tareas del procedimiento observado.

Es una hoja de tamaño carta, en el extremo medio superior está impreso el membrete oficial de la institución. En seguida se encuentra el espacio donde se anota el nombre del procedimiento a verificar. Posteriormente se localiza otro espacio donde se anota el servicio, a continuación está el correspondiente a la fecha, renglones abajo se encuentra otro con el subtítulo de concepto donde se expresa el procedimiento a cotejar, después con el subtítulo objetivo está un espacio donde se escribirá el propósito del enunciado, en seguida se observa un rayado con cinco columnas, la primera se refiere al número de tareas en orden secuencial que se desarrollarán durante el procedimiento, la segunda es donde se describirá a la tarea enfatizando los puntos claves para su

realización, la tercera titulada "SI" se pondrá una "X", si se efectúa la actividad, en la cuarta titulada "NO" será utilizada colocando una "X", si no fué realizada o si fué parcialmente realizada, en la quinta y última columna titulada tiempo empleado se anotarán los minutos o segundos utilizados en su relación, abajo de ésta columna debe llevar tiempo total empleado. (ver anexo 1)

b) ANALISIS DE ACTIVIDAD TAREA-TIEMPO (A.A.T.T.)

Es una forma impresa vertical, tamaño carta, con el membrete oficial de la institución en la parte central, abajo de éste se encuentra el título del formato, posteriormente se encuentra el espacio correspondiente al nombre del hospital, servicio y fecha, en el lado superior derecho está el título de la actividad, en el espacio siguiente se colocará el nombre del procedimiento que se realizará, a continuación se observa un rayado de dos columnas, la primera corresponde a tareas, en la que se anotarán los pasos secuenciales determinados para el procedimiento, la segunda titulada tiempo enfermera está dividida a su vez en tres columnas, la primera tiene el título de paciente en la que se anotará la duración media de actividad (DMA) realizada con el grupo muestra, la segunda división tiene el título grupo pacientes asignados y un espacio para anotar el número que exprese a los mencionados pacientes, anotándose la cifra resultado de la multiplicación del número de pacientes asignados por la duración media de la actividad, en la tercera titulada total de pacientes por servicio se pondrá el resultado de multiplicar la duración media de la actividad por el total de pacientes en el servicio, en la parte inferior de la primera columna se encuentra el

espacio del tiempo total, donde se anotará la duración media de la actividad por pacientes, por grupo de pacientes y por un total de pacientes por servicio. Esto nos permite obtener indicadores de enfermera-paciente. (ver anexo 2)

c) APUNTES ANECDOTICOS

Forma impresa horizontalmente, en tamaño carta, con el membrete oficial de la institución en la parte central del extremo superior de la hoja frontal, inmediatamente abajo del membrete, se encuentra el título de la forma con el subtítulo servicio, se localiza un espacio donde se anota el nombre correspondiente al servicio. En seguida se encuentra otro espacio con el subtítulo enfermera, en él se anotará el nombre de la persona observada, posteriormente se observa un rayado de tres columnas; la primera titulada fecha y hora será utilizada para anotar el día, mes y año abreviado así como el momento durante la jornada en que ocurra la anécdota. La segunda columna con el título de anecdotario, se usa para que la supervisora clínica redacte el suceso observado, el cual debe ser trascendente para la evaluación de la enfermera, tanto en aspecto positivos, como en los negativos. La tercera titulada comentarios será utilizada por la enfermera para exponer sus consideraciones respecto a la anécdota correspondiente.

La hoja subsecuente tiene en el extremo superior derecho un espacio con el subtítulo hoja "No.", donde se anotará el total de hojas utilizadas hasta ese momento. La hoja siguiente tiene un rayado de columnas idénticas a la hoja frontal, se usará tantas hojas subsecuentes como sean necesarias. (ver anexo 3)

4. IMPRODUCTIVIDAD EN ENFERMERIA

La improductividad en enfermería se refiere a la deficiencia y baja calidad en la atención que se le brinda al paciente.

A. RAZONES DE LA IMPRODUCTIVIDAD

Algunas de las más importantes son: la deficiencia para lograr la cooperación y el entusiasmo del personal, esto es a consecuencia de la falta de motivación por parte de las supervisoras.

Existen problemas críticos sin resolver, los cuales están provocados por la falta de personal, exceso de pacientes y otros.

B. SINTOMAS DE LA IMPRODUCTIVIDAD

Algunos de éstos son:

a) Las quejas del personal de enfermería provocadas por el exceso de trabajo.

b) El elevado ausentismo consecuencia de la falta de motivación al personal.

c) Las actividades incompletas en los turnos debido a la falta de entusiasmo y estímulos al personal.

d) Agotamiento físico y mental manifestado por los siguientes síntomas:

Subjetivos: mal humor, fatiga, ansiedad y sentimiento de culpa por mencionar algunos.

Cambios en la conducta del personal: se presenta un mayor índice de accidentes, gritos, tartamudeos ya sea por ansiedad o ira.

Cambios cognoscitivos: dudas en las decisiones y olvidos involuntarios.

Cambios organizacionales: ausentismo, insatisfacción, rotación condicional y otros.

CAPITULO VI. HOSPITAL GENERAL DOCTOR GREGORIO SALAS FLORES

1. ANTECEDENTES

En el año de 1962, los trabajadores denominados no asalariados iniciaron gestiones ante las autoridades del Departamento del Distrito Federal a fin de que se les proporcionara un servicio propio, ya que se encontraban fuera de las prestaciones de los diversos organismos del sector salud.

Dichas gestiones se vieron coronadas por el éxito de 1968 al acordar el entonces Presidente de la República Licenciado Gustavo Díaz Ordaz, la construcción de una unidad hospitalaria con éste fin, de inmediato se procedió a la tarea de localizar un lugar que se encontrara cerca del área de afluencia de la mayoría de estos grupos escogiendo un terreno situado en el corazón de la Ciudad de México en la calle del Carmen número 42, colonia Centro, en donde se localizaba el cine Goya del viejo barrio universitario.

El anhelo de miles de trabajadores no asalariados se hizo realidad, al ser formalmente inaugurado y puesto en operación por el Jefe del Ejecutivo el 4 de septiembre de 1969, el " Hospital General Doctor Gregorio Salas Flores ", adscrito a la Dirección General de los Servicios Médicos del Departamento del Distrito Federal.

La unidad lleva el nombre del insigne médico poblano en homenaje a la memoria de quien se distinguió por sus habilidades quirúrgicas y su profundo espíritu humanista.

El doctor Gregorio Salas Flores nació en Huachinango, Puebla, el 12 de marzo de 1880. Hizo su instrucción primaria en su lugar de nacimiento, pasando después a la Escuela Nacional Preparatoria de

México. Posteriormente ingresó a la Escuela de Medicina de México el 4 de marzo de 1908.

Una vez graduado, continuo en el hospital general de la ciudad de México, empezando a impartir sus cátedras desde el 27 de mayo de 1914 hasta el año de 1936. Fué ayudante de clínicas de obstetricia y ginecología, profesor de anatomía descriptiva y de operaciones, por lo cual llegó a ocupar la Dirección del Hospital General.

Miembro de la academia de cirugía, era de lo más conservador en ésta disciplina. Falleció el 4 de octubre de 1936 a la edad de 56 años.

2. OBJETIVOS

A. GENERAL

Proveer atención a la salud en forma integral, con calidad y calidez a la población abierta en el ámbito de la Delegación Cuauhtemoc, delegaciones aledañas y zona conurbana.

B. ESPECIFICOS

a) Optimizar el uso de los recursos asignados a la unidad hospitalaria.

b) Fortalecer los mecanismos de coordinación entre los servicios médicos y de apoyo, para lograr la atención integral de salud a la comunidad.

3. FILOSOFIA

Proporcionar al paciente, familia y comunidad atención de calidad y calidez.

4. POLITICA

Facilitar atención médica a toda persona que lo solicite sin importar raza, credo, condición social y económica.

5. DESCRIPCION DE LA UNIDAD

A. NOMBRE

Hospital General Doctor Gregorio Salas Flores.

B. DEPENDENCIA

Dirección General de Servicios de Salud del Departamento del Distrito Federal.

C. UBICACION

El hospital se encuentra localizado en el Centro Histórico de la Ciudad de México, en la calle del Carmen # 42, Colonia Centro, entre las calles de Venezuela y República de Colombia.

6. CLASIFICACION DE LA UNIDAD

A. SERVICIOS QUE PRESTA

El Hospital General Doctor Gregorio Salas Flores es una unidad de segundo nivel de atención, brinda a la población abierta servicios de

consulta externa, medicina preventiva, planificación familiar y consulta odontológica, así como consulta de las especialidades de medicina interna, cirugía general, ginecoobstetricia, psiquiatría, ortopedia, traumatología y oftalmología en el turno matutino. En el vespertino se proporcionan los servicios de ginecoobstetricia, medicina interna y odontología; en éste mismo turno se brinda al paciente el programa de Atención Integral a la Mujer. Dentro de la hospitalización se atienden las especialidades de medicina interna, ginecoobstetricia, cirugía general y neonatología.

B. TIPO DE CONSTRUCCION

Esta constituido en forma vertical, dentro de una superficie de 1,368 metros cuadrados, distribuido en cinco niveles de la siguiente forma:

a) PLANTA BAJA

Se encuentra instalado el servicio de urgencias, cocina, comedor, checador, almacén, laboratorio, admisión, cuarto de máquinas y lavandería.

b) PRIMER PISO

Se ubica la consulta externa con nueve consultorios, oficina de trabajo social, medicina preventiva, farmacia, archivo clínico, servicio de curaciones y el auditorio.

c) SEGUNDO PISO

Esta el área de gobierno, cuenta con siete oficinas para la Dirección, Subdirección administrativa, Subdirección Médica, Jefatura de enseñanza, Coordinación de Recursos Humanos, Coordinación de

Recursos Financieros y Jefatura de enfermeras, además se encuentra el departamento de rayos X, un aula y la biblioteca.

d) TERCER PISO

Se encuentra instalado el servicio de ginecoobstetricia y neonatología, con un total de 25 camas, 20 cunas, 4 incubadoras fijas y 3 de traslado y 4 cunas térmicas.

e) CUARTO PISO

Se ubica el servicio de medicina interna distribuido de la siguiente manera: 8 camas para hombres y 8 para mujeres, así como el servicio de cirugía general con 6 camas para hombre y 6 para mujeres, anexando 6 para el Plan OMEGA (Se asisten hombres y mujeres con diagnóstico de cólera). El total de camas de este piso es de 34.

f) QUINTO PISO

En éste se localiza la central de equipos y esterilización (C.E.Y.E.), tres quirófanos, una sala de recuperación con 4 camillas, una sala de labor con 4 camas-camilla y una sala de expulsión con dos mesas gineco-obstétricas.

C. FORMA DE GOBIERNO

Gubernamental y de cobertura abierta.

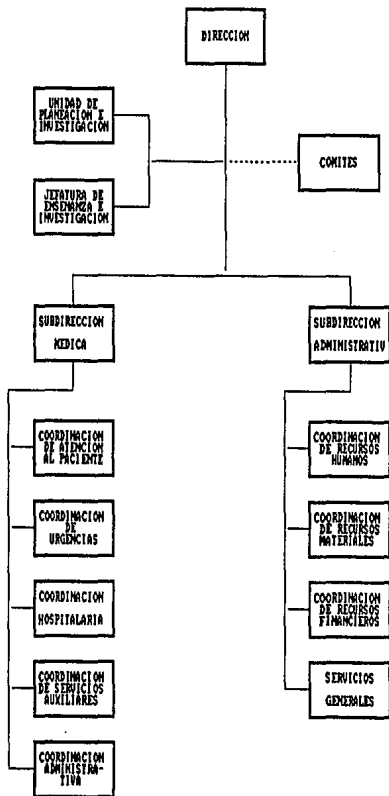
7. ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

El propósito fundamental de la estructura orgánica, es realizar un vigoroso ejercicio funcional, encaminado a lograr la adecuación de la

institución a las necesidades actuales de la población, ordenando y transfiriendo funciones centrales a los niveles operativos, para el buen desempeño en la institución.

ESTRUCTURA ORGANICA

DEL HOSPITAL DOCTOR GREGORIO SALAS FLORES



RECURSOS HUMANOS

DESCRIPCION	NUMERO
A. CUERPO DE GOBIERNO	18
B. MEDICOS:	
GENERALES	12
EPIDEMIOLOGIA	1
GINECOLOGIA	9
PEDIATRIA	4
CIRUGIA	5
MEDICINA INTERNA	4
ODONTOLOGIA	5
PSIQUIATRIA	1
OTROS	13
SUBTOTAL	72
C. ESPECIALIDAD:	
ANESTESIOLOGO	9
HEMATOLOGO	1
OPHTALMOLOGO	1
ORTOPEDISTA	1
URGENCIAS MEDICO QUIRURGICAS	1
SUBTOTAL	13
D. ENFERMERAS:	
ESPECIALISTAS	15
GENERALES	78
AJILIARES	32
JEFE DE SERVICIO	3
JEFE DE ENFERMERAS	7
SUPERVISORA	1
SUBTOTAL	136

RECURSOS HUMANOS

DESCRIPCION	NUMERO
E. TECNICOS:	
ANESTESIA	2
IMAGENES	18
LABORATORIO	13
PATOLOGIA	1
TRABAJO SOCIAL	18
FARMACIA	7
DIETOLOGIA	3
QUIMICOS	2
SUBTOTAL	48
F. ADMINISTRATIVO:	
PERSONAL DE OFICINA	62
PERSONAL DE SERVICIOS GENERALES	48
PERSONAL DE COCINA	11
SUBTOTAL	121
TOTAL	398

CAPACIDAD FISICA INSTALADA

DESCRIPCION	HOSPITAL
CONSULTORIOS	11
CAMAS CENSABLES	
CIRUGIA GENERAL	15
GINECOOBSTETRICIA	29
MEDICINA INTERNA	14
PROGRAMA ONDA	6
TOTAL	64
SALA DE OPERACIONES	3
SALA DE EXPULSION	1
LABORATORIO	1
CUBICULOS DE URGENCIAS	6
CAMAS NO CENSABLES	
URGENCIAS	6
CUINERO FISIOLÓGICO	28
INCUBADORAS FIJAS	3
INCUBADORAS DE TRASLADO	3
CUMAS TÉCNICAS	4
LABOR	4
RECUPERACION	4
TOTAL	44
EQUIPO DE URGENCIAS	
RAYOS X MOVIL	1
RAYOS X FIJOS	1
ULTRASONIDO	1
TOTAL	3
EQUIPO DE COMPUTO	
CPU, MONITOR Y TECLADO	1
TOTAL	1
VEHICULOS	
USO ADMINISTRATIVO	1
TRASLADO DE PACIENTES	2
TOTAL	3

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS DATOS

En los capítulos anteriores se mencionaron factores que afectan a la institución en estudio, desde un punto de vista teórico. Ahora analizaremos esos factores por medio de los resultados obtenidos en la investigación de campo, realizada con base en el ausentismo del grupo de enfermería.

Los instrumentos estudiados son: el cálculo de personal, kardex de enfermería y los cuestionarios aplicados, con el objeto de obtener información que nos ayude a la aprobación o rechazo de la hipótesis planteada.

A. CALCULO DE PERSONAL

En el proceso de atención médica, sin importar el servicio del cual se trate (medicina preventiva, curativa o de rehabilitación), el personal que ocupa un lugar relevante es sin duda el de los servicios de enfermería en el que recae un gran número de acciones directas e indirectas para el cuidado de la población y de los pacientes que atiende el sector salud.

El personal de enfermería es el más numeroso en los servicios médicos, ocupando el 70 % del total, éste recurso se asignará a los servicios de hospitalización, urgencias, quirófano, unidad tóco-quirúrgica y central de esterilización y equipo.

En el anexo 4 se observa el cálculo de personal que existe actualmente en el departamento de enfermería y el cálculo ideal

obtenido a través de las fórmulas establecidas; del cual se observó lo siguiente:

El primer turno tiene actualmente 53 enfermeras en total, mientras en el cálculo de la plantilla ideal se obtuvo un resultado de 56 enfermeras, son tres enfermeras que se requieren para cubrir la demanda, y así mismo satisfacer las necesidades del personal de los servicios. Es importante mencionar que se encuentran nueve enfermeras asignadas al servicio de quirófano, necesitando únicamente siete.

Con respecto al turno vespertino su plantilla actual es de 30 enfermeras, y de acuerdo con el cálculo debieran ser 35 enfermeras distribuidas equitativamente en las actividades que requieren de mayor atención. Importante es señalar, que son 28 enfermeras, las que están ubicadas en servicio, dos supervisoras y dos plazas que están contempladas en plantilla pero no físicamente, ya que una se encuentra comisionada a la Regencia y otra al departamento administrativo, existiendo un faltante de cinco enfermeras.

Referente al tercer turno, se encuentra dividido en tres guardias, A, B y C, contando cada una de ellas con el siguiente personal; guardia A con 18; de 17 la guardia B y con 18 enfermeras la guardia C. De acuerdo al cálculo ideal cada una de las guardias debería de tener 24 enfermeras para poder cubrir satisfactoriamente sus respectivas actividades.

En la plantilla general del departamento de enfermería se cuenta tan solo con 136 enfermeras , siendo necesario 163, de acuerdo al cálculo realizado, para cubrir los turnos.

De acuerdo a la regla de distribución por turno del cálculo de personal un 35 % de éste deberá ser asignado al turno matutino; el 25 % al turno vespertino y el 40 % restante al tercer turno distribuido proporcionalmente en sus tres guardias A, B y C.

B. KARDEX

Para la realización de este análisis se tomaron los datos de los kardex del personal de enfermería, tomando en cuenta el período de enero a diciembre de 1993, durante el cual laboraron físicamente un total de 133 enfermeras.

Con lo cual se observó que las causas del ausentismo del personal de enfermería dentro de la institución, se presentan de dos formas: justificada e injustificadamente. Los porcentajes obtenidos, demuestran que las causas del ausentismo van a depender directamente del turno al cual esta adscrito el personal.

En este cuadro se presenta el análisis de los resultados obtenidos de las diferentes prestaciones a las cuales tiene derecho el personal de enfermería. (ver anexo 5)

La primera columna se refiere a los **días festivos**, el departamento de enfermería toma en cuenta únicamente los publicados en el diario oficial de la federación (10. de enero, 5 de febrero, 21 de marzo, 10. de mayo, 16 de septiembre, 20 de noviembre, 10. de diciembre de cada seis años por transmisión del Poder Ejecutivo Federal y 25 de diciembre.). Los días jueves y viernes santos así como el 10. y 2 de noviembre son autorizados según criterio del personal directivo. Las fechas antes mencionadas sólo son aprobadas para los turnos matutino y vespertino, ya que el nocturno se auxilia de tres guardias A, B y C, por lo tanto sólo les son concedidos el 6 de enero día de la enfermera y el 10 de mayo día de las madres.

En caso de que el personal labore alguno de éstos días, será remunerado doblemente, conforme al artículo 74 de la Ley Federal del Trabajo. En el caso de los servicios de salud del Departamento del Distrito Federal, la remuneración no es económica sino con tiempo, es decir, se autorizan dos días por cada festivo que se trabaja, a excepción del 6 de enero y 10 de mayo de los que sólo se puede autorizar un día.

El resultado obtenido en ésta columna es del 1.32 % anual (626 días), que corresponde a los días festivos concedidos al personal durante el año, ocupando el noveno lugar en ésta tabla.

Dentro de la segunda columna de este anexo se encuentra el artículo 86 que se refiere a una licencia con goce de sueldo, en casos especiales, para atender asuntos personales, necesitan ser autorizados por el jefe inmediato y el número de días va a depender de la antigüedad del personal.

Conforme a las nuevas condiciones de trabajo, se expone que el personal que no goce de ésta prestación en el término del año calendario, recibirá un estímulo que consiste en el pago del cien por ciento del importe de los días que le corresponde, según su antigüedad y sueldo tabulado.

No obstante el personal de enfermería prefiere disfrutar con tiempo esos días, por lo tanto, 1.43 % anual (677 días), son autorizados, apareciendo en el octava columna.

El artículo 87 esta ubicado en la columna número tres, del anexo 5, la cual hace mención a una licencia con goce de sueldo que discrecionalmente podrá conceder el Titular del Departamento, a través de la Oficialía Mayor previa conformidad de la unidad de adscripción del trabajador y con intervención del sindicato, los días serán autorizados dependiendo de la antigüedad.

Cabe citar que la costumbre se vuelve ley y ésto es un ejemplo de ello, ya que el personal ha tomado el artículo 87 como un derecho, siendo respaldado por los resultados obtenidos, ocupa el cuarto lugar con un 3.71 % anual (1,762 días).

Vacaciones, ocupa la columna cuatro; el artículo 76 de la Ley Federal del Trabajo menciona que es un derecho del trabajador y se hará merecedor de ello después de haber cumplido un año de labores y se aumentarán según la antigüedad del personal. En el caso de los servicios de salud del Departamento del Distrito Federal, el trabajador comienza a adquirir derechos a los seis meses un día de labores y podrá disponer de dos periodos vacacionales de 10 días cada uno al año, no existe posibilidad de que aumenten los días por cada periodo.

Durante el año se autorizó el 4.09 % de este rubro (1,943 días). Las vacaciones, es tiempo que debe programarse para llevar un adecuado equilibrio y no descompensar las áreas de trabajo, por ello se cuenta en el departamento de enfermería con un rol vacacional.

La Comisión Sindical, se da a conocer en la columna cinco, estos días son concedidos por el representante sindical sin previa autorización del jefe inmediato y sin tomar en cuenta las necesidades del trabajo en los servicios. Estas comisiones son dadas al personal para apoyar campañas de elección sindical.

Durante el año fueron autorizadas el .20 % (95 días) de comisiones, ocupando el décimosegundo lugar de ausentismo dentro de la institución, sin que este porcentaje por pequeño que sea deje de ser importante.

Festivos Concedidos, en los días festivos reglamentados, sólo se presenta a laborar el personal mínimo necesario, para la atención de los pacientes. El jefe inmediato es el encargado de realizar la relación del personal que se presentará a trabajar, aquél que no aparezca en la lista da por hecho que tiene el día libre sin que por ello le ocasione un descuento. Como ya se menciona en su momento, los días festivos concedidos son pagados doble cuyo objetivo principal es evitar el adeudo excesivo de tiempo al personal.

Estos días se encuentran en la columna número seis, del anexo 5, con un porcentaje del .49 % anual (234 días), ocupando así el décimo lugar.

Notas de Puntualidad, la columna número siete esta designada a las notas buenas, en las condiciones generales de trabajo; específicamente en los artículos 122 y 123, se hace referencia a ello y donde se destaca; que el trabajador se hará acreedor de una nota

buena si durante un mes no registró ninguna falta de asistencia. El computo de asistencia será a partir del día primero de cada mes.

Referente a la puntualidad se otorgará una nota buena por quincena al personal que no rebese la tolerancia de diez minutos estipulados, se computará del primero al quince y del dieciséis al final de cada mes.

En el artículo 125 se hace mención que las notas podrán ser canjeadas por días de descanso o premios en efectivo y serán tres notas buenas para poder autorizar el día.

Los resultados demuestran que el personal, no es muy puntual o bien no asiste, ocupa el onceavo lugar dentro del anexo con un .34 % al año (162 días). Así mismo se demuestra que las enfermeras prefieren que esas notas se paguen con tiempo.

En lo que se refiere a la columna ocho se hace mención a las **incapacidades** médicas, teniendo un sexto lugar dentro de las causas del ausentismo laboral con un 1.93 % anual (919 días), una buena proporción de éstas incapacidades son por maternidad, esto como resultado de que la mayoría de las enfermeras se encuentran en edad fértil. Otro motivo por el que se presenta la incapacidad son las enfermedades crónico degenerativas que presentan algunas de las personas con mayor antigüedad, inclusive se observó que tres personas realizan trámites para su jubilación debido a ésta causa.

Las Becas, están ubicadas en la columna número nueve, refiriéndose

este en el capítulo XVI de las condiciones generales de trabajo, en los artículos del 159 al 164; en donde se menciona el derecho que tiene el trabajador de obtener permiso con goce de sueldo con el objeto de elevar su nivel profesional, así mismo hace referencia de las obligaciones que se obtienen al adquirir dicha prestación.

Este concepto esta ubicado en el quinto lugar con el 2.2 % al año (1,047 días).

En la columna diez, se hace referencia a las **faltas injustificadas** comprende al personal que sin previo aviso falta a trabajar, obteniéndose un total del 2.0 % anual (951 días), con lo que se refiere a éste concepto. Es importante el resultado obtenido, ya que podemos percibir por una parte la irresponsabilidad del personal en su trabajo, . Una de los principales motivos por los que el personal falta, se debe a que los jefes inmediatos no les autorizan los días que ellas solicitan, también por imprevistos o simplemente por no tener deseo de trabajar.

Los Descansos se ubican en la columna once; las condiciones generales de trabajo citan que por cada cinco días de labores el trabajador disfrutará de dos días de descanso, de preferencia sábado y domingo, con goce íntegro de su salario; en el caso de trabajar domingos por demanda del servicio le da derecho al 25% por prima dominical, por lo que nos damos cuenta que las 133 enfermeras descansan al año 20,747 días.

Las guardias nocturnas por acuerdo entre las autoridades y el sindicato, se establecieron en A, B y C, es decir, 12 horas de

trabajo por 48 horas de descanso, sin tener derecho al pago de días festivos a excepción de los ya mencionados anteriormente.

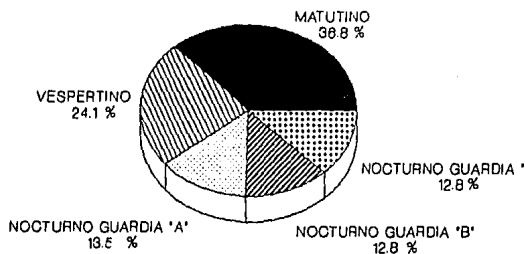
Este concepto ocupa el primer lugar dentro del anexo 4, con 43.7 % anual (20,747 días).

Los Días Laborados enmarcados en la columna doce, son aquéllos que el personal de enfermería debe laborar realmente los 365 días del año, haciendo un total de 26,731 días.

Los Días Realmente Laborados son los que el personal realmente trabajan en el año, o sea, que a los días laborados más los descansos se le restan los días festivos, artículo 86, artículo 87, vacaciones, comisión sindical, festivos concedidos, notas de puntualidad, faltas e incapacidades, dando como resultado los días que realmente laboró el personal, los cuales fueron 18,315 en el año.

Las Guardias, se refieren a una persona que cubre a otra en su jornada de trabajo, con las mismas responsabilidades y obligaciones a cambio de la percepción de un salario, éstas se localizan en la columna número catorce; es conveniente especificar que las guardias no se encuentran estipuladas en las condiciones generales de trabajo, tampoco en la Ley Federal del Trabajo, ya que son acuerdos entre las autoridades y el sindicato. Son autorizadas un total de 876 guardias al año representando un porcentaje del 1.84 % (1,047 días).

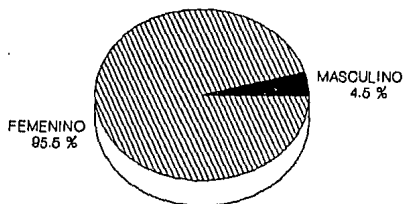
PREGUNTA 1 A QUE TURNO SE ENCUENTRA ADSCRITO



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

Es en el turno matutino donde se brinda el mayor número de cuidados al paciente, esto justifica que se tenga el mayor porcentaje de personal de enfermería por la mañana disminuyendo las acciones en los demás turnos y así mismo el número de personal.

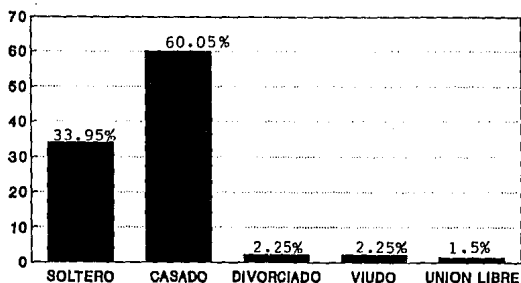
PREGUNTA 2 SEXO



FUENTE: CUESTIONARIO

Es la enfermería una profesión que continúa en manos del sexo femenino, esto se refleja en los resultados obtenidos con un 95.5 %, y aunque se tiene conocimiento de que existen cada vez mayor número de hombres en escuelas de enfermería, los porcentajes existentes aun no son muy representativos.

PREGUNTA 3 ESTADO CIVIL

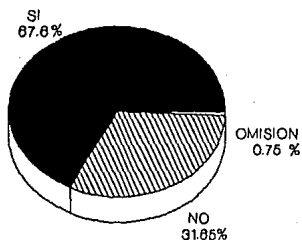


■ Serie 1

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

El estado civil que más predomina en el departamento de enfermería, es el casado con un 60.05 %, siendo importante señalar que varias enfermeras, comentaron al contestar el cuestionario, que las personas que asisten regularmente a su trabajo, son las solteras, pero en cuanto contraen matrimonio empiezan a faltar.

PREGUNTA 4 ¿ TIENE HIJOS ?

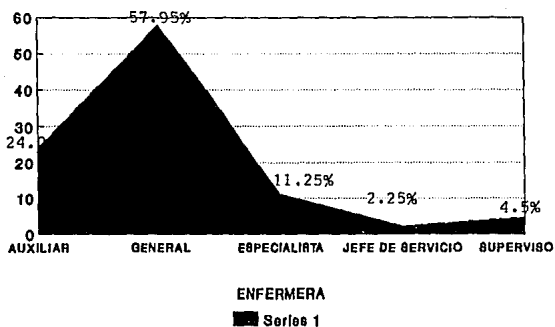


FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

Considerando que en primera instancia el personal de enfermería son mujeres; segundo que un gran porcentaje son casadas y tercero que están en edad fértil, trae como aspecto lógico que un porcentaje elevado (67.5 %) tengan hijos.

PREGUNTA 5

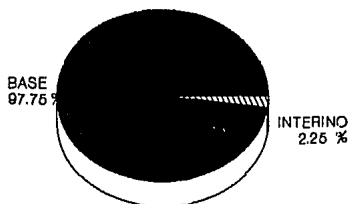
¿ QUE CATEGORIA POSEE ?



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

La mayoría del personal son enfermeras generales (57.95 %), pero se puede observar en el anexo 5, dentro del renglón correspondiente a becas, que existe personal que la solicita con el propósito de actualizarse elevando así su categoría y nivel profesional.

PREGUNTA 6 ¿ SITUACION DE CONTRATACION ?

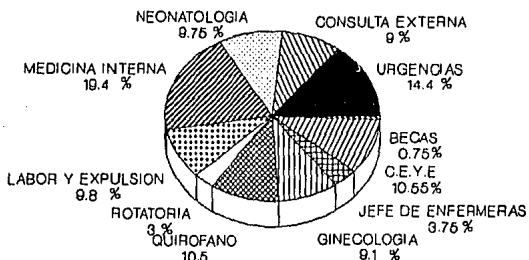


FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

Es hasta después de seis meses un día cuando el trabajador adquiere su base o su contratación definitiva, es por ello que ocupan un 97.75 % los trabajadores con base, lo que cual trae como consecuencia que éstos exijan sus derechos originando un aumento del ausentismo laboral en el área de trabajo.

PREGUNTA 7

¿ A QUE SERVICIO PERTENECE ?

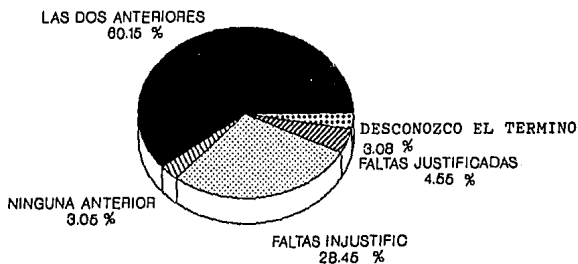


FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

La ubicación y número de enfermeras en los servicios depende de las características y complejidad de éstos, reflejándose en los resultados obtenidos. En el anexo número 4, se hizo referencia al cálculo de personal que debe estar en cada uno de los servicios.

PREGUNTA 8

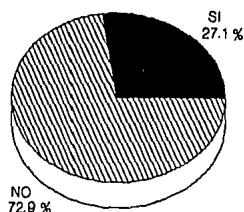
¿ SE DEFINE AL AUSENTISMO COMO ?



FUENTE: CUATONARIO APLICADO

El 60.5 % del personal entrevistado están de acuerdo en admitir que la no presencia de la persona en el área de trabajo es ausentismo sin importar que este sea justificado o injustificado. Es importante destacar que existe personal que desconoce el término del ausentismo, de ahí que no perciban la magnitud del problema.

PREGUNTA 9 SOLICITA CON FRECUENCIA PERMISOS

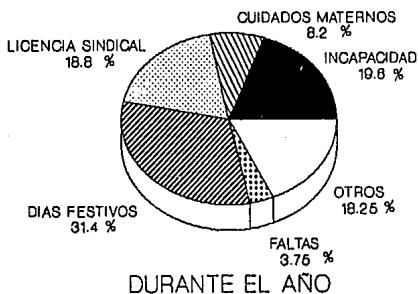


PARA AUSENTARSE DEL TRABAJO

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

Las respuestas al parecer no son muy confiables, quizás por la sinceridad de la pregunta, sin embargo los resultados nos demuestran lo contrario, ya que un 27.1 % acepto que pide permisos para faltar a su trabajo, ésto lo complementamos con la información del anexo 5, en donde se observan las diferentes causas ausentismo, tal es el caso de días festivos, días por antigüedad, incapacidades entre otros.

PREGUNTA 10 PRINCIPALES MOTIVOS DE AUSENCIA

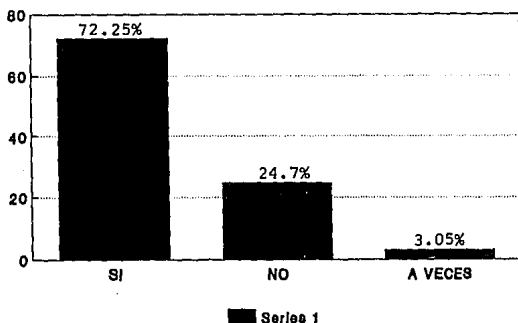


FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

Conforme a los resultados obtenidos en la tabulación de los cuestionarios, los días festivos ocupan el mayor porcentaje 31.4. Con referencia a las faltas injustificadas tan sólo un 3.75 % contestaron afirmativamente, considerando éstos resultados una contradicción al anexo 5; ya que se observa que el personal se ausenta más de su trabajo por faltas injustificadas, en un considerable porcentaje, estando por debajo de ellos las autorización de días festivos.

PREGUNTA 11

¿ LE SATISFACE TRABAJAR DIAS FESTIVOS

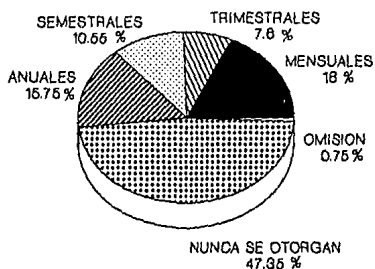


FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

Generalmente al personal le agrada trabajar días festivos, debido a la compensación en tiempo que se les otorga, reconociendo que los días de semana santa, navidad y año nuevo le son preferibles descansar, de ahí que sólo el 3.05 % a veces les guste trabajarlos.

PREGUNTA 12

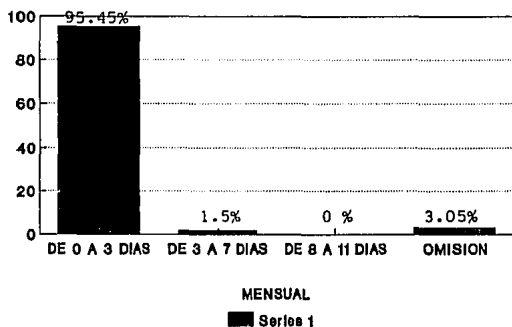
ESTIMULOS OTORGADOS EN EL AÑO



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

Una de las mayores inconformidades del personal es, la falta de estímulos, observándose en los resultados obtenidos, además que hasta cierto punto se desconoce con que periodicidad se otorgan los existentes. Considerando por ello la falta de comunicación entre las autoridades y el personal subordinado.

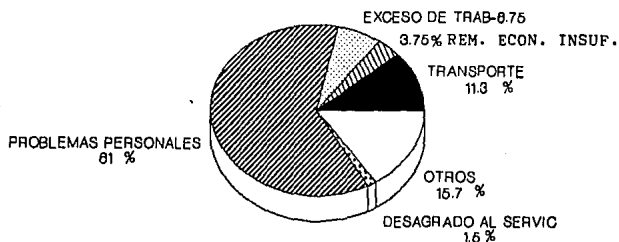
PREGUNTA 13 CON QUE FRECUENCIA FALTA SIN AVISO



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

De las 133 enfermeras encuestadas el 95.45 % contestaron no faltar, u ocasionalmente suelen hacerlo máximo tres veces al mes sin avisar, ya que la mayoría solicitan permisos o simplemente gozan de los derechos que se les otorgan en el hospital, para no faltar sin avisar.

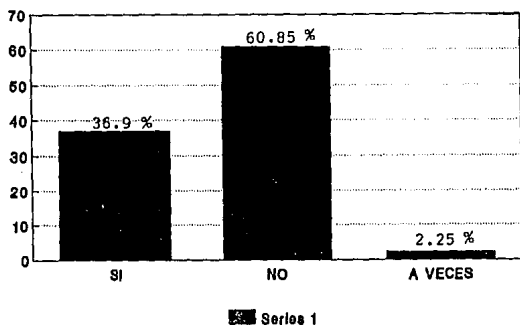
PREGUNTA 14 PRINCIPALES IMPREVISTOS PARA FALTAR



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

Los resultados obtenidos nos dan un 61.0 % a los problemas personales como un factor importante para no asistir a su trabajo, mencionando los más frecuentes las enfermedades de sus hijos, las juntas escolares , el no tener con quién dejarlos.

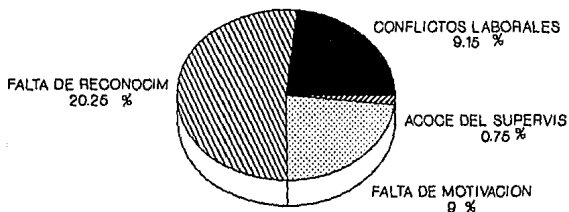
PREGUNTA 15 HA DECAIDO EL INTERES LABORAL



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

El 60.85 % de las enfermeras contestaron que no ha decaído el interés por su trabajo, pero también en un resultado representativo del 36.9 % respondieron que si ha decaído y solamente el 2.25 % del personal que muchas de las veces dependía del ambiente laboral en el que se desarrollan.

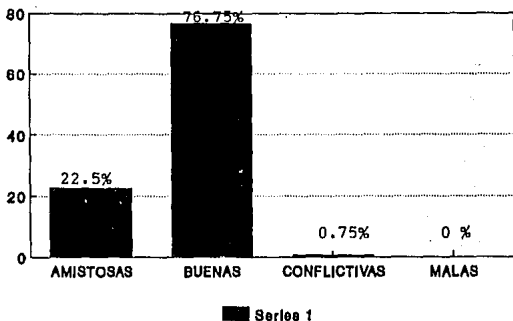
PREGUNTA 16 MOTIVOS DE DESINTERES LABORAL



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

Con respecto a la pregunta anterior los motivos principales por los que ha decaído el interés en el trabajo son principalmente la falta de reconocimiento y motivación, problemas que fueron mencionados por la mayoría de quienes respondieron afirmativamente en dicha pregunta.

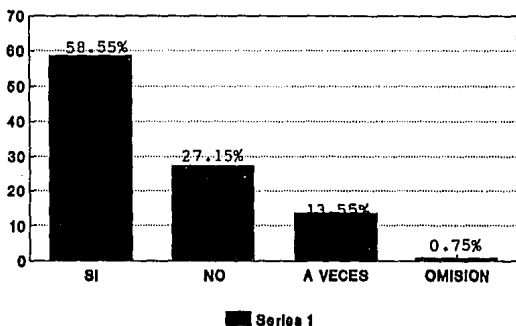
PREGUNTA 17 RELACIONES CON SUS COMPAÑERAS



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

De los resultados obtenidos el 76.75 % de las enfermeras coincidieron al mencionar que las relaciones laborales con sus compañeras son buenas e incluso en un 22.5 % se consideran amistosas, tanto intrahospitalarias como extrahospitalarias. No obstante se obtuvo un resultado que aunque mínimo no deja de ser menos importante, refiriendonos al personal conflictivo al cual de debe prestar mayor atención para no incrementar éste porcentaje.

PREGUNTA 18 PLANEA ACTIVIDADES DEL SERVICIO

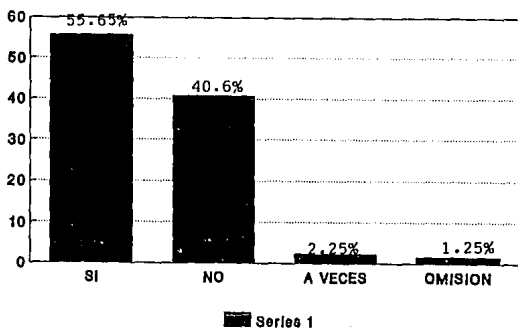


FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

En un 58.55 % el personal menciona que si tiene una participación activa en la planeación de las actividades del servicio, incluyéndose en éste principalmente a las supervisoras, jefas de enfermería y personal directamente relacionado con éstas actividades. En ocasiones como lo demuestra el porcentaje del 13.55 , se aceptan sugerencias para mejora del servicio.

PREGUNTA 19

VALORAN SU PREPARACION ACADEMICA



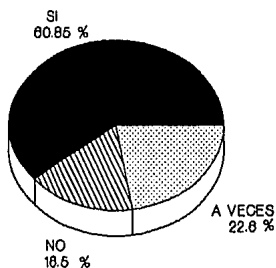
FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

De las 133 enfermeras el 55.65 % contestó que si son ubicadas en los servicios con base en su preparación académica; el 40.6 % considera que no en tanto que un 2.25 % responde que sólo a veces.

Observamos que las enfermeras especialistas son pocas pero si están ubicadas dependiendo de la especialidad que tienen; las enfermeras generales forman la mayor parte del personal, rotan cada seis meses de servicio, esto puede ser constatado en los roles del departamento de enfermería.

PREGUNTA 20

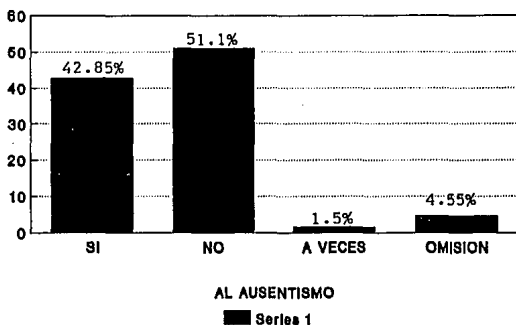
EXISTE AUSENTISMO EN SU TURNO



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

Con los resultados de ésta pregunta las enfermeras en su mayoría (60.85 %) responden que si existe ausentismo en su turno, el 16.55% menciona que no, ya que para ellas el pago de sus días no es considerado como ausentismo.

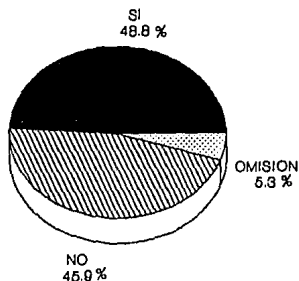
PREGUNTA 21 SE LE HA DADO IMPORTANCIA



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

El 51.1 % opina que no se le ha dado importancia a ésta situación, debido a que persiste la ausencia frecuente de personal en los servicios, provocando que aumente el número de pacientes por enfermera .

PREGUNTA 22 HA PROPORCIONADO SOLUCIONES

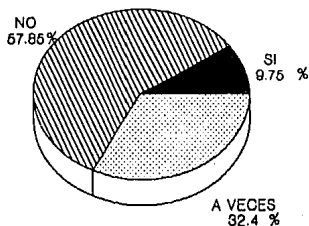


FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

El porcentaje más alto fue de 48.8, es decir, que si han propuesto alternativas de solución al problema del ausentismo, sin embargo al parecer han carecido de importancia para la autoridad de la institución, al analizar la pregunta número 23, se observa que existe relación con la anterior, en la cual en un 22.45 % de los que contestaros afirmativamente, aseguran que nunca se han aplicado dichas alternativas; siendo en menores porcentajes como el 12.8 y el 12.05 las alternativas que se han aplicado en forma temporal y permanente respectivamente.

PREGUNTA 24

SU SUELDO CUBRE SUS PRINCIPALES

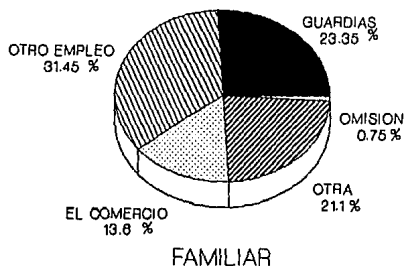


NECESIDADES

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

De acuerdo a los resultados es lógico afirmar que un 57.85 % coincide que no es suficiente el sueldo que percibe para cubrir sus principales necesidades y sobre todo cuando se presentan imprevistos; el 32.4 % opina que a veces y el 9.75 % es el único que al parecer si logra cubrir y satisfacer dichas necesidades.

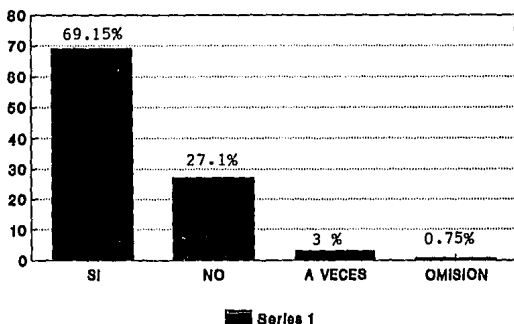
PREGUNTA 25 QUE OTRA OPCION CUBRE SU ECONOMIA



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

Con base en la anterior pregunta las personas además de éste trabajo tienden a realizar otras actividades con el fin de cubrir su economía familiar, entre éstas podemos mencionar que el 31.45 % tiene otro empleo; el 23.35 % realiza guardias, un 13.0 % busca lograrlo por medio del comercio de diferentes artículos; es importante aclarar que el 21.1 % que corresponde a otros medios, se refiere al apoyo del conyuge o de los familiares.

PREGUNTA 26 CONSIDERA QUE LA MOTIVACION...

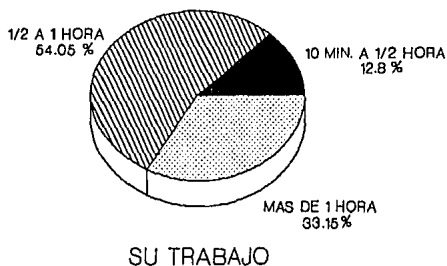


FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

Es indiscutible que la motivación, las buenas relaciones laborales y los incentivos económicos provocan una reacción positiva en el personal de enfermería para realizar con mayor profesionalismo sus actividades; así lo demuestran los resultados, ya que el 69.15% afirmó que si existieran éstos factores les sería más motivante asistir a su trabajo. Un 27.1% contestó que no, debido a que les gusta su trabajo, es decir, no necesitan ningún motivador para desempeñar sus labores correctamente.

PREGUNTA 27

CUANTO TIEMPO HACE DE SU CASA A ...

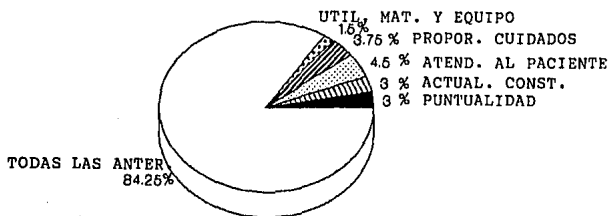


FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

El tiempo es un factor determinante para la puntual asistencia del trabajador a sus actividades, por ello es necesario conocer la distancia que recorre el personal para cubrir su horario de trabajo.

Los resultados muestran que el 54.05 % requiere de media a una hora para trasladarse a su trabajo; 33.15 % necesita más de una hora y tan sólo 12.8 % de 10 minutos a media hora; pudiendo ser una causa que de lugar al ausentismo, por el simple hecho de recorrer largas distancias.

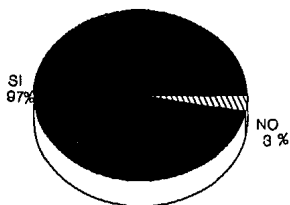
PREGUNTA 28 COMO DEFINE A LA CALIDAD



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

Por medio de ésta pregunta nos hemos percatado, que el personal de enfermería tiene el conocimiento de lo que significa la calidad, lo podemos constatar en las respuestas obtenidas, ya que el 84.25 % optó por los diferentes medios para lograr la calidad en los servicios que porporcionan. El porcentaje restante divaga al parecer de lo que comprende conjuntamente a la calidad.

PREGUNTA 29 SE CONSIDERA RESPONSABLE



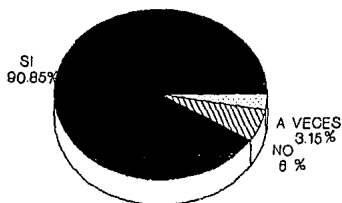
EN SU TRABAJO

FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

Un 97.0 % afirmó ser responsable en la realización de su trabajo, la gran mayoría contestó lo anterior, debido a que consideran que su trabajo cumple con los requisitos de la calidad antes mencionados.

El 3.0 % respondió no ser responsable, debido a causas ajenas a él.

PREGUNTA 30 CONSIDERA QUE EL AUSENTISMO...



FUENTE: CUESTIONARIO APLICADO

Por último el 90.85 % del personal de enfermería afirma que al ausentarse éste, la carga de trabajo aumenta para cada una de las enfermeras que están laborando, provocando así la disminución de calidad en la atención al paciente. Es importante señalar también que el 6.0 % opina que no importa la cantidad de enfermeras, sólo hace falta el deseo de colaborar para lograr la eficiencia en el servicio.

CONCLUSIONES

Señalar la importancia del ausentismo laboral del personal de enfermería como factor determinante en la calidad de atención al paciente, es el objetivo que apoyó y dio inicio a la investigación realizada.

Este estudio se realizó con el personal de enfermería del "Hospital General Doctor Gregorio Salas Flores", se da un especial valor a este grupo de profesionales, considerando que son los que permanecen más tiempo y asisten en forma directa al paciente favoreciendo ésto a su pronta recuperación.

A través del marco teórico se obtuvo información bibliográfica lo que permitió conocer el punto de vista de diversos autores respecto al ausentismo laboral dentro de una organización. Es importante referir que son pocas las investigaciones y fuentes documentales que abordan este problema.

El marco de referencia nos dió la oportunidad de obtener información acerca del ausentismo laboral dentro del departamento de enfermería a través de roles de asistencia y kardex, los cuales fueron proporcionados por la jefatura de enfermeras.

Por medio del cálculo del personal se observó que existe un faltante de 27 enfermeras (16.6 %), para contar con una plantilla completa, ésta actualmente comprende 136 enfermeras, de acuerdo al

cálculo ideal se requiere un total de 163, tomando en consideración los objetivos, políticas y distribución del hospital. Con respecto a la disposición por turno, el nocturno es el que cuenta con mayor personal (39.1 %) comprendiendo sus tres guardias, le sigue el matutino con un 36.8 %, por último el turno vespertino con 24.1 %, importante es mencionar que dichos porcentajes se obtuvieron de la plantilla actual, siendo éstos distintos a los que por regla de cálculo deben presentarse, 40 %, 35 % y un 25 % respectivamente.

La jefatura de enfermeras utiliza dos instrumentos de control de asistencia, el primero se refiere a los roles de enfermería en donde se ubica al personal por servicio, el segundo son los kardex, en ambos se registra la asistencia diaria, así como los permisos concedidos, con la diferencia de que éstos últimos son individuales y los roles son colectivos.

A través de ellos se obtuvo la información de las diferentes prestaciones que se tienen en la institución, desafortunadamente éstas son pagadas con tiempo, estando estipuladas en las condiciones generales de trabajo y apoyadas sindicalmente, lo cual dificulta su modificación, ya que no se puede ir en contra de lo estipulado.

Son 47,478 días en total los que el grupo de enfermería debe laborar al año esto fue calculado con base en el personal existente, sin embargo es necesario restar 20,747 días de descansos, 1,943 por vacaciones, (de estos días no se tiene objeción ya que son derechos de todo trabajador), 677 días de artículo 86 (de los cuales se

menciona que sólo se autorizan en caso de urgencia), 1,762 días por artículo 87 (son días que serán autorizados según la necesidad del servicio y con previa autorización de los jefes inmediatos), 626 días como pago de días festivos (se tienen que conceder ya que el personal los trabajo y su pago es con tiempo), 234 de festivos concedidos, 162 por nota de puntualidad, 95 por comisión sindical, 1,047 por beca, 919 que son resultado de las incapacidades y 951 faltas no autorizadas.

Por tanto los días que realmente se laboraron durante el año fueron 18,315 días, siendo una cifra por demás representativa del ausentismo que existe en el hospital.

De los resultados obtenidos en los cuestionarios se concluyó:

Con las variables de estado civil y el tener hijos se confirma que si existe relación con el grado de ausentismo de las enfermeras; siendo el personal en su mayoría femenino (95.5 %), casado (60.05 %) y con hijos (67.5 %), ya que se obtuvo información que son ellas las que más se ausentan del trabajo, por dar prioridad a su vida hogareña y familiar, pasando a segundo término su trabajo.

La situación de contratación da seguridad al trabajador, esto lo indican los resultados, ya que cuando las enfermeras tienen menos de seis meses laborando, es decir de interinos (2.25 %) no faltan, pero posteriormente cuando obtienen su base (97.75 %) se empieza a notar su ausencia, ya que después de ese tiempo adquieren derechos por su antigüedad.

En general el personal tiene un concepto sobre que es el ausentismo, debido a que considera que las faltas ya sean autorizadas o no, dan origen a una sobrecarga de trabajo para el personal que labora en esos momentos, provocando el descontento de éste y propagandose de esta manera el ausentismo.

El personal dirigente tiene conocimiento de dicho problema, sin que hasta el momento se halla dado alguna solución definitiva, es decir, un 48.8 % del personal de enfermería ha proporcionado posibles alternativas de solución, sin embargo el problema aún existe dentro de la institución.

Un factor importante es la remuneración económica, es decir, los sueldos que percibe el personal no alcanzan para cubrir sus necesidades primarias, por ello recurre a otro empleo (31.45 %) para satisfacerlas; esto refleja un bajo rendimiento en el cumplimiento de sus labores, por el desgaste físico y mental, aunado en algunos casos la atención a hijos y hogar. En la misma circunstancia se encuentra el personal que realiza guardias (23.35%), trabajan hasta 19 horas continuas con un descanso de cinco y otra jornada de siete horas, hay quienes además continúan trabajando otras 19 horas, esto además de influir en su salud, repercute en la calidad de atención que se brinda al paciente, ya que se tiene conocimiento de que cuando se trabaja a ese ritmo, se presentan cambios en la actitud del trabajador hacia sus actividades, tales como mal humor, disminución en el ritmo de trabajo, pereza, distracción entre otras.

Un 60.85 % del personal manifiesto su satisfacción por el trabajo que realiza, sin embargo un 36.9 % expresó lo contrario, pero en ambos casos se añadió que si existieran otros factores como son el reconocimiento a su labor o algún otro motivador, sería más gratificante desempeñarlo teniendo mayor iniciativa para ello.

De acuerdo con la plantilla de personal la institución cuenta en su mayoría con personal profesional, y por el número de becas que son autorizadas indica que continúan especializándose, además concuerda la mayoría de ellas que se les ubica en los servicios según su preparación académica y experiencia, así mismo se consideran responsables, tienen pleno conocimiento que la calidad es primordial y necesaria para la pronta y plena recuperación del paciente, aunque un elevado porcentaje opina que cuando el personal está completo tienen más oportunidad de brindar cuidados específicos al paciente, conversar con ellos, estar pendiente de sus necesidades; en cambio con poco personal se brindarán únicamente cuidados generales y sus actividades serán realizadas mecánicamente.

Durante el transcurso de la investigación detectamos que existen otros factores que influyen para la disminución de calidad de atención al paciente de los cuales se puede mencionar: cuando se tienen dos empleos, déficit de recursos materiales y tecnológicos necesarios, falta de mantenimiento del mobiliario y equipo, ocasionando con esto tiempos muertos por ir en busca de material y medicamentos a otros pisos.

Por tal motivo, la hipótesis no se puede dar por aprobada en su totalidad, porque si bien el estudio realizado nos demostró que el ausentismo tienen una gran magnitud dentro del departamento de enfermería, el cual influye de manera importante en la calidad de atención al paciente, cabe señalar que no es único factor que la origina, ya que la baja remuneración económica, falta de motivación y reconocimiento personal, así como la carencia de recursos materiales y tecnológicos aumentan el problema.

RECOMENDACIONES

- **** Procurar la recuperación de la salud del paciente, la cual se logra manteniendo un personal de enfermería altamente productivo y humanizado. Para ésto es recomendable sensibilizar a los dirigentes de la unidad hospitalaria acerca de la relación costo-beneficio y la forma en que ésta es afectada por una plantilla de personal no cubierta en su totalidad. Esto tiene como objetivo clarificarles que el supuesto ahorro producido por disminución de personal genera la reducción de la calidad de atención al paciente.

- **** Considerando que los días festivos y notas de puntualidad son pagadas con tiempo; se sugiere se revise el presupuesto de la coordinación de recursos financieros de los servicios de salud del Departamento del Distrito Federal para que estos días sean pagados en efectivo.

- **** Que se establezcan mesas de trabajo en donde esten presentes el trabajador, el patrón y el sindicato, para llegar a un acuerdo sobre el pago del artículo 86 y 87 de las Condiciones Generales de trabajo; sin lesionar los intereses del trabajador, especificando que ambos artículos sólo tendran validez cuando se justifique una verdadera urgencia.

- **** Las enfermeras requieren una actualización continua, pero se propone que se establezca un rol, en donde cada año obtengan beca: dos personas del turno matutino, una del vespertino y una del nocturno, siempre y cuando las enfermeras demuestren una entrega verdadera a su trabajo.

- **** Actualización de la plantilla del personal de acuerdo a las necesidades de la institución, en base a los porcentajes estipulados en las reglas generales del cálculo de personal.

- **** Crear una plantilla de personal suplente, para cubrir el ausentismo imprevisible en adición al personal utilizado normalmente para cubrir vacaciones, becas, incapacidades y permisos.

- **** Referente a las incapacidades médicas que no son por maternidad, es deseable investigar cuales son las causas más frecuentes que las provocan. Si las enfermedades que causan estas incapacidades son producidas por agentes patógenos existentes en la unidad hospitalaria, se recomienda se pongan en acción las medidas necesarias para mantenerlas bajo control. Probablemente también sera necesario una revisión de las técnicas y procedimientos de enfermería para evitar los contagios del personal, así como la implantación de un programa de educación continua para que el personal se habitúe a las técnicas adecuadas.

RECOMENDACIONES

- **** Procurar la recuperación de la salud del paciente, la cual se logra manteniendo un personal de enfermería altamente productivo y humanizado. Para ésto es recomendable sensibilizar a los dirigentes de la unidad hospitalaria acerca de la relación costo-beneficio y la forma en que ésta es afectada por una plantilla de personal no cubierta en su totalidad. Esto tiene como objetivo clarificarles que el supuesto ahorro producido por disminución de personal genera la reducción de la calidad de atención al paciente.

- **** Considerando que los días festivos y notas de puntualidad son pagadas con tiempo; se sugiere se revise el presupuesto de la coordinación de recursos financieros de los servicios de salud del Departamento del Distrito Federal para que estos días sean pagados en efectivo.

- **** Que se establezcan mesas de trabajo en donde esten presentes el trabajador, el patrón y el sindicato, para llegar a un acuerdo sobre el pago del artículo 86 y 87 de las Condiciones Generales de trabajo; sin lesionar los intereses del trabajador, especificando que ambos artículos sólo tendran validez cuando se justifique una verdadera urgencia.

- **** Las enfermeras requieren una actualización continua, pero se propone que se establezca un rol, en donde cada año obtengan beca: dos personas del turno matutino, una del vespertino y una del nocturno, siempre y cuando las enfermeras demuestren una entrega verdadera a su trabajo.

- **** Actualización de la plantilla del personal de acuerdo a las necesidades de la institución, en base a los porcentajes estipulados en las reglas generales del cálculo de personal.

- **** Crear una plantilla de personal suplente, para cubrir el ausentismo imprevisible en adición al personal utilizado normalmente para cubrir vacaciones, becas, incapacidades y permisos.

- **** Referente a las incapacidades médicas que no son por maternidad, es deseable investigar cuales son las causas más frecuentes que las provocan. Si las enfermedades que causan estas incapacidades son producidas por agentes patógenos existentes en la unidad hospitalaria, se recomienda se pongan en acción las medidas necesarias para mantenerlas bajo control. Probablemente también será necesario una revisión de las técnicas y procedimientos de enfermería para evitar los contagios del personal, así como la implantación de un programa de educación continua para que el personal se habitúe a las técnicas adecuadas.

- **** Realizar una investigación a las personas con mayor cúmulo de incapacidades, para determinar su veracidad.

- **** Efectuar auditorías administrativas internas, para la detección de los problemas existentes y dar una solución; evitando así problemas futuros.

- **** Colocar un cuadro de honor, en donde se ponga el nombre de la persona que evite lo más posible el hacer uso de sus prestaciones.

- **** Se deben realizar investigaciones acerca de los efectos psicológicos del ambiente de trabajo sobre las enfermeras, así como de la carga de trabajo, para determinar las necesidades de descanso y recreación, lo cual serviría para controlar el ausentismo por faltas y permisos.

- **** Se sugiere al personal de enfermería y a todo el personal femenino de la unidad para que en forma conjunta se solicite al sindicato y al personal dirigente de la institución la creación de una guardería.

- **** Concientizar al personal acerca de las repercusiones económicas que sus faltas ocasionan a sus prestaciones.

ANEXO 1

I.S.S.S.T.E.

SUBDIRECCION GENERAL MEDICA

JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE EDUCACION Y CAPACITACION

ESCUELA DE ENFERMERIA

LISTADO DE COTEJO

NOMBRE DE LA ACTIVIDAD:

SERVICIO:

CONCEPTO:

OBJETIVO:

No.	TAREA	SI	NO	TIEMPO EMPLEADO

FUENTE: ESCUELA DEL I.S.S.S.T.E.

ANEXO 3

I.S.S.S.T.E.

SUBDIRECCION GENERAL MEDICA

JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION

ESCUELA DE ENFERMERIA

ANECDOTARIO

SERVICIO: _____

ENFERMERA: _____

FECHA HORA	ANECDOTARIO (FIRMA DE LA SUPERVISORA)	COMENTARIO (FIRMA DE LA ENFERMERA)

FUENTE: ESCUELA DEL I.S.S.S.T.E.

ANEXO 4

CALCULO DE PERSONAL

SERVICIOS:	PLANTILLA ACTUAL						PLANTILLA IDEAL					
	TURNO						TURNO					
	M	V	GA	GB	GC	TOT	M	V	GA	GB	GC	TOT
TECNICO ADMINISTRATIVO:												
JEFE DE ENFERMERAS	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	2
SUPERVISOR DE ENFERMERAS	2	2	1	1	1	7	3	2	2	2	2	11
PERSONAL OPERATIVO:												
URGENCIAS	4	4	3	2	3	16	6	5	4	4	4	23
CONSULTA EXTERNA	6	0	0	0	0	6	7	0	0	0	0	7
NEONATOLOGIA	3	3	2	3	2	13	5	3	2	2	2	14
GINECOOBSTETRICIA	6	3	2	2	3	16	6	4	3	3	3	19
MEDICINA INTERNA Y CONSULTAS GENERALES	7	7	5	4	4	27	10	0	5	5	5	35
C.E.V.E.	5	3	1	1	1	11	5	4	2	2	2	15
TOCO-QUIRURGICO	4	3	2	2	1	12	5	4	3	3	3	18
QUIROFANO	9	3	1	2	2	17	7	4	2	2	2	17
RECUPERACION	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	5
BECAS	5	2	1	0	1	9	0	0	0	0	0	0
TOTAL	53	30	18	17	18	136	56	35	24	24	24	193

ANEXO 5

KARDEX

%

ENERO A DICIEMBRE DE 1993

MES-COLUMNA*	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV
ENERO	2.35	1.23	2.30	2.45	.20	1.05	.45	.05	.63	1.00	44.36	55.64	42.09	1.65
FEBRERO	1.11	1.69	3.62	3.24	.80	1.05	.20	1.27	2.52	1.57	44.82	55.99	39.56	1.55
MARZO	1.02	1.72	2.90	3.25	.20	.22	.22	2.33	3.35	1.40	42.74	57.26	48.41	1.40
ABRIL	1.23	1.20	3.10	5.99	.02	1.10	.20	2.16	2.26	1.91	44.32	55.68	36.17	2.03
MAYO	2.20	1.46	1.95	5.02	0	.64	.02	2.10	2.62	1.95	44.39	55.61	37.47	1.07
JUNIO	1.53	1.47	3.37	4.66	.23	0	.10	1.42	2.93	2.34	42.65	57.35	39.25	1.75
JULIO	1.32	1.47	5.32	3.16	.20	.10	.51	2.33	2.02	1.57	43.79	56.21	37.41	2.01
AGOSTO	.96	2.19	6.65	2.39	.05	0	.44	1.26	2.14	2.07	43.53	56.47	30.33	2.02
SEPTIEMBRE	.72	.95	6.05	3.26	0	.59	.41	1.41	2.20	2.44	43.15	56.05	30.02	2.43
OCTUBRE	.50	1.11	4.20	3.59	.32	0	.40	1.66	2.55	2.20	43.09	56.16	39.55	1.00
NOVIEMBRE	1.04	1.47	4.66	3.67	.96	.99	.34	3.07	2.19	2.14	44.40	55.52	35.03	3.07
DICIEMBRE	1.60	1.11	.14	0.32	0	.17	.69	3.24	.20	3.29	43.13	56.07	30.04	1.43
TOTAL	1.32	1.43	3.71	4.09	.20	.49	.34	1.93	2.20	2.00	43.70	56.30	30.50	1.09

* CONCEPTO DE CADA UNA EN LA SIGUIENTE PAGINA.

C O N C E P T O S

- I. FESTIVOS
- II. ARTICULO 86
- III. ARTICULO 87
- IV. VACACIONES
- V. COMISION SINDICAL
- VI. FESTIVOS CONCEDIDOS
- VII. NOTAS DE PUNTUALIDAD
- VIII. INCAPACIDADES
- IX. BECAS
- X. FALTAS
- XI. DESCANSOS
- XII. DIAS LABORADOS
- XIII. DIAS REALES LABORADOS
- XIV. GUARDIAS

ANEXO 6

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE CONTADURIA Y ADMINISTRACION

INVESTIGACION SOBRE EL AUSENTISMO LABORAL DEL PERSONAL
DE ENFERMERIA DEL
" HOSPITAL GENERAL DOCTOR GREGORIO SALAS FLORES "

CUESTIONARIO
DIRIGIDO AL PERSONAL DE ENFERMERIA

Después de leer cada pregunta, marque con una cruz la respuesta que considere más adecuada, agradecemos de antemano su valiosa colaboración.

I. DATOS GENERALES

1. ¿ A QUE TURNO SE ENCUENTRA ADSCRITO ?

- A) MATUTINO _____
B) VESPERTINO _____
C) NOCTURNO GUARDIA " A " _____
D) NOCTURNO GUARDIA " B " _____
E) NOCTURNO GUARDIA " C " _____

2. SEXO

- A) MASCULINO _____
B) FEMENINO _____

3. ESTADO CIVIL

- A) SOLTERA _____
B) CASADA _____
C) DIVORCIADA _____
D) VIUDA _____
E) UNION LIBRE _____

4. ¿ TIENE HIJOS ?

- A) SI _____
B) NO _____ ¿ CUANTOS ? _____
C) OMISION _____

II. PREGUNTAS

5. ¿ QUE CATEGORIA POSEE ?

- A) AUXILIAR DE ENFERMERIA _____
- B) ENFERMERA GENERAL _____
- C) ENFERMERA ESPECIALISTA _____
- D) ENFERMERA JEFE DE SERVICIO _____
- E) SUPERVISORA DE ENFERMERIA _____

6. ¿ CUAL ES SU SITUACION DE CONTRATACION ?

- A) BASE _____
- B) INTERINO _____

7. ¿ A QUE SERVICIO PERTENECE ?

- A) URGENCIAS _____
- B) CONSULTA EXTERNA _____
- C) NEONATOLOGIA _____
- D) MEDICINA INTERNA _____
- E) LABOR Y EXPULSION _____
- F) C. E. Y. E. _____
- G) QUIROFANO _____
- H) GINECO OBSTETRICIA _____
- I) JEFATURA DE ENFERMERIA _____
- J) ROTATORIA _____
- K) SUPERVISION _____

8. PODRIAMOS DEFINIR AL AUSENTISMO COMO:

- A) FALTAS JUSTIFICADAS _____
- B) FALTAS INJUSTIFICADAS _____
- C) LAS DOS ANTERIORES _____
- D) DESCONOZCO EL TERMINO _____
- E) NINGUNA DE LAS ANTERIORES _____

9. ¿ SOLICITA USTED CON FRECUENCIA PERMISOS PARA AUSENTARSE DEL TRABAJO ?

- A) SI _____
- B) NO _____

10. MENCIONE LOS PRINCIPALES MOTIVOS POR LOS QUE SE AUSENTO DURANTE EL AÑO

- A) INCAPACIDAD _____
- B) CUIDADOS MATERNOS _____
- C) LICENCIA SINDICAL _____
- D) PAGO DE DIAS FESTIVOS _____
- E) FALTAS INJUSTIFICADAS _____
- F) OTRAS _____

ESPECIFIQUE _____

11. ¿ LE ES SATISFACTORIO TRABAJAR DIAS FESTIVOS ?

- A) SI _____
B) NO _____
C) A VECES _____ ¿ POR QUE ? _____

12. LOS ESTIMULOS QUE SE LE OTORGAN DURANTE EL AÑO SON:

- A) MENSUALES _____
B) TRIMESTRALES _____
C) SEMESTRALES _____
D) ANUALES _____
E) NUNCA SE OTORGAN _____
F) OMISION _____

13. ¿ CON QUE FRECUENCIA FALTA A TRABAJAR SIN AVISAR ?

- A) DE 0 A 3 DIAS AL MES _____
B) DE 4 A 7 DIAS AL MES _____
C) DE 8 A 11 DIAS AL MES _____
D) OMISION _____

14. SEÑALE LOS IMPREVISTOS QUE EN OCASIONES HAN PROVOCADO QUE FALTE.

- A) TRANSPORTE _____
B) REMUNERACION ECONOMICA INSUFICIENTE _____
C) EXCESO DE TRABAJO _____
D) PROBLEMAS PERSONALES _____
E) DESAGRADO AL SERVICIO _____
F) OTRAS _____ ESPECIFIQUE _____

15. ¿ HA DECAIDO EL INTERES POR SU TRABAJO ?

- A) SI _____
B) NO _____
C) A VECES _____

16. ¿ CUALES SON LOS MOTIVOS PRINCIPALES POR LOS QUE HA DECAIDO EL INTERES POR SU TRABAJO ?

- A) PROBLEMAS DE RELACIONES INTERPERSONALES _____
B) FALTA DE RECONOCIMIENTO _____
C) FALTA DE MOTIVACION _____
D) ACOCE DEL PERSONAL SUPERVISOR _____
E) OTRAS _____ ESPECIFIQUE _____

17. LAS RELACIONES CON SUS COMPAÑERAS SON:

- A) AMISTOSAS _____
B) BUENAS _____
C) CONFLICTIVAS _____
D) MALAS _____

18. ¿ PARTICIPA EN LA PLANEACION DE LAS ACTIVIDADES DEL SERVICIO ?
- A) SI _____
 B) NO _____
 C) A VECES _____ ¿ POR QUE ? _____
 D) OMISION _____
19. ¿ TOMAN EN CUENTA LA PREPARACION ACADEMICA PARA UBICARLO EN LOS SERVICIOS ?
- A) SI _____
 B) NO _____
 C) A VECES _____
 D) OMISION _____
20. ¿ CONSIDERA QUE EXISTE AUSENTISMO EN SU TURNO ?
- A) SI _____
 B) NO _____
 C) A VECES _____ ¿ POR QUE ? _____
21. ¿ EL PERSONAL DIRIGENTE LE HA DADO IMPORTANCIA A DICHA SITUACION ?
- A) SI _____
 B) NO _____
 C) A VECES _____
 D) OMISION _____
22. ¿ HA PROPORCIONADO ALTERNATIVAS DE SOLUCION AL PROBLEMA ?
- A) SI _____
 B) NO _____
 C) OMISION _____
23. DICHAS ALTERNATIVAS SE HAN APLICADO EN FORMA:
- A) TEMPORAL _____
 B) PERMANENTE _____
 C) NUNCA _____
24. ¿ EL SUELDO QUE PERCIBE CUBRE SUS PRINCIPALES NECESIDADES ?
- A) SI _____
 B) NO _____
 C) A VECES _____ ¿ POR QUE ? _____
25. ¿ QUE OTRA OPCION TIENE PARA CUBRIR SU ECONOMIA FAMILIAR ?
- A) REALIZACION DE GUARDIAS _____
 B) OTRO EMPLEO _____
 C) EL COMERCIO _____
 D) OTRA _____ ¿ CUAL ? _____
26. ¿ CONSIDERA QUE LA MOTIVACION POR MEDIO DE INCENTIVOS ECONOMICOS, RELACIONES LABORALES BUENAS Y ALGUN TIPO DE PRESTACION INFLUYEN PARA QUE ASISTA A SU TRABAJO ?
- A) SI _____
 B) NO _____
 C) A VECES _____ ¿ POR QUE ? _____

27. ¿ QUE TIEMPO LE LLEVA TRANSLADARSE DE SU CASA A SU TRABAJO ?

A) DE 10 MINUTOS A MEDIA HORA _____

B) DE MEDIA A UNA HORA _____

C) MAS DE UNA HORA _____

¿ CUANTO ? _____

28. ¿ COMO DEFINE A LA CALIDAD ?

A) ASISTIR A MI TRABAJO CON PUNTUALIDAD _____

B) ACTUALIZARME CONSTANTEMENTE _____

C) ATENDER AL PACIENTE CON AMABILIDAD E HIGIENE _____

D) PROPORCIONAR CUIDADOS AL PACIENTE CON PROFESIONALISMO _____

E) UTILIZAR MATERIAL Y EQUIPO APROPIADAMENTE _____

F) TODAS LAS ANTERIORES _____

G) NINGUNA DE LAS ANTERIORES _____

29. ¿ SE CONSIDERA RESPONSABLE EN SU TRABAJO ?

A) SI _____

B) NO _____

¿ POR QUE ? _____

30. ¿ CONSIDERA QUE EL AUSENTISMO DISMINUYE LA CALIDAD DE ATENCION AL PACIENTE ?

A) SI _____

B) NO _____

C) A VECES _____

¿ POR QUE ? _____

GLOSARIO

- Aborigen.** Originario del país en que vive.
- Afección.** Pérdida o anomalía, permanente o transitoria, de orden psicológico, fisiológico o anatómico (retraso mental, parálisis consecutiva a la poliomielitis, capacidad pulmonar restringida, pérdida de un miembro, entre otros).
- Alergia.** Estado de una persona provocado por una sustancia, a la que es muy sensible que causa en ella diferentes trastornos como la fiebre de heno, crisis de asma, urticaria e izena.
- Alergología.** Estudio de la alergia y sus manifestaciones.
- Angiología.** Suma de conocimientos sobre los vasos sanguíneos y linfáticos.
- Antisepsia.** Conjunto de medios para impedir la multiplicación bacteriana en los tejidos vivos.
- Arsenal.** En cirugía conjunto de instrumentos y aparatos para operar.
// Terapéutico. Conjunto de medicamentos y agentes terapéuticos.
- Asepsia.** Conjunto de medios utilizados para impedir la contaminación microbiana.
- Biopsia.** Análisis científico de un tejido destinado a obtener diagnóstico médico.
- Citología.** Parte de la histología que trata de las células, de su estructura u funciones.// - Exfoliativa. Estudio de las células exfoliadas de un órgano accesible (vagina, bronquios, estomago entre otras).
- Cofradía.** Asociación o hermandad de personas.
- Derechohabientes.** En seguridad social, para fines de prestaciones médicas la población asegurada, los beneficiarios, - pensionados y asignatarios que se encuentren vigentes en un período de conservación de derechos.
- Efectividad.** Efecto de la actividad, resultados finales o producto o beneficio alcanzados por la población en relación a los objetivos establecidos.
- Eficacia.** Beneficio o utilidad en los individuos obtenido del servicio del régimen de tratamiento, drogas, medidas preventivas o de control, propugnados o aplicados, implica el logro de objetivos sin importantr los recursos utilizados.

- Eficiencia.** Efectos o resultados finales alcanzados en relación al esfuerzo invertido en términos de dinero, recursos y tiempo.
- Electroterapia.** Se define como la electricidad aplicada al organismo.
- Empatia.** Comunicación con otros; reside en la identificación y la comprensión psicológica de los demás.
- Endemia.** Ocurrencia habitual de una enfermedad o de un agente infeccioso dentro de una zona geográfica determinada; también puede significar la prevalencia usual de una determinada enfermedad dentro de esa zona.
- Endocrinología.** Estudio de las glándulas endocrinas.
- Endoscopio.** Aparato destinado al examen visual de la uretra y de la vejiga urinaria.
- Ergoterapia.** Tratamiento de ciertos estados patológicos por el trabajo manual.
- Eventración.** Salida de las vísceras del vientre.
- Expósito.** Dicese del recién nacido o abandonado en un sitio público.
- Gravidez.** (Que pesa). Estado de embarazo o gestación; preñez.
- Hematología.** Suma de conocimientos relativos a la sangre.
- Hidroterapia.** Aplicación externa del agua en sus formas termal, química o mecánica con fines de tratamiento.
- Hiperendemia.** Significa una transmisión intensa persistente; generalmente se aplica a la malaria.
- Homodinámica.** Estudio de los movimientos de la sangre y de las fuerzas que lo impulsan.
- Inmunología.** Ciencia que trata sobre los mecanismos específicos incluyendo las reacciones antígeno anticuerpo, por los cuales los tejidos vivos reaccionan al material biológico extraño, reacción que puede provocar aumento de la resistencia o inmunidad o bien, como en la alergia, aumento de la reactividad que puede ser nociva para el huesped.
- Medicina.** Arte y ciencia de conocer y tratar las enfermedades, especialmente las internas.

- Morbilidad.** Término genérico que expresa el número de personal enfermas o de casos de una enfermedad, en relación con la población en que se presentan. En administración y planificación de la atención médica es una medida del nivel de salud más sensible que la mortalidad, ya que incorpora, además de las enfermedades letales aquellas que no provocan la muerte, pero que reducen la capacidad para el trabajo, disminuye la producción de bienes y servicios y aumenta la demanda de atención médica.
- Mortalidad.** Término genérico que expresa el número de personas fallecidas en total o por una enfermedad, en relación con la población en que se presentan.
- Nefrología.** Estudios del riñon y sus enfermedades.
- Neonatología.** Rama de la pediatría que abarca el estudio del recién nacido (primer mes de vida).
- Oncología.** Rama de la medicina que se dedica al estudio y tratamiento de los tumores.
- Paramédica.** Que tienen relación indirecta o secundaria con la medicina.
- Patología.** Rama de la medicina que estudia las enfermedades y los transtornos que producen en el organismo.
- Proteína.** Miembro de un grupo de compuestos nitrogenados no cristalizables semejantes entre sí, que forman los constituyentes característicos de los tejidos y líquidos orgánicos. Consta de carbono, hidrógeno, nitrógeno y a veces azufre, fosforo o yodo; son coagulables por el calor y ácido minerales; albumina, prótidos y protéicos.
- Psicosomático.** La que considera los componentes psíquicos y físicos del organismo como un todo invisible.
- Puerperio.** Etapa del proceso gravido puerperal que se inicia al terminar la expulsión del feto y sus anexos, y finaliza al conducir la involución de los órganos genitales maternos.
- Radio terapia, Departamento.** Conjunto de dependencias y servicios para el empleo de rayos X y radiaciones ionizantes con fines terapéuticos.
- Sede.** Lugar donde tiene su domicilio una entidad económica, literaria entre otras.
- Somatología.** Suma de conocimientos anatómicos, fisiológicos, relativos o relacionados con el cuerpo.
- Sonómetro.** Instrumento para el examen de la agudeza auditiva.

Terapéutico. Parte de la medicina que se ocupa en el tratamiento de las enfermedades; ciencia y arte de curar o aliviar.

Tococirugía, Departamento. Conjunto de elementos destinados la trabajo de parto, cirugía obstétrica, primeros cuidados de recién nacido y actividades quirúrgico-obstetricas en una única área.

Tomografía. Técnica radiológica que permite obtener radiografías de un plano interno del organismo.

Urología. Parte de la medicina que estudia el aparato urinario.

BIBLIOGRAFIA

1. ARIAS, Galicia Fernando.
Introducción a la metodología de la investigación ...
4a. ed., Edit. Trillas.
México, D.F. 1990.
pp. 321.
2. BALDERAS, Pedredo Ma. de la Luz.
Administración de los Servicios de Enfermería.
2a. ed., Edit. Interamericana y McGraw-Hill.
México, D.F. 1988
pp. 257.
3. BARQUIN, C. Manuel.
Dirección de Hospitales.
6a. ed., Edit. Interamericana.
México, D.F. 1990.
pp. 600.
4. BLAKISTON.
Diccionario Breve de Medicina.
Edit. La Prensa Médica Mexicana, S.A.
México, D.F. 1983.
pp. 1380.
5. BRAVO, Peña Federico.
Nociones de Historia de la Enfermería.
Edit. Imprenta Mexicana.
pp. 110.
6. CALENDER, Tiny M.
Administración Hospitalaria para Enfermeras.
Edit. Interamericana. S.A.
México, D.F. 1963.
pp. 167.
7. Centro Interamericano de estudios de Seguridad Social.
Administración de los Servicios de Salud de enfermería.
Edit. Organización Panamericana de la Salud.
México, 1992.

8. CUESTA, Gómez A.
La calidad de la Asistencia Hospitalaria.
Edit. Doyma.
España. 1986.
pp. 217.
9. CHIAVENATO, Idalberto.
Administración de Recursos Humanos.
Edit. McGraw-Hill.
México, D.F. 1990.
pp. 578.
10. DABOUT, E.
Diccionario de Medicina.
Edit. Epoca, S.A.
México, D.F. 1979.
pp. 839.
11. Diccionario Médico.
Edit. Salvat Editores S.A.
México, D.F. 1990.
pp. 730.
12. Di Vicenti, Marie.
Administración de los Servicios de Enfermería.
2a. Reimpresión. Edit. Limusa.
México, D.F. 1990.
pp. 499.
13. FAJARDO, Ortiz Guillermo.
Atención Médica. Teoría y práctica administrativa.
5a. ed., Edit. La Prensa Médica Mexicana, S.A.
México, D.F. 1983.
pp. 775.
14. FAJARDO, Ortiz Guillermo.
Diccionario Terminológico de Administración de la Atención Médica.
Edit. Salvat
México, D.F. 1989.
pp. 290.
15. GABOR, Andrea.
Deming El Hombre que describió la Calidad.
Edit. Gránica.
Buenos Aires, Argentina. 1992.
pp. 445.

16. GITLOW, Howard S.
Cómo Mejorar la Calidad y Productividad con el Método Deming.
Edit. Norma.
Colombia. 1989.
pp. 445.
17. International Quality Systems, Inc.
Calidad Total. Seminario Básico de Capacitación.
Miami, Florida. 1991.
pp. 103.
18. JURAN, Joseph M.
Juran y el Liderazgo para la Calidad.
Edit. Díaz de Santos, S.A.
Madrid, España. 1990.
pp. 636.
19. KARLTON Owen, Joseph.
Conceptos Modernos sobre Administración de Hospitales.
Edit. Interamericana.
México, D.F. 1963.
pp. 820.
20. KOONTZ, Harold.
Elementos de Administración.
5a. ed., Edit. MacGraw Hill.
México, D.F. 1993.
pp. 565.
21. MARTIN, Hernán San.
Salud y Enfermedad.
Edit. Prensa Médica Mexicana, S.A.
México, D.F. 1990.
pp. 817.
22. MAZZAFERO, Vicente Enrique.
Medicina en Salud Pública.
Edit. El Atenco.
Argentina, 1987.
pp. 604.
23. MC MAHON, Rosemary.
Administración Primaria de Salud.
Edit. Pacs.
México, D.F. 1988.
pp. 317.

24. Medicina Novohispana.
10 v.
Academia Nacional de Medicina
México, D.F. 1980.
pp. 200.
25. SOBERON, Guillermo.
La Salud en México. Testimonios.
México, D.F. 1985.
pp. 192.
26. SHERMAN Jr., Arthur W.
Administración de Personal.
Edit. Continental S.A.
México, D.F. 1989.
pp. 661.
27. YAÑEZ, Enrique.
Hospitales de Seguridad Social.
Edit. Limusa.
México, D.F. 1986.
pp. 227.