



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA



REVISIÓN TEÓRICA DEL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL COMO ESTRATEGIA
PARA LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ÁREA ASISTENCIAL DE UN
HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

TESINA

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA

PRESENTA

IRVIN SAMUEL DIONISIO CALDERON

ASESORA:

MTRA. PATRICIA GONZÁLEZ RAMÍREZ



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

ÍNDICE

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Fundamentación de la Tesina de Investigación.....	4
1.2 Descripción del Problema.....	6
1.3 Justificación de la Tesina.....	6
1.4 Ubicación de la Tesina.....	8
1.5 Objetivos	
1.5.1 Objetivo General.....	8
1.5.2 Objetivos Específicos.....	8

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico	10
2.1 Introducción al Diagnóstico Situacional.....	10
2.1.1 Nociones y Definiciones de la Planeación.....	10
2.1.2 Diagnóstico Administrativo.....	11
2.1.3 Tipos de Diagnóstico.....	12
2.1.3.1 Diagnóstico Empresarial.....	12
2.1.3.2 Diagnóstico Organizacional.....	13
2.1.3.3 Diagnóstico Situacional.....	14
2.1.3.4 Diagnóstico Estratégico.....	15
2.1.4 Consideraciones.....	16
2.1.5 Variables Administrativas Básicas (VAB).....	20
2.1.5.1 Tarea.....	26
2.1.5.2 Estructura.....	30
2.1.5.3 Persona.....	31
2.1.5.4 Ambiente.....	32
2.1.5.5 Tecnología.....	34
2.1.5.6 Competitividad.....	34
2.1.6 Conceptos y Generalidades para la Generación de Estrategias...	35
2.1.7 FODA.....	38
2.2 Sobre la Institución	41
2.2.1 Breve Semblanza del fundador Salvador Zubirán.....	41
2.2.2 Antecedentes Institución.....	42
2.2.3 Antecedentes Departamento de Enfermería.....	48
2.2.4 Misión Institucional.....	49
2.2.5 Visión Institucional.....	49
2.2.6 Valores Institucionales.....	49
2.2.7 Plan Estratégico Institucional.....	50

2.2.8 Lema Institucional.....	51
2.2.9 Misión y Visión de la Subdirección de Enfermería.....	51
2.2.10 Misión y Visión del Departamento de Enfermería.....	51

CAPÍTULO III

3. Metodología.....	53
3.1 Variables.....	54
3.1.1 Variable Independiente.....	54
3.1.2 Variable Dependiente.....	55
3.2 Tipo de diseño de Tesina	55
3.2.1 Tipo.....	55
3.2.2 Diseño.....	55
3.3 Técnicas de Investigación Utilizadas	55
3.3.1 Documental.....	55
3.3.2 Observación.....	56
3.3.3 Descriptivo.....	56
3.3.4 Análisis del Servicio, aplicando las Variables Administrativas Básicas	57
3.3.5 Aplicación del análisis FODA y Generación de Estrategias.....	88

CAPÍTULO IV

4. Conclusiones.....	102
4.1 Conclusiones.....	102
4.2 Recomendaciones.....	103

CAPÍTULO V

7. Referencias Bibliográficas.....	110
7.1 Anexos	114

A mi Madre, "La Güerita"

Por tu entrega total, el amor y la eterna búsqueda de nuestro bienestar. Temple y ejemplo para guiar mi camino. Por inculcar en mi desde pequeño la vocación de la más bella de las profesiones, mi amada Enfermería.

A mi "Hermanito Chulis"

Por tus grandes enseñanzas de vida, tu fortaleza, a ti mi eterno confidente y mi gran amigo. Por tu paciencia y comprensión. Soy y seguiré siendo tu eterno admirador.

A mis Ángeles

Que se nos han adelantado, pero nos cuidan desde donde se encuentren, nunca me eh sentido solo ya que siempre siento su apoyo y compañía. Aún están entre nosotros, mi hermano Luis Fernando "Tlacuachito" y mi Padre "el abuelo"

Hemos enfrentado grandes adversidades, siempre saliendo adelante y apoyándonos uno de otro, agradezco eternamente a Dios el haberme puesto en esta gran familia, pues me ha formado el carácter y la fortaleza para enfrentar a la vida. A cada uno de ustedes GRACIAS, éste logro es suyo. Los AMO.

A la Maestra Patricia González Ramírez

Por su apoyo y su vocación de servicio, por sus consejos y guía para la realización de presente trabajo. Esta tesina lleva el sello de su cordialidad y dedicación.

A todos Aquellos

A todos aquellos que me brindaron y me brindan su sincera amistad, a ti que has compartido gran parte de mi vida, a cada uno de mis maestros, mis jefes que confiaron, a mi escuela y mi universidad, a todos ellos por conspirar en este sueño hecho realidad.

“Sólo al tomar conciencia de su realidad, el hombre puede convertirse en el agente y sujeto de los cambios que en ella se dan.”

El diagnóstico situacional en áreas rurales, CUADERNOS DEL CREFAL, Pátzcuaro, Michoacán.

“Porque las estrategias de ayer no funcionaran hoy, y las de hoy no funcionaran mañana”

Anónimo

1 INTRODUCCIÓN

El servicio social se conceptualiza como un sistema de valores que orientan las diferentes áreas de conocimientos y habilidades hacia la realización de acciones tendientes hacia la solución de problemas y necesidades humanas, así como proveer los cuidados a nivel individual y colectivo que favorezca el desarrollo de la sociedad.¹

Uno de los conceptos que definen claramente el hacer del prestador de servicio social es el que lo concibe como un conjunto de actividades relacionadas con la formación profesional que realiza un estudiante del nivel superior, en atención a los problemas sociales, especialmente los más vulnerables, en un sentido de solidaridad, reciprocidad y retribución social, contribuyendo así al desarrollo integral del estudiante y al desarrollo social.²

Por otro lado, el servicio social con grupos de personas en áreas comunitarias y asistenciales tiene un amplio reconocimiento como una de las alternativas básicas de intervención profesional. En realidad, esa es la identidad propia del servicio social porque no hay que olvidar que todas las instituciones de educación superior, tanto públicas como privadas, tienen el mismo compromiso y responsabilidad social, es decir, contribuir al desarrollo social de nuestro país, fortaleciendo el vínculo universidad-sociedad que corresponde a su ámbito de trabajo ya sea federal, estatal o regional.

El presente trabajo se encuentra organizado por capítulos, en el primero da inicio con la fundamentación de la tesina en donde se explica por qué el eje de ésta sea la línea administrativa, haciendo una comparación sobre el cuidar y la administración retomada desde sus orígenes y la implicación que tienen en la actualidad, vinculándola a la vez con el perfil y las competencias que se adquieren

¹ Pérez Cabrera I, Müggenburg MC, Castañeda Godínez MC, Ramírez Toriz L. El Servicio Social en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO UNAM). Biblioteca Las casas. 2008 (Consultado el 05 de mayo del 2013) Disponible en <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc386.php>

² Hernández Galaviz, N. El Concepto de Servicio Social en Estudiantes de la Universidad Autónoma del Estado de Tlaxcala. (Consultado el 05 de mayo de 2013) Disponible en <http://www.comie.org.mx/congreso/memoria/v9/.../PRE1178756857.pdf>

en la formación universitaria; se continúa con la descripción del problema encontrado, y que a través de la justificación se dará un panorama de cómo se ocupará el trabajo en resolverlo, todo ello guiado por objetivos que se enuncian de acuerdo a la taxonomía de Bloom³, pretendiendo el logro de los mismos.

En el capítulo II se hace referencia al marco teórico donde se aborda el tema de la planeación como parte del proceso administrativo, ofreciendo diferentes conceptos de éste término para dar paso a la definición del diagnóstico, del cual se realiza una búsqueda de las diferentes concepciones y teorías desde su derivación etimológica, posteriormente se exponen los diferentes tipos de diagnósticos de enfoque administrativo, siendo el situacional el modelo a seguir para el estudio del servicio, además de justificar las razones de retomar el trabajo de Idalberto Chiavenato y la interpretación de las variables administrativas básicas como principal sustento teórico del presente trabajo.

Se prosigue con los antecedentes de la institución de salud y del departamento de Enfermería, donde el diagnóstico potencialmente aportará mejoras en la calidad de la atención; conociendo la misión y visión de todas estas instancias para ubicar el rumbo que se quiere tomar; para así crear y adecuar las propias del servicio.

Enseguida se continúa con la metodología, perteneciente al capítulo III, que muestra el estado actual del servicio de salud que sirve de punto de partida; posteriormente se puntualiza en las variables dependiente e independiente y se describe el tipo y diseño de tesina así como los métodos de investigación utilizados.

Se procede a aplicar las seis variables administrativas básicas incluyendo la propuesta de diagnóstico situacional al servicio a estudiar, por medio de descripción detallada de cada una de éstas, lo que permite conocer la realidad del servicio para transpolar los datos obtenidos y sean interpretados por medio del análisis que consiste en identificar fortalezas, oportunidades, debilidades y

³ Taxonomía de Bloom. (habilidades del pensamiento). Facultad de Estudios Superiores Cuautitlán. Universidad Nacional Autónoma de México. [en línea]. Último acceso 28 de Mayo 2013. Disponible en: www.Cuautitlan.unam.mx/descargas/recursosacademicos/taxonomiadebloom/

amenazas, denominado FODA, que se pone en práctica a cada variable para mayor impresión de la situación del servicio, inmediatamente, a partir del análisis se hace una propuesta de estrategias, interrelacionando así cada elemento del FODA para fundamentar cada uno de éstas.

Después del trabajo realizado se llega a la elaboración de las conclusiones, considerando el cumplimiento de los objetivos planteados, la adquisición de nuevas habilidades y conocimientos, así como la opinión personal y los agradecimientos por las facilidades que contribuyeron a la adquisición de experiencia durante el desarrollo de la recopilación de los aspectos teóricos del diagnóstico situacional

Finalmente se presenta la bibliografía consultada que ha servido para el sustento de este trabajo, además se incluyen las fuentes electrónicas.

1.1 Fundamentación de la Tesina de Investigación.

Hoy en día la profesión de Enfermería está inmersa en un entorno de constante cambio en el proceso salud-enfermedad, condicionado a los nuevos estilos de vida, generación de nuevas tecnologías y creación de políticas públicas; donde se requiere adaptar sus competencias asistenciales, docentes, administrativas e investigativas según la circunstancia en la que se encuentre, además de fundamentar su actuar para el desarrollo de su campo de acción ante las diversas profesiones que luchan constantemente por ser reconocidas por el ámbito social y científico.

Dentro del eje de las competencias administrativas de Enfermería se encuentra que es tan milenario como el otorgar cuidados, bien referida por Marie- Françoise Colliere en su obra *Promover la Vida*⁴, ubicándola dentro de la conceptualización de los cuidados que realiza la mujer en épocas remotas, ella hace énfasis en la repartición de actividades para la continuidad de la vida del grupo; partiendo de la misma premisa, se encuentra que la administración surge de la necesidad humana de organizarse para subsistir, ya que el hombre por sí solo, es incapaz de producir los satisfactores de sus necesidades⁵; desde entonces se puede identificar la sincronía de la administración con el acto de cuidar, eje primordial de la enfermería.

A esto se agrega que durante la formación académica se adquieren y desarrollan las competencias antes mencionadas, de acuerdo al plan de estudios de la licenciatura de Enfermería y Obstetricia. Desde un enfoque administrativo, se hace énfasis en las actividades para las que se prepara al Lic. En Enfermería y Obstetricia, citadas a continuación relacionado al segundo y tercer nivel de atención, dice:

⁴ Marie-Françoise Collière. Promover la vida. 2ª ed. Edit. McGraw-Hill/Interamericana, 2009. Pág 12- 13

⁵ Claude S., George y Álvarez Lourdes, Historia del pensamiento administrativo, México, Prentice Hall, 2005,pág . 313

Además de la función asistencial, relacionada con el cuidado directo al individuo, familia o comunidad, el egresado de enfermería asume funciones administrativas, de docencia y de investigación.

Las funciones administrativas consisten en la organización, dirección y gestión de los servicios de enfermería que garanticen el cuidado integral de las personas; (...)⁶

Y en el perfil de egreso reitera dicha labor:

Ejercer liderazgo para la toma de decisiones en el campo de la enfermería, en la coordinación de los grupos de trabajo y en la participación de la planeación de los servicios de salud.

Acrecentar la cultura de la enfermería con un permanente deseo de superación personal y actualización profesional.

Por todo lo anterior la profesión Enfermería se ha encargado de retomar las diferentes técnicas y teorías administrativas adaptándolas a su realidad para gestionar los diferentes recursos como son los materiales o humanos para encaminarlos, por medio del liderazgo, a la satisfacción del usuario de los servicios de salud.

⁶ Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de México. (ENEO-UNAM).Página de la ENEO –UNAM. [En línea] ultimo acceso 25 de Mayo 2013. Disponible en: <http://www.eneo.unam.mx/estudiosprofesionales/licenciaturaenenfermeriayobstetricia.php>

1.2 Descripción del Problema

Se cuenta con un diagnóstico situacional realizado en el año 2010, donde se lleva una metodología coherente y se exponen estrategias de algunas variables administrativas, sin embargo se observa que carece de fundamentación teórico-metodológica, reconoce la situación del servicio para entonces, dicho diagnóstico no tuvo un proceso de difusión ante los integrantes del servicio, por tanto se desconoce el entorno interno y externo así como los recursos y la estructura con la que cuenta el servicio de la organización de salud en estudio, no habiendo una descripción de sus fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que presenta.

1.3 Justificación de la Tesina

Todo servicio de salud debe estar encaminado a brindar atención de calidad y uno de los criterios más imperantes es la satisfacción del usuario. Enfermería como uno de los principales actores de ésta labor es la encargada de dirigir sus recursos materiales y humanos para alcanzar dicho fin. Sin embargo previo a implementar y dirigir programas de mejora, es necesario conocer el panorama donde se encuentra desarrollando su gestión, en dónde ésta tesina se encarga de realizar una recopilación bibliográfica de los referentes teóricos del diagnóstico, aplicable a un servicio de hospitalización en una institución de tercer nivel de atención, utilizando los elementos adquiridos en la formación universitaria para así refrendar el perfil de egreso del Licenciado en Enfermería y Obstetricia. Por tanto para conocer la situación en la que se encuentra el servicio objeto de estudio se requiere de la fundamentación teórica avalada por la metodología administrativa ya comprobada por teorías organizacionales, con el fin de que los objetivos que este trabajo persigue se cumplan.

En el análisis del servicio, se pretende utilizar un modelo ideal que sea flexible al medio en el que se desenvuelve y cursa, por ello se hace cita a diferentes teóricos

en el área de la administración y sus modelos para así deliberar la razón del diagnóstico, todo lo anterior con el sustento de una recopilación documental.

Tras ésta extensa búsqueda y revisión de las diferentes teorías de la administración, se decide como principal referente teórico a Idalberto Chiavenato con su concepción de las variables administrativas básicas ya que se ajustan a las necesidades y permite su aplicación con las características del servicio en estudio.

1.4 Ubicación de la Tesina

Se desarrolla en un servicio de hospitalización de una institución de tercer nivel, que es área de la investigación, para servir de sustento en la mejora del aspecto asistencial del profesional de enfermería.

1.5 Objetivos.

1.5.1 Objetivo General.

Realizar una revisión teórica del diagnóstico situacional que sirva como guía para la generación de estrategias de mejora en el área asistencial de enfermería en un servicio de hospitalización de una institución de tercer nivel.

1.5.2 Objetivos Específicos.

- ✓ Desarrollar en el pasante de la licenciatura en Enfermería y Obstetricia las competencias cognitivas, actitudinales y procedimentales adquiridas en la formación académica y aplicarlas al servicio de la organización de salud en estudio.
- ✓ Demostrar que el diagnóstico situacional en conjunción con la concepción de las variables administrativas por Idalberto Chiavenato es modelo ideal como base teórica para el estudio del servicio.
- ✓ Mostrar el panorama general en el que se encuentra el servicio reconociendo así las fortalezas, oportunidades amenazas y debilidades por medio de técnicas administrativas.
- ✓ Identificar las áreas de oportunidad aprovechando las fortalezas del servicio en estudio y prevenir las amenazas reduciendo las debilidades encontradas en éste mismo.

- ✓ Contar con un instrumento metodológico de carácter administrativo para guiar la toma de decisiones a partir del análisis reflexivo de la situación actual del servicio.

- ✓ Incentivar la actualización de normas, y políticas dirigidos al departamento de Enfermería a través de sus manuales administrativos y así unificar criterios y protocolos.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Introducción al Diagnóstico Situacional

2.1.1 Nociones y Definición de la Planeación

El Diagnóstico administrativo está integrado en planeación la cual es fase inicial del proceso administrativo, por ello es importante abordar las definiciones que proponen algunos autores previo al desarrollo del diagnóstico ya que se encarga de diseñar el rumbo de la organización para el alcance de metas y objetivos así como el seguimiento y cumplimiento de la misión y visión organizacionales.

Joaquín Rodríguez Valencia define la planeación *como todo proceso que comienza con la determinación de fijar objetivos mayores, es decir, objetivos generales de toda la organización, seguido de fijar políticas y estrategias, las cuales nos servirán de guía para la adquisición, uso y disposición de los recursos para la realización de los objetivos generales que se plantearon.*⁷

Para Agustín Reyes Ponce *consiste en fijar el curso concreto de acción que ha de seguirse, estableciendo los principios que habrán de orientarlo, la secuencia de operaciones para realizarlo y las determinaciones de tiempos y de números, necesarias para su realización.*⁸

Harold Koontz⁹ dice que *Incluye seleccionar misiones y objetivos y las acciones para alcanzarlos; requiere tomar decisiones: es decir, seleccionar entre diversos cursos de acción futuros.*

Idalberto Chiavenato aporta una definición más concreta y explicita la cual explica que *es visualizar el futuro y trazar el programa de acción*¹⁰

⁷ Rodríguez Valencia Joaquín. "Administración I". Edit. Thomson 2006. Pág. 121

⁸ Agustín Reyes, *Administración de empresas. Teoría y práctica. 1ª parte.* Edit. Limusa 2004. Pág.165.

⁹ Harold Koontz, *Administración. Una perspectiva global.* Edit. Mc Graw Hill. México 1998. Pág.118.

¹⁰ Idalberto Chiavenato, *Introducción a la teoría general de la Administración.* 7ª ed. Edit. Mc Graw Hill 2006 pág. 65.

Después de estas citas se puede identificar que la mayoría de los autores coinciden en que la planeación debe de tener una perspectiva hacia futuro para la determinación de sus estrategias y el buen alcance de objetivos, guiando así el sentido de la presente tesina.

2.1.2 Diagnóstico Administrativo

Hablar de diagnóstico situacional nos obliga a desmenuzar el concepto para su mejor entendimiento y posteriormente adentrarnos a los antecedentes del que el presente trabajo se ha ocupado. Siguiendo la razón de ésta idea la palabra diagnóstico está sujeta diversas definiciones según el sentido en el que éste se use, etimológicamente se deriva del griego *diagnostikós*, a su vez del prefijo día-, "a través", y gnosis, "apto para conocer". La real academia de la lengua lo define como: *"1. adj. Med. Perteneciente o relativo a la diagnosis.// 2. m. Med. Arte o acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos. //3. m. Med. Calificación que da el médico a la enfermedad según los signos que advierte"*¹¹ teniendo un sentido estricto del campo de la Enfermería lo ocupa para distinguir una de las etapas del proceso Enfermero; en el tema que atañe el éste trabajo, actualmente, el término es muy utilizado en las ciencias sociales y busca, por sobre todas las cosas, exponer los resultados conseguidos por medio de un estudio de investigación efectuado sobre la naturaleza y circunstancias de determinadas situaciones, analizando todos los datos al que accede el investigador del contexto.

Específicamente, en el área de las ciencias administrativas se ha adoptado el término diagnóstico como una etapa dentro del proceso de investigación organizacional, y toma el sentido según el objeto de investigación, época y teórico. De los más relevantes y difundidos se citarán: Diagnóstico Empresarial, Diagnóstico Organizacional, Diagnóstico Estratégico y Diagnóstico Situacional, que es de interés en el tema.

¹¹ Real Academia de la Lengua Española, España 2013. [en línea] ultimo acceso: 6 Mayo 2013 disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>

2.1.3 Tipos de Diagnóstico

Enrique René Velázquez en su tesis doctoral *Gestión Educativa* analiza y desarrolla los diversos tipos de diagnóstico y posteriormente hace la aplicación del diagnóstico situacional al sistema de educación de su país, Paraguay; se retoma lo que se considera trascendental para este marco referencial:

2.1.3.1 Diagnóstico Empresarial: De Martín Flor Romero (2006), citado del libro "Organización y Procesos Empresariales". Lo define como: "... el resultado de un proceso de investigación relacionado con la organización y el funcionamiento de las empresas, que permite determinar y evaluar las relaciones de causas-efectos de los problemas detectados y dar solución integral a los mismos"¹².

Cabe destacar la diferencia entre organización y empresa, pueden ser empleados como sinónimos pero poseen significados diferentes. Definiciones existentes las hay sobre éstos pero encaja con el desarrollo del tema la que aporta Juan Gerardo Garza Treviño (1999), que expresa: "Las organizaciones son cualquier tipo de institución social: la familia, un sindicato, la empresa, un club deportivo o una iglesia"¹³.

Se entiende por ende que la empresa es una modalidad específica de organización, en donde su finalidad tiene fines de lucro. Por tanto todas las empresas son organizaciones, pero no por eso todas las organizaciones son empresas.

Se pueden diferenciar de otra manera las organizaciones, clasificándolas por el tipo de modalidad o giro.

Trabajo realizado por Juan Gerardo Garza Treviño (1999)¹⁴ catalogándolas en base a los siguientes criterios

- ✓ Por su Finalidad: Lucrativas y No Lucrativas.

¹² Flor Romero, Martín "Organización y Procesos Empresariales" 5ª ed. Edit. Litocolor 2006 pág. 87.

¹³ Garza Treviño; Juan Gerardo "Administración Contemporánea" 2ª ed. Edit. Mc Graw Hill 1 999 pág. 40.

¹⁴ Ibídem. Pág. 42

- ✓ Por su Actividad: Industriales, Comerciales, Agrícolas y de Servicios.
- ✓ Por el Origen de su Capital: Pública y Privada.
- ✓ Por su Estructura: Personas Físicas y Personas Morales (jurídicas)

Chibli Yammal (1997)¹⁵ acepta la siguiente clasificación:

- ✓ Por el Interés que representan: Públicas y Privadas.
- ✓ Por el Fin que persiguen: Con Fines de Lucro y Sin Fines de Lucro.
- ✓ Por la Identidad de sus Titulares: Personales y Sociedades.
- ✓ Por su Relación con el Medio: Abiertas y Cerradas.
- ✓ Por su Legalidad: Lícitas e Ilícitas.

Ambas clasificaciones son válidas y aplicables, y se da énfasis en la coincidencia de la finalidad que persiguen, lucrativas y no lucrativas, clara diferencia de las organizaciones y empresas.

2.1.3.2 Diagnóstico Organizacional: por Harold Koontz (1998) en *"Administración, una perspectiva global"*, la toma como una de las etapas del Desarrollo Organizacional (DO). Cuando una empresa experimenta ciertos problemas y los directivos recurren a un experto para efectuar un cambio planeado en la organización. Ambos coinciden (directivos y el experto) en la necesidad de un Diagnóstico Organizacional. Así, el consultor procede a recopilar información en varias unidades organizacionales por medio de cuestionarios, entrevistas y observaciones. Los datos son analizados y preparados para retroalimentación¹⁶.

Harold Koontz dice: *"El proceso común del Desarrollo Organizacional (DO) incluye la identificación de problemas, el diagnóstico de una organización, la retroalimentación de información sobre la organización, el desarrollo de una*

¹⁵ Yammal, Chibil "Gestión de las Organizaciones I" Edit. Offset Nis. Argentina. Diciembre 1997.

¹⁶ Koontz, Harold y Weihrich, Heinz "Administración, una Perspectiva Global" 11ª ed. Edit. Mc Graw Hill 1998 pág. 470.

estrategia de cambio, intervenciones y medición y evaluación de las acciones de cambio"¹⁷.

Pareciera un modelo diagnóstico ideal para el estudio de esta investigación sin embargo el autor no toma en cuenta el medio o ambiente en el que la organización se desarrolla no siendo aplicable ya que los servicios de las organizaciones de salud están condicionados al medio y otros servicios con los que interactúa día a día.

2.1.3.3 Diagnóstico Situacional¹⁸: Idalberto Chiavenato(2006), el término diagnóstico situacional tiene mucho que ver con una corriente teórica denominada enfoque situacional o contingencial, que es una corriente que parte del principio según el cual la Administración es relativa y situacional, es decir, depende de las circunstancias ambientales y tecnológicas de la organización. En otras palabras, conjuga el momento y el contexto en que la organización se encuentra.

La palabra contingencia significa algo incierto o eventual, que puede suceder o no, dependiendo de las circunstancias. Se refiere a una proposición cuya verdad o falsedad solamente puede conocerse por la experiencia y por la evidencia, y no por la razón¹⁹.

El enfoque contingencial enfatiza que no se alcanza la eficacia organizacional, o sea, no existe una forma única y mejor para organizar en el sentido de alcanzarse los objetivos variados de las organizaciones dentro de un ambiente variado²⁰.

La teoría situacional enfatiza que no existe nada de absoluto en las organizaciones o en la teoría administrativa, todo es relativo, todo depende. El Enfoque contingencial explica que existe una relación funcional entre las

¹⁷ Ibídem pág. 471

¹⁸ Chiavenato, Idalberto "Introducción a la Teoría General de la Administración" 7ª ed. Edic. Mc Graw Hill 2006 pág. 429

¹⁹ Ibídem pág. 430

²⁰ Ibídem pág. 431

condiciones del ambiente y las técnicas administrativas apropiadas para el alcance eficaz de los objetivos de la organización²¹.

Se nota como un modelo más dinámico y adecuado al tema, ya que la condición actual no se considera estática si no condicionante al contexto en el que se desarrolla la institución y sus servicios, además de incluir las condiciones de la organización implica también el medio externo que es constante según las características del entorno.

El ambiente estable es el ambiente que presenta pocos cambios, y estos cambios generalmente son previsibles. Hay que tener en cuenta que la situación no va a ser permanente, no porque no se quiera sino mejor aún porque lo único constante es el cambio, y por más pequeño que este sea siempre genera un cambio en la organización.

2.1.3.4 Diagnóstico Estratégico: utilizado por Alfredo Pérez Alfaro (2000)²². Se percibe una intención al utilizar el término estratégico para dar énfasis sobre aspectos prefijados como directrices. En este sentido, se puede apreciar una mayor claridad porque toma en cuenta desde el inicio variables ya definidas por la misma organización que se encuentran establecidas en la visión y la misión.

El término estratégico toma un sentido que en este caso, el diagnóstico se enfoca directamente a evaluar la brecha existente entre lo que requiere hacer y lo que se hace, por lo que su contenido no considera otros aspectos emergentes que podrían ayudar a describir mejor el estado de la cuestión.

Así también, tomar significado que el diagnóstico estratégico viene a ser un segundo diagnóstico, puesto que el primer diagnóstico va a buscar interpretar una serie de factores que ayuden a conocer la situación en que se encuentra tomando en cuenta el macroambiente y el microambiente de la organización en cuestión.

²¹ Ibídem pág. 436

²² Pérez Alfaro, Alfredo "Control de Gestión y Tablero de Comando" 1a. ed. Edit. Depalma 2000 pág. 170

2.1.4 Consideraciones

Se opta por el diagnóstico situacional por ser considerado el más apropiado y ajustable para el estudio del servicio que está integrado a la organización de salud, ya que reúne requerimientos que empatan a las características del servicio, además por tener proyección al medio que le rodea, ya que toma en cuenta el medio interno, el entorno inmediato y ambiente externo de la organización.

El principal objetivo del Diagnóstico Situacional, es la de proporcionar información específica y fidedigna para así poder crear estrategias de mejora, guiar la toma de decisiones, renovación de normas y actualización de protocolos.

Ejemplificando el diagnóstico de una organización al ámbito de la salud, en específico, el de Enfermería, no existe una forma única de evaluar la salud de una persona, es decir, generalmente los profesionales de Enfermería iniciamos la valoración verificando la normalidad de los signos vitales a través de la frecuencia cardíaca, la presión sanguínea, frecuencia respiratoria, temperatura. Pero también se trata de analizar a las personas en lo relacionado con su cuerpo, mente, vida espiritual, vínculos con otras personas, proyectos, etc.; la llamada visión holística para nuestros usuarios de los servicios de salud, de igual manera ésta teoría propone analizar o valorar a las organizaciones de salud. Por ende el diagnóstico situacional es recoger y analizar datos para evaluar problemas de diversa naturaleza, un buen diagnóstico resulta de vital importancia para establecer los pasos a seguir en la búsqueda de erradicar los diferentes problemas que presenta la organización, ó en este caso el servicio. El diagnóstico es una herramienta básica para prever y adelantarse a acontecimientos futuros porque ayuda a identificar aspectos troncales, para que estos sean evaluados y valorados en su real dimensión.

El ambiente interno puede ser controlado a través de un análisis de los puntos fuertes y puntos débiles ya que es posible incidir directamente en los puntos débiles y fortalecer los fuertes. Sin embargo, en el ambiente externo, las variables

huyen al control de la organización, por ello es vital saber cómo aprovechar de las oportunidades y prever e inhibir las amenazas, todo esto con la intención de realizar mejoras por medio del análisis FODA y para la generación de estrategias bien sustentadas.

Milan Kubr (2002)²³ considera que, a veces el diagnóstico es considerado como la simple tarea de reunir, clasificar y analizar una gran cantidad de datos, inclusive muchos de los cuales no tienen relación alguna con el objetivo perseguido, sin embargo los datos son importantes, es más la construcción del diagnóstico requiere de datos y hechos, pero también es cierto que:

1. El diagnóstico es mucho más que una simple recopilación y análisis de datos;
2. El diagnóstico puede ser efectivo si es que se trabaja con determinados datos, elegido con criterio y coherencia; y
3. el diagnóstico debe contestar una batería de preguntas en forma imparcial y con la mayor claridad posible para que el investigador pueda alcanzar los objetivos propuestos.

Su objetivo es exactamente el problema que afronta el cliente de manera detallada y a fondo, poniendo al descubierto los factores y las fuerzas que ocasionan el problema que influyen en él, y preparar toda la información necesaria para decidir cómo se ha de orientar el trabajo encaminado a la solución del problema.

Como lo menciona Milan Kubr (2002),²⁴ la decisión a ser tomada es lo más importante para una organización. Los conocimientos acerca de la situación pueden minimizar el margen de error en la toma de decisiones. Coincide con lo referido por Idalberto Chiavenato en su discurso del diagnóstico situacional pues refiere que en las organizaciones nada es absoluto en las organizaciones, ya que considera que lo único absoluto en ellas es el cambio, y que mejor que conocer el

²³ Kubr, Milan "La Consultoría de Empresas" 3a ed. Edit. Limusa Noriega Editores, 2002 pág. 185

²⁴ Ibídem, pág. 187

ambiente en el que se desarrolla la organización para prever dichos cambios guiando la toma de decisiones basada en ésta premisa.

Teniendo el antecedente del diagnóstico situacional y haberlo elegido como modelo para analizar el servicio de tercer piso de hospitalización incorporado a una organización de salud de tercer nivel de atención, es vital establecer la forma que debe llevarse a cabo, por tanto se han investigado los autores y teóricos que aplican y proponen a éste como modelo y realizarlo efectivamente, acorde a al presente trabajo.

En naturaleza de la idea anterior Rodolfo Biasca (2001) expresa "*No hay un conjunto único de indicadores que sirva para todas las empresas. Pero si hay un conjunto mínimo de indicadores que permite tener una apreciación general o global de los resultados de una empresa con la finalidad de iniciar un diagnóstico competitivo*".²⁵ Contemplando que no hay un modelo ideal para el análisis de las organizaciones, pero si hay características mínimas que todas comparten, mostrando una introducción a las variables administrativas.

Jorge Vázquez (2006) refiere:

*No conocemos la existencia de una metodología de diagnóstico estratégico concreta, práctica, simple, comprensible y que integre de manera fácil y de rápida aplicación la complejidad del mundo en el que las empresas actúan, que brinde, a su vez, un marco de referencia amplio y completo, que se suficientemente flexible como para satisfacer las necesidades de todas las empresas que decidan utilizarla y que, además, no parametrize y acote rígidamente el análisis, sino que lo dote también de las subjetividades y la creatividad de quienes la apliquen.*²⁶

Fortaleciendo la idea del primer autor y agregando que este estudio debe ser adaptativo referente a la flexibilidad para entender las necesidades de la organización permeando en todos los ámbitos.

²⁵ Biasca, Rodolfo "¿Somos Competitivos?" Edit. Granica 2001 pág. 415

²⁶ Vázquez, Jorge y Stering, H. "Dirección Eficaz de PyMEs" 3ra. Edic. Macchi 2006 pág. 116.

Martín Flor Romero (2006), menciona que el enfoque del diagnóstico debe ser integral y sistémico de manera a abarcar la totalidad de las situaciones positivas (beneficios de las fortalezas y oportunidades) y negativas (importancia de las debilidades y amenazas) que permitan un análisis minucioso y profundo de las variables o condiciones ambientales, externas e internas que influyen o pueden influir en la organización y en el funcionamiento de una empresa o de un proyecto concreto²⁷.

Comenta sobre otro error muy frecuente que es buscar resolver los problemas ejerciendo acciones sobre los “síntomas” sin que se consideren las causas intermedias y originales del problema, retomando la idea inicial de la visión de la organización con la valoración de enfermería. Siendo la causa, la razón fundamental del problema explicando la existencia del mismo no se van a obtener los cambios esperados si se efectúan acciones sobre los efectos detectados.

Enrique Benjamín Franklin (2000) explica que para que el diagnóstico aporte elementos de decisión sustantivos tiene que incorporar la descripción de la organización de acuerdo con su situación actual y su trayectoria histórica²⁸.

Los comentarios anteriores y extraídos sobre el diagnóstico pertenecen a autores reconocidos que fusionan la experiencia, práctica y la teórica aplicable a un contexto con características similares al de éste estudio. Abordando al diagnóstico como un paso fundamental para cualquier actividad que implique la definición de un plan de acción efectiva hacia el mejoramiento de la organización.

Atendiendo lo expuesto con respecto a las distintas denominaciones de los diagnósticos a ser efectuados en una organización, el propósito del trabajo y las características de la organización a ser estudiada se considera que la denominación más pertinente a la intensión de este trabajo es el de “Diagnostico Situacional”.

²⁷ Flor Romero, Martín "Organización y Procesos Empresariales" 5ta. Edic. Litocolor 2 006 Pág. 89

²⁸ Franklin F., Enrique "Auditoría Administrativa" 1ra. Edic. Mc Graw Hill 2000.

En este sentido, el Diagnóstico Situacional:

- a) Tiene como objetivo examinar el problema que afronta la organización y debe considerar con claridad y precisión qué se pretende conseguir con el desarrollo del diagnóstico.
- b) Debe considerar factores internos y externos de la organización, valorados por su incidencia y repercusión.
- c) No tiene una forma única de llevarse a cabo, pues cada autor pone a consideración alternativas y combinaciones diferentes.
- d) Permite al investigador adelantar un pronóstico. Es decir, la evolución probable según las decisiones adoptadas.
- e) No incluye la puesta en práctica de soluciones. Esto se lleva a cabo en una fase siguiente.

2.1.5. Variables Administrativas Básicas

Para el diseño y el desarrollo del presente Diagnóstico Situacional aplicado a un servicio de hospitalización en una institución de tercer nivel de atención se pretende utilizar las que Idalberto Chiavenato (1980) denomina Variables Administrativas Básicas (VAB). Y que según éste autor, en su obra "Introducción a la Teoría general de la Administración", las VAB son los principales componentes en el estudio de la Administración de las organizaciones y empresas.

Chiavenato sostiene que:

El comportamiento de esos componentes es sistémico y complejo: cada cual influye y es influenciado a su vez, por los demás componentes. Las modificaciones que se llevan a cabo en uno de ellos provocan modificaciones en mayor o menor grado en los demás. Su comportamiento

*conjunto es diferente de la suma de los comportamientos de cada componente considerado de manera aislada...*²⁹

El citado autor identifica inicialmente cinco aspectos destacados que representan las áreas principales que toda organización comparte y define la personalidad de ésta, las llamadas *Variables Administrativas Básicas*, éstas son Tarea, Estructura, Persona, Ambiente y Tecnología. En el año 2006 en la séptima edición, la más reciente del libro, "*Introducción a la Teoría General de la Administración*", Chiavenato agrega una nueva variable que mejora, refuerza y actualiza a las ya existentes y la denomina competitividad, siendo finalmente hasta ahora, seis las variables.

Dentro de la Teoría General de la Administración en sus distintas variantes se hace énfasis a una o más de estas VAB. De modo que independientemente de la teoría administrativa que se utiliza, como marco de referencia, cada una de ellas hace hincapié en algunas de estas variables, resultando la concepción de las variables administrativas de Idalberto Chiavenato más apta para éste estudio.

Con respecto a la relevancia que las distintas teorías administrativas dan a estas variables, se puede señalar que:

- a) La tarea o actividad desarrollada por la organización en cuestión. Pone énfasis en esta variable las teorías que consideran a la administración como una ciencia aplicada a la racionalización y a la planeación de actividades operativas.
- b) La estructura que se refiere tanto a la estructura organizacional como a los recursos físicos con que cuenta la organización. Esta variable es enfatizada por aquellas teorías que consideran a la Administración como una ciencia encargada de configurar y estructurar los componentes de la organización.
- c) Las personas, recursos humanos y talentos que integran la misma. Esta variable es relevante para las teorías que consideran la Administración como una ciencia aplicada a las personas y sus actividades en las organizaciones.

²⁹ Chiavenato, Idalberto "*Introducción a la Teoría General de la Administración*" 4ta. Edic. Mc Graw Hill 1995. pág. 11-12

d) El ambiente, lugar donde se desarrolla la organización. Acentúan la importancia de esta variable las teorías que consideran la Administración como una ciencia que busca la adecuación de las organizaciones a las demandas y situaciones que ocurren en su contexto externo.

e) La tecnología o métodos y técnicas utilizadas. Dan especial énfasis a esta variable las teorías que consideran la Administración como una ciencia encargada de la aplicación exitosa de la tecnología en la actividad organizacional. Y,

f) La competitividad, definida como la "*capacidad de una organización para ofrecer productos y servicios mejores y más baratos, adecuados a las necesidades y expectativas del mercado, brindando soluciones innovadoras al cliente*".³⁰ Carlos Barber Kuri (2007)³¹ la define como como "*la capacidad de un individuo, empresa, región o país para posicionarse de manera ventajosa en un contexto de mercado el cual está siempre en constante evolución*" y lo relaciona con la globalización, donde compara aspectos positivos y negativos de la competitividad ante la globalización y resulta interesante que uno de los puntos que ésta provoca en el aspecto positivo el incremento en la calidad de los productos o servicios.

Esta variable es enfatizada especialmente en los nuevos enfoques en la Administración que surgen a partir de los años noventa.

La variable añadida complementa a todas y cada una de las ya existentes ya que incentiva a ese todo complejo en la búsqueda de la superación, evitando así la monotonía y conformidad. Esta nueva variable conecta a la organización con su entorno y evalúa su posición ante las organizaciones que se dedican al mismo rubro. Se puede decir de la misma manera que está condicionada por la globalización

³⁰ Chiavenato, Idalberto "Introducción a la Teoría General de la Administración" 7ma. Edic. Mc Graw Hill 2006 pág. 20.

³¹ Carlos Barber Kuri. Globalización y el reto de la competitividad. Boletín de la facultad de economía y negocios, Universidad Anáhuac 2007 [en línea] ultimo acceso 16 de mayo 2013. Disponible en: http://ols.uas.mx/fen/gestione/Desp_Arts.asp?titulo=62

Chiavenato señala que: "*La adecuación e integración entre esas seis variables son los principales desafíos de la administración*"³². Al respecto más adelante agrega:

*A medida que la administración enfrenta nuevas situaciones que surgen con el paso del tiempo y del espacio, las doctrinas y teorías administrativas requieren adaptar sus enfoques o modificarlos para mantenerse útiles y aplicables. Esto explica, en parte, los pasos paulatinos de la Teoría General de la Administración, al paso del tiempo y de la amplitud y la complejidad graduales que se acaban de exponer.*³³

Idalberto Chiavenato, al igual que autores connotados como George Terry (1970); Wilburg Jiménez Castro (1995); James Stoner (1986); Edgard Freeman (1986), Daniel Gilbert Jr (1986); Harold Koontz (1998); Heinz Erich (1998); entre otros; tácitamente coinciden en que las teorías administrativas fueron surgiendo como una respuesta a los problemas empresariales más importantes del momento y la época. De este modo, cada teoría que surgía cumplió un papel destacado al exponer alternativas de solución para cada dificultad presentada.

El citado estudioso presenta la siguiente clasificación teniendo en cuenta las principales teorías administrativas:

ÉNFASIS	TEORÍA ADMINISTRATIVA	ENFOQUES PRINCIPALES
En las Tareas	Administración Científica (1903)	Racionalización del trabajo a nivel operacional

³² Chiavenato, Idalberto "Introducción a la Teoría General de la Administración" 7ma. Edic. Mc Graw Hill 2006 pág. 11.

³³ *Ibíd*em pág. 12

	Teoría Clásica (1916), y Teoría Neoclásica (1954)	Organización formal Principios generales de la administración Funciones del Administrador
En la Estructura	Teoría de la Burocracia (1909)	Organización formal burocrática Racionalidad organizacional
	Teoría Estructuralista (1947)	Enfoque múltiple: Análisis formal e informal Análisis intraorganizacional e interorganizacional
En las Personas	Teoría de las Relaciones Humanas (1932)	Organización informal Motivación, liderazgo, comunicacio nes y dinámica de grupo
	Teoría del Comportamiento Organizacional(1957)	Estilos de Administración Teoría de las decisiones Integración de los objetivos organizacionales e individuales
	Teoría del Desarrollo Organizacional (1962)	Cambio organizacional planeado Enfoque de sistema abierto
El Ambiente	Teoría Estructuralista (1947)	Análisis intraorganizacional y análisis ambiental Enfoque de sistema abierto
	Teoría de la Contingencia (1972)	Análisis ambiental (imperativo ambiental) Enfoque de sistema abierto

En la Tecnología	Teoría de la Contingencia (Situacional) (1972)	Administración de la tecnología (imperativo tecnológico)
En la Competitividad	Nuevos Enfoques en la Administración (1990 en adelante)	Caos y complejidad Aprendizaje organizacional Capital intelectual

Fuente: Chiavenato, Idalberto "Introducción a la Teoría General de la Administración" 7ª. Edic. Mc Graw Hill 2006 pág. 12.

El cuadro presentado muestra un resumen cronológico de la relación existente entre las principales teorías administrativas y las VAB añadiendo las alternativas presentadas por los teóricos para superar carencia también presentadas; es de gran aportación ya que los puntos que se desarrollan de cada variable guían y fundamentan la aplicación de éstas en el servicio a estudiar, permitiendo conocer los antecedentes teóricos que impulsaron su creación.

Así también, el citado autor hace alusión a la existencia de una interacción o acción entre las variables, puesto que la organización como un sistema (un todo integrado) y la interdependencia o dependencia recíproca de cada una de estas variables administrativas básicas hacen que cualquier cambio que se efectúe en una de las variables incida directa o indirectamente en las otras variables; generando así en esta exagerada complejidad, la posibilidad de producir como efecto innumerables alternativas o situaciones.

Dada la adaptabilidad de las VAB, sin depender del tamaño o giro de la organización, se considera que las mismas constituyen un punto de partida adecuado para la elaboración de un Diagnóstico Situacional.

Dada la necesidad de focalizar de manera adecuada y crítica el contenido a ser desarrollado por cada VAB, realizará un desglose para cada variable, que permita identificar aspectos relevantes y adecuados para efectuar el Diagnóstico

Situacional en cualquier organización. A continuación se presenta una definición de cada Variable Administrativa Básica:

2.1.5.1 Tarea

La real academia de la lengua española lo define como "*Trabajo que debe hacerse en un tiempo limitado*"³⁴. Administrativamente se define como "*acción única y completa realizada por una persona, en un tiempo determinado. La tarea tiene una acción de inicio y otra de fin, perfectamente caracterizable*"³⁵

Esta variable administrativa permea en los servicios de salud ya que toda tarea que incumbe a ésta área pertenece a una actividad bien definida que puede englobar un proceso o varios y se desarrolla en un tiempo determinado. La tarea debe ser detallada detenidamente analizando el cómo lo hacen en la organización. Tal como se demostró hay tendencia del enfoque científico pues busca dar mayor importancia al desarrollo de la actividad.

Dentro de la tarea engloba términos que la conforman y condicionan y se desarrollan en: acción, secuencia, supervisión, eficiencia, eficacia y efectividad, que de los últimos tres conceptos se profundizarán como aspectos necesarios de análisis en la organización.

- Acción: "*Hecho por medio del cual se materializan los proyectos y actividades de la administración*".³⁶ "*Se refiere al ejercicio o al acto de hacer algo, con un determinado propósito*"³⁷. Definiendo así el verbo de cada tarea.
- Secuencia: "*Serie o sucesión de actividades que guardan entre sí relación*".³⁸ Es el ordenamiento de los pasos basado en un criterio coherente

³⁴ Real Academia de la Lengua española, España 2013. [en línea] último acceso: 6 Mayo 2013 disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>

³⁵ Flor Romero, Martín "Organización y Procesos empresariales" 5ta. Edic. Editora Litocolor 2006 pag.598

³⁶ Franklin, Enrique "Organización de Empresas" Mc Graw Hill 1998 pág. 323.

³⁷ Flor Romero, Martín "Organización y Procesos empresariales" 5ta. Edic. Editora Litocolor 2006 pág.581.

³⁸ Real Academia de la Lengua española, España 2013. [en línea] último acceso: 6 Mayo 2013 disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>

con lo que se podrá obtener sucesos con muy poca o ninguna superposición.

Con frecuencia se emplean los términos eficacia, efectividad y eficiencia en circunstancias que su significado es diferente. Ellos pueden tomar numerosas acepciones en dependencia del área en que se apliquen (medicina, gerencia, ingeniería, etc.). Dando un enfoque aplicado a los servicios de salud de éstos conceptos, para su mejor explicación, se da cita a varios autores que los emplean y adatan al sentido estricto de los servicios de salud.

- Eficacia: "*Es la medida de desempeño externo de una organización. Está relacionada con la capacidad de la empresa o sectores de la misma, para detectar y satisfacer las demandas y expectativas de los clientes o usuarios*".³⁹

También se refiere a los resultados en relación con las metas y cumplimiento de los objetivos organizacionales. Para ser eficaz se deben priorizar las tareas y realizar ordenadamente aquellas que permiten alcanzarlos más y mejor. Es el grado en que un procedimiento o servicio puede lograr el mejor resultado posible⁴⁰. Es la relación objetivos/resultados bajo condiciones ideales y se expresa

$$\text{Eficacia} = \frac{\text{Objetivos}}{\text{Resultados}}$$

por la fórmula⁴¹:

Cuando se crean condiciones de máximo acondicionamiento para alcanzar un fin y este se logra, los recursos puestos en función de este fin fueron eficaces.

³⁹ *Ibíd.* pág.588.

⁴⁰ Bouza A. Reflexiones acerca del uso de los conceptos de eficiencia, eficacia y efectividad en el sector de la salud. Rev. Cubana Salud Pública 2000. [en línea] ultimo acceso 17 mayo 2012. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol26_1_00/spu07100.htm

⁴¹ *Ibíd.*

En este campo, la eficacia se define como la expresión general del efecto de determinada acción cuyo objetivo es perfeccionar la atención médica. La eficacia de un procedimiento o tratamiento en relación con la condición del paciente, se expresa como el grado en que la atención/intervención ha demostrado lograr el resultado deseado o esperado.

- *Eficiencia*: empleo de los medios de tal forma que satisfagan un máximo cuantitativo o cualitativo de fines o necesidades humanas. Consiste en un buen uso de los recursos, en lograr lo mayor posible con aquello que contamos. Si un grupo humano dispone de un número de insumos que son utilizados para producir bienes o servicios entonces se califica como eficiente a quien logra la mayor productividad con el menor número de recursos.

Eficiencia se emplea para relacionar los esfuerzos frente a los resultados que se obtengan⁴². Si se obtienen mejores resultados con menor gasto de recursos o menores esfuerzos, se habrá incrementado la eficiencia. Esto es alcanzar los objetivos por medio de la elección de alternativas que pueden suministrar el mayor beneficio. Es la relación recursos/resultados bajo condiciones reales y se expresa

$$\text{Eficiencia} = \frac{\text{Recursos}}{\text{Resultados}}$$

por la fórmula⁴³:

La eficiencia supone conseguir un resultado concreto a partir de un mínimo de recursos o bien obtener el máximo beneficio de unos recursos limitados.⁴⁴

⁴² Los términos: eficiencia, eficacia y efectividad ¿son sinónimos en el área de la salud? Dra. Rosa María Lam Díaz. Instituto de Hematología e Inmunología. Ciudad de La Habana, Cuba. [en línea] ultimo acceso 15 Mayo 2013. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/hih/vol24_2_08/hih09208.htm

⁴³ Bouza A. Reflexiones acerca del uso de los conceptos de eficiencia, eficacia y efectividad en el sector de la salud. Rev. Cubana Salud Pública 2000. [en línea] ultimo acceso 17 mayo 2012. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol26_1_00/spu07100.htm

⁴⁴ Ibídem

La eficiencia se evalúa a partir de comparaciones. Los estudios de eficacia y efectividad no incluyen recursos, los de eficiencia sí. En la eficiencia se consideran los gastos y los costos relacionados con la eficacia o efectividad alcanzados.

En resumidas cuentas la eficiencia: "*Es la medida de desempeño interno de la organización. Está relacionada con los recursos empleados para la empresa o sectores de la misma, para conseguir los objetivos deseados*".⁴⁵

- *Efectividad* es la relación objetivos/resultados bajo condiciones reales y se

$$\text{Efectividad} = \frac{\text{Objetivos}}{\text{Resultados}}$$

expresa por la fórmula:

Esto quiere decir que el propósito se ha logrado bajo las condiciones reales del lugar donde la acción se llevó a cabo. Dicho de otra manera, cuando se llevan a la práctica acciones para lograr el propósito que previamente se alcanzó bajo condiciones ideales y este se consigue en las condiciones reales existentes, entonces los recursos puestos en función para ese fin fueron efectivos.

Entonces efectividad "*Es la medida de desempeño interno-externo de una organización*"⁴⁶. Es la combinación de la eficiencia y la eficacia en la organización.

La efectividad es un término de mayor alcance que la eficacia, pues expresa la medida del impacto que un procedimiento determinado tiene sobre la salud de la población; por lo tanto, contempla el nivel con que se proporcionan pruebas, procedimientos, tratamientos y servicios y el grado en que se coordina la atención al paciente entre médicos, instituciones y tiempo.⁴⁷

⁴⁵ *ibíd.*, pág. 58

⁴⁶ Flor Romero, Martín "Organización y Procesos empresariales" 5ta. Edic. Editora Litocolor 2006 pág.587.

⁴⁷ Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. Jiménez RE. Rev. Cubana Salud Pública 2004; 30(1): [en línea]. Ultimo acceso 15 Mayo 2013 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100004&lng=es&nrm=iso

- Supervisión: "*Nivel específico de dirección de una estructura organizacional. Ejercer el control de las tareas y responsabilidades de otros*".⁴⁸
- Tiempo: Es uno de los recursos más valiosos a disposición del hombre. Se caracteriza por ser un recurso inestático, único e irremplazable y a diferencia de otros recursos, es poseído en iguales cantidades por todos. Las relaciones y el tiempo son fundamentales para las actividades de la planificación. La planificación produce una imagen de las circunstancias futuras deseables, dados los recursos actualmente disponibles, las experiencias pasadas, etc.⁴⁹

2.1.5.2 Estructura

En relación a la estructura, Chiavenato (2006) comenta que abarca el análisis interno de la totalidad de los elementos que la constituyen, como su disposición a la interrelación existente entre estos. La estructura da la forma, el estilo de agrupación. Toma en cuenta el contenido, los elementos que posee para poder entender su uso y disposición. Esta variable se fundamenta en el enfoque clásico de la administración por lo que prioriza el diseño.

En este caso, para enriquecer su contenido se desarrolla en estructura organizacional, infraestructura, maquinarias y herramientas.

- Estructura Organizacional: "*La estructura organizacional es la disposición orgánica de las partes de una organización. Conjunto de actividades, procesos y relaciones entre los distintos elementos, niveles o grupos de una organización*"⁵⁰. Viene a ser la manera en que se divide, organiza y coordina las actividades que va a llevar a cabo la organización.

⁴⁸ Flor Romero, Martín "Organización y Procesos empresariales" 5ta. Edic. Editora Litocolor 2006 pág.598.

⁴⁹ Reyes Cano Liz de Montserrat. Conceptualización del Proceso Administrativo [en línea] México 1990 ultimo acceso 6 de Mayo 2013 Disponible en:
http://www.elprisma.com/apuntes/administracion_de_empresas/procesoadministrativoconcepto

⁵⁰ Flor Romero, Martín "Organización y Procesos empresariales" 5ta. Edic. Editora Litocolor 2006 pág.589

- Infraestructura: *Conjunto de elementos o servicios que se consideran necesarios para la creación y funcionamiento de una organización cualquiera.*⁵¹ En este sentido, incluye instalaciones, depósitos, talleres, edificios y rodados perteneciente a la organización.⁵²
- Maquinarias y Herramientas: La máquinas son dispositivos mecánicos que permiten transformar la energía o trabajo. Además, facilitan cualquier proceso por su rapidez y eficiencia. Las herramientas comprenden instrumentos de trabajo que, por su costo y precisión requieren ser separados de los demás utensilios⁵³.
- Seguridad: Constituyen documentos, normas, dispositivos, mecanismos y utensilios cuyo fin es velar por la integridad de los trabajadores como así también de los activos pertenecientes a la organización.

2.1.5.3 Persona

Toma en cuenta al factor humano de la organización. Los integrantes de la misma con sus talentos, comportamientos y características que se encuentran influenciadas por las normas, costumbres e historias de la organización⁵⁴.

- Cultura Organizacional: *"La serie de entendidos importantes, como normas, valores, actitudes y creencias, compartidos con los miembros de la organización".*⁵⁵
- Aptitud: *"Potencial físico y mental que posee una persona para realizar un determinado trabajo. Conocimiento de trabajo, capacidad y disposición para*

⁵¹ Real Academia de la Lengua española, España 2013. [en línea] ultimo acceso: 6 Mayo 2013 disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>

⁵² Balderas Pedrero Ma. de la Luz "Administración de los Servicios de Enfermería 5ta. Edic. Edit. Mc Graw Hill Interamericana 2012 p 16

⁵³ Wikipedia enciclopedia libre. Máquina- herramienta [en línea] último acceso 6 Mayo 2013. Disponible en: http://es.wikipedia.org/wiki/M%C3%A1quina_herramienta

⁵⁴ Fuente: Chiavenato, Idalberto "Introducción a la Teoría General de la Administración" 7a. Edic. Mc Graw Hill 2006 pág. 106.

⁵⁵ Stoner, James; Freeman, Edward y Gilbert, Daniel "Administración" 6ta. Edic. Prentice Hall 1996.

*el buen desempeño, así como para cumplir con las responsabilidades que implica el compromiso asumido*⁵⁶. Es el conocimiento y la capacidad para el buen desempeño o ejercicio de un trabajo, proyecto, función, etc.

- **Actitud:** Martín Flor Romero (2006) lo define como: *“la predisposición favorable o desfavorable de una o más personas, para responder de una manera particular ante una situación externa”*. Es el estado de ánimo, aceptación, rechazo o indiferencia, manifestada por una o más personas con relación a su trabajo, jefe o a la empresa misma. Es la motivación, la predisposición para hacer las cosas.
- **Derechos y Obligaciones:** El derecho es la potestad que posee el empleado de realizar determinados actos, de gozar determinados privilegios y prestaciones establecidos por ley o reglamento interno de la organización. La obligación es el vínculo por el cual el empleado debe efectuar la prestación de un servicio según las necesidades de la empresa. La misma está establecida por ley o reglamentos internos de la organización.
- **Comunicación e Información:** La comunicación es la acción por la cual en la organización se transmite y se recibe órdenes, instrucciones, informes, opiniones, ideas, pensamientos, etc. Información es el conjunto de noticias, referencias e históricos concernientes a la organización y su rubro o giro. El manejo del mismo por los integrantes y su utilización.

2.1.5.4 Ambiente

Conjunto de condiciones internas y el entorno inmediato que pueden influenciar en el comportamiento de las organizaciones.

⁵⁶ Flor Romero, Martín "Organización y Procesos empresariales" 5ta. Edic. Editora Litocolor 2006 pág. 582

- Cliente: Persona que utiliza el servicio ofrecido por la institución para satisfacer sus necesidades. Es la denominación con el que se va a designar a toda persona que adquiere el servicio, permitiendo así el cumplimiento de la misión institucional y la continua existencia de la organización.
- Servicios: Cualquier actividad o beneficio que una parte puede ofrecer a otra y que es básicamente intangible y no tiene como resultado propiedad de algo⁵⁷. Cada una de las distintas actividades realizadas por la organización y sus integrantes para cuidar determinados intereses y satisfacer las necesidades de los clientes.
- Proveedores: Personas u organización que proporciona un producto o servicio a otra persona o unidad de la organización⁵⁸. Empresas que abastecen de todo lo necesario a la organización en cuestión para su buen funcionamiento. Dentro de este apartado se incluyen la materia prima como así también los insumos.
- Competidores: Grupo de organizaciones que se dedican a las mismas actividades que la organización en análisis. Se debe tener en cuenta una diferenciación de los competidores directos y los potenciales.
- Creatividad e Innovación: Capacidad e ingenio que posee la organización para generar algo nuevo, o poder innovar algo existente. Es la disposición natural para crear o innovar.

⁵⁷ Kotler, Philip y Armstrong, Gary "Fundamentos de Marketing" 6ta. ed. Pearson Prentice Hall. 2003. pág. 67.

⁵⁸ Chiavenato, Idalberto "Administración en los Nuevos Tiempos" 1^{ra}. Edic. Mc Graw Hill 2004. pág. 436.

2.1.5.5 Tecnología

Flor Romero (2006) se refiere a la tecnología como el conjunto de conocimientos técnicos especializados que se aplican para satisfacer las necesidades humanas y empresariales.

En este sentido se considera que la desagregación adecuada este conformada por Registros y Archivos; Medios Informáticos; Métodos y Técnicas; Investigación y Desarrollo; y, Productividad.

- **Registros y Archivos:** Los registros son formas empleadas por la organización para su control. Incluye todo tipo de registración realizada por la misma. El archivo se refiere a la clasificación, ordenación, guardado y conservación de los documentos y medios de almacenamientos utilizados.
- **Medios Informáticos:** Constituye la combinación de métodos de trabajo (software) y los equipos (hardware) utilizados para transformar insumos en resultados organizacionales.
- **Investigación y Desarrollo:** Se ocupa de la búsqueda y estudio de procedimientos, operaciones y técnicas científicas y tecnológicas para crear productos, procesos y servicios que puedan beneficiar en un orden físico o intelectual el mejoramiento de las actividades de la organización.

2.1.5.6 Competitividad

La competitividad es la capacidad que tiene una organización en ofrecer servicios y/o productos en mejores condiciones, y de acuerdo a las exigencias y necesidades de las personas que requieren de dichos servicios y/o productos.

- **Productividad:** Aumento de la producción que se obtiene mediante la utilización adecuada de los recursos productivos (mano de obra, máquinas, equipos, herramientas, materia prima, energía, tiempo y otros), lográndose

de esta forma una disminución en el costo de producción de los bienes o servicios que produce la empresa. Este aumento se debe principalmente a la racionalización de los métodos y sistemas de trabajo, y a la adecuada utilización de los recursos empresariales⁵⁹.

- Calidad: Conformación con las exigencias, la adecuación a la finalidad o uso y la capacidad de atender durante todo el tiempo las necesidades del cliente⁶⁰.
- Cantidad: Propiedad de todo lo que es capaz de aumento o disminución, y puede, por consiguiente, medirse o numerarse.⁶¹
- Costo: Es la medición en términos monetarios, de la cantidad de recursos que se usan para algún propósito (mide el uso de elementos, el dinero es el denominador común e indistintamente toma en cuenta cosas o servicios).⁶²

2.1.6 Conceptos y Generalidades para la Generación de Estrategias

La estrategia es, básicamente el curso de acción que la organización elige, a partir de la premisa de que una posición futura diferente le proporcionará ganancias y ventajas en relación con su situación actual. Al mismo tiempo, la estrategia es un arte y una ciencia; es reflexión y acción, o bien, es pensar para actuar y no solo pensar antes de actuar. En esencia, la estrategia es una elección que involucra a toda la organización y que consiste, por una parte, en seleccionar de entre varas alternativas existentes las más convenientes, de acuerdo a los

⁵⁹ Ibídem pág.596.

⁶⁰ Chiavenato, Idalberto "Administración en los Nuevos Tiempos" 1ª ed. Edit. Mc Graw Hill 2004. pág. 710

⁶¹ Real Academia de la Lengua española, España 2013. [en línea] ultimo acceso: 6 Mayo 2013 disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>

⁶² Pérez Alfaro, Alfredo "Control de Gestión y Tablero de Comando" 1ª ed. Edit. Depalma 2000 pág. 176

factores internos y externos de la organización; y, por otra parte, en tomar las decisiones con base a esa elección.⁶³

Desde su derivación etimológica la palabra estrategia proviene del griego *strategos*, que significa “un general”. A su vez, se aplicó el verbo griego, *stratego*, que significa “planificar la destrucción de los enemigos en razón del uso eficaz de los recursos”. El concepto estrategia en un contexto militar y político es bien conocido desde hace cientos de años.⁶⁴

En relación a los objetivos que se plantean indican lo que se quiere y debe hacer y las estrategias señalan cómo se debe hacer. Los objetivos establecen el rumbo, tal como una brújula orienta al pescador. Las estrategias definen cómo desplegar, reasignar, ajustar y reconciliar de forma sistemática los recursos disponibles de la organización y cómo utilizar las competencias para aprovechar las oportunidades que surgen en el entorno y para neutralizar las posibles amenazas. Las estrategias sustentan su capacidad de maniobra en escenarios cada vez más cambiantes, dinámicos y complejos. Luego entonces, los objetivos establecen los fines y las estrategias definen los medios para alcanzarlos. Para mantener una ventaja competitiva en un mundo muy competido y a lo largo de su cadena de valor, la organización debe buscar uno de tres diferentes conjuntos de estrategias, alineados a sus políticas:⁶⁵

1. Excelencia operacional: A ella se asocian las estrategias desarrolladas para alcanzar la eficiencia y la regularidad, las cuales llevan a una organización a alcanzar la magnificencia en los procesos administrativos y operacionales esenciales.

⁶³ Chiavenato, Idalberto. Planeación estratégica, fundamentos y aplicaciones. 2ª ed. Edit. Mc Graw Hill Interamericana, 2011. Pág. 4

⁶⁴ Curso de dirección estratégica en las empresas. España 2013 [en línea] último acceso 3 Junio 2013. Disponible en: <http://www.adrformacion.com/cursos/diremp/leccion1/tutorial1.html>

⁶⁵ Chiavenato, Idalberto. Planeación estratégica, fundamentos y aplicaciones. 2ª ed. Edit. Mc Graw Hill Interamericana, 2011. Pág. 208

2. Liderazgo de producto/servicio: Son estrategias desarrolladas para la innovación, que ofrecen productos innovadores o elevado desempeño de los servicios.

3. Empatía con el cliente: Son estrategias desarrolladas para la flexibilidad porque ofrecen a clientes específicos lo que quieren. Los requisitos esenciales son: personalización, excelencia en la tipificación de los clientes para satisfacer distintas necesidades y competencia para sustentar relaciones de largo plazo con los mismos.

Las estrategias para el mediano plazo se detallan por medio de tácticas, que describen con detenimiento la aplicación de los recursos de la organización y de las competencias funcionales por áreas, departamentos y gerencias, y éstas, a su vez, se desglosan en planes operacionales (de acción) por equipos que preparan y detallan dichos planes para asegurar que se alcanzarán los objetivos de los diferentes niveles.

La estrategia en cualquiera de sus definiciones tiene cuatro elementos en común: en primer lugar está el concepto de ambiente, es decir, una serie de condiciones ajenas a la empresa, a las que ésta debe responder. Algunas de éstas son: negativas: (amenazas) y otras positivas (oportunidades). En segundo, la empresa debe establecer metas u objetivos básicos. El objetivo de nivel más alto se suele conocer como la misión, es decir, una definición de la razón de ser de la empresa. En tercero, la gerencia de la empresa debe realizar un análisis de la situación, con objeto de determinar su posición en el ambiente y su cantidad de recursos. Este análisis se suele conocer cómo fuerzas, debilidades, oportunidades y amenazas. Por último la empresa proyecta cómo aplicar sus recursos, con el propósito de alcanzar sus metas y lograr adecuarse lo mejor posible a su ambiente⁶⁶.

⁶⁶ Ibídem. Pág. 209

2.1.7 FODA

La Matriz FODA: es una estructura conceptual para un análisis sistemático que facilita la adecuación de las amenazas y oportunidades externas con las fortalezas y debilidades internas de una organización⁶⁷.

Esta matriz es ideal para enfrentar los factores internos y externos, con el objetivo de generar diferentes opciones de estrategias. (F) Fortaleza; (O) Oportunidades; (D) Debilidades; (A) Amenazas. Tiene como objetivo Identificar hasta qué punto la estrategia actual de una organización y sus puntos débiles, más específicos son relevantes para ésta, además de ser capaces para afrontar cambios que tienen lugar en el medio ambiente de la empresa⁶⁸.

Análisis del Entorno⁶⁹

Consiste en determinar las amenazas y oportunidades que pueden ofrecer a la organización una situación de riesgo o una ventaja favorable, respectivamente.

Amenazas: Son las situaciones desfavorables actual o futura externa a la organización, pero que debe ser enfrentada, con la finalidad de minimizar sus efectos y eliminarla, para evitar daños y riesgos de pérdidas sobre el desempeño organizacional y que a su vez, afecte la supervivencia de la empresa.

Oportunidades: Es una situación favorable, actual o futura, encontrada en el entorno, la cual puede repercutir positivamente en un mejor posicionamiento de la organización dentro del mercado, promoviendo ventajas competitivas hacia afuera, o mejoramiento de los procesos hacia dentro.

Análisis interno⁷⁰

⁶⁷ Ibídem. Pág. 162

⁶⁸ Hugo Esteban Glagovsky. Facultad de Ciencias. Económicas, Matriz FODA, Universidad de Buenos Aires, Argentina [en línea] Último acceso 11 de junio 2013. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos10/foda/foda.shtml>

⁶⁹ Secretaria de Salud- Subsecretaria de innovación y calidad. Análisis FODA. México. [en línea] Último acceso 11 de Junio 2013. Disponible en:

<http://www.cca.org.mx/funcionarios/cursos/ap089/apoyos/m3/analisis.pdf>

⁷⁰ Ibídem. Pág. 1

Consiste en el análisis de las debilidades y fortalezas que tiene la organización, que pueden afectar negativa o positivamente su gestión y para hacerle frente al entorno competitivo.

Están inmersos en los sistemas internos de la organización, tales como: productos, recursos humanos, tecnología, insumos, administración.

Fortalezas: Son aquellas características propias de la empresa que le facilitan o favorecen el logro de los objetivos organizacionales. Es una posición favorable que sitúa a la organización en una condición de responder eficazmente ante una oportunidad o una amenaza.

Debilidades: Son aquellas características propias de la empresa que constituyen obstáculos internos al logro de los objetivos organizacionales.

Es una característica desfavorable, que tiene la organización con respecto a alguno de los elementos y que la limita para responder eficazmente las oportunidades y amenazas del entorno.

Matriz FODA para la formulación de estrategia⁷¹

La matriz FODA: Conduce al desarrollo de cuatro tipos de estrategias.

1. La estrategia FO: Es basa en el uso de fortalezas internas de la organización con el propósito de aprovechar las oportunidades externas. Este tipo de estrategia es el más recomendado. La organización podría partir de sus fortalezas y a través de la utilización de sus capacidades positivas, aprovecharse del mercado para el ofrecimiento de sus bienes y servicios.

2. La estrategia FA: Trata de disminuir al mínimo el impacto de las amenazas del entorno, valiéndose de las fortalezas. Esto no implica que siempre se deba afrontar las amenazas del entorno de una forma tan directa, ya que a veces puede resultar más problemático para la institución.

⁷¹ Instituto Politécnico Nacional – Secretaría de planeación y organización. Metodología para el análisis FODA. México 2002. Pág. 8. [en línea] Último acceso 13 de junio 2013. Disponible en: http://www.uventas.com/ebooks/Analisis_Foda.pdf

3. La estrategia DA: Tiene como propósito disminuir las debilidades y neutralizar las amenazas, a través de acciones de carácter defensivo. Generalmente este tipo de estrategia se utiliza sólo cuando la organización se encuentra en una posición altamente amenazada y posee muchas debilidades, aquí la estrategia va dirigida a la sobrevivencia. En este caso, se puede llegar incluso al cierre de la institución o a un cambio estructural y de misión.

4. La estrategia DO: Tiene la finalidad mejorar las debilidades internas, aprovechando las oportunidades externas, una organización a la cual el entorno le brinda ciertas oportunidades, pero no las puede aprovechar por sus debilidades, podría decir invertir recursos para desarrollar el área deficiente y así poder aprovechar la oportunidad.

		Análisis interno	
		Fortalezas	Debilidades
Análisis externo	Oportunidades	Estrategias para maximizar las fortalezas y aprovechar las oportunidades del entorno	Estrategias para minimizar las debilidades, mejorar y aprovechar las oportunidades del entorno
	Amenazas	Estrategias para maximizar las fortalezas, y enfrentar las amenazas del entorno	Estrategias para minimizar las debilidades, mejorar y enfrentar las amenazas del entorno.

Cuadro: Instituto Politécnico Nacional – Secretaria de planeación y organización. Metodología para el análisis FODA. México 2002. Pág. 8.⁷²

⁷² Instituto Politécnico Nacional – Secretaria de planeación y organización. Metodología para el análisis FODA. México 2002. Pág. 8. [En línea] Último acceso 13 de junio 2013. Disponible en: http://www.uventas.com/ebooks/Analisis_Foda.pdf

2. 2 Antecedentes Históricos

2.2.1 Breve Semblanza del Fundador:

El Dr. Salvador Zubirán Anchondo, nació en Chihuahua, el 23 de diciembre de 1898. Falleció el 10 de junio de 1998, meses antes de cumplir 100 años. Cursó sus estudios preparatorios y profesionales en la Universidad Nacional de México, entonces no autónoma, y obtuvo de la Escuela de Medicina de la misma, su título de médico cirujano el día 3 de abril de 1923. Su tesis profesional fue sobre la Vagotomía. Realizó estudios de postgrado en la Universidad de Harvard en 1924 y 1925.

En 1931, después de una excelente formación académica y de un destacado desempeño profesional, el Dr. Salvador Zubirán Anchondo es nombrado Jefe del Departamento de comestibles y Bebidas del departamento de Salubridad Pública; cargo que ocupó hasta 1937, posteriormente pasa a ser Jefe del departamento Autónomo de Asistencia Social e Infantil y en ese mismo año es llamado para ocupar el cargo de encargado del despacho de la Secretaria de Asistencia Pública de 1938 a 1939. De 1940 a 1943 se desempeña como subsecretario de Asistencia Pública, en 1943 es Vocal del Patronato del Instituto Nacional de Cardiología.

Durante esos años, una idea rondaba por su cabeza, crear una institución médica que fuera capaz de brindar apoyo a las clases más desprotegidas, sobre todo, en lo referente a sus problemas de desnutrición, que comenzaban a dañar seriamente a la población.⁷³

La vida del Dr. Zubirán se caracterizó por su permanente vocación de servicio, amor a su profesión y entrega absoluta a las funciones públicas que desempeño. Cuanto cargo público ocupó tuvo eco y a la fecha muchas de sus acciones tienen trascendencia en las políticas actuales de salud y de asistencia social del país.

⁷³ Portal electrónico del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, "Salvador Zubirán". Historia del Doctor Salvador Zubirán Anchondo. México 2010 [En línea] Último acceso 10 de Marzo 2013. Disponible en: http://www.innsz.mx/opencms/contenido/conoce/historia_zubiran.html

2.2.2 Antecedentes de la Institución

El Hospital de Enfermedades de Nutrición, su antecedente

En 1944, el Dr. Salvador Zubirán es nombrado Director de la Unidad de Medicina Interna en el Pabellón 9 del Hospital General, con el apoyo de los doctores Mario Salazar Mallén y Bernardo Sepúlveda planea desarrollar un programa de actividades extraordinarias que darían origen a una gran institución. Este fue el germen y el primer movimiento para crear un organismo cuya necesidad se hacía sentir y en el que la atención a los enfermos fue el resultado armonioso de la coordinación del esfuerzo.

Originalmente es denominado Hospital de Enfermedades de la Nutrición, según se estableció en la ley expedida por el Poder Ejecutivo Federal el 1° de diciembre de 1944.⁷⁴

Tiempo después el Dr. Gustavo Baz, Secretario de Salubridad y Asistencia, otorgo su apoyo, y posteriormente, Don Manuel Ávila Camacho, entonces Presidente de la República, el día primero de diciembre de 1944 expidió la ley que establecía la forma gobierno que ha permitido a la institución llevar a cabo labor vigorosa y fecunda.

El 12 de octubre de 1946 tuvo lugar la ceremonia de inauguración en un improvisado templete en la calle de Dr. Jiménez, acto que contó con la presencia del Lic. Ávila Camacho, del Dr. Gustavo Baz y de un numeroso grupo de amigos.

De Hospital a Instituto

Para 1956 no sólo se cultivaban especialidades clínicas y se impartían enseñanza de las mismas, sino que se configuró un programa con atribuciones distintas, con

⁷⁴ Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, "Salvador Zubirán". Manual de organización específico. México 2006. [en línea] Último acceso 10 de Marzo 2013. Disponible en: <http://www.portaldetransparencia.gob.mx/pdf/122261.pdf>

nuevas ramas de actividad clínica, completos y extensos proyectos de investigación y desarrollo de labores docentes, adquiriendo así, características y rango de Instituto.

La insuficiencia de espacios para contener los equipos técnicos en este recinto creó la necesidad de querer ampliar los recursos físicos, no sólo para dar cabida a los trabajos en desarrollo, sino también, previendo la necesidad de una mayor amplitud para el futuro. Así, la Secretaria de Salubridad y Asistencia otorgó un magnífico terreno en la esquina de avenida Cuauhtémoc y avenida Central. Con febril actividad se formula el programa del edificio, con participación entusiasta de médicos e investigadores.

En 1956 se termina el proyecto arquitectónico. Sin embargo, en 1961 se informa que la obra casi terminada sería vendida al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), causando esto, fuerte conmoción al personal involucrado en el proyecto.

Ante este tropiezo, los señores Justo Fernández y Carlos Trouyet ofrecen un donativo que permite adquirir un local cercano en la calle de Dr. Duran, se hicieron en él las obras indispensables para ampliar la consulta de Biología de la Reproducción y de Diabetes, instalando los laboratorios de Inmunología, Fisiología Clínica y Cirugía Experimental, así como un pequeño Bioterio. No conformes con esta solución parcial gracias al prestigio nacional e internacional de la Institución, se logra que las fundaciones Creen, Mary Street Jenkins y el fomento Educativo concedieran dinero para construir un nuevo edificio.

A la par de su consolidación física y de su fortalecimiento como una Institución de excelencia, los problemas de desnutrición azotan violentamente a los mexicanos.

El gobierno consideró indispensable abordar el problema de la nutrición y de las enfermedades que resultaban de la inadecuada e insuficiente alimentación, ya que eran factores que limitaban la capacidad productiva y el progreso general del país, por lo que encomendó al Instituto la responsabilidad de incluir en sus labores el problema de la nutrición de la población entregándole lo que en aquella época era el Instituto de Nutriología, que había fundado el Dr. Francisco de P. Miranda, ampliando a nivel Nacional el alcance de las acciones institucionales.

El crecimiento físico del Instituto

Por decisión presidencial, se le asigna un terreno de 28.000 metros cuadrados en la calzada de Tlalpan, para la construcción del Instituto que, sin embargo, les es retirado por el mismo gobierno. Es preciso realizar nuevos esfuerzos, gracias a los cuales se adquiere un terreno de 30 000 metros cuadrados, siendo la ubicación actual del Instituto.

En una primera etapa se termina de construir la División de Nutrición en Salud Pública, edificios que se inauguran en 1968. En una segunda etapa se construyen las unidades Médico - Quirúrgicas y de Enseñanza.

Las cuatro disciplinas a las que se consagró inicialmente el Instituto fueron:

Gastroenterología, Endocrinología, Hematología y Nutrición Clínica como denominador común y sucesivamente se han venido agregando especialidades tanto de atención médica como de docencia e investigación. De esta manera, se han logrado introducir las más novedosas técnicas de diagnóstico, terapéuticas médico - quirúrgicas y los más complejos métodos de investigación científica en las diversas disciplinas.

El hospital de enfermedades de la Nutrición no solo cumplió los propósitos de la ley que le dio origen, sino que, la experiencia adquirida, formuló actividades, procedimientos, políticas, normas y sistemas que le permitieron abordar problemas biomédicos de significación nacional, principalmente aquellos que estaban vinculados con la nutrición del pueblo, lo que reforzó su jerarquía de Instituto, reconocido oficialmente en la Ley que se publicó en el Diario Oficial de la Federación el 27 de noviembre de 1981. Otorgándosele la denominación de Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán.

Grandes avances del Instituto

En este año de 1981, por las necesidades del propio Instituto y deseos de la Secretaría de Salubridad y Asistencia de otorgar atención médica de tercer nivel a los grandes núcleos de población marginada urbana se propone el incremento en la capacidad de camas hospitalarias colectivas de 147 censables de que disponía a un número total de 229 y en cuartos individuales, con cuotas asignadas de recuperación. En conjunto, un aumento aproximado de 50% de capacidad instalada, con un costo de operación mínimo. Todo ello, seguido de grandes avances tecnológicos, científicos y físicos en diversas áreas del Instituto.

Como complemento a la labor científica del Instituto desarrollada en el campo de la alimentación humana, se inaugura el 13 de abril de 1982 la Planta de Tecnología Alimentaría.

Esta esfera de acción se ha desarrollado vertiginosamente, a grado tal, que hemos alcanzado el reconocimiento de la sociedad, de las más destacadas empresas de alimentos y de muchos centros de investigación alimentaría, entre cosas, por los análisis de la composición de los alimentos, sumándose a las grandes hazañas que se realizan en el Instituto en esta área de la ciencia.

El Dr. Manuel Campuzano es nombrado director del instituto

El 11 de junio de 1982 es nombrado Director General del Instituto, mediante un referéndum o plebiscito con todo el personal del Instituto, el Dr. Manuel Campuzano Fernández, en sustitución del director Interno Dr. Juan Cruz Kmhn, el cual asume el cargo de esta manera por renuncia del Dr. Carlos Gual Castro (3 junio de 1982).

Para el 13 de julio de 1983, el Dr. Manuel Campuzano informa que por instrucciones del Dr. Guillermo Soberón Acevedo, entonces Secretario de Salubridad y Asistencia, el Instituto es designado sede del organismo normativo en el área de trasplantes y la Unidad ya existente es transformada en departamento

con funciones de asistencia, investigación, enseñanza como control rector nacional dentro de esta disciplina.

Tras los grandes logros alcanzados por el entonces Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, entre ellos el haber sido nombrado órgano rector de la naciente ciencia y técnica de trasplante en 1986, sus avances siguieron sumándose en una interminable cadena de conquistas que lo llevaron a ser el centro médico de atención, no solo de los altos niveles científicos, sino de la población más desprotegida, que adquirieron la posibilidad de no contar con atención médica de primer nivel.

Sus grandes logros en el área de la investigación lo colocaron como un importante apoyo para las autoridades gubernamentales, que vieron en él a un gran aliado en el combate contra muchas enfermedades que azotaban a los mexicanos.

En 1986 se crea el servicio de nutriología clínica

En septiembre de 1986, el Dr. Manuel Campuzano Fernández, entonces director del Instituto, propone formalmente la creación del Servicio de Nutriología Clínica, con el objeto de relacionar la Nutrición en sus diferentes aspectos con la clínica médica y combatir muchas enfermedades producidas por las carencias alimentarias; colaborando en la formulación del proyecto de instalación de este servicio el Dr. Alberto Pasquetti C.

Muchas enfermedades aparecen en esa década, pero hay una en especial que causa grandes estragos no solo en México, sino en el mundo entero, la llamada epidemia del siglo XX; el SIDA.

En 1987 el instituto es designado centro de atención de investigación del SIDA

El primer caso de SIDA se hace presente en nuestro país y es el Instituto quien comienza a recibir a las personas afectadas por este mal.

Ante el interés que muestra el instituto por encontrar alternativas de curación para este padecimiento y sus importantes hallazgos en materia de infectología es

designado como centro de referencia para la atención e investigación sobre el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Sumándose a sus grandes hallazgos científicos, a sus grandes avances académicos, a sus transformaciones físicas y como resultado de su crecimiento institucional, en mayo de 1986, la Ley Federal de las entidades paraestatales que aparecen en el Diario Oficial de la Federación, obliga a realizar ajustes a la Ley Constitutiva del Instituto, fechada el 11 de noviembre de 1981, la cual sufre cambios relevantes en aspectos administrativos.

El 3 de diciembre de 1987, se publicó en el Diario Oficial de la Federación la Ley del Instituto Nacional de la Nutrición, por primera vez, se solicita la expedición del Estatuto Orgánico del Instituto, siendo ratificado el 15 de junio de 1987, el nombramiento del Dr. Manuel Campuzano Fernández se prolonga por 5 años al frente de la dirección del Instituto.

Los avances y logros en esta área de la ciencia médica cada vez son mayores, brindando un gran prestigio al Instituto con personal del más alto nivel académico. Otros departamentos también participan de este vertiginoso crecimiento, sumando sus mejores esfuerzos para avanzar en sus diversas áreas y en forma conjunta como una gran institución.

.

En 1992, el Dr. Donato Alarcón Segovia es nombrado director del instituto

El 16 de junio de 1992, es nombrado Director General del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, el Dr. Donato Alarcón Segovia, quien presidió la primera Junta de Gobierno en el mes de octubre del mismo año.

El área administrativa del Instituto, simultáneamente al área médica tiene un gran despliegue que lo lleva no solo a tener gran prestigio en la rama científica, sino también como una Institución Pública con grandes avances como organismo público.

2.2.3 Departamento de Enfermería⁷⁵

Se inicia en el año de 1946 bajo la dirección del Doctor Salvador Subirán en el Hospital de Enfermedades de la Nutrición, que se encontraba en el pabellón Número nueve del hospital general de México, quien en su firme convicción forma un grupo de enfermeras con grado universitario y capacitación previo para el departamento de enfermería.

Enfermeras que ocuparon el departamento a la fecha

Gestión 1961-1966-1991

EASE. María Dolores Rodríguez, Jefa de la División de Enfermería

EASE. Haber Campuzano Sagal. Subjefe de Enfermería, 1964-1988.

EASE. Olivia Olivar Campo, Jefa del Departamento de Enfermería 1988-1994

Gestión 1994-1998

EASE. Margarita Paz Sifuentes, Jefa de la División de Enfermería

EASE. María Guadalupe Osornio Silva, Jefa de la División de Enfermería

Gestión 1988-2002

Lie. Enf. Guadalupe López Rodríguez. Subdirectora de Enfermería.

EASE. María del Carmen Romero Oliveros. Jefe del Departamento de Enfermería

Gestión 2002 a la fecha

Lic. Enf. Marina Martínez Becerril. Subdirección de Enfermería.

Lic. María Paula Nájera Ortiz, Jefa del Departamento de Enfermería.

⁷⁵ Diagnóstico Situacional del tercer piso de hospitalización. Patricia Galindo, et-al. México 2010. Documento de la subdirección de Enfermería del instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".

2.2.4 Misión Institucional

Somos una institución nacional de salud que realiza investigación, docencia y asistencia de alta calidad, con seguridad, honestidad, responsabilidad y compromiso social, en un marco de libertad y lealtad, al servicio del ser humano y su entorno.

2.2.5 Visión Institucional

Ser una institución de salud líder nacional e internacional por la excelencia en la asistencia, docencia e investigación con una red de centros afiliados que apliquen el mismo modelo integrador.

2.2.6 Valores Institucionales

- | | |
|---------------------|--------------|
| ✓ Libertad | ✓ Humanismo |
| ✓ Honestidad | ✓ Tolerancia |
| ✓ Lealtad | ✓ Excelencia |
| ✓ Responsabilidad | ✓ Calidad |
| ✓ Compromiso social | ✓ Seguridad |

2.1.7 Plan Estratégico Institucional

1. Proporcionar atención médica especializada, integral y de alta calidad a población adulta.
2. Ampliar la participación y repercusión de las actividades sustantivas a nivel nacional.
3. Formar recursos humanos al más alto nivel científico y técnico, con actitud ética y responsabilidad social.
4. Proporcionar asesoría a los sectores público, social y privado, en las áreas de su competencia.
5. Fortalecer la participación del Instituto en la educación continua para profesionales de la salud y en la educación para la salud de la población.
6. Fortalecer los programas de investigación y de innovación tecnológica que contribuyan al desarrollo del conocimiento o al bienestar social.
7. Desarrollar un modelo de administración integral innovador que fortalezca las actividades sustantivas.
8. Impulsar un modelo de desarrollo organizacional innovador que favorezca el desempeño óptimo y seguro de las actividades institucionales.⁷⁶

⁷⁶ Portal electrónico del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, “Salvador Zubirán”. Historia del Doctor Salvador Zubirán Anchondo. México 2010 [En línea] Último acceso 10 de Marzo 2013. Disponible en: http://www.innsz.mx/opencms/contenido/conoce/historia_zubiran.html

2.2.8 Lema Institucional

"HACIA LA EXCELENCIA"

2.2.9 Misión y Visión de la Subdirección de Enfermería.

Misión

Garantizar a través de la Planeación Estratégica de la Subdirección de Enfermería, que la gestión del cuidado de enfermería que se proporciona a los pacientes, cubra con los estándares de calidad y el apego a los valores éticos y humanísticos; a través de la implementación de procesos educativos que favorezcan el desarrollo profesional y la vinculación entre las funciones asistenciales y académicas, así como la construcción de modelos de Investigación que validen y proyecten la praxis profesional a nivel Nacional e Internacional.

Visión

Ser un grupo líder a nivel nacional e internacional, que proyecte la construcción de nuevos paradigmas en la Gestión del Cuidado, promoviendo el respeto a la biodiversidad, basando sus intervenciones en modelos de investigación de enfermería, que coadyuve a una transición epidemiológica de su entorno social.

2.2.10 Misión y Visión del Departamento de Enfermería

Misión

Proporcionar atención de excelencia en los servicios de enfermería mediante acciones humanísticas, científicas y tecnológicas, a través del Proceso de Atención de Enfermería, incorporando los valores para el desarrollo de nuevos paradigmas en la práctica profesional, que incida en el ser humano y su entorno social.

Visión

Ser un modelo de atención de enfermería a nivel nacional e Internacional, cuyo sistema en el cuidado permita garantizar el cumplimiento de los estándares de calidad a través del desarrollo integral del equipo multidisciplinario; impactando en el costo-beneficio de los servicios, control de los riesgos a la salud, en beneficio del hombre y su medio ambiente.

CAPÍTULO III

3 Metodología

Para dar continuidad y coherencia se da inicio al proyecto con la creación de la misión y visión del servicio así como los valores y objetivos de cada equipo de trabajo que conforman el servicio, acorde a las institucionales, del departamento y subdirección de Enfermería, para la redacción de éstas se contó con la participación de tres integrantes del servicio, incluyendo el pasante que presenta el trabajo, un Enfermero General “C”, operativo, perteneciente al servicio, y una Jefe de Enfermeras “A”.

Tras un análisis profundo de nuestros valores y los alcances que se pretenden por parte de los integrantes del equipo del tercer piso de hospitalización se concibieron de la siguiente manera:

Misión del servicio de hospitalización tercer piso:

Somos un equipo multidisciplinario comprometidos con la atención del paciente con alto sentido humano, de calidad y alta efectividad, regidos por los estándares y metas internacionales por la seguridad del paciente contribuyendo a la formación y desarrollo del recurso humano a través de la educación continua.

Visión del servicio de hospitalización tercer piso:

Ser un equipo de trabajo que se distinga por brindar atención de alta calidad aplicando un modelo integrador que labora en un ambiente de cordialidad y respeto, repercutiendo en el satisfacción del usuario y del trabajador.

Valores:

- | | |
|-------------------|------------------|
| ✓ Respeto | ✓ Solidaridad |
| ✓ Tolerancia | ✓ Disponibilidad |
| ✓ Compromiso | ✓ Innovación |
| ✓ Responsabilidad | |

Objetivos por equipos de trabajo

Grupo Enfermería:

- ✓ Proporcionar atención de enfermería de alta calidad garantizado por la aplicación del Proceso de Enfermería vinculado los estándares de calidad y metas internacionales para la seguridad del paciente.

Grupo Afanador:

- ✓ Mantener en condiciones óptimas y bajo condiciones asépticas las áreas donde se alojan los usuarios del tercer piso creando un ambiente limpio y saludable.

Personal administrativo y de apoyo Universal:

- ✓ Ejecutar actividades pertinentes al área, dando respuesta oportuna a los procesos administrativos en tiempo y forma, aplicando técnicas administrativas y secretariales, a fin de lograr efectividad en el servicio.

Posterior a la redacción y aceptación del personal de la misión, visión, objetivos y valores se puede entender el rumbo que se desea dirigir al personal que ahí labora.

3.1 Variables

3.1.1 Variable Independiente

- ✓ Diagnóstico situacional.

Se toma al diagnóstico como variable independiente ya que a partir de éste se torna el estudio del servicio, utilizando al análisis FODA como principal guía para conocer la realidad que cursa.

3.1.2 Variable Dependiente

- ✓ Estrategias de mejora.

Éstas se van formulando y adecuando de acuerdo al resultado del diagnóstico situacional del servicio, encaminado a la mejora de la atención al usuario de los servicios de salud, apegado a la misión, visión y objetivos que se plantearon al inicio.

3.2 Tipo y Diseño de Tesina

3.2.1 Tipo

De carácter metodológico- técnico, descriptivo; se realiza una argumentación de los métodos empleados y sus pasos en relación con la técnica aplicada, señalando los procedimientos de elaboración, registro e interpretación de datos sobre el tema tratado.

3.2.2 Diseño

Se realiza una argumentación de los métodos empleados y la técnica aplicada, en este caso el FODA, señalando los procedimientos de elaboración, registro y tratamiento de datos sobre el tema para la generación de estrategias

1.1 Técnicas de Investigación Utilizadas

El estudio se basa en el uso de tres técnicas propias de la metodología investigativa, la documental, observación y posterior la descripción para dar paso al uso de técnicas administrativas como es el FODA para la generación estrategias de mejora.

3.3.1 Documental

A partir de la búsqueda y consulta de fuentes bibliográficas físicas primarias y secundarias, referentes al tema de interés, se selecciona aquellas que son

aplicables y de utilidad al estudio, recolectando desde la teoría administrativa y de Enfermería para el fundamento del trabajo.

3.3.2 Observación

Se realiza la investigación a base de la observación cualitativa-descriptiva. La selección de datos se comprende de la recogida de información en la situación del servicio. La observación del pasante está orientada hacia propósitos exploratorios, y forma parte del proceso de familiarización del pasante en el estudio de la situación. Aquí, el análisis de los datos es simultáneo a la recolección de los mismos. A la marcha se determina qué es lo que debe observar y cómo va a registrar esas observaciones estableciendo listas y registros de observación de manera que la ésta sea selectiva, concentrándose en los detalles sustantivos.

La observación hecha es semiestructurada ya que es guiada por las variables administrativas, individual y como integrante del servicio estudiar

En esta perspectiva nos situamos en la dinámica siguiente: se observa para describir, se describe para conocer y se conoce para proponer. A su vez la acción será sometida a evaluación (y por consiguiente a observación) para una nueva toma de decisiones.

3.3.3 Descriptiva

Se aplica la observación de manera descriptiva, por medio de anecdotario de observaciones se realiza la descripción del funcionamiento del servicio en torno a actitudes predominantes, actividades, objetos, procesos y personas, apegado a las variables administrativas básicas de Idalberto Chiavenato detallando cada una aplicado al servicio así como el reporte de acontecimientos que impactan ya sea positiva o negativamente.

3.3.4 Análisis del servicio, según Variables Administrativas

Sobre el servicio

Tercer piso, Hospitalización.

Ubicación:

El servicio se encuentra ubicado en el tercer piso del edificio central de hospitalización, frente a la unidad metabólica

Conformación: Tres sectores de atención de especialidad; dos de Medicina Interna, y uno Hematología, que incluye unidad de trasplantes de médula ósea

TAREA

La tarea en el ámbito administrativo se puede transpolar en las intervenciones de enfermería las cuales se definen como "cualquier tratamiento, basado sobre el juicio y el conocimiento clínico, que una enfermera realiza para realzar resultados sobre el cliente." ⁷⁷ las intervenciones de la NIC incluyen aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales. Hay intervenciones para el tratamiento de la enfermedad, la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Se sabe que hay inmensas intervenciones enfermeras, de tal manera que se clasificaron por su alta especificidad de éstas. En el servicio existe un manual de procedimientos, pero no está ordenado por necesidades u otra orientación metodológica, además de no estar actualizado, teniendo poca validez, ya que los protocolos, normas y ejecución de los procedimientos son fluctuantes a la par del desarrollo tecnológico e investigativo en el campo de enfermería. Por tanto se identifica que las ejecuciones de las intervenciones no están sustentadas por un modelo teórico de enfermería, sin embargo se efectúan, en su mayoría en forma de acuerdo al periodo establecido.

⁷⁷ McCloskey y Bulechek, Nursing interventions classification (NIC) 3a Edic. Edit Madrid: Elsevier Science, 2002

Las intervenciones o tareas están dirigidas a la atención de personas adultas, usuarios de los servicios de salud del tercer nivel de atención, que padecen afecciones principalmente metabólicas o casos complicados y de alto grado de especialización, correspondientes en su mayoría a las necesidades de nutricional-metabólico, eliminación, oxigenación, evitar riesgos y peligros, movilidad y postura, aprendizaje y trabajo; de acuerdo al modelo conceptual de V. Henderson, exponiendo dichas necesidades de acuerdo a la priorización de las que se atiende en el servicio, no haciendo de lado las demás necesidades que esta autora depone. Se destaca que el sector XI es específico de afecciones hemato-oncológicas predominando la necesidad de evitar riesgos y peligros para la atención específica de enfermería, y en los sectores XII y XIII se atienden casos complicados de medicina interna siendo las necesidades más variadas y complejas.

El resultado de las intervenciones se notan más eficaces que eficientes, alcanzando el grado indispensable pero no óptimo de efectividad, esto por la solicitud desmedida y poco controlada de material de consumo diario, viéndose reflejada en la cuenta del paciente, aun así se alcanza el resultado esperado.

Para la agilización de las tareas y que la atención y cuidados especializados den alcance a todos los pacientes asignados a cada enfermera, se permite la estancia de un familiar por paciente haciendo funciones de acompañamiento, algunos con disposición, con la finalidad de cubrir tareas básicas como la asistencia en la movilidad (deambulación, cambios posturales) y eliminación (colocación de cómodos, vaciamiento de bolsas de colostomía), entre otras actividades de poco grado de dificultad de atención, previamente se capacita a los que ejercen papel de acompañantes o cuidadores para la realización de dichas actividades, y se les hace la atenta invitación a notificar al personal de enfermería para cualquier eventualidad, así como mantener desechos corporales para el análisis de éstos. Se destaca así que la enfermera titular no se delega funciones si no que se apoya de él para facilitar e incorporar a la familiar para el restablecimiento del paciente consiguiendo el objetivo que se menciona al principio así como para agilizar

tiempos, aunque se reconoce que no se alcanza pues se condiciona a la disposición, características y perspectiva del paciente y familiares sobre los servicios de enfermería.

Supervisión

Referentes a la supervisión de las tareas, son realizadas por las jefes de servicio de los diferentes turnos y la Jefe de Enfermeras “A” en dónde se implementa una supervisión clásica denominada directa e indirecta.

La supervisión directa es la que se realiza a través de la observación y la entrevista con el personal y con el objetivo de obtener información sobre la evolución y los resultados terapéuticos del cuidado prestado al paciente. No sólo se da énfasis al personal, sino también al paciente, el entorno y los recursos utilizados en la atención de enfermería hacia el usuario.

La supervisión indirecta se realiza por medio de instrumentos técnicos y administrativos, evaluando así la hoja de enfermería, censo diario de pacientes, hojas de anecdotario, solicitud de medicamentos, plan de rotación y distribución del personal, vacaciones, descansos del personal de enfermería.

Actualmente se trabaja en otro tipo de supervisión innovadora llamada “supervisión a través del aprendizaje dirigido” donde se pretende redireccionar y orientar las intervenciones, por medio de tutoría del tipo presencial, individualizada y/o grupal para la identificación de las necesidades de los pacientes e implementar cuidados específicos, conjuntando la supervisión directa e indirecta resultando en el personal un pensamiento crítico y reflexivo.

Estructura

Estructura organizacional

Para la prestación de servicios en enfermería, se implementó recientemente un proyecto donde, en cada turno, se redujeron en el matutino, y extinguieron en los demás turnos, las auxiliares de enfermería con la finalidad de que la enfermera titular no pierda detalles de su paciente, cómo es el desarrollo de úlceras por presión, evolución de heridas, características de líquidos corporales, entre otros a lo que se le dio denominación de cuidado integral, esto impacta cómo favorable y desfavorablemente, ya que cómo se mencionó anteriormente obliga a la enfermera a no dejar pasar pormenores de su paciente, en contraste se reducen tiempos en la atención, ocasionando un riesgo potencial de eventos, adversos, omisiones, cuasifallas y baja satisfacción de los usuarios a los que se designan ya que en ocasiones se reajusta el índice Enfermera- Paciente.

Al inicio del turno se hace una distribución meramente igualitaria por el número de pacientes, en ocasiones se hace un pequeño ajuste, no llegando a ser del todo equitativo, esto porque no se manejan grados de dependencia, que propone Henderson, ya sea por el personal operativo o por las jefes de servicio durante el enlace de turno.

Infraestructura:

El servicio se encuentra ubicado en el tercer piso del edificio central de hospitalización, frente a la unidad metabólica.

La estructura física es de tipo rectangular y cuenta con un área de tipo semicircular. Cuenta con tres sectores de atención de especialidad; dos de medicina interna y uno de hematología.

El servicio cuenta con 37 camas censables, tiene una ocupación de entre el 89% al 100, con estancia variable de 5 a 120 días⁷⁸.

La distribución del área está dividida en tres sectores, Sector XI (6 cuartos aislados, destinado para pacientes sometidos trasplante de medula ósea, o quimioterapia, lo conforman de la unidad 301 a 306 y 6 cuartos individuales de 307 a 312); el sector XII (lo componen 12 habitaciones de 313 a 324), y el sector XIII (13 habitaciones individuales, de los cuales 5 pertenecen a el área semicircular o “la torre” (de la unidad 325 a 337). Divididas en áreas rectangulares.

A continuación se describe la estructura física de piso y recursos materiales con los que se dispone.

HABITACION DEL TERCER PISO

- ✓ Puerta de madera con chapa
- ✓ Carretillas con gancho para soluciones empotrada al techo
- ✓ Cama eléctrica con colchón de soporte automático y barandales de seguridad
- ✓ Mesa puente con cajonera y espejo
- ✓ Cabecera empotrada:
 - Lámpara doble de noche y interruptor de mano
 - Timbre de llamado y extensión de 30 a 50 cm con interruptor
 - 3 toma corriente eléctrica
 - Toma de oxígeno c/ adaptador
 - Toma de succión (aire)
 - Rejilla y receptal de aspiraciones de 2000 ml y de 500 ml con tubo tignon
- ✓ Baumanómetro empotrado a pared
- ✓ Buro con dos cajoneras
- ✓ Teléfono con línea libre
- ✓ Área de higiene de manos
 - Lavabo con llave automática de sensor
 - Espejo a medio cuerpo
 - Jabonera empotrado manual
 - Toallero empotrado de sanitas
 - Interruptor de lámpara superior y toma de corriente eléctrica
 - Cajoneras inferiores a lavabo con puerta de madera

⁷⁸ Diagnóstico Situacional del tercer piso de hospitalización. Patricia Galindo, et-al. México 2010. Documento de la subdirección de Enfermería del instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”.

- ✓ Armario con puerta de madera tubo para ganchos y dos repisas
- ✓ Sillón tipo Reposet
- ✓ Sofá-cama
- ✓ Perchero con contenedor
- ✓ Rejilla para alcohol gel
- ✓ Baño
 - Interruptor de luz
 - Timbre de llamado
 - Puerta dúplex con chapa
 - Retrete con palanca manual
 - Regadera de baño con adaptador de “teléfono”
 - 2 pasamanos en regadera y retrete
 - Silla plástica
 - Rejilla para accesorios de baño
 - Tubo con cortina divisoria

Ventilación

- ✓ Ventiladores horizontales
- ✓ Aire acondicionado

Iluminación (luz no cálida)

- ✓ Lámparas en cabecera (2)
- ✓ Balastra en habitación general
- ✓ Lámpara de iluminación inferior (empotrada en el extremo inferior de pared)
- ✓ Lámpara balastra en baño

Seguridad

- ✓ Timbres de llamado en baño y cabecera
- ✓ Lámpara de iluminación inferior (empotrada en el extremo inferior de pared)
- ✓ Cama automática con barandales
- ✓ Barandales en baño

Contenedor de cubreboca con número de cama grabado al exterior de la habitación

Carro de funciones y tareas de Enfermería

Totales: 4

Estructura plástica- metálica

- ✓ Mesa de trabajo en la parte superior
- ✓ 2 repisas metálicas
- ✓ 5 cajillas con tapa trasparente desmontables
- ✓ Gancho para soluciones
- ✓ 1 canastilla metálica amplia desmontable
- ✓ 6 Gavetas
- ✓ Gaveta 1: medicamentos con compartimientos divisorios por número de habitación
- ✓ Gaveta 2 a 5: material de consumo diario
- ✓ Gaveta 6: soluciones parenterales
- ✓ 4 compartimientos laterales izquierdos: gasas y apósitos
- ✓ Repisa lateral derecha:
- ✓ Cesto de basura integrado
- ✓ Llantitas

SECTOR XI (hematología)

Está integrado por 12 unidades que atienden el mismo número de pacientes con afecciones hemato- oncológicas **(301- 312)**

Seis habitaciones destinadas a la unidad de trasplantes que está dividida por una puerta de vidrio y por tanto el paso está restringido al personal.

Unidad de Trasplantes

- ✓ 6 Habitaciones equipadas
- ✓ Carro de paro integrado
- ✓ Central de enfermeras
- ✓ Repisas inferiores (2)
- ✓ Lavabo con llave automática de sensor
- ✓ Jabonera manual empotrada
- ✓ Toallero de sanitas empotrado
- ✓ Repisas inferiores al lavabo (2)
- ✓ Cajoneras en extremos de la central (4)
- ✓ Alacenas empotradas de madera (2)
- ✓ Báscula de precisión
- ✓ Mesa tipo Pasteur metálica con cajonera
- ✓ Mesa tipo Pasteur de plástico con 2 cajones y 2 repisas
- ✓ Horno de microondas para radiación en frio y caliente
- ✓ Frigobar
- ✓ Soporte para contenedor de materiales punzo- cortantes
- ✓ Pizarrón de corcho para comunicados
- ✓ Teléfono con línea telefónica del área

- ✓ Carretilla con gancho para soluciones empotrada al techo
- ✓ Botes con bolsa de basura municipal (2)
- ✓ Bote con bolsa de basura de material infecto- contagioso
- ✓ Bote con bolsa de residuos de material radioactivo
- ✓ Contenedor de punzo- cortantes
- ✓ 2 sillas de oficina
- ✓ Espejo transparente
- ✓ Rejillas contenedor para alcohol gel

Ventilación

- ✓ Ventiladas selladas
- ✓ Sistema de presión positiva
- ✓ Aire acondicionado a temperatura inferior a la ambiente

Iluminación (luz no cálida)

- ✓ Focos no incandescentes (3)
- ✓ Lámpara balastra de área común (3)

Sector XI (área Médicos)

- ✓ Mesa amplia
- ✓ Pizarrón blanco de organización
- ✓ Sillas de oficina (5)
- ✓ Equipos de cómputo Dell (3)
- ✓ Muebles para equipo de cómputo (3)
- ✓ Estantes con puerta y candado (1)
- ✓ Librero (1)
- ✓ Mesas chicas (1)
- ✓ Toma corriente dobles (4)
- ✓ Sillón
- ✓ Interruptor de luz
- ✓ ½ Baño (2):
 - Interruptor de luz
 - Puerta de madera
 - Retrete con palanca manual
 - Lavabo con llave manual
 - Perchero empotrado en pared
 - Espejo rectangular

Iluminación (luz no cálida)

- ✓ Focos no incandescentes (3)

Central de Enfermeras y Recepción

Barra de recepción

- Teléfono con línea telefónica (2)
 - Computadora Acer (2)
 - Impresora matricial
 - Fotocopiadora multifuncional con clave
 - Micrófono para voceo en el servicio
 - 4 cajones inferiores
 - 4 cajoneras inferiores
-
- ✓ Central de Enfermeras
 - Barra de central
 - Cajoneras con doble repisa (2)
 - Barra inferior para notas
 - Archivero de formatos generales
 - Reloj circular
 - Pizarrón blanco para bitácora
 - ✓ División de central (anterior)
 - Lavabos con doble llave manual (2)
 - Jabonera empotrada manual (1)
 - Toallero empotrado de sanitas (2)
 - Cajoneras inferiores con puerta de madera (2)
 - Gavetas laterales (3)
 - ✓ Central Posterior
 - Barra
 - Horno de microondas
 - Cafetera dispensadora con jarra de vidrio
 - Cajoneras inferiores (2)
 - Gavetas laterales (3)
 - Refrigerador casero para almacén de insulinas heparinas y geles
 - ✓ ½ Baño hombres:
 - Interruptor de luz
 - Puerta de madera
 - Retrete con palanca manual
 - Lavabo con llave de sensor
 - Perchero empotrado en pared (2)

- Espejo rectangular
- ✓ Ventilación
 - Ventilas inferiores

- ✓ Cuarto de soluciones:
 - Alacenas empotradas a la pared (2)
 - Barra para preparación de soluciones
 - Cajoneras inferiores (3)
 - Gavetas inferiores (3)
 - Carro tipo Pasteur de plástico (1)
 - Carro tipo Pasteur metálico (1)
 - Repisas empotradas (2)
 - Contenedores de colores para electrolitos concentrados
 - Rosa (Gluconato de Calcio)
 - Naranja (Cloruro de Sodio)
 - Verde (Cloruro de Potasio)
 - Amarillo (Sulfato de Magnesio)
 - Azul (Fosfato de Potasio)

- ✓ “Cuarto de exploración”
 - Lámparas de chicote (2)
 - Lámpara de luz tipo led
 - Refrigerador para alimentos de familiares y pacientes
 - Baumanometro de pie (2)
 - Monitor hemodinámico con cable para PNI, cable de 3 derivaciones y cable de oximetría de pulso. (3)
 - Electrocardiógrafo (1)
 - Carro de paro equipado (1)
 - Archivero de la oficina de Enfermería
 - Estante metálico con candado del servicio de líneas I.V.
 - Carro curación de dos niveles equipado con dos cestos de residuos. (2)
 - Tomacorriente doble (3)
 - Interruptor de luz

- ✓ ½ Baño Mujeres:
 - Interruptor de luz
 - Puerta de madera
 - Retrete con palanca manual
 - Lavabo con llave de sensor

- Perchero empotrado en pared (2)
- Espejo rectangular

✓ Oficina de Enfermería

- Puerta de Madera con chapa
- Escritorio con dos cajoneras con chapa
- Caja para medicamentos controlados empotrado en pared con chapa
- Pizarrón de corcho para comunicados
- Silla de oficina
- Vitrina empotrada en pared con chapa (3)
- Alacena inferior
- Refrigerador para almacenamiento de medicamentos de alto riesgo y controlados
- Perchero
- Ventilador automático de pie
- Interruptor de luz
- Toma corriente doble

✓ Sector de Enfermería

- Puerta de Madera con chapa
- Archiveros empotrados en pared (4)
- Pizarrón de corcho para comunicados (2)
- Pizarrón blanco para comunicados
- Interruptor de luz
- Toma corriente doble
- Mesa de trabajo (3)
- Sillones p/3 personas (3)
- Sillón individual (2)

Ventilación

- Ventiladores inferiores

Iluminación (luz no cálida)

- Lámparas en cabecera (2)

✓ Séptico chico:

- Lava cómodos automático

- Portacomodos metálico y empotrado en pared
- Tarja metálica de dos niveles con llave de agua manual
- Carro de aseo de dos niveles (1)
- Cómodos metálicos (12)
- Cómodos de plástico (3)
- Riñones plásticos y metálicos (8)
- Orinales plásticos y metálicos (8)
- Probetas graduadas plásticas (10)
- Pipetas graduadas (5)
- Banco de altura (1)

- ✓ Ropería
 - Roperos Grandes con tres divisiones (3)
 - Carro de autoservicio metálico
 - Carros de dos niveles para baño de cama (2)
 - Ropa de cama (sábanas, colchas, cobertores, almohadas, fundas) a libre demanda

- ✓ Séptico grande
 - Tarja con lavabo y llave de agua manual de dos tomas (frio y caliente)
 - Porta cómodos metálico y empotrado en pared
 - Cómodos plásticos (5)
 - Cómodos metálicos (15)
 - Orinales metálicos y plásticos (12)
 - Carro de aseo de dos niveles (2)
 - Probetas graduadas plásticas (15)
 - Pipetas graduadas (8)
 - Riñones metálicos y plásticos (10)
 - Cubetas metálicas para baño (15)
 - Cubetas plásticas de aseo (8)
 - Lebrillo metálico (15)
 - Charolas para agua chicas (10)
 - Lava cómodos automático (1)
 - Contenedor de ropa sucia (1)
 - Tánico metálico (3)
 - Bote grande con ruedas de desechos de residuos infecto contagiosos (1)
 - Bote grande con ruedas de basura municipal (2)
 - Tripies (25)
 - Tripies con adaptador para 6 bombas y extensión integrada (3)
 - Refrigerador casero para muestras y tejidos (1)
 - Banco de altura (1)
 - Estante

- ✓ Séptico torre :
 - Lava cómodos automático
 - Portacomodos metálico y empotrado en pared
 - Tarja metálica de dos niveles con llave de agua manual
 - Carro de aseo de dos niveles (1)
 - Cómodos metálicos (8)
 - Cómodos de plástico (2)
 - Riñones plásticos y metálicos (8)
 - Orinales plásticos y metálicos (8)
 - Probetas graduadas plásticas (5)
 - Pipetas graduadas (2)
 - Bote grande con ruedas de desechos de residuos infecto contagiosos (1)
 - Bote grande con ruedas de basura municipal (1)
 - Banco de altura (1)

Sector XII

Atiende 12 unidades y comprende las camas 313 a la 324 atendiendo casos complejos de medicina interna

- ✓ Mesa amplia
- ✓ Pizarrón blanco de organización
- ✓ Sillas de oficina (5)
- ✓ Equipos de cómputo Dell (3)
- ✓ Muebles para equipo de cómputo (3)
- ✓ Estantes con puerta y candado (1)
- ✓ Librero (1)
- ✓ Mesas chicas (1)
- ✓ Toma corriente dobles (3)
- ✓ Sillón
- ✓ Interruptor de luz
- ✓ ½ Baño (2):
 - Interruptor de luz
 - Puerta de madera
 - Retrete con palanca manual
 - Lavabo con llave manual
 - Perchero empotrado en pared
 - Espejo rectangular

Iluminación (luz no cálida)

- ✓ Focos no incandescentes (3)

Sector XIII

Comprende 13 habitaciones individuales, de la unidad 325 a 337, de los cuales 5 pertenecen al área semicircular o “la torre”.

- ✓ Mesa amplia
- ✓ Pizarrón blanco de organización
- ✓ Sillas de oficina (5)
- ✓ Equipos de cómputo Dell (3)
- ✓ Muebles para equipo de cómputo (3)
- ✓ Estantes con puerta y candado (1)
- ✓ Librero (1)
- ✓ Mesas chicas (1)
- ✓ Toma corriente dobles (3)
- ✓ Sillón
- ✓ Interruptor de luz
- ✓ ½ Baño (2):
 - Interruptor de luz
 - Puerta de madera
 - Retrete con palanca manual
 - Lavabo con llave manual
 - Perchero empotrado en pared
 - Espejo rectangular

Iluminación (luz no cálida)

- ✓ Focos no incandescentes (3)

Maquinarias y herramientas

Las maquinarias y herramientas están integradas en la descripción de la estructura física, rescatando que los carros de actividades para enfermería son suficientes; se cuenta con dos carros de paro, ubicados con inclinación a un área, estando descubierta el área de la “torre”, en éste sentido el trayecto del traslado es largo y se invierte tiempo vital en el caso de una emergencia,

Para el mantenimiento de las herramientas y maquinas, algunas se encuentran en condiciones regulares y en su mayoría funcionales, en caso de deterioro, se da aviso al servicio del mantenimiento y biomédica, o proveedores externos cómo el

caso de las camas eléctricas o aire acondicionado, aun así el tiempo para el proceso, la espera es larga, y en varios caso hay omisión.

Seguridad

En cuanto a seguridad, además de la estructura física que se describió anteriormente, se cuenta con seguridad dirigida al personal que corre por cuenta de vigilancia interna y de la empresa de seguridad externa, que resguardan el patrimonio de la Institución, así como la seguridad del usuario, se encuentran distribuidos desde la entrada principal, el ingreso al estacionamiento, la entrada para el personal, la recepción de urgencias, la recepción del edificio de hospitalización, hasta el ingreso de los servicios de hospitalización, pero en el tercer piso, no hay un vigilante de base como en otros, y ocasionalmente, se realizan rondines para controlar el número de familiares permitidos por visita, que algunas veces entorpecen el trabajo y ejercicio libre de las enfermeras.

En cuanto a la seguridad y protección contra desastres (como sismos e incendios), existen señalamientos establecidos referentes a qué hacer en caso de ambos siniestros, y se marca una ruta de evacuación, pero no hay un plano establecido del piso que marquen las áreas de seguridad así como la ruta establecida a seguir, como tampoco dónde estén ubicados los extintores. Se conoce en el servicio sólo una persona capacitada para la atención de siniestros que está adscrita al turno matutino, teniendo la necesidad entonces de adiestrar a más personal para ello, además se debe de capacitar al personal de nuevo ingreso y pasantes sobre el tema.

Personas

Se da inicio a este rubro con el análisis del personal por medio de cuadros y estadísticas, posterior se da análisis a los apartados que competen esta variable.

Tablas y graficas desarrolladas con los datos obtenidos del rol de turnos y descansos mensual, correspondiente al mes de mayo-junio del tercer piso hospitalización.

Cuadro 1

Enfermera jefe de Servicio*	
T. Matutino	1
T. Vespertino	1
T. Nocturno	2
Jornada Acumulada	1
Jefa "A"	1
Total	6

*Fuente: Rol de turnos y descansos mensual, correspondiente al mes de mayo-junio del tercer piso hospitalización.

Cuadro 2

Personal de Enfermería*								
Categoría	Enf. Gral. "A"	Enf. Gral. "B"	Enf. Gral. "C"	Enf. Esp. "A"	Enf. Esp. "C"	Aux. de Enf.	Total	Con Base
Matutino	4	1	5	0	1	2	13	13
Vespertino	6**	1	3	1	0	0	11	7
Nocturno	7	6	2	1	1	0	17	17
Jornada Acum.	0	0	1	0	0	0	1	1
Total	17	8	11	2	2	2	42	38

*Fuente: misma que el cuadro 1

** 4 Pasantes de Enfermería de Lic. En Enfermería y Obstetricia en trámites de titulación o re categorización

Cuadro 3

Afanadores *	
Matutino	7
Vespertino	3
Nocturno	2
Total	12

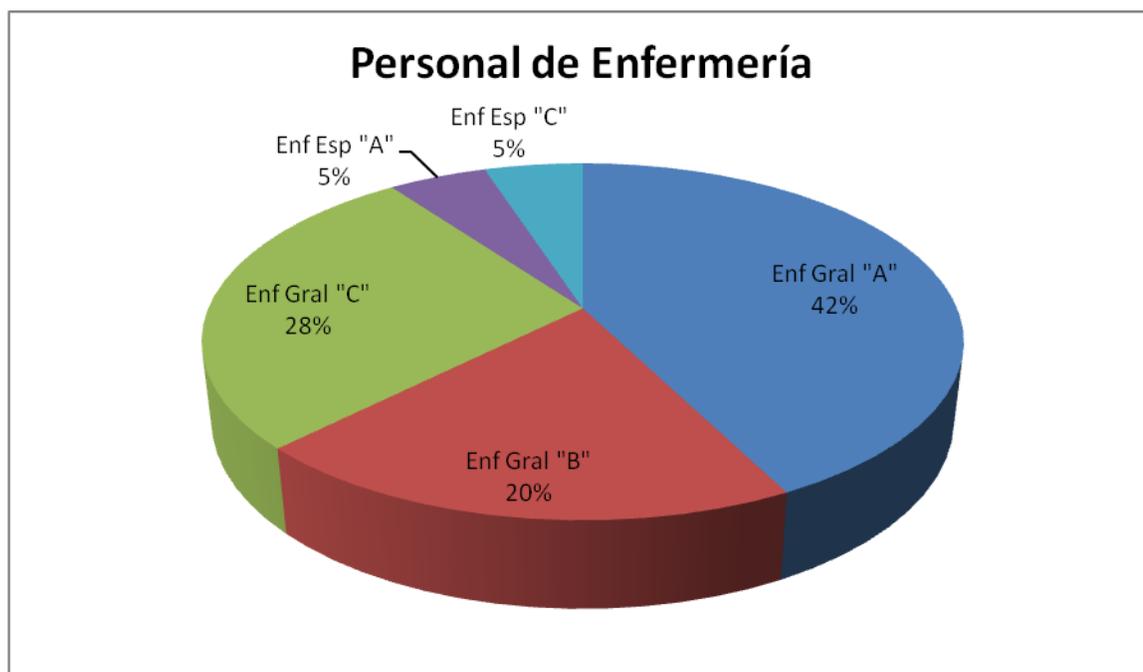
Cuadro 4

Administrativo *			
Secretarial		Apoyo Universal	Total
Matutino	1	1	2
Vespertino	1	1	2***
Total	2	2	4

*Fuente: misma que el cuadro 1

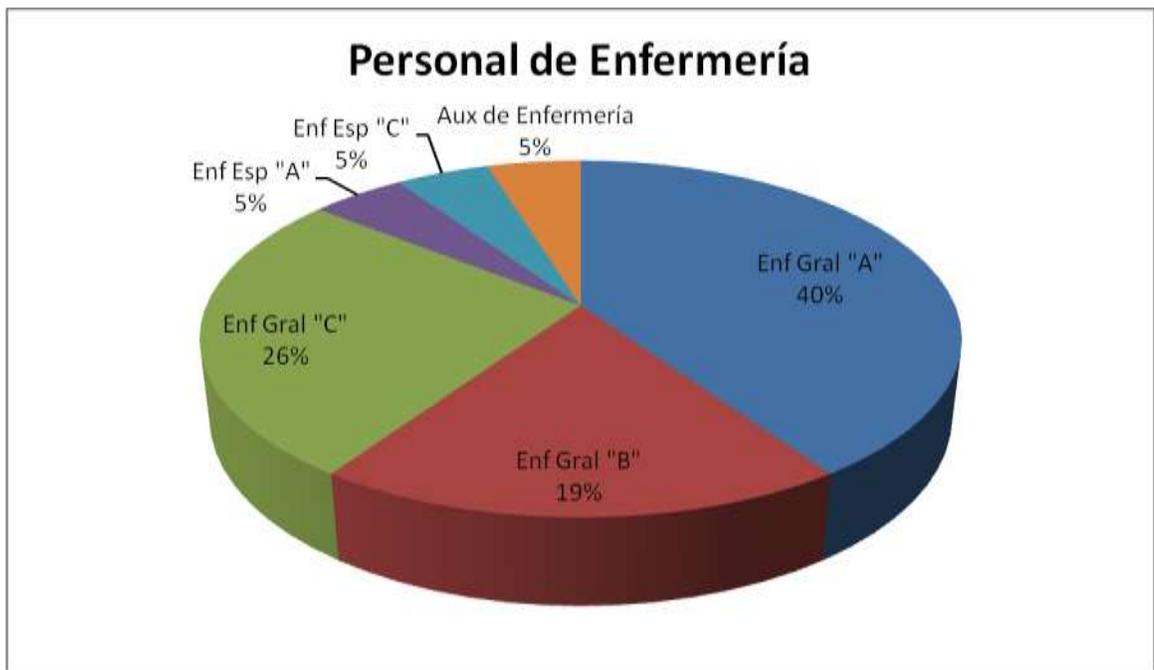
***atienden dos pisos por turno

Grafica 1



*Fuente: Rol de turnos y descansos mensual, correspondiente al mes de mayo-junio del tercer piso hospitalización.

Gráfica 2



*Fuente: Rol de turnos y descansos mensual, correspondiente al mes de mayo-junio del tercer piso hospitalización

*Fuente: misma que el gráfica 1

Gráfica 3



Fuente Gráfica 3: Guía técnica para la dotación de recursos humanos en Enfermería. Subsecretaría de innovación y calidad de la Secretaría de Salud. México 2013. Comisión permanente de Enfermería.

Para la designación de las tareas se distribuyen el número de pacientes haciendo una variante en lo sugerido por la comisión permanente de enfermería, ya que hace referencia que para el área de hemato-oncología un índice de 4 a 6 pacientes por enfermera y en medicina interna de 6 a 8 pacientes por enfermera, de acuerdo a la necesidad de éstos; sin embargo también contempla el apoyo de auxiliares en dónde en una institución de tercer nivel sugiere sea el 20% del total de personal y por ende por servicio⁷⁹, es decir, hace falta reajustar por la ausencia de auxiliares de enfermería y por turno, tomando en cuenta también el alto grado de especialización de los cuidados y las características de los pacientes.

La actitud, desafortunadamente como suele ser en cualquier otra institución del área de enfermería, se nota de rivalidad entre turnos, pero no afecta la realización de actividades ni la atención al paciente tampoco genera conflictos significativos que afecten la tarea ni el respeto entre compañeros de trabajo; la colaboración entre compañeros integrantes de un mismo turno, se destaca el trabajo solidario en el matutino, el trabajo en equipo en el vespertino, no siendo así en el nocturno ya que se trabaja más individualmente, salvo en situaciones de emergencias.

En cuanto a los derechos de los trabajadores los hace válidos y los conocen perfectamente así como estar conscientes de sus obligaciones, sin embargo se conoce poco sobre las normas y políticas por las que su trabajo está regido, como son normas oficiales mexicanas, indicadores de calidad etc., motivo por el cual se implementó un programa de educación continua para la actualización y sustento para su labor, a partir de un marco jurídico según las normas que los conducen.

En el tema de comunicación e información, para su estudio más profundo se dividirá en la comunicación entre las enfermeras en los enlaces de turno, enfermera médico, enfermera paciente, enfermera jefe de servicio, y personal del servicio y comunicados de mandos superiores.

⁷⁹ Guía técnica para la dotación de recursos humanos en Enfermería. Subsecretaría de innovación y calidad de la Secretaría de Salud. México 2013. Comisión permanente de Enfermería. [en línea] Último acceso 20 de mayo 2013. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/

La comunicación entre las enfermeras durante la jornada en todos los turnos, salvo en algunos casos el nocturno, se observa que es efectiva, ya que se atiende el llamado de los pacientes por parte de cualquier enfermera, aunque no se le haya asignado, informando inmediatamente a la enfermera titular sobre el motivo del llamado así como cambios verbales por parte del personal médico. En cuanto al enlace de turno se inicia con la entrega con el tipo de accesos vasculares y las soluciones que se infunden por cada una de sus vías, posterior los métodos invasivos, heridas estomas o las úlceras por presión detallando en características, su tratamiento, cantidad en el caso de las sondas, si hubo eventualidades y las intervenciones significativas de enfermería, se termina con los últimos signos vitales tomados, cerrando con el reporte de la glicemia capilar, si aplica. Como se puede apreciar no hay aplicación de un modelo conceptual de enfermería ni uso de diagnósticos de enfermería o grados de dependencia, la entrega se dan los datos indispensables pero se omite, en algunos casos, la valoración integral de enfermería como el estado de conciencia, el estado emocional, disposición a la terapéutica, movilidad, etc., dando por hecho que si no se menciona está exento de cualquier modificación o se encuentra integro.

La comunicación entre médico-enfermera se hace por medio directo a través de la comunicación verbal e indirecto por medio de las indicaciones médicas, ambas están condicionadas por el tipo de médico que rota en los sectores, ya que cada determinado periodo de tiempo rotan los residentes de las diferentes categorías; no existe una hábito o practica estandarizada para ellos, ya que no se les han definido tiempos para la actualización de indicaciones además de no transcribirlas diariamente, si no se agregan modificaciones conforme al cambio del estado de salud se da por entendido que se continua con la terapéutica desde el ingreso, haciendo el ejercicio de enfermería un tanto retardado, pues tiene que hacer retrospección de las indicaciones indagando en cada modificación desde el ingreso del paciente hasta la más reciente orden, en cuento a la comunicación verbal, se tiende a seguir indicaciones de manera verbal y el médico olvida expresarlas en la hoja correspondiente, pudiendo además provocar omisiones o repeticiones en la ejecución de las intervenciones de tratamiento. Se señala

además que para la transcripción de la terapéutica farmacológica se utilizan nombres tanto genéricos y comerciales creando en ocasiones confusión para la enfermera del siguiente turno causando duplicidad en el tratamiento farmacológico.

La comunicación enfermera- paciente se torna armoniosa y de respeto, rara vez se emiten reportes de familiares o de pacientes, encontrando uno por escrito, sobre el tema abordado en el transcurso del año, según la libreta de intercomunicaciones e incidencias. La opinión verbal al egreso de los pacientes es satisfactoria y se sienten complacidos con la atención en el servicio. Sin embargo, en varias ocasiones se ha identificado que el médico avisa directamente al paciente sobre el tratamiento a seguir y los procedimientos que se le realizarán omitiendo la información para la enfermera, tornándose una situación complicada al cambio del turno y la trasmisión de los cambios al otro turno. Se agrega además que desafortunadamente, durante la visita médica no se integra a la enfermera ya sea por la carga de trabajo, porque no hay horario fijo para la visita o desapego del personal tanto médico y de enfermería.

Ambiente

Cliente:

Se abordará a los clientes como los usuarios de los servicios de salud que ofrece el tercer piso, que se describen a continuación. Dentro de las características de los usuarios que se atienden suelen ser casos complicados de medicina interna, referidos por centros de salud y de hospitales generales del área metropolitana e interior de la república, en donde se agotan las posibilidades diagnósticas y tecnológicas, siendo el instituto mejor opción para su seguimiento y tratamiento. Además de ello se reciben pacientes con mayor clasificación socio-económica, salvo el sector XI, que recibe desde las más baja, esto por las características estructurales del servicio; se hace énfasis de esto con la intención de exponer las exigencias que debe cubrir enfermería y demás personal, ya que el familiar del

paciente tiene una concepción del personal de enfermería como exclusiva para la atención de su familiar enfermo o en su defecto cómo la que cubre demandas de familiares que no pueden ser consideradas como necesidades básicas por no cubrir los requerimientos para ser considerados como tales, a pesar de ello nunca negados por el personal, generando en el personal una inversión de tiempo adicional y estrés laboral.

Servicios:

El servicio está incorporado a una institución de tercer nivel que se encarga de atención médica, enseñanza e investigación para la prevención y tratamiento de enfermedades complicadas en adultos. Se cuenta con un sinfín de especialidades y subespecialidades médicas que atienden exclusivamente los siguientes padecimientos complejos de medicina interna y cirugía en las siguientes áreas:

- Enfermedades de glándulas endócrinas y metabólicas.
- Enfermedades digestivas.
- Enfermedades del hígado y páncreas.
- Enfermedades del riñón y vías urinarias.
- Enfermedades genéticas en adultos.
- Enfermedades hematológicas.
- Infecciones crónicas.
- Enfermedades reumáticas.
- Cirugía de abdomen y de glándulas endócrinas
- Trasplantes

Todas estas vistas y tratadas en el servicio. En cuanto a los servicios de Enfermería, del área en estudio, se dedica prestación de cuidados especializados y atención holística a pacientes hospitalizados con alteración de algunas de sus necesidades básicas, condicionados por algún tipo de afección que atiende la institución; genera enseñanza incidental y programada a todo el personal

continuamente; en área administrativa, a través de las jefes de servicio, coordina al personal a su cargo, supervisa la calidad de los procedimientos y satisfacción de los usuarios y da continuidad a los procesos establecidos; sin embargo la investigación es poco promovida, teniendo un amplio campo de investigación. Por tanto se ofrecen servicios de enfermería preventivos, tratamiento y rehabilitación de alta especialidad.

Proveedores:

Se identifican como proveedores a los servicios que intervienen para dar inicio o continuidad a la tarea, los cuales se identificaron como la farmacia, central de equipos y esterilización, inhalo terapia, mantenimiento- biomédica, trabajo social, servicio de cirugía, epidemiología, servicios de diagnóstico (laboratorio y gabinete), por mencionar los más destacados, los cuales se hará un breve análisis y la manera que inciden en las funciones del personal y en los pacientes.

◦ Farmacia:

La farmacia tiene un horario establecido de las 7:00 am a las 18:00; para la solicitud de los fármacos, se realiza durante el turno matutino una lista a mano que contiene todos los medicamentos que se contemplan para 24 horas de acuerdo a una ficha de tratamiento “kardex”, de enfermería, que se transcribe y actualiza según las indicaciones de médicas por escrito. Una vez hecha la solicitud a las 7 am, la Jefe de Servicio corteja una a una las papeletas con los kardex verificando la solicitud correcta y cantidad precisa de fármacos, dando énfasis en los antibióticos y productos de alto costo y los hace llegar a la secretaria, quien imprime un comprobante de carácter oficial donde nuevamente la Jefe verifica la solicitud y la firma de conformidad, para finalmente hacerla llevar a la farmacia, éste proceso dura aproximadamente de una a dos horas. Para la entrega del medicamento llega en 2 tiempos el primero a las 11 am aproximadamente, que se le denominan los “generales” ya que son de bajo costo y de uso común, y se reparten en los carros de trabajo y casillas correspondientes al paciente; y entre las 4 y 5 pm aproximadamente los antibióticos y medicinas de alto costo estando

al control de la jefe de servicio, se observa que éstos vienen etiquetados únicamente con el número de la cama en el empaque.

En el caso de haber una modificación en la terapéutica farmacológica, se tiene la oportunidad de solicitar el medicamento correspondiente a la farmacia antes de las 18 horas, de no ser así, se tiene la alternativa de que las jefes de servicio cuentan con una reserva limitada y controlada de medicamentos tanto generales y de alto costo, que se repone por turno según la demanda; otra es, en caso de ser accesible y no de ser de uso exclusivo del medio intrahospitalario, solicitar a los familiares lo requerido, todo ello con la finalidad de no retrasar la terapéutica, de haber explotado estas opciones sin obtener éxito, se da inicio al día siguiente el tratamiento indicado. Se observa también que existe fuga de medicamentos, pero no está conducido por dolo o mala fe, ya que el personal de enfermería resguarda el medicamento sobrante que resulta del cambio del esquema farmacológico, y lo utiliza posteriormente para otro paciente para agilizar también el tratamiento.

- Central de equipos y esterilización

La central de equipos además de surtir el instrumental necesario para procedimientos, provee material de consumo diario (jeringas, normogotos, equipos de bomba de infusión y sus variantes, etc.), en éste sentido las enfermeras de cada turno a su inicio calcula el material que pretende utilizar por medio de un vale de carácter institucional, el encargado de la logística de distribución del material es el empleado de “apoyo universal”, y éste proceso tarda entre una a dos horas aproximadamente para su entrega, en la mayoría de las ocasiones viene dividido y etiquetado con el nombre de del solicitante, pero de igual manera se tiene una reserva que el turno anterior deja, esto puede conllevar a exceder el cálculo, pudiéndose reflejar en la cuenta del usuario.

- Inhaloterapia:

Es un servicio interdependiente, proveedor de tratamientos respiratorios técnicos y farmacológicos, apegados a la orden médica. La enfermera incumbe en la solicitud, seguimiento y registro de dicha terapéutica, además de en casos de emergencia dar aviso para la preparación oportuna del equipo correspondiente. Se nota una buena comunicación y continuidad de los tratamientos, así como buenos tiempos en las solicitudes.

- Mantenimiento y Biomédica

Son dos departamentos independientes pero se aúnan en el estudio ya que compete al uso de las tecnologías y herramientas; se observa que hay únicamente un mantenimiento correctivo y no preventivo de dichos instrumentos, ya que de averiarse alguna de éstas, se da reporte telefónico y acuden con un tiempo indeterminado que va de 1 hora hasta un día dependiendo de la circunstancia; una vez hecha la reparación la jefe de servicio firma de conformidad.

- Trabajo social:

Éste se considera como proveedor ya que forma parte de los que determina en que piso alojar a los pacientes de acuerdo a su valoración socio-económica; se ha encontrado que la información que se proporciona al ingreso al paciente y familiares no es acorde a la dinámica del servicio, es decir, en cuanto a los servicios de enfermería hay discrepancias en la concepción y la información dada por trabajo social y el trabajo que realiza el personal, provocando desacuerdos con los familiares y el personal de enfermería.

- Cirugía:

Hay usuarios que están programados desde la consulta externa, una vez sido meticulosamente valorados, y que se hospitalizan un día antes de acto quirúrgico para ser preparados, la programación de los tiempos quirúrgicos se entrega a las 17:00 horas a la Jefe del Servicio, teniendo una hora la enfermera operativa para solicitar todo lo requerido a farmacia y al paciente, como enjuagues bucales,

catéteres, medicamentos antibióticos etc., en ocasiones las reservas o el tiempo no son suficientes, teniendo que solicitarle al paciente extemporáneamente conseguirlos por farmacias externas. El día del acto quirúrgico, se prepara según indicaciones, protocolo, que consiste en verificar el retiro de placas dentales, joyas y productos cosméticos así como el estado del paciente y verificación de la autorización, además de la recopilación un día anterior del expediente clínico completo, teniendo todo lo necesario se entrega al servicio de cirugía que corrobora una vez más lo mencionado dando énfasis en la meta internacional 1, identificación correcta del paciente y la 4, garantizar la cirugía segura.

Una vez llevado al tiempo quirúrgico se realiza una limpieza exhaustiva de la unidad del paciente por parte de los afeitadores, y se acondiciona la unidad por parte de enfermería; para el traslado del paciente de recuperación a la unidad correspondiente no hay un horario fijo, y así ocurre en todo tipo de traslado, pudiendo arribar al inicio o en el cambio del turno, teniendo el riesgo de hacer esperar al paciente para su recepción y atención oportuna, como de una valoración integral.

- Epidemiología

Incide constantemente ya que éste recibe las notificaciones para que se implementen precauciones por contacto, gota o vía aérea, derivado por los diferentes cultivos que se toman a los pacientes que se sospechan de infecciones infecto-contagiosas. También se encarga de la vigilancia epidemiológica y difusión de nuevas políticas referentes a infecciones nosocomiales como modificaciones de las técnicas. Las técnicas de aislamiento que se llevan a cabo en ocasiones no se respetan del todo por parte de los familiares y algunos integrantes del personal, pudiendo ocasionar infecciones cruzadas, alargando los días de estancia de los usuarios.

Cabe señalar que de éste servicio se derivan las enfermeras denominadas “líneas intra vasculares” que cumplen la función del acceso, asistencia y manejo de catéteres, esto para la homogeneidad de las técnicas y se les adiciona la

preparación de soluciones intravenosas reforzando la meta internacional 3, *control de medicamentos de alto riesgo*, electrolitos concentrados y se contemplan también las quimioterapias.

- Servicios de diagnóstico (laboratorio y gabinete)

El servicio de laboratorio clínico se refleja en la toma de muestras diarias matutinas por solicitud, y la entrega de los resultados. Se ha notado que en la mayoría de los casos se toman en tiempo y forma, salvo en casos excepcionales se retrasa el protocolo por problemas inherentes al servicio, provocando que los pacientes prolonguen el ayuno, ya que la enfermera desconoce la programación de los pacientes que se tienen contemplados para toma de muestras de laboratorio, pues el responsable de realizar la solicitud es el médico interno y éste no informa a enfermería para resolver oportunamente si el paciente mantenga el ayuno para evitar la alteración de los valores del estudio.

Para los estudios de gabinete son una gama importante, y se desconoce, para algunos, los requerimientos y preparación previa a su entrega al estudio correspondiente, como tomografía de doble contraste, broncoscopia, litotripsia, colocación de catéteres de diferentes tipos, etc. Aún así la programación es contemplada con anticipación e informada en la mayoría de los casos a la enfermera titular.

- Camilleros

Están adjuntos ad departamento de medicina crítica, están asignados de uno a dos pisos, apoyan en la movilización de pacientes y traslado a los diversos estudios requeridos; aunque algunos procesos se retardan ya que dan prioridad a las solicitudes de estudios, dejando atrás la movilización de pacientes.

Competidores

Los competidores se pueden transpolar como las otras áreas que se dedican a la hospitalización en diferentes pisos, que son el primer y segundo piso, aunque las características de éstas son muy diferentes ya que en aquellos las habitaciones son colectivas y se atienden padecimientos específicos de un área, como geriatría, ortopedia, infectología, etc.

Lo que se rescata, es que pacientes que se atienden en el tercer piso y antecede de otro servicio, emite buenas opiniones por su estancia en el tercero, por medio de un comparativo.

Creatividad e Innovación

El tercer piso se caracteriza por su buena disposición, por la mayoría de su personal, para implementar nuevos proyectos, aportando sus opiniones e ideas para la mejora del servicio, se realizan reuniones continuas donde surgen ideas innovadoras.

Tecnología

La tecnología utilizada en el servicio es diversa, se desarrollará conforme al marco teórico:

Registros y Archivos:

Estos se identifican dirigidos al control del personal, al paciente y el resguardo de material y equipo; Dentro de los que se dirigen al personal se distinguen el rol mensual del personal, que los elabora el departamento de enfermería a través de la coordinadora del capital humano en enfermería y designa los descansos mes con mes, las vacaciones programadas y las guardias que se solicitan especificando el tipo de pago, ya sea reflejada en la nómina o con tiempo

acumulando días de descanso por guardia realizada; otro es el rol de distribución diaria donde se designan los pacientes a atender para cada enfermera y el material del que se hace responsable a recibir y entregar al inicio y termino del turno respectivamente. Otros más correspondientes al personal son los de día guardia, cambio de turno, cambio de descanso que se concentra en un solo formato, el formato de día económico y el de pase de salida; que dan control al departamento sobre las incidencias del personal a su control.

Los dirigidos al paciente son múltiples, de los que se encuentran: Hoja de Informe de Enfermería, Hoja de Consentimiento Informado, Ordenes Médicas, Registros a Actos Transfusionales, formatos apegados a las normas pertinentes, otros son: solicitud a exámenes de laboratorio, notas de evolución, solicitud general para estudios de radiología e imagen, autorización para de procedimientos para tomografía, prescripción del régimen dietético, solicitud de internación, hoja de datos de egreso.

Por último los dirigidos a solicitud de instrumental o material son: Vale de resguardo de material y/o equipos y vale de “control de equipos”, donde se solicita material de consumo diario.

Se ha notado que no existe formato preciso para la solicitud de medicamentos, o narcóticos y psicotrópicos, para el control de éstos y conste para el historial.

El que describe perfectamente la labor de enfermería, es el del informe, impresa en una hoja de tamaño carta con anverso y reverso, consta de ficha de identificación completa, área de signos vitales por 24 horas, con espacio adicional para otros parámetros importantes, espacio para el balance de líquidos que contempla todos ingresos y egresos los reales y potenciales. Al reverso, se da espacio para los métodos invasivos, muestras y cultivos, estudios valoraciones y procedimientos, dónde el segundo rubro se utiliza con nula frecuencia. Posteriormente un espacio dedicado al registro de medicamentos, especificando medicamento, dosis, vía y el horario que está distribuido hora por hora para marcar la específica, se da termino con las observaciones por turno, destinadas 10

líneas en un rectángulo de 9 cm de largo por 5 cm de ancho, dando un espacio final para el nombre y firma de la enfermera, en éste cuadro solo se reportan eventualidades o cambios relevantes, omitiendo la valoración, uso del diagnóstico de enfermería y especificaciones en la terapéutica.

Medios Informáticos:

Quien hace uso de éstos medios es el personal secretarial, quien maneja un software para la solicitud de medicamentos y el uso de paquetería básica de Microsoft office para las distintas tareas administrativas.

Hay un proyecto para que el ejercicio de enfermería sea registrado por medio informático es innovador ya que abarca diferentes aspectos que el personal atiende, solo que no se ha implementado en el piso pues aún continúa en prueba piloto en el primer piso.

Investigación y Desarrollo:

El campo de la enfermería en el área de la investigación es poco promovido o con poco seguimiento, ya que algunas veces se carece de formación teórico-metodológica, y asesoramiento, sin embargo, se cuenta un área de oportunidad fértil e importante ya que los casos que se presentan en la institución invitan a la generación de hipótesis y seguimiento de las mismas.

Competitividad

De acuerdo al servicio que se ofrece y a las características y exigencias de pacientes y familiares el producto del cuidado resulta favorable, se distingue de otros servicios, a opinión y experiencia de los usuarios,

Calidad:

La calidad se midió por el juicio verbal a partir de la estancia del usuario a su egreso, la observación de la eficiencia, eficacia y efectividad percibida en el

entorno estudiado a través de la concepción como integrante del servicio, y el personal adscrito ya que se presenta ante ellos para ampliar el panorama de ésta investigación.

Resultando un óptimo entorno laboral, satisfacción de gran parte de los pacientes y familiares atendidos, y eficacia en los procesos, sólo falta de eficiencia en algunas intervenciones.

Cantidad:

En cuanto a cantidad son un sinnúmero de actividades de enfermería que se encomiendan y realiza durante el transcurso de cada turno, a pesar que las intervenciones no están meramente documentadas o si lo están no son conocidas por el personal.

Costo:

Está condicionado por el presupuesto que se contempla para el departamento de enfermería, y en relación a la clasificación socio-económica, limitando las funciones y proyectos de enfermería, por disposiciones ajenas al departamento.

Productividad:

Se cuenta con el programa de productividad que se suscriben enfermeras interesadas por el incremento de la calidad de atención, éste es un parámetro muy subjetivo en el área de la enfermería donde muchos autores de la enfermería y el tema lo han estudiado relacionan la efectividad, la eficiencia, condiciones de trabajo y la calidad como implicaciones de la productividad, no obstante los resultados están dirigidos a los usuarios, y tienen que ser medidos por las autoridades competentes.

En la institución se valoran a través de cierto número de horas de cursos, enseñanza incidental y programada comprobable, y opinión de los pacientes por la atención dada, todo ello forma la productividad del cuidado en la institución,

criterios que se cubren en el servicio, por parte de los integrantes del programa y ciertos puntos de los que no lo están.

3.3.5 Aplicación del análisis FODA y Generación de Estrategias

A continuación se aplica el análisis de identificar fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, denominado FODA, de acuerdo a lo que se expone en el marco teórico, siguiendo el enfoque de las variables administrativas básicas de Idalberto Chiavenato, desarrollando cada una de ellas para la intención estratégica del servicio, tomando en cuenta su misión, visión, valores y objetivos así como los institucionales.

Este ejercicio se realiza en dos etapas, en la primera se enumeran cada una de las oportunidades y las amenazas presentes en el medio externo, así también las fortalezas y las debilidades en el entorno interno del servicio mediante un cuadro de cuatro cuadrantes.

Una vez enlistados estos elementos, se interpretan la interrelación de las fortalezas y las debilidades y de las oportunidades y las amenazas, por medio de otro cuadro de cuatro cuadrantes. Al cruzarlos, se forman las cuatro cédulas de la matriz FODA y cada casilla tendrá la indicación del rumbo que se debe seguir.

Los cuatro espacios sirven como guía para la generación de estrategias.⁸⁰

1. Cuadrante 1 (superior izquierdo): sugiere las estrategias para acciones ofensivas, o sea, el uso de las fortalezas y las competencias del servicio para aprovechar las oportunidades identificadas.
2. Cuadrante 4 (inferior derecho): revela la debilidad del servicio para afrontar las amenazas, indica una fase de crisis o decadencia y sugiere estrategias para una desinversión o un blindaje.

⁸⁰ Adaptado de Chiavenato, Idalberto . Planeación estratégica, fundamentos y aplicaciones. 2ª ed. Edit. Mc Graw Hill Interamericana, 2011. Pág. 163

3. Cuadrante 2 (superior derecho): revela que las debilidades del servicio e impiden o dificultan que pueda aprovechar las oportunidades del entorno. Sugiere estrategias defensivas.

4. Cuadrante 3 (inferior izquierdo): indica que las fortalezas de la organización deben crear barreras contra las amenazas del entorno externo por medio de estrategias de segmentación.

Inmediato al anunciado de cada estrategia se agrega un código que se forma de la numeración antes hecha y con la letra inicial de cada elemento del FODA, indicando en que aspecto, ya sea positivo y negativo, del servicio incide, así mismo puede ser guía para establecer prioridades, ya que entre más aspectos influya la estrategia, que se piensa puede resolver la problemática a la que pertenecen cada elemento.

Tarea

<p style="text-align: center;">Fortalezas</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ F1 Se realizan tareas dentro de los periodos establecidos ✓ F2 Atención empática y con trato digno ✓ F3 Se realizan las intervenciones eficazmente ✓ F4 Colaboración entre el personal para tareas especializadas. ✓ F5 Integración del familiar en la participación del cuidado de Enfermería 	<p style="text-align: center;">Debilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> ☒ D1 Se omite la revisión de pacientes al inicio de cada turno. ☒ D2 No se basa la ejecución de intervenciones en modelo conceptuales de Enfermería ☒ D3 Desconocimientos de indicadores y metas internacionales de calidad por el personal operativo. ☒ D4 No hay estandarización y definición de procedimientos ☒ D5 Manuales administrativos no actualizados ☒ D6 Inversión de tiempo a actividades ajenas a Enfermería por características de los pacientes. ☒ D7 Solicitud de material de consumo diario no calculada.
<p style="text-align: center;">Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ O1 Personal con amplia experiencia y especialistas en tema ➤ O2 Apoyo de familiares para la realización d tareas de poco grado de dificultad. ➤ O3 Capacitación a familiares por medio de educación informal y enseñanza incidental ➤ O4 Supervisión a través del aprendizaje dirigido. 	<p style="text-align: center;">Amenazas</p> <ul style="list-style-type: none"> ≠ A1 Pacientes con alto grado de especialización ≠ A2 Disposición de familiares para colaborar con actividades. ≠ A3 Delegación de funciones a familiares. ≠ A4 Actualización y unificación de protocolos y procedimientos. ≠ A5 Condiciones de los usuarios de los servicios de salud.

	Fortalezas	Debilidades
Oportunidades	<p>Aprovechar la experiencia de la técnica del personal más antiguo actualizando su metodología teórica. (F1,F3, O1, O4)</p> <p>Fortalecer la enseñanza incidental dirigida a los pacientes y familiares, con referencia a las técnicas empleadas de bajo grado de dificultad. (F4, F5, O2, O3)</p> <p>Capacitar a las jefes de servicio para dirigir el servicio por medio de la supervisión a través del aprendizaje dirigido (F3,F4, O1, O4)</p> <p>Fortalecer la eficacia de las tareas, incorporando al familiar, para llegar a óptimos grados de efectividad, bajo supervisión dirigida. (F3, F4, F5, O2, O3, O4)</p> <p>Continuar con la cultura de la ejecución de intervenciones oportunamente guiado por la empatía y trato digno y apoyo mutuo. (F1, F2, F4, O2, O3)</p>	<p>Incentivar al personal a revisión de pacientes sus pacientes, para verificar las condiciones con las que se recibe y calcular el material de consumo que se tendrá por solicitar dirigido por supervisión. (O1, O4, D1, D4, D5, D7)</p> <p>Crear un programa de comités internos, integrados por el mismo personal, para la difusión y actualización sobre metas internacionales e indicadores de calidad. (O1, O4, D3, D4)</p>
Amenazas	<p>Fomentar el trabajo en equipo para alcanzar un grado óptimo de eficacia y eficiencia en las actividades de alta especialidad. (F1,F3,F4, A1, A5)</p> <p>Promover el autocuidado de los pacientes, en la medida de lo posible con base en la valoración de Enfermería, hasta alcanzar grados de independencia óptimos para su pronta reincorporación. (F2, F5 A1, A2, A3, A5)</p>	<p>Delimitar el campo de acción ante los familiares clarificando las competencias del personal de Enfermería, instruyendo sobre las actividades de apoyo. (A1, A2, A3 , D6)</p> <p>Capacitar al personal sobre la valoración conforme a un modelo teórico de Enfermería de acuerdo al estado de salud del paciente. (D1, D2, A1, A5).</p> <p>Actualización de los manuales de procedimientos, basados con un modelo teórico, apoyado con integrantes del servicio voluntarios (A1, A4, A5 ,D2, D4, D5, D6)</p>

Estructura

<p style="text-align: center;">Fortalezas</p> <p>F1 Buena estructura y distribución física del servicio.</p> <p>F2 Condiciones óptimas de higiene de habitaciones y áreas comunes</p> <p>F3 Maquinarias y herramientas precisas y suficientes.</p> <p>F4 Vigilancia interna continua.</p> <p>F5 Persona capacitada y certificada en desastres.</p> <p>F6 Señalamientos de áreas de seguridad y rutas de evacuación establecidos</p>	<p style="text-align: center;">Debilidades</p> <p>D1 Carros de emergencia concentrados en un área específica.</p> <p>D2 Ausencia de un elemento de seguridad interna en el piso.</p> <p>D3 Solo una persona capacitada en la atención de desastres.</p> <p>D4 No hay difusión, por medio de planos, de la ruta de evacuación y áreas de seguridad.</p>
<p style="text-align: center;">Oportunidades</p> <p>O1 Buen acondicionamiento de las áreas comunes.</p> <p>O2 Interés de incorporación del personal para capacitación en caso de desastres.</p> <p>O3 Personal de nuevo ingreso y pasantes que se insertan al área.</p> <p>O4 Buenas áreas de seguridad.</p>	<p style="text-align: center;">Amenazas</p> <p>A1 Atraso del canje para esterilización de material.</p> <p>A2 Convocatoria limitada para la capacitación del personal.</p> <p>A3 Riesgo de baja satisfacción de los usuarios. </p> <p>A4 Pérdida de tiempo en traslado, obtención y canje de material.</p> <p>A5 Proceso de espera amplio para la compostura de fallas.</p> <p>A6 Reparación solo correctiva.</p> <p>A7 Riesgo de retraso de las tareas</p>

	Fortalezas	Oportunidades
Debilidades	<p>Reforzar el reporte oportuno de fallas en estructura de maquinarias y herramientas y medir tiempos de reparación. – (F1, F3, O1,)</p> <p>Vigilar el buen acondicionamiento de las unidades continuando con el mantenimiento de las instalaciones y los accesorios óptimas condiciones. (F1, F2, F3, O1)</p> <p>Contemplar, como parte del curso de inducción, la identificación de las áreas contempladas como de seguridad en caso de desastres. (F1, F5, F6, O2, O4)</p>	<p>Colocar un plano del servicio en un área visible delimitando la ruta de evacuación y áreas de seguridad establecidas. (D3, D4 O3, O4)</p> <p>Capacitar a más integrantes del personal interesado para el curso de brigadista y atención en caso de desastres. (D3, D4, O2, O3, O4)</p>
Amenazas	<p>Sugerir al departamento de mantenimiento y biomédica un sistema más que correctivo, preventivo, programando mínimo bimestralmente las condiciones de las herramientas y maquinaria. (F1, F3, A3, A4, A5,A6, A7)</p> <p>Solicitar al departamento de Enfermería un curso para el personal interesado para capacitación en caso de desastres. (F5, F6, A2, A3, A7)</p> <p>Designar al turno matutino, con personal de apoyo universal, para el cambio y canje de material específico y de esterilización. (F1, F3, A1, A3, A4, A7)</p>	<p>Reubicar en áreas estratégicas los carros de emergencia, reduciendo el tiempo de traslado. (F1, F3, A1, A4, A7)</p> <p>Exhortar al departamento de vigilancia un elemento de seguridad fijo en cada turno para mantener la seguridad del servicio. (F4*, D2, A7)</p> <p>*Se agrega a este rubros pues pesar de contar con vigilancia dentro de la institución, el servicio n cuenta con un vigilante exclusivo para el área.</p>

Persona

Fortalezas	Debilidades
<p>F1 Sistema de cuidado integral con enfoque de evitar la falta o el olvido de detalles en la atención del paciente.</p> <p>F2 Distribución de pacientes igualitaria.</p> <p>F3 Alto porcentaje de personal profesional</p> <p>F4 Comunicación efectiva entre el personal de Enfermería</p> <p>F5 Comunicación efectiva entre paciente –Enfermera – familiar</p> <p>F6 Colaboración y solidaridad entre compañeros de cada turno en el servicio.</p> <p>F7 Personal consciente de sus derechos y obligaciones.</p>	<p>D1 Reducción en los tiempos de atención.</p> <p>D2 Percepción sobre la distribución poco equitativa</p> <p>D3 28% del personal con categoría “C”.</p> <p>D4 5% del personal es Auxiliar de Enfermería</p> <p>D5 10% de personal con Especialidad y/o pos técnico</p> <p>D6 Desequilibrio de distribución del personal en los turnos, según cifras de la comisión permanente de Enfermería.</p> <p>D7 Se hace entrega el enlace de turno sin valoración integral (disposición, movilidad, etc.) o uso de diagnósticos.</p> <p>D8 Personal de Enfermería sin incorporación a la visita médica.</p> <p>D9 Desconocimiento de normas oficiales que conducen la práctica de Enfermería</p>
Oportunidades	Amenazas
<p>O1 Personal con aspiraciones para continuar estudios.</p> <p>O2 Pasantes de Enfermería en formación.</p> <p>O3 Programas de educación continua, cursos y exposición de temas dentro y fuera del servicio.</p> <p>O4 Personal con disposición y experiencia.</p>	<p>A1 Reubicación de auxiliares de Enfermería en consulta externa.</p> <p>A2 Concentración de los pasantes de Enfermería en un turno.</p> <p>A3 Oportunidades de continuidad de estudios, (licenciatura, postgrado) limitados por presupuesto.</p> <p>A4 Indicaciones médicas escritas sin trascripción diaria.</p> <p>A5 Horario no establecido para su revisión y/o elaboración.</p> <p>A6 Visita médica sin horario establecido.</p> <p>A7 Cambios de la terapéutica sin aviso a la Enfermera titular ni por escrito.</p> <p>A8 Comunicados externos que inciden al servicio con poca difusión.</p>

	Fortalezas	Oportunidades
Debilidades	<p>Dar continuidad y seguimiento a los cursos impartidos en el servicio, fortaleciendo los derechos y obligaciones del personal (F3, F6, F7, O1, O2, O3, O4).</p> <p>Integrar a los pasantes y estudiantes de Enfermería al personal con disposición, experiencia y con afinidad docente (F2, F3, F4, F6, O2, O4)</p> <p>Inculcar firmemente en los pasantes de Enfermería, los valores institucionales dando énfasis en solidaridad (F3, F4, F6, O2, O4).</p> <p>Vincular el sistema de cuidado integral con un modelo teórico de Enfermería para guiar la valoración de Enfermería (F1, F2, F3, O1, O2, O3, O4).</p>	<p>Iniciar un curso de sensibilización dirigido al personal médico y de Enfermería para mejorar la comunicación efectiva entre personal y usuarios de los servicios de salud (D7, D8, D9, O1, O2, O4).</p> <p>Fortalecer programas de educación continua impartidos dentro del servicio, integrando además el marco jurídico en el que está inmersa su práctica (D3, D5, D7, D9, O1, O2, O3, O4).</p> <p>Analizar y dar a conocer ante el personal los modelos conceptuales de Enfermería identificando el que se ajuste al servicio y aunarlo con el manejo del Diagnóstico de Enfermería (D3, D5, D7, D9, O1, O3, O4).</p> <p>Solicitar revisión de la plantilla, con base a lo sugerido a la comisión permanente de Enfermería, reajustando al capital humano ante la ausencia de Auxiliares de Enfermería (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D8, O2, O4).</p> <p>Concientizar al personal de Enfermería sobre la importancia de integrarse a la visita médica (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, O2, O3, O4).</p>
Amenazas	<p>Promover en personal la continuidad de estudios a nivel Licenciatura (F3, F6, F7, A1, A3).</p> <p>Distribuir a los pasantes de Enfermería en los diferentes turnos. (F1, F3, F4, F6, A1, A2)</p> <p>Aprovechar la formación y actualización de los pasantes de Enfermería en cuanto al diagnóstico Enfermero y modelos conceptuales. (F1, F3, A2, A3)</p> <p>Promover la comunicación efectiva, basada en el respeto entre los profesionales de Enfermería y médica (F1, F3, F4, F5, F6, F7, A4, A5, A6, A7, A8).</p>	<p>Reponer al personal no profesional (auxiliares que se reubican en la consulta externa) por personal especialista para equilibrar positivamente la carga de trabajo en el servicio impactando favorablemente en agilidad de tareas y distribución equitativa (D1, D2, D3, D4, D5, D6, D8, A1, A2, A3, A8).</p> <p>Solicitar al departamento de Enfermería oportunidades para que el personal retome estudios de nivelación, pos técnico y/o posgrado (D3, D4, D5, D6, D9, A1, A2, A3).</p> <p>Solicitar a los médicos adscritos de cada sector fijar horarios para la visita médica y establecer hora para la entrega de indicaciones actualizadas diariamente transcritas (D1, D7, D8, A4, A5, A6, A7, A8).</p>

Ambiente

Fortalezas	Debilidades
<p>F1 Servicio incorporado a una institución de tercer nivel de atención.</p> <p>F2 Campo de acción definido</p> <p>F3 Prestación de cuidados especializados, con enfoque preventivo, de tratamiento y rehabilitación.</p> <p>F4 Generación de enseñanza incidental y programada para el fortalecimiento de las tareas a personal de nuevo ingreso.</p> <p>F5 Continuidad a los procesos administrativos.</p> <p>F6 Buena coordinación entre los servicios de inhaloterapia.</p> <p>F7 Existe protocolo prequirúrgico y post dirigido al servicio de hospitalización</p>	<p>D1 Familiares poco informados sobre la dinámica y políticas hospitalarias.</p> <p>D2 No hay enseñanza dirigida a pacientes y familiares</p> <p>D3 Proceso largo para el abastecimiento de medicamentos y material de consumo</p> <p>D4 Poca coordinación y desconocimiento de la logística del servicio por trabajo social.</p> <p>D5 No hay un horario límite para la derivación y traslado de pacientes de servicios externos a otros</p> <p>D6 Desconocimiento del personal de Enfermería sobre la programación de pacientes para estudios de laboratorio</p> <p>D6 Desconocimiento de los requerimientos para la realización de algunos estudios de gabinete y procedimientos de diagnóstico.</p>
Oportunidades	Amenazas
<p>O1 Se cuentan con muchas especialidades y especialidades, enriqueciendo el campo de Enfermería.</p> <p>O2 Optima difusión sobre programación de tiempos quirúrgicos.</p> <p>O3 Oportuna programación de estudios de gabinete y diagnósticos.</p> <p>O4 Buena percepción de usuarios sobre la atención de Enfermería que se brinda.</p>	<p>A1 Casos complicados que requieren atención especializada y de alta demanda.</p> <p>A2 Exigencias de familiares y usuarios por la concepción errónea de los servicios Enfermería.</p> <p>A3 Farmacia con horario limitado.</p> <p>A4 Fármacos con el número de cama como única identificación y sin formato de corroboración.</p> <p>A5 Mantenimiento correctivo y no preventivo de máquinas y herramientas.</p> <p>A6 Logística y priorización de Camilleros.</p>

	Fortalezas	Oportunidades
Debilidades	<p>Motivar al personal a través de la búsqueda de identidad institucional y del departamento de Enfermería y enfatizar que formamos parte de una institución líder (F1, F2, F3, F4, O1, O4).</p> <p>Dar continuidad al protocolo de programación y preparación de los pacientes que se someten a tiempo quirúrgicos (F2, F3, F4, F5, F7, O1, O2).</p> <p>Crear un instrumento de apoyo administrativo para reforzar la continuidad de los procesos. (F1, F2, F5, O1, O2, O3).</p>	<p>Pactar reuniones continuas con el servicio de trabajo social con las jefes de servicio e invitarlas a conocer la logística del piso en sus diferentes turnos (D1, D2, D4, D5, O1, O4).</p> <p>Definir y dar paso al campo de acción de Enfermería analizando las diferentes especialidades médicas ampliando el panorama de Enfermería. (D2, D5, O1, O4)</p> <p>Crear un manual de carácter administrativo que sirva como guía donde se defina cada procedimiento diagnóstico y de gabinete incluyendo la preparación física y los requerimientos que se solicitan para cada uno. (D1, D2, D6, D7, O1, O2, O3)</p>
Amenazas	<p>Sugerir al departamento de mantenimiento y biomédica un sistema más que correctivo, preventivo, programando mínimo bimestralmente las condiciones de las herramientas y maquinaria (F1, F2, F5, A1, A5).</p> <p>Crear folletos informativos sobre temas específicos relacionados con los cuidados y características más comunes de los pacientes y utilizarlos de igual manera como plan de alta. (F1, F2, F3, F4, F5, A1, A2)</p> <p>Dar a conocer, por medio de un censo diario, los pacientes que estén programados para estudios de laboratorio y gabinete y comunicarlo durante el enlace de turno. (F2, F5, A1, A2).</p>	<p>Retroalimentar continuamente ante los familiares aprehensivos y la dinámica del servicio ante los familiares y reforzado por las jefes de servicio, e interconsultar a especialistas en el tema de no ser funcional (D1, D2, D4, D6, A1, A2).</p> <p>Proporcionar a los pacientes y familiares al ingreso un tríptico que integre información sobre los servicios de Enfermería (D1, D2, D4, D5, A1, A2,).</p> <p>Sugerir a la farmacia entregar medicamento, con copia de formato sugerido, especificando además en el empaque por número de cama (D3, D5, A1, A3, A4).</p> <p>Identificar los obstáculos del personal de apoyo universal que atrasen la tarea de entrega del material de consumo (D3, A1)</p> <p>Definir horarios límite para la entrega de pacientes derivados de otros servicios, para agilizar las tareas (D1, D5, A1, A2,).</p>

Tecnología

<p style="text-align: center;">Fortalezas</p> <p>F1 Registros y archivos dirigidos al personal adecuados y suficientes.</p> <p>F2 Conocimiento eficiente sobre el uso de las tecnologías y técnicas empleadas para ejercer las intervenciones</p>	<p style="text-align: center;">Oportunidades</p> <p>O1 Proyecto innovador de hoja electrónica de Enfermería por un software.</p> <p>O2 Campo de investigación amplio y fértil.</p>
<p style="text-align: center;">Debilidades</p> <p>D1 Documentos carentes de formato oficial, libreta de recepción de quimioterapia, solicitud de medicamentos extemporáneos, programación de ingresos, etc.</p> <p>D2 Inexistencia de formatos para la solicitud de medicamentos generales e inotrópicos.</p> <p>D3 Poca capacitación sobre hoja de Enfermería electrónica.</p> <p>D4 Nulo asesoramiento o capacitación teórico-metodológica para el desarrollo de investigación</p>	<p style="text-align: center;">Amenazas</p> <p>A1 Espacio insuficiente en Hoja de Enfermería para el reporte de observaciones de Enfermería para reportar la valoración integral, diagnóstico Enfermero, la implementación de intervenciones e de indicadores de calidad.</p> <p>A2 Falta de equipo de cómputo para cubrir al personal.</p> <p>A3 Poca promoción y fomento a la investigación.</p>

	Fortalezas	Oportunidades
Debilidades	<p>Actualización y revisión de archivos establecidos dirigidos al personal, usuarios de los servicios y el uso de maquinarias y herramientas existentes en el servicio que rijan las tareas (F1, F2, O2).</p> <p>Capacitar continuamente al personal sobre tecnologías que se generen a la par de los avances en Enfermería. (F1, F2, O1, O2)</p>	<p>Promover la investigación a través de la tutoría de expertos en el tema (D1, D2, D4).</p>
Amenazas	<p>Crear formatos innovadores con validez institucional, que sustenten la práctica de Enfermería tales como de solicitud de medicamentos, la recepción de fármacos de alto costo y riesgo (como quimioterapias) para el resguardo, programación de ingresos y egresos, etc. (F1, D1, D2, D3 D4)</p>	<p>Sugerir la reingeniería de la hoja de Enfermería donde se incluyan apartados específicos dirigidos con los indicadores indispensables para la práctica de Enfermería (D1, D3, A1, A2, A3).</p> <p>Solicitar el equipo de cómputo indicado para impulsar el proyecto de la hoja electrónica de Enfermería. (D1,D3, A1, A2, A3)</p>

Competitividad

<p style="text-align: center;">Fortalezas</p> <p>F1 Se cumple con el objetivo del programa de productividad, de acuerdo a lo que se establece en sus políticas.</p> <p>F2 Asistencia del personal inscrito al programa a cursos organizados por la institución.</p> <p>F3 Se realiza enseñanza incidental y programada en el servicio.</p> <p>F4 La atención de Enfermería se distingue de otros servicios de hospitalización por experiencia de los pacientes.</p> <p>F5 Entorno laboral cordial, agradable y de respeto.</p>	<p style="text-align: center;">Oportunidades</p> <p>O1 Se generan buenas propuestas del programa institucional de productividad.</p> <p>O2 Becas del 50% para cursos fuera de la institución.</p>
<p style="text-align: center;">Debilidades</p> <p>D1 Intervenciones no catalogados o conocidas por el personal</p> <p>Intervenciones no guiadas por un modelo conceptual.</p>	<p style="text-align: center;">Amenazas</p> <p>A1 El costo está condicionado al presupuesto, que es ajeno al deliberado para el departamento, lo cual delimita las funciones u aspiraciones de los integrantes del servicio</p>

	Fortalezas	Oportunidades
Debilidades	<p>Dar seguimiento y evaluar minuciosamente los proyectos que se generen con el programa de productividad (F1, F2, F3, O1, O2).</p> <p>Favorecer y permitir el trabajo colaborativo para mantener un clima laboral cordial y agradable (F4, F5, O1).</p> <p>Mantener y elevar la satisfacción del usuario realizando evaluaciones continuas referentes a la calidad de la atención ofrecida (F1, F3, F4, F5 O1).</p>	<p>Ofrecer facilidades para que el personal operativo acuda a cursos impartidos por el instituto, alternando a los integrantes del servicio que los desee tomar, para alcanzar una cobertura más amplia y equitativa (D2, O1, O2).</p> <p>Difundir los cursos extra institucionales que sean competencia de la institución (D1, D2, O1 O2).</p>
Amenazas	<p>Que el personal guíe las intervenciones basadas en un modelo conceptual de Enfermería (F2, F3, F4, A1) .</p>	<p>A través de la empatía concientizar al personal de Enfermería sobre los costos generados por la atención, y el contexto socio-económico del paciente (D1, D2, A1).</p>

Capítulo 4

4 Conclusiones

4.1 Conclusiones

Se entiende a partir de la realización del presente trabajo que el cuidado implica no solo del personal operativo, ya que como dice una de las pioneras en la enfermería, administración, y sobre todo, de manera personal, considerada la estrategia modelo en enfermería, Florence Nightingale, *colocar a la persona en las mejores condiciones para que la naturaleza actué sobre él*, y es justo la función en la que participa la administración por medio de las jefes de servicio y de su departamento, ya que en estas instancias se negocia tanto el recurso material y el capital humano para que la atención de enfermería se otorgue con la calidad y calidez, regido por los principios éticos y legales y guiado por un sustento teórico-metodológico, sello de la enfermería universitaria

En cuanto al diagnóstico situacional se puede mencionar que a partir de hacer evidentes los problemas y posibles causas en el servicio se logró generar múltiples tácticas dirigidas a las diferentes áreas de competencia del servicio demostrando así los beneficios que se consiguieron con el diagnóstico, cumpliendo entonces el objetivo primordial del presente trabajo realizado.

La experiencia obtenida fue gratificante, ya que se dieron las facilidades por parte de la institución para la realización del trabajo, y como integrante del servicio permite refrendar el compromiso ante la profesión y la institución,

4.2 Recomendaciones

El servicio tiene áreas de oportunidad potenciales, las cuales se sugieren aprovechar presentando las siguientes tácticas para fortalecer la planeación, organización y ejecución de acciones de mejora y garantizar la calidad de la institución a través del establecimiento de mecanismos que promuevan servicios

oportunos, personalizados, humanizados, integrales, continuos y de acuerdo con estándares de calidad que conduzcan la práctica profesional.

La necesidad de otorgar una atención de calidad así como la mejora continua son los elementos que se deben perseguir para efectuar un plan de trabajo; por tal motivo se proponen el siguiente plan táctico, pretendiendo dar solución a cada una de las problemáticas que se encuentran en el servicio, conformando las estrategias de mejora conformando por objetivos que se enfocan a tres aspectos, de acuerdo a lo que sugiere Idalberto Chiavenato, que son la excelencia operacional, el liderazgo del servicio y la empatía al usuario.

Tácticas dirigidas a la empatía con el usuario
<ul style="list-style-type: none">✓ Fortalecer la enseñanza incidental dirigida a los pacientes y familiares, con referencia a las técnicas empleadas de bajo grado de dificultad.✓ Fortalecer la eficacia de las tareas, incorporando al familiar, para llegar a óptimos grados de efectividad, bajo supervisión dirigida.✓ Continuar con la cultura de la ejecución de intervenciones oportunamente guiado por la empatía y trato digno y apoyo mutuo.✓ Incentivar al personal a revisión de pacientes sus pacientes, para verificar las condiciones con las que se recibe y calcular el material de consumo que se tendrá por solicitar dirigido por supervisión.✓ Promover el autocuidado de los pacientes, en la medida de lo posible, con base en la valoración de Enfermería, hasta alcanzar grados de independencia óptimos para su pronta reincorporación.✓ Colocar un plano del servicio en un área visible delimitando la ruta de evacuación

y áreas de seguridad establecidas.

- ✓ Exhortar al departamento de vigilancia un elemento de seguridad fijo en cada turno para mantener la seguridad del servicio.
- ✓ Reponer al personal no profesional (auxiliares que se reubican en la consulta externa) por personal especialista para equilibrar positivamente la carga de trabajo en el servicio impactando favorablemente en agilidad de tareas y distribución equitativa.
- ✓ Crear folletos informativos sobre temas específicos relacionados con los cuidados y características más comunes de los pacientes y utilizarlos de igual manera como plan de alta.
- ✓ Proporcionar a los pacientes y familiares al ingreso un tríptico que integre información sobre los servicios de Enfermería.
- ✓ Retroalimentar continuamente ante los familiares aprehensivos y la dinámica del servicio ante los familiares y reforzado por las jefes de servicio, e interconsultar a especialistas en el tema de no ser funcional.
- ✓ Mantener y elevar la satisfacción del usuario realizando evaluaciones continuas referentes a la calidad de la atención ofrecida.
- ✓ A través de la empatía concientizar al personal de Enfermería sobre los costos generados por la atención, y el contexto socio-económico del paciente.

Tácticas dirigidas a la excelencia operacional

- ✓ Aprovechar la experiencia de la técnica del personal más antiguo actualizando su praxis.
- ✓ Fomentar el trabajo en equipo para alcanzar un grado óptimo de eficacia y eficiencia en las actividades de alta especialidad.
- ✓ Capacitar al personal sobre la valoración conforme a un modelo teórico de Enfermería de acuerdo al estado de salud del paciente.
- ✓ Reforzar el reporte oportuno de fallas en estructura de maquinarias y herramientas y medir tiempos de reparación.
- ✓ Vigilar el buen acondicionamiento de las unidades continuando con el mantenimiento de las instalaciones y los accesorios óptimas condiciones.
- ✓ Solicitar al departamento de Enfermería un curso para el personal interesado para capacitación en caso de desastres.
- ✓ Designar al turno matutino, con personal de apoyo universal, para el cambio y canje de material específico y de esterilización.
- ✓ Reubicar en áreas estratégicas los carros de emergencia, reduciendo el tiempo de traslado.
- ✓ Iniciar un curso de sensibilización dirigido al personal médico y de Enfermería para mejorar la comunicación efectiva entre personal y usuarios de los servicios de salud.
- ✓ Fortalecer programas de educación continua impartidos dentro del servicio, integrando además el marco jurídico en el que está inmersa su práctica.
- ✓ Solicitar revisión de la plantilla, con base a lo sugerido a la comisión permanente de Enfermería, reajustando al capital humano ante la ausencia de Auxiliares de Enfermería.
- ✓ Concientizar al personal de Enfermería sobre la importancia de integrarse a la visita médica.

- ✓ Distribuir a los pasantes en los diferentes turnos.
- ✓ Promover la comunicación efectiva, basada en el respeto entre los profesionales de Enfermería y médica.
- ✓ Solicitar a los médicos adscritos de cada sector fijar horarios para la visita médica y establecer hora para la entrega de indicaciones actualizadas diariamente transcritas.
- ✓ Dar continuidad al protocolo de programación y preparación de los pacientes que se someten a tiempo quirúrgicos.
- ✓ Crear un instrumento de apoyo administrativo para reforzar la continuidad de los procesos.
- ✓ Crear un manual de carácter administrativo que sirva como guía donde se defina cada procedimiento diagnóstico y de gabinete incluyendo la preparación física y los requerimientos que se solicitan para cada uno.
- ✓ Sugerir al departamento de mantenimiento y biomédica un sistema más que correctivo, preventivo, programando mínimo bimestralmente las condiciones de las herramientas y maquinaria.
- ✓ Dar a conocer, por medio de un censo diario, los pacientes que estén programados para estudios de laboratorio y gabinete y comunicarlo durante el enlace de turno.
- ✓ Identificar los obstáculos del personal de apoyo universal que atrasen la tarea de entrega del material de consumo.
- ✓ Definir horarios límite para la entrega de pacientes derivados de otros servicios, para agilizar las tareas.
- ✓ Actualización y revisión de archivos establecidos dirigidos al personal, usuarios de los servicios y el uso de maquinarias y herramientas existentes en el servicio que rijan las tareas.
- ✓ Sugerir la reingeniería de la hoja de Enfermería donde se incluyan apartados específicos dirigidos con los indicadores indispensables para la práctica de Enfermería.

- ✓ Favorecer y permitir el trabajo colaborativo para mantener un clima laboral cordial y agradable.

Tácticas dirigidas liderazgo del servicio

- ✓ Capacitar a las Jefes de Servicio para dirigir el servicio por medio de la supervisión a través del aprendizaje dirigido.
- ✓ Crear un programa de comités internos, integrados por el mismo personal, para la difusión y actualización sobre metas internacionales e indicadores de calidad.
- ✓ Actualización de los manuales de procedimientos, basados con un modelo teórico, apoyado con integrantes del servicio.
- ✓ Contemplar, como parte del curso de inducción, la identificación de las áreas Identificadas como de seguridad en caso de desastres.
- ✓ Capacitar a más integrantes del personal interesado para el curso de brigadista y atención en caso de desastres.
- ✓ Sugerir al departamento de mantenimiento y biomédica un sistema más que correctivo, preventivo, programando mínimo bimestralmente las condiciones de las herramientas y maquinaria.
- ✓ Dar continuidad y seguimiento a los cursos impartidos en el servicio, fortaleciendo

los derechos y obligaciones del personal.

- ✓ Integrar a los pasantes y estudiantes de Enfermería al personal con disposición, experiencia y con afinidad docente.
- ✓ Inculcar firmemente en los pasantes de Enfermería, los valores institucionales dando énfasis en solidaridad.
- ✓ Vincular el sistema de cuidado integral con un modelo teórico de Enfermería para guiar la valoración de Enfermería.
- ✓ Analizar y dar a conocer ante el personal los modelos conceptuales de Enfermería identificando el que se ajuste al servicio y aunarlo con el manejo del Diagnóstico de Enfermería.
- ✓ Promover en personal la continuidad de estudios a nivel Licenciatura.
- ✓ Aprovechar la formación y actualización de los pasantes de Enfermería en cuanto al diagnóstico Enfermero y modelos conceptuales.
- ✓ Solicitar al departamento de Enfermería oportunidades para que el personal retome estudios de nivelación, pos técnico y posgrado.
- ✓ Motivar al personal a través de la búsqueda de identidad institucional y del departamento de Enfermería y enfatizar que formamos parte de una institución líder.
- ✓ Pactar reuniones continuas con el servicio de trabajo social con las Jefes de servicio e invitarlas a conocer la logística del piso en sus diferentes turnos.

- ✓ Definir y dar paso al campo de acción de Enfermería analizando las diferentes especialidades médicas ampliando el panorama de Enfermería.
- ✓ Sugerir a la farmacia entregar medicamento, con copia de formato sugerido, especificando además en el empaque por número de cama.
- ✓ Capacitar continuamente al personal sobre tecnologías que se generen a la par de los avances en Enfermería.
- ✓ Crear formatos innovadores con validez institucional, que sustenten la práctica de Enfermería tales como de solicitud de medicamentos, la recepción de fármacos de alto costo y riesgo (como quimioterapias) para el resguardo, programación de ingresos y egresos, etc.
- ✓ Promover la investigación a través de la tutoría de expertos en el tema.
- ✓ Solicitar el equipo de cómputo indicado para impulsar el proyecto de la hoja electrónica de Enfermería.
- ✓ Dar seguimiento y evaluar minuciosamente los proyectos que se generen con el programa de productividad.
- ✓ Difundir los cursos extra institucionales que sean competencia de la institución.
- ✓ Ofrecer facilidades para que el personal operativo acuda a cursos impartidos por el instituto, alternando a los integrantes del servicio que los desee tomarlos, para alcanzar una cobertura más amplia y equitativa

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA:

- Marie-Françoise Collière. Promover la vida. 2ª ed. Edit. McGraw-Hill/Interamericana, 2009.
- Claude S., George y Álvarez Lourdes, Historia del pensamiento administrativo, México, Prentice Hall, 2005.
- Rodríguez Valencia Joaquín. "Administración I". Edit. Thomson 2006.
- Agustín Reyes, *Administración de empresas. Teoría y práctica. 1ª parte.* Edit. Limusa 2004.
- Harold Koontz, Administración. Una perspectiva global. Edit. Mc Graw Hill. México 1998.
- Idalberto Chiavenato, *Introducción a la teoría general de la Administración.* 7ª ed. Edit. Mc Graw Hill 2006.
- Flor Romero, Martín "Organización y Procesos Empresariales" 5ª ed. Edit. Litocolor 2006.
- Garza Treviño; Juan Gerardo "Administración Contemporánea" 2ª ed. Edit. Mc Graw Hill 1999.
- Yammal, Chibil "Gestión de las Organizaciones I" Edit. Offset Nis. Argentina. Diciembre 1997.
- Koontz, Harold y Weihrich, Heinz "Administración, una Perspectiva Global" 11ª ed. Edit. Mc Graw Hill 1998.
- Pérez Alfaro, Alfredo "Control de Gestión y Tablero de Comando" 1a. ed. Edit. Depalma 2000.
- Kubr, Milan "La Constutoría de Empresas" 3ª ed. Edit. Limusa Noriega Editores, 2002.
- Biasca, Rodolfo "¿Somos Competitivos?" Edit. Granica 2001.
- Vázquez, Jorge y Stering, H. "Dirección Eficaz de PyMEs" 3ra. Edic. Macchi.
- Franklin F., Enrique "Auditoría Administrativa" 1ra. Edic. Mc Graw Hill 2000.
- Franklin, Enrique "Organización de Empresas" Mc Graw Hill 1998.

- Balderas Pedrero Ma. de la Luz "Administración de los Servicios de Enfermería 5ta. Edic. Edit. McGraw Hill Interamericana 2012.
- Stoner, James; Freeman, Edward y Gilbert, Daniel "Administración" 6^{ta}. Edic. Prentice Hall. 1996.
- Kotler, Philip y Armstrong, Gary "Fundamentos de Marketing" 6ta. Ed. Pearson Prentice Hall. 2003.
- Chiavenato, Idalberto "Administración en los Nuevos Tiempos" 1^{ra}. Edic. Mc Graw Hill 2004.
- Chiavenato, Idalberto. Planeación estratégica, fundamentos y aplicaciones. 2^a ed. Edit. Mc Graw Hill Interamericana, 2011.
- Patricia Galindo, et-al. Diagnóstico Situacional del tercer piso de hospitalización. México 2010. Documento de la Subdirección de Enfermería del instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán".
- McCloskey y Bulechek, Nursing interventions classification (NIC) 3a Edic. Edit Madrid: Elsevier Science, 2002

Bibliografía Electrónica

- Pérez Cabrera I, Müggenburg MC, Castañeda Godínez MC, Ramírez Toriz L. El Servicio Social en la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO UNAM). Biblioteca Las casas. 2008 [En línea] (Último acceso 05 de mayo del 2013) Disponible en: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc386.php>
- Hernández Galaviz, N. El Concepto de Servicio Social en Estudiantes de la Universidad Autónoma del Estado de Tlaxcala. [En línea] (Último acceso 05 de mayo de 2013) Disponible en: <http://www.comie.org.mx/congreso/memoria/v9/.../PRE1178756857.pdf>

- Plan de Estudios de la Licenciatura en Enfermería y Obstetricia. Universidad Nacional Autónoma de México. (ENEO-UNAM).Página de la ENEO –UNAM. [En línea] ultimo acceso 25 de Mayo 2013. Disponible en:
<http://www.eneo.unam.mx/estudiosprofesionales/licenciaturaenenfermeriayobstetricia.php>
- Real Academia de la Lengua española, España 2013. [en línea] ultimo acceso: 6 Mayo 2013 disponible en: <http://www.rae.es/rae.html>
- Carlos Barber Kuri. Globalización y el reto de la competitividad. Boletín de la facultad de economía y negocios, Universidad Anáhuac 2007 [en línea] ultimo acceso 16 de mayo 2013. Disponible en: http://ols.uas.mx/fen/gestione/Desp_Arts.asp?titulo=62
- Bouza A. Reflexiones acerca del uso de los conceptos de eficiencia, eficacia y efectividad en el sector de la salud. Rev Cubana Salud Pública 2000. [en línea] ultimo acceso 17 mayo 2012. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol26_1_00/spu07100.htm
- Los términos: eficiencia, eficacia y efectividad ¿son sinónimos en el área de la salud? Dra. Rosa María Lam Díaz. Instituto de Hematología e Inmunología. Ciudad de La Habana, Cuba. [en línea] ultimo acceso 15 Mayo 2013. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/hih/vol24_2_08/hih09208.htm
- Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. Jiménez RE. Rev. Cubana Salud Pública 2004;30(1): [en línea]. Ultimo acceso 15 Mayo 2013 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100004&lng=es&nrm=iso
- Reyes Cano Liz de Montserrat. Conceptualización del Proceso Administrativo [en línea] México 1990 ultimo acceso 6 de Mayo 2013 Disponible en: http://www.elprisma.com/apuntes/administracion_de_empresas/procesoadministrativoconcepto
- Curso de dirección estratégica en las empresas. España 2013 [en línea] ultimo acceso 3 de Junio 2013. Disponible en: <http://www.adrformacion.com/cursos/diremp/leccion1/tutorial1.html>
- Hugo Esteban Glagovsky. Facultad de Ciencias. Económicas, Matriz FODA , Universidad de Buenos Aires, Argentina [en línea] Último acceso 11 de junio 2013. Disponible en <http://www.monografias.com/trabajos10/foda/foda.shtml>

- Secretaria de Salud- Subsecretaria de innovación y calidad Análisis FODA. México. [en línea] Último acceso 11 de Junio 2013. Disponible en: <http://www.cca.org.mx/funcionarios/cursos/ap089/apoyos/m3/analisis.pdf>
- Instituto Politécnico Nacional – Secretaria de planeación y organización. Metodología para el análisis FODA. México 2002. Pág. 8. [en línea] Último acceso 13 de junio 2013. Disponible en: http://www.uventas.com/ebooks/Analisis_Foda.pdf
- Portal electrónico del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, “Salvador Zubirán”. Historia del Doctor Salvador Zubirán Anchondo. México 2010 [En línea] Último acceso 10 de Marzo 2013. Disponible en: http://www.innsz.mx/opencms/contenido/conoce/historia_zubiran.html
- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición, “Salvador Zubirán”. Manual de organización específico. México 2006. [en línea] Último acceso 10 de Marzo 2013. Disponible en: <http://www.portaldetransparencia.gob.mx/pdf/122261.pdf>
- Guía técnica para la dotación de recursos humanos en Enfermería. Subsecretaria de innovación y calidad de la Secretaría de Salud. México 2013. Comisión permanente de Enfermería. [en línea] Último acceso 20 de mayo 2013. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/

Bibliografía complementaria

- ¿Cuál es la productividad de enfermería? Revista Avances de Enfermería XXVI (2). Abaunza De González Myriam et-al. Artículo de Investigación. Colombia 2008. Ultimo acceso 14 de Mayo 2013. [en línea] Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v26n2/v26n2a10.pdf>

7.1 ANEXOS

Había una vez una hada llamada Florencia Nightingale

Ésta historia muy bien podría comenzar así: había una vez una bellísima hada que se llamaba Florencia Ruiseñor; pero como el hada era inglesa, la llamaremos Florencia Nightingale; porque así precisamente se traduce al inglés la palabra ruiseñor.

¿Podeís imaginar un nombre más poético, más suave que éste? Y la que lo llevaba era una joven de angelical belleza, de sonrisa dulce, de ojos azules profundos, como el mar, y de cabellos de un hermoso color castaño, en los cuales, parecía reflejarse los rayos del sol. Ella, que por su riqueza, por su posición social y por su belleza podía ser la mujer más envidiada del gran mundo inglés, no se sintió atraída en lo más mínimo por las satisfacciones mundanas y renunció a todo, porque su noble corazón la impulsó a mejorar la situación de la humanidad doliente, de sus hermanos en desgracia, para aliviar sus dolores. (...)¹

¹ Fragmento de Biografía de Florencia Nightingale: “Había una vez una hada llamada Florencia Nightingale”. El libro de nuestros hijos Tomo 3. Ed. Hispano Americana. México 1968