

COMISIÓN NACIONAL ASESORA DE ENFERMERÍA

NORMATIVA DE ENFERMERÍA PARA EL SNIS



NORMATIVA DE ENFERMERIA PARA EL NUEVO SNIS.

**Comisión Nacional Asesora de Enfermería del
Ministerio de Salud Pública.**

**Integrante de la Red de ENFERMEROS JEFES Y ASESORES DE NIVEL
DE GOBIERNO de OPS/OMS.Grupo Coordinador de País (GCP)**

- AÑO 2010 -

La publicación de este libro fue realizada con el apoyo de la Facultad de Enfermería Cátedra de Administración.

Diseño de la portada realizado por Tec. Manuel Perez

Diseño del interior realizado por Magdalena Zorrón

Dirección Técnica- Cátedra de Administración UDELAR



AUTORES:

Prof. Mg. Alicia Cabrera Decana de la Facultad de Enfermería.....
.....Representante por la Facultad de Enfermería UDELAR.

Lic. Esp. Laura Molina.....Representante del Ministerio de Salud Pública.

Lic. Esp. Graciela Ibarra.....Representante de Enfermería por la Federación Médica del Interior.

Lic. Enf. Ricardo Temer.....Representante de Enfermería de las IMAC.

Prof. Mg. Silvia Santana- Presidenta del C.E.D.U Representantes por el Colegio de Enfermeras del Uruguay.

Lic. Ana Eguía.....Representante del Hospital de Clínicas. Div. Enfermería.

Lic. Enf. Carmen Sedevcic.Representante de la Facultad de Enfermería UCUDAL.

Lic. Enf. Teresa BaezRepresentantes del Colegio de Enfermeros Uruguay. (C.E.D.U.)

Lic. Enf. Elsa Garcia Ayala.....Representante del Plenario de Mutualidad del Uruguay. (PLE.M.U.)



AGRADECIMIENTOS:

Queremos agradecer a las Licenciadas que han participado de una u otra manera en diferentes momentos de estos años.

Lic. Enf. Nelly Freitas

Lic. Enf. Nelly Fernandez

Lic. Enf. Raquel Mazza

Lic. Enf. Adriana Corsiglia

Lic. Enf. Marta Russo

Lic. Enf. Isabel Cal

Lic. Enf. Mirta Vico

Lic. Enf. Maria Beconia

Lic. Enf. Cristina D' Esteban

Lic. Enf. Teresa Delgado

Lic. Enf. Angela Scaroni

Lic. Enf. Mirta Patiño



INDICE

CAPITULO 1.....Informe Uruguay presentado en la Red de Enfermeros Jefes y Asesores de nivel de gobierno de OPS/ OMS (REDGob).

CAPITULO 2.....Ordenanza (879/005) y Plan de trabajo de la CONAE .

CAPITULO 3.....Bases para la organización de los sistemas locales de salud.
Prof. Emérito, Dr. Hugo Villar

CAPITULO 4.....ESTANDARES NACIONALES PARA SERVICIOS DE ENFERMERIA.: Efectores Hospitalarios y Extrahospitalarios.

CAPITULO 5.....ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA SEGÚN COMPLEJIDAD EN LA ATENCION A LA SALUD.

CAPITULO 6.....DEFINICION DE ESTRUCTURA Y PUESTOS DE TRABAJO.
Decreto 11/5/2009 .

CAPITULO 7.....ENTORNOS FAVORABLES PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

ANEXOS



INTRODUCCION

La presente publicación, se ha creado con la finalidad de compartir con los profesionales de la salud y fundamentalmente con los profesionales de enfermería, los productos elaborados en el ejercicio 2005 – 2010 por el colectivo de Enfermeros que integra la Comisión Nacional Asesora de Enfermería del Ministerio de Salud Pública.

Desde la década del 90 las enfermeras uruguayas trabajaron para mantener la acción que se venía desarrollando desde el Comité Técnico de Enfermería, tratando de aproximar la brecha entre la situación existente en la profesión y la acción de gobierno. Este Comité en el año 2004 diseñó un Plan Nacional de Enfermería que pretendió ser una hoja de ruta para la nueva etapa del gobierno nacional (ver anexo I).

La Comisión Nacional Asesora de Enfermería (CONAE) fue creada en el año 2005 por la ORDENANZA 879/005, Resolución Ministerial de fecha 14 de Octubre del 2005, con el cometido de *“Definir políticas de desarrollo de la Enfermería a nivel Nacional y Asesorar en el ámbito del MSP sobre Políticas de Enfermería”*. En ese sentido se produjo un cambio en la situación que durante décadas habíamos reclamado las enfermeras profesionales, dado que esta Comisión (CONAE), podía participar asesorando de manera directa a la máxima autoridad sanitaria en materia de políticas gubernamentales de enfermería.

La misma ha venido trabajando en forma permanente y ha logrado cumplir con algunas de las metas establecidas para el ejercicio, así como con las demandas planteadas por el Ministerio en materia de reglamentación de Enfermería. En ese sentido la publicación recopila una serie de normas elaboradas en el último período con la finalidad de establecer herramientas útiles y unificadas para la

gestión de los servicios de Enfermería en el marco del Sistema Integrado de Salud (SNIS).

Somos conscientes de la enorme dimensión del área de actividad de Enfermería aún sin normatizar, pero esperamos gradualmente ir resolviendo esos huecos. Decidimos reeditar la publicación del Prof. Emérito, Dr. Hugo Villar: “ *Bases para la organización de los sistemas locales de salud* ”, no solamente por considerarla un aporte valioso y vigente en su esencia, sino porque entendemos que el mismo autor intelectual que sustenta las bases conceptuales de la Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), debiera ser el que oriente las directivas teóricas para la organización de los Sistemas Locales de Salud.

Esta fase de la reforma impone un gran desafío histórico para el país y requiere de una impronta revolucionaria, capaz de transformar verdaderamente el paradigma del modelo vigente. La riqueza y minuciosidad de los detalles planteados por el Profesor Hugo Villar en su obra, permiten evidenciar un científico que no sólo teorizó, sino que asesoró internacionalmente a numerosos países de América Latina en materia de administración sanitaria.

La importancia de la creación de la CONAE responde a una necesidad del país de atender la voz del personal de Enfermería, compromiso político asumido por el Ministerio de Salud Pública ante la Organización Mundial de la Salud (Ginebra, 2008). En ese sentido los Ministros de Salud reconocieron la imperiosa necesidad de contar con personal sanitario calificado, formado de acuerdo con las condiciones y requerimientos propios. Así como su responsabilidad en la búsqueda de mecanismos de estimulación moral y material de manera de consolidar el trabajo de reclutamiento y retención del personal sanitario calificado en sus países de origen, tratando de controlar la emigración hacia otras zonas y países.

En el año 2008, fuimos distinguidas con la visita y el valioso asesoramiento de la representante de OPS Dra. Silvina Malvarez (*Asesora Regional de Enfermería y del Área de Sistemas y Servicios de Salud de OPS/OMS*), quien en esa oportunidad compartió con nuestro colectivo las experiencias recogidas en su trayectoria, así como las pautas que nos habrían de llevar a un adecuado cumplimiento de los cometidos de esta Comisión.

En el mismo año y como producto de un intercambio académico que organizó la

Facultad de Enfermería, de la Universidad de República, tuvimos la presencia de la Lic. Milagros León (*Vice Ministra de Asistencia y Directora de Enfermería de Cuba*). En ese momento se concreta la integración de esta Comisión a la *Red de Enfermeras Jefes y Asesores de nivel de Gobierno de OPS/OMS*, en calidad de Grupo Responsable del país.

MISIÓN Y VISIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA según la OMS

“Prestar atención de salud a los individuos, las familias y las comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en los diferentes aspectos de prevención de enfermedades, promoción de la salud, recuperación y rehabilitación, con un enfoque holístico e interdisciplinario a fin de contribuir a un mayor bienestar de la población en sus procesos de desarrollo. Las intervenciones de enfermería están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos, fundamentados en el respeto a la vida y a la dignidad humana. Los servicios de enfermería son un componente de los sistemas de salud esencial para el desarrollo de la sociedad. Contribuyen eficazmente al logro de mejores condiciones de vida de los individuos, las familias y las comunidades mediante una formación y una práctica basada en principios de equidad, accesibilidad, cobertura y sostenibilidad de la atención a toda la población. Su reto es dar respuesta oportuna a los cambios permanentes que generan la transformación de los paradigmas en la formación, la práctica y la investigación. Por esta razón se proyectan hacia el mantenimiento de la excelencia técnica de las intervenciones que realizan las enfermeras, teniendo en cuenta los avances sociales, científicos, humanos y tecnológicos.”

En diferentes reuniones internacionales celebradas en la última década por la OMS, la OPS y el CIE (Consejo Internacional de Enfermería), *“se ha reconocido la importancia de los servicios de enfermería en los sistemas de salud y se ha instado a los gobiernos a desarrollar estrategias que fortalezcan estos servicios para contribuir a satisfacer las necesidades de salud de los individuos y de la comunidad; así mismo, para apoyar eficazmente la gestión y el desarrollo de los sistemas y servicios de salud, en especial en los países de la Región de las Américas, teniendo en cuenta tanto sus características socioeconómicas particulares como las reformas de los sistemas de salud”*.
”6 OPS, La Enfermería en la Región de la Américas. Serie 16 Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. 1999.pg. 45.

7 OPS, Plan de Desarrollo de la enfermería para América Latina: Una Respuesta. Serie 6
Desarrollo de Recursos
Humanos. 1997. Pg 11.

Finalmente, la conformación de esta Comisión responde a los actores más representativos del ámbito asistencial, académico y gremial de la Enfermería nacional, por lo que el análisis de las situaciones y las propuestas se realizaron con gran amplitud de visiones. Las normas y políticas propuestas en esta publicación, atienden en gran medida las necesidades de nuestra población y de los servicios de Enfermería en cada rincón de la República Oriental del Uruguay. La próxima publicación de la CONAE estará dedicada a la Gestión de Cuidados ,como eje epistemológico de Enfermería, a través del cual se establecerán las guías y protocolos para los diferentes grupos poblacionales, basados en niveles de dependencia.

Comisión Nacional Asesora de Enfermería

CAPITULO I.



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Sistemas de Salud

Unidad de Recursos Humanos - Programa de Enfermería

Redes de Enfermería

Presentación Red de Enfermeros Jefes y Asesores de Nivel de Gobierno REDGob

Durante los últimos años han comenzado a conformarse redes y comunidades científicas de enfermería en las Américas facilitadas por los recursos informáticos y de comunicación. Estas redes constituyen una estrategia interesante y sólida para potenciar la contribución de las enfermeras a la promoción de la salud y la mejora constante de los servicios, así como para proveer al acceso universal y equitativo a la atención de salud. Estas redes promueven la comunicación, la sinergia entre proyectos y la producción y uso intensivo de información y conocimientos sobre recursos humanos y servicios de enfermería, así como el acceso.

En Noviembre de 2006, en oportunidad del X Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, realizado en Buenos Aires, se conformaron más de diez redes internacionales de enfermería constituyendo el Coloquio de las Redes apoyadas por la Organización Panamericana de la Salud. Se conformaron las redes de enfermería en salud mental, en salud del adulto mayor, en salud infantil, en enfermería y seguridad de los pacientes, redes

de revistas científicas de enfermería, de estudio sobre migración de enfermeras, de historia de la enfermería, de estudios sobre recursos humanos de enfermería y otras.

Diferentes grupos con representantes de diversos países de la región confluyeron con intereses e iniciativas para tal fin. Así mismo, en octubre de 2006 se conformó en Atlanta en el contexto del Foro Internacional de Enfermeras Jefes de Nivel de Gobierno, una Red que agrupa enfermeras jefes y asesoras de nivel de gobierno. En la ciudad de Toledo, España, el 3 de octubre del año 2007, la RedGob fue formalmente constituida como forma de potenciar, conocimientos y esfuerzos entre actores comprometidos con el desarrollo de la profesión a nivel gubernamental, para la implementación de políticas públicas que atiendan a las necesidades de salud de la población de cada país miembro.

INFORME URUGUAY PRESENTADO EN LA REDGob - OPS 2007

Prof. Mag. Alicia Cabrera
Coordinador de la REDGob

Introducción

La enfermería uruguaya está decidida a llevar adelante un proceso de reingeniería dentro de su propia organización, capaz de dar una respuesta más efectiva al cuidado de salud de las personas. Los cambios a procesarse en breve plazo en el sector salud, deberán ser construidos desde una perspectiva activa, lo que implica tener una visión propia de enfermería e integrada al plano de las políticas estratégicas del sector en su conjunto.

La resolución 49.1 de la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 1996, refleja a través de sus Estados Miembros, el reconocimiento del potencial de enfermería para lograr un cambio en la calidad y eficacia en la atención sanitaria.

La 54 ° Asamblea Mundial de la Salud desarrollada en el año 2000 instó a los Estados Miembro a implementar una serie de políticas para Enfermería, dentro de las que destacamos: ***“ Fomenten el desarrollo de sus sistemas de salud, haciendo participar a las enfermeras en la elaboración, planificación y aplicación de las políticas sanitarias a todos los niveles.”***

En este documento se presenta una propuesta de organización que contempla la representación formal de Enfermería dentro de la estructura ministerial. Se parte

de algunos antecedentes a nivel nacional e internacional que dan sustento a esta iniciativa.

Antecedentes

Nivel Internacional:

A continuación se mencionan algunas experiencias internacionales de integración de representantes de enfermería a nivel estratégico de la organización ministerial: Israel, Cuba, Canadá, Reino Unido y EEUU, cuentan con cargos de enfermeros de formación universitaria, ocupando puestos directivos en Secretarías de Estado o Municipios, con carácter Asesor o directamente gestionando políticas gubernamentales de enfermería, con niveles de responsabilidad y autoridad propias. Estos puestos de responsabilidad nacional, contribuyen al proyecto de la administración de gobierno, desde la especificidad de la actividad de enfermería. Brasil, integra la participación de enfermeras en cargos de Secretaría de Salud a nivel central y municipal. Las problemáticas propias de enfermería las trata con un organismo asesor (Colegiado) que se vincula directamente con la máxima autoridad ministerial.

México, desde la Secretaría de Salud de México y a partir del Programa de Modernización de la Administración Pública (1995), definió una estructura normativa a nivel estatal para cada hospital, partiendo de una Subdirección de Enfermería en cada centro asistencial.

Cuba, cuenta con un profesional de enfermería responsable de la Dirección Nacional de Enfermería que trabaja de manera integrada con el equipo de gobierno ministerial y toma decisiones relativas a enfermería en el marco de las políticas sanitarias vigentes en el país.

A nivel nacional:

Nuestro país contó con una estructura ministerial denominada “Departamento Central de Enfermería”, creada por el Decreto Ley N° 53.267 en el año 1963. En el marco de una reestructura ministerial fue disuelto en el año 2.000, mediante resolución del Director General de ASSE, Dr. Reppetto. Este Departamento a lo largo de los años cumplió un papel muy valorado por el cuerpo de enfermería en lo que implicó a su rol orientador y normativo, para la resolución de los

innumerables problemas que surgían en los servicios asistenciales públicos y privados.

En el año 1.999 y con el reclamo de diferentes actores relevantes de la enfermería nacional, se reactivó el Comité Técnico de Enfermería, creado por ordenanza ministerial en el año 1973 (Orden Especial de Servicio N° 3612. Revisada en el año 1985)... *“Actuará en la órbita del Ministerio de Salud Pública”* con el propósito de *“actualizar las normas del sector en el área específica de enfermería”*.

A partir de los hechos descriptos, este Comité se transformó en el único espacio de contacto de enfermería con el nivel político ministerial, con la particularidad de haber sustituido una estructura por un grupo de trabajo multi-institucional, con diferentes ópticas de trabajo y extensos períodos de inactividad. En este último período y frente a la posibilidad de un cambio electoral en la administración de gobierno, el grupo se abocó a diseñar los *“Lineamientos Generales del Plan Nacional de Enfermería” 2005-2009*. Este Plan describe una serie de alternativas para atender los problemas emergentes de enfermería, que a su vez debe formar parte de un proyecto mayor de cambio a nivel del sector salud en busca de consensos con el conjunto de los actores formales. El Plan Nacional fue discutido en todo el territorio nacional, con un alto grado de respaldo, lo que demuestra tener contempladas las expectativas más sentidas por el cuerpo de enfermería. El punto N° 8 plantea: *“Integrar cargos de licenciados en enfermería en las estructuras organizacionales de niveles estratégicos de decisión, tanto en el ámbito ministerial como en empresas privadas, de manera de incidir en las políticas de salud y particularmente en las que afectan al cuerpo de enfermería en su conjunto”*.

En los aportes realizados por los participantes de los encuentros, se hace referencia de manera sistemática, a la necesidad de contar con una participación real y efectiva a nivel central, de manera de poder tener un interlocutor legitimado en la estructura ministerial, con capacidad de decisión sobre los asuntos de la enfermería.

La necesidad de una propuesta con visión propia se justifica en una serie de aspectos vinculados a la naturaleza del ejercicio de enfermería y a la preocupante situación en la que nuestro colectivo debe enfrentar los cambios hacia el nuevo modelo de Sistema Nacional Integrado de Salud. En este sentido destacamos tres aspectos importantes:

a) El peso específico de la actividad de enfermería en el sector salud. Desde el punto de vista de la magnitud, nuestro sector cuenta actualmente con 3.724 Enfermeros de nivel universitario (Caja de Profesionales Universitarios 2006) y se estiman 18.000 auxiliares habilitados por el MSP, según cifras aportadas por la Escuela de Sanidad, Dr. José Scosería.

La fuerza de trabajo en el sector mutual (privado) es de unos 7.259 cargos de enfermería (Profesionales y auxiliares) según informe SINADI del año 2005. En los servicios de ASSE, según fuentes del ex Departamento de Enfermería (1997) se contaba con 3.015 puestos de enfermería profesional y auxiliar, actualmente se relevaron de la misma fuente 4.874 cargos de Auxiliares de enfermería y no se logra cuantificar los cargos profesionales con la información disponible.

b) Los indicadores referidos a la formación universitaria del período 2002-2006 demuestran mejoras en la relación ingreso –egreso, desde 5 /1 a 2/1. (Bedelía de la Facultad de Enfermería 2007). A este incremento del número de egresos, se suma el proyecto estratégico de “*Reconversión de recursos humanos de enfermería*”, propuesta de profesionalización de Auxiliares de Enfermería con alternativas curriculares diversas, creando una modalidad innovadora para el acceso a la Licenciatura, llamada Carrera Escalonada de Enfermería.

c) La reforma del sector salud está procesándose en nuestro país, con el objetivo de implementar un Sistema Nacional Integrado de Salud. Este desafío político que va acompañado de modificaciones sustanciales en el modelo de prestación de servicios, de gestión y de financiamiento, carece de una conducción estratégica, responsable de los temas de la enfermería nacional. En este contexto y sumado a los problemas crónicos de escasez de recursos humanos de enfermería, se imponen los problemas para efectivizar una distribución equitativa de los recursos humanos, la regionalización que exige la atención primaria de salud, el acceso a diferentes modalidades asistenciales, entre otros. En este escenario se produce la introducción masiva de recursos empíricos, que salieron al mercado a tratar de amortiguar las carencias notorias en la prestación de servicios de enfermería, en una población altamente demandante por su perfil de envejecimiento y afecciones crónicas (acompañantes, agentes, etc.)

Luego de la asunción del partido político Frente Amplio- Encuentro Progresista, se crea la Comisión Nacional Asesora de Enfermería (Ordenanza Ministerial N° 879- año 2005), de carácter multi- institucional según expresa la norma : “...*tendrá por objetivo el asesoramiento en el ámbito del Ministerio de Salud Pública sobre políticas de desarrollo del recurso humano de enfermería*”.

A partir de ello se está trabajando en varios temas solicitados por la Ministra, Dra. María Julia Muñoz, atinentes a la profesión y con una relativa eficacia en cuanto al alcance de las propuestas formuladas por el grupo. Debido a ello, se ha instalado el asesoramiento internacional mediante la Red de Enfermeros Jefes y Asesores de Nivel de Gobierno de OPS, considerado un instrumento valioso para orientar esta etapa de la Comisión Nacional Asesora de Enfermería en Uruguay.

En suma y de acuerdo al análisis realizado con los actores involucrados , la necesidad de contar con una estructura específica de Enfermería a nivel ministerial se mantiene vigente y se funda en la compleja resolución de los problemas planteados por la reforma sanitaria a corto y largo plazo. Tenemos la convicción que se requiere de un órgano competente que tome decisiones, planifique, dirija, organice y evalúe las políticas de salud desde una mirada particular de la Enfermería, capaz de acompañar las definiciones estratégico- normativas de cada etapa con propuestas propias.

CAPITULO II

COMISIÓN NACIONAL ASESORA DE ENFERMERÍA

ORDENANZA 879/005

Resolución Ministerial de fecha 14 de Octubre del año 2005.

COMETIDOS:

Definir políticas de desarrollo de la Enfermería a nivel Nacional.

Asesorar en el ámbito de competencia del Ministerio de Salud Pública Políticas de Enfermería.

INTEGRADA CON REPRESENTANTES DE:

- Facultad de Enfermería
- CEDU
- FEMI
- IAMC
- Hospital Universitario
- CASMU
- PLEMU
- MSP
- UCUDAL

La creación de esta Comisión Asesora en el MSP, marca un momento histórico para la Enfermería Nacional, constituyendo para todos nosotros una gran responsabilidad. La Enfermería presta servicios que son esenciales para los individuos sanos y enfermos pero con frecuencia su contribución en la planificación y organización de los servicios de atención a la salud pasa desapercibida

En aquellos países en el que se han producido importantes cambios en el sector salud, las Enfermeras han participado activamente en la definición de las políticas.

La participación de la Enfermería profesional se fundamenta, en que:

- Trabaja en base a las necesidades y expectativas de los grupos vulnerables de la sociedad con un método de abordaje propio (Gestión del cuidado).
- Posee conocimientos valiosos obtenidos a través de la formación, experiencia y la investigación.
- Trabaja y aborda las problemáticas de Salud en forma integral con la participación activa del individuo, relacionando la salud con los contextos sociales.
- Cuenta con capacitación en gestión de servicios a nivel de grado y postgrado, que le permite realizar diagnósticos para la elaboración e implementación de propuestas de mejora de la calidad a nivel de los servicios de Salud

El aporte y desafío de esta Comisión es Asesorar conciliando nuestros intereses como profesión con los cambios y necesidades del sector Salud.

PRINCIPIOS de la CONAE

CALIDAD DE LOSERVICIOS DE ENFERMERÍA

Descansa fundamentalmente en la calificación y ordenamiento de los recursos humanos.

“La escasez de enfermeros, no es solo un problema de Enfermería, es un problema de los Sistemas de Salud, que socava la eficacia. Su escasez minará los intentos de mejorar los resultados de la atención y la salud fe la comunidad”. (CIE)

DESARROLLO DE SERVICOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Orientar la Atención de Enfermería hacia la realización calificada de las funciones singulares y propias en concordancia con la formación de RRHH y hacia el desarrollo autónomo de la Profesión, la ínter disciplina y la intersectorialidad.

MODELO DE ANÁLISIS Y DE INSERCIÓN POLÍTICA

Debemos ordenar el análisis mediante la visión estratégica de la Salud y la dinámica social. Enfermería tiene la responsabilidad de contribuir a la planificación y política de salud, así como a la coordinación y gestión de los Sistemas de Salud. donde actúe un enfermero, es responsable de del ámbito y las normas del ejercicio del la profesión.

COMPOSICIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LAS FUERZAS DE TRABAJO

En Uruguay existen dos niveles de enfermería, cuya dotación existente en menos condiciona el cuidado directo por parte de los Profesionales de Enfermería, lo que desvaloriza el aporte profesional y atento a la calidad de las prestaciones dirigidas a la población.

MODELO ORGANIZACIONAL Y DE GESTIÓN DE RRHH DE ENFERMERÍA

Los profesionales deben distinguirse por sus competencias científico-técnicas. Actuar para cambiar modelos de Gestión de Cuidados de enfermería y en concordancia establecer modelos de RRHH que respondan a las necesidades de la población, mejorando las condiciones del medio ambiente físico, social y laboral.

FORMACIÓN Y EDUCACIÓN PERMANENTE

Priorizar la educación en servicio para el desarrollo continuo de la calidad de atención, a la vez que se mejora la formación profesional basada en los principios éticos y humanos que aseguren la equidad y la solidaridad en el ingreso a la enseñanza Universitaria, tomando el nivel de Licenciatura como el nivel de grado para el estudio a nivel nacional e internacional para el cumplimiento de las metas regionales.

INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTOS

Establecer base de datos para la profesión, promoviendo la investigación enriqueciendo conocimientos y fortaleciendo el liderazgo profesional en áreas políticas, económicas y científica.

Fortalecer la inversión para dar oportunidad y equidad en el desarrollo científico de la Investigación a Enfermería en su área independiente.

ACREDITACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE LOS PROFESIONALES

- Asegurar la calidad del RRHH de Enfermería capacitando ambos niveles en forma permanente.
- Asegurar la evaluación y control de la oferta de servicios profesionales a la población.
- Asegurar la asistencia a la población mediante la exigencia de incorporar los profesionales de enfermería en todas las áreas de competencias.

MISIÓN

Asesorar en el ámbito del Ministerio de Salud Pública sobre políticas de desarrollo de enfermería a nivel nacional e internacional, promoviendo estrategias que favorezcan el logro de la equidad y la calidad de atención.

VISIÓN

La Comisión Nacional Asesora de Enfermería participa en las políticas de los Recursos Humanos de Enfermería a nivel estratégico, dando respuesta a todos los procesos que se producen a nivel del Sector Salud.

OBJETIVOS

- a) Contribuir en la elaboración de las políticas de desarrollo de Enfermería en el marco de la organización del Sector Salud, en el nivel Estratégico.
- b) Determinar la integración y la cualificación de Enfermería Profesional en todos los niveles de Dirección desde el Primer Nivel de Atención.
- c) Determinar estrategias que orienten la puesta en marcha de los lineamientos políticos de Enfermería hacia los cambios del Sector Salud.
- d) Definir los lineamientos de la Atención de Enfermería a nivel nacional en relación a las funciones propias del ejercicio de la profesión.

PROPUESTAS

1.- Debe asesorar a la máxima Autoridad Ministerial en las políticas de los recursos humanos de Enfermería a nivel estratégico, dando respuesta a los procesos de cambios que se producen en el sector salud; hasta la definición de un órgano decisorio específico.

2.- Debe Asesorar en la cantidad y calidad de los RRHH de Enfermería. En cuanto a los Recursos Humanos, la calidad de los Servicios que presta Enfermería descansa en una alta proporción en la calificación y ordenamiento de los mismos.

2.1.- Los recursos humanos deben ser clasificados de acuerdo al nivel de competencia.

2.2.- Respetar y regular la dotación de personal en función de la complejidad de los servicios y de las necesidades de la población.

2.3.- Los puestos de trabajo deben ser llenados por profesionales cuyo ingreso lo

determine el concurso de méritos y/o, oposición, debiendo ser cargos sujetos a renovación de conocimientos con periodicidad determinada para el asenso en los escalafones del sector público y privado.

3. Se deben fijar estándares de Enfermería, de alcance nacional, que definan los niveles de calidad; los que deben ser exigidos en las prestaciones del sistema. Validando así el “Manual de Estándares para la Acreditación de los Servicios de Enfermería”, editado en el año 2000 por la Comisión Nacional de acreditación de los Servicios de Enfermería (CONASE)
4. Actualizar el diagnóstico y mapa de los RRHH de enfermería mediante la creación del Observatorio de RRHH de Enfermería, cuya integración no puede excluir esta Comisión y los organismos Nacionales de Enfermería.
5. El desarrollo de los servicios de Enfermería, debe ser accesible a todos los ciudadanos y en todos los niveles de atención; prestando cuidados profesionales desde el Primer Nivel de Atención.
6. Esta Comisión deberá definir el Perfil del Licenciado en Epidemiología y todos los que existan o se definan y establece bases de concurso para Auxiliares de Servicio, Auxiliares de Enfermería y Licenciados en Enfermería.

CONCLUSIONES

Estamos satisfechos con la producción que hemos logrado en estos pocos años de tarea ininterrumpida. Si bien aun faltan definir por parte del Ministerio la normativa, estamos hoy dando el puntapié de inicio. Tenemos claro que el proceso histórico en el que estamos transitando no es sencillo. Todos los cambios ofrecen complejidad a la hora de replanificar sus estructuras.

Confiamos en nuestras Autoridades, confiamos en nuestra capacidad de trabajo y por sobre todo en la perseverancia que caracteriza a nuestro colectivo.

- Agradecemos el aporte científico de los Comité del CEDU.
- Agradecemos el aporte científico de todos los profesionales del país que de una u otra forma han contribuido a esta síntesis normativa.



CAPITULO III

BASES PARA LA ORGANIZACION DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD.

Prof. Hugo Villar

Los requisitos fundamentales para el desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS) son: organizar un modelo integrado de asistencia, docencia e investigación basado en nuevas concepciones o principios, para el logro de un funcionamiento eficaz y eficiente de todo el sistema de salud, así como el desarrollo de un modelo de administración con las características básicas de apoyo al modelo integrado de salud.

MODELO INTEGRADO DE ASISTENCIA, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Modelo de asistencia: Atención integral a la salud.

Desde el punto de vista asistencial no se puede hablar de un modelo único aplicable a las diferentes situaciones y a las variadas particularidades políticas, económicas, sociales y culturales de los diferentes países y regiones de las Américas.

Sin embargo, parece necesario tomar en cuenta algunos conceptos básicos y una serie de principios generales que tendrían que considerarse al organizar un sistema local de salud.

Por modelo de asistencia entendemos: “las formas como se organizan, en determinados espacios de población, los servicios de salud, incluyendo diferentes unidades prestadoras de diversas complejidades tecnológicas y las relaciones que se establecen dentro de ellas y entre ellas” (1).

Por otra parte, el ámbito de trabajo de los sistemas locales de salud debe otorgar la oportunidad de hacer realidad la unificación de los esfuerzos de la población y de los recursos del sector, en acciones conjuntas para la salud.

De esta manera, se deben utilizar los programas de salud y su capacidad de movilización, para favorecer el desarrollo de la infraestructura de salud, de manera de poder destinar los recursos en función de las necesidades socialmente más relevantes, procurando la convergencia entre los conocimientos clínicos, la epidemiología y la administración.

En los SILOS se vuelve más concreta la posibilidad de articular el desarrollo de programas que buscan atender las necesidades de la población, con la estructura y el funcionamiento de la capacidad instalada existente para la producción de los servicios necesarios.

Para el desarrollo del tema debemos tomar como base compromisos políticos fundamentales adoptados por acuerdo de los Gobiernos de la Región:

a) La meta

La definición de la XXX Asamblea Mundial de la Salud, en 1977, de lograr para el año 2000 un nivel de salud que permita a todos los ciudadanos del mundo llevar una vida social y económicamente productiva, conocida como la meta de salud para todos en el año 2000 y la consecuente definición, en 1978, de la estrategia de atención primaria.

b) Las estrategias y el plan de acción:

En la Región de las Américas se definen en 1980, las estrategias y objetivos para alcanzar esa meta y en 1982, el Plan de Acción para la instrumentación de esas estrategias regionales, en donde se incluye, dentro de sus enunciados, la reorganización de la infraestructura de salud como condición fundamental para lograr la cobertura de salud a toda la población, con equidad, eficacia y eficiencia.

c) Una táctica posible:

En el documento de OPS de abril de 1988 sobre “El desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud” (2) se señala que “los sistemas locales de salud deben favorecer el desarrollo de nuevas formas de acción que permitan la creación de redes de atención integral

a la salud, en coordinación con una efectiva representación y participación de la comunidad. Con el objeto de transformarse en estructuras más sensibles a las necesidades de la población.

La atención integral a la salud: sus principios

a) Universalidad

La meta de lograr la cobertura de salud a toda la población con equidad, está basada en el reconocimiento del derecho a la salud, es decir, que todos los ciudadanos tengan la posibilidad efectiva de tener acceso a servicios de salud de todos los niveles de complejidad tecnológica según sus necesidades y reciban una atención de salud esencialmente semejante.

Para que este derecho tenga aplicación efectiva en la práctica, resulta indispensable establecer como contrapartida, la responsabilidad del Estado de garantizar ese derecho.

b) Continuidad

El modelo de atención debe tratar de asegurar la continuidad en la atención a la salud de las personas, de modo que el equipo asistencial pueda atender a los individuos, las familias, los grupos sociales y la población en su conjunto, según sus necesidades, en los consultorios, en sus domicilios, en los centros de estudio y de trabajo, y en la red jerarquizada de servicios integrada por los consultorios, centros de salud, policlínicos y hospitales.

c) Integralidad

Un sistema local de salud significa el ordenamiento y la integración de programas y actividades para la atención al individuo, la familia y la comunidad, y para la atención al medio, de una manera coherente, armónica y lógica en relación a las verdaderas necesidades de la población, lleva implícita la superación de esfuerzos aislados, ya sean actividades destinadas a poblaciones según grupos de edades, por patologías o por acciones preventivas o curativas. Es un esfuerzo conjunto de todo el sistema de salud, para organizar sus recursos y actividades en relación a las necesidades de la población y sus riesgos principales. Es un enfoque integrador tanto conceptual como operacional (3).

La estrategia de la atención primaria de salud

Parece importante, en relación con estos principios, considerar sus relaciones con el concepto de la atención primaria a la salud como estrategia para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000.

Las experiencias acumuladas a nivel continental en las Américas en los procesos de instrumentación de la estrategia de atención primaria, permiten comprobar la coexistencia de diversas interpretaciones de su significado, lo que trae implicaciones concretas en cuanto a sus aspectos operacionales (4).

- La atención primaria como un nivel de atención dentro del sistema de salud.
- La atención primaria como un programa, con objetivos dirigidos a satisfacer algunas necesidades de determinados grupos humanos considerados marginalizados, con recursos diferenciados, tecnologías simples y a bajo costo.
- La atención primaria como una estrategia de reorganización del sector salud, que afecta y abarca a todo el sistema de salud y a toda la población asistida por el sistema.

α) La interpretación de la atención primaria como un nivel de atención, limita su significación a una noción de tipo técnico administrativa, se refiere solamente a uno de los niveles definidos según el concepto de complejidad tecnológica y se confunde, además, con la noción de niveles de atención, que integra el contenido operacional de la interpretación de la atención primaria como estrategia.

β) La interpretación de la atención primaria como un programa específico, es inconsistente y opuesta al requisito de equidad de la doctrina, “salud para todos en el año 2000”.

El resultado concreto de esta interpretación es el desarrollo de programas marginales, con recursos marginales, dirigidos a poblaciones marginalizadas, de regiones marginalizadas. Significa, en forma implícita o explícita, la aplicación de una política discriminatoria que va a consolidar las desigualdades personales y regionales.

c) La interpretación de la atención primaria como una estrategia, tal como se define en los documentos oficiales de OMS y OPS comprende y afecta a todo el sistema de salud y a toda la población. Constituye la interpretación correcta del significado que tiene la meta de salud para todos en el año 2000 y es, además, la más justa y democrática.

Consiste en una estrategia, porque se propone llevar a cabo un proceso de transformación de los sistemas nacionales de salud. Decía el Dr. Carlyle Guerra de Macedo: “En los próximos cuatro años la Organización (Oficina y Gobiernos

Miembros) deberá hacer un esfuerzo adicional para el desarrollo de los sistemas nacionales de salud con miras a alcanzar la meta de salud para todos, con equidad, cobertura universal, eficiencia y participación social. La consecución de ese objetivo solo será posible a través de una profunda transformación de los sistemas existentes en la mayoría de los países, desde una perspectiva integral basada en la estrategia de atención primaria de salud” (5). “La consecución de la meta salud para todos en el año 2000 reclama transformaciones sociales y económicas de gran significado; así como, una revisión de la orientación, la organización y la administración de los sistemas nacionales de salud. Cada gobierno deberá efectuar una cuidadosa ponderación de los medios y de la secuencia de acciones necesarias para lograr esos cambios (6).

Entendemos la estrategia de atención primaria, como el conjunto de acciones sociales dirigidas a promover la transformación de la calidad de vida de todos los sectores de la población (7).

Para desarrollar esta estrategia, resulta necesario superar la falsa dicotomía entre acciones preventivas o de salud pública y acciones curativo rehabilitadoras o de atención médica. El concepto de atención integral a la salud comprende actividades dirigidas a las personas y actividades dirigidas al medio (8).

Actividades dirigidas a las personas, tanto sanas, como enfermas, con el propósito de:

- a) Promover mejores niveles de salud, acrecentando el nivel y la calidad de vida: actividades de promoción;
- b) Proteger contra diversos tipos de riesgos a los que están expuestos los individuos, las familias, los grupos sociales o la población en su conjunto: actividades de protección;
- c) Restablecer la salud, prolongar la vida, o aliviar los sufrimientos, según el tipo y el grado de desarrollo del proceso patológico: actividades de recuperación y de rehabilitación.

Todas las actividades realizadas con orientación preventiva, para evitar la enfermedad, limitar su desarrollo, evitar secuelas o impedir la muerte y con un triple enfoque somático, psíquico y social.

Actividades dirigidas al medio natural y social:

Con un enfoque también integral podría decirse que incluye actividades dirigidas a la promoción, protección y recuperación del medio natural (físico y biológico) y todas

aquellas actividades dirigidas a mejorar las condiciones de vida del medio social.

En aplicación de este concepto integral de la atención, partimos de la base de que no se justifica organizar unidades de servicio dirigidas a los sanos y unidades dirigidas a los enfermos. Todos los servicios deben estar organizados según un enfoque integral; lo que varía de uno a otro es el nivel de atención que pueden brindar según su capacidad de resolución de problemas, la cual está fundamentalmente condicionada por su nivel de complejidad tecnológica y por el nivel de los recursos humanos disponibles. Para que esta concepción tenga aplicación práctica, efectiva, resulta necesario impulsar cambios importantes en las culturas de organización, tanto de las instituciones prestadoras de servicios de salud pública, como de aquellas que tradicionalmente ofertan servicios curativos de atención.

Ello significa, además, abandonar la práctica de programas verticales de salud pública aislados, programados y dirigidos en forma centralizada, para integrar todas las actividades y desarrollarlas a través de programas integrados, desarrollados en base a problemas, riesgos, demandas y necesidades, identificados en el espacio-población correspondiente, con un enfoque epidemiológico.

De esta manera, el concepto de atención integral determina que los servicios no se limiten a satisfacer la demanda espontánea, o atender las necesidades técnicas o del mercado, con un concepto de rentabilidad económica, sino que se organicen para dar respuesta a las necesidades sociales en salud, con un enfoque epidemiológico y con criterios de equidad, de eficacia y eficiencia social.

La atención integral a la salud, sus requisitos.

Cuando se organizan servicios de atención a la salud para una población determinada, es necesario tener en cuenta una serie de requisitos (9).

- a) Deben resultar accesibles a todos los habitantes del área geográfica definida, tanto desde el punto de vista legal, como geográfico, económico y cultural.
- b) Deben satisfacer la demanda de servicios que solicita la población y dar respuesta progresiva a las necesidades detectadas.
- c) Deben tener una calidad aceptable de acuerdo a normas que se van elaborando, aplicando, evaluando y revisando, con la participación activa de los actores involucrados.
- d) Deben desarrollarse las acciones en el momento oportuno, según se trate de situaciones que requieran atención de emergencia, de urgencia, o sean casos en

- que la oportunidad en el tiempo sea de elección del equipo asistencial.
- e) Deben desarrollarse las acciones, en el lugar más adecuado para cada situación, desde el punto de vista de una mejor atención; el domicilio del paciente, atención ambulatoria en consultorio, hospitalización parcial o continua, en unidades de cuidado intensivo, intermedio o de tipo general.
 - f) Deben resultar eficaces los servicios. La eficacia se mide por los resultados, es decir por su impacto en el nivel de salud. La atención a la salud tiene como propósito fundamental contribuir a mejorar el nivel de salud de la población y por tanto, su modo de vida.
 - g) Deben ser eficientes, es decir con una adecuada utilización de los recursos humanos y materiales necesarios.
 - h) Deben actuar con sentido humanitario, con el respeto y consideración debidos, respetando los derechos de las personas a recibir la atención necesaria en el marco de un trato digno.
 - i) Deben ejecutarse las actividades mediante un trabajo interdisciplinario. En el momento actual la atención a la salud requiere la participación de un grupo multidisciplinario, integrado por profesionales y técnicos de las diferentes disciplinas de la salud. El desafío consiste en que la actividad no sea una simple suma de tareas, sino la expresión de un trabajo debidamente coordinado que integre los conocimientos, habilidades y experiencias de cada uno de los participantes.

Concepto de atención progresiva

Para definir los diferentes niveles de atención, debemos partir del análisis de las necesidades.

Cuando analizamos las necesidades de atención a la salud de una población definida y los problemas que podemos identificar en una situación determinada, queda en evidencia que cada tipo de esos problemas y necesidades se dan con frecuencias de diferentes maneras, y para su adecuada satisfacción se requieren, a su vez, recursos humanos, materiales y tecnológicos, de diferentes niveles de complejidad.

Las necesidades de mayor frecuencia se originan en la población sana y se refieren a los cuidados dirigidos a mantener y mejorar su salud y a protegerla de la enfermedad; los objetivos de esos cuidados son:

- a) Promover un mejor nivel de salud, lo que se puede lograr mediante actividades

dirigidas a mejorar los niveles de nutrición, las condiciones de la vivienda, el saneamiento ambiental, los niveles de polución y contaminación del medio, los niveles de educación, las posibilidades de recreación, los alcances del sistema de seguridad social, los sistemas de comunicación, las condiciones higiénicas del trabajo y los niveles de remuneración. Son las actividades de *promoción*: dirigidas a mejorar el nivel y la calidad de vida y por tanto, los niveles de salud.

b) Proteger de los riesgos a que está expuesto cada individuo, la familia, el grupo social o la población en su conjunto. Riesgos que pueden ser físicos, químicos o biológicos. Son las actividades de *protección*: incluyen los controles periódicos a la población aparentemente sana; controles que deben ser tanto más frecuentes, cuanto mayor es el grado del riesgo.

Estos dos grupos de necesidades no dan origen habitualmente a demanda de servicios por parte de la población; pero, constituyen, sin embargo, problemas de gran envergadura, condicionan de manera fundamental los niveles de salud y deberían ser adecuadamente priorizados al elaborar los programas de atención a la salud.

Esta es una de las razones por las cuales, cuanto más preventiva es la orientación de los programas de atención a la salud, más recursos humanos y materiales son necesarios; tal como se comprueba en los sistemas organizados según necesidades de salud de la población.

Por ello resulta totalmente equivocado hablar de “plétora de médicos” en nuestros países, donde estas necesidades no aparecen habitualmente contempladas y donde porcentajes muy altos de la población carecen de cobertura asistencial.

Por otro lado, tenemos necesidades que se originan en aquellas personas que padecen procesos patológicos.

En este caso el objetivo es recuperar la salud y en algunos casos rehabilitar al paciente, ya sea desde el punto de vista somático, psicológico o social. Son las actividades de *recuperación* y de *rehabilitación*.

También, en este grupo sucede que un alto porcentaje de estas necesidades no originan demanda de servicios.

Así acontece durante las etapas asintomáticas de la enfermedad, que en algunos

casos transcurren a través de meses o de años, o aun en casos de enfermedades que producen síntomas leves que no determinan consulta, o en personas que simplemente no demandan asistencia porque no están amparadas por ningún sistema de atención.

La atención adecuada de las personas enfermas plantea distintos niveles de necesidad:

- El mayor porcentaje dentro de la población enferma padece afecciones leves, que producen ligeras molestias que habitualmente no afectan de manera ostensible su actividad diaria y su capacidad productiva. Son problemas resueltos por el propio paciente mediante auto-ayuda, o cuidados no profesionales realizados por algún familiar u otra persona allegada.
- Hay un grupo que padece afecciones leves pero que dan origen a consulta profesional. Son afecciones gastrointestinales, respiratorias altas, cutáneas, de los órganos de los sentidos, estados de depresión o nerviosismo, malestares osteo-musculo-articulares, que requieren atención profesional de tipo ambulatorio.
- Un grupo reducido en relación al total de la población padece enfermedades que requieren atención en cama, ya sea en su propio domicilio o en un hospital. Entre este grupo de pacientes que necesitan hospitalización y que comprende aproximadamente a uno de cada diez habitantes a lo largo de un año, se pueden identificar a su vez diferentes niveles de necesidades:
 - El mayor número de los que requieren hospitalización son poco dependientes. Tienen un discreto nivel de afectación a su salud, necesitan la aplicación de procedimientos de diagnóstico y de tratamiento de bajo nivel de complejidad y cuidados de tipo general. En suma, necesitan cuidados básicos de tipo general. Constituyen, en nuestra experiencia, más del 70% de los hospitalizados.
 - Un porcentaje menor de pacientes tiene una mayor dependencia, una mayor severidad de trastornos patológicos, requiere un alto nivel de cuidados y la aplicación de procedimientos de diagnóstico y de tratamiento especializados y de mediano nivel de complejidad. Necesitan cuidados de tipo intermedio.
 - Un porcentaje muy reducido de los pacientes que necesitan hospitalización, están en un período crítico de una enfermedad, o han sufrido un episodio agudo grave, o un accidente importante; son pacientes totalmente

dependientes o muy dependientes, con intensas alteraciones patológicas, que requieren cuidados continuos y la aplicación de procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alta complejidad. Necesitan cuidados de tipo intensivo.

Modelo de docencia e investigación.

La puesta en marcha de una estrategia de descentralización de los servicios de salud y la organización de sistemas locales de salud, requiere de la revisión de los modos actuales de formación y capacitación de profesionales, técnicos y personal de salud en general.

Los sistemas locales de salud necesitan un personal suficientemente calificado a todos los niveles, para asumir las tareas y responsabilidades que impone la reorganización de los servicios. Exige, igualmente, un personal ligado al proceso de participación social, cuya dinámica trasciende los esquemas de la propia organización formal. Se requiere, al mismo tiempo, de una población debidamente informada sobre los problemas de salud y sobre los fundamentos, la organización y las actividades que cumplen los servicios de salud, de manera de aumentar su capacitación para participar en las diferentes instancias del proceso.

El nuevo modelo de docencia a nivel de los sistemas locales de salud, abarca a todos los actores y organismos involucrados.

Por un lado, a estudiantes, graduados, personal de los servicios, usuarios y población en general del área correspondiente.

Por otro lado, compromete a las instituciones docentes responsables de la formación de profesionales y personal técnico, y a los servicios de salud de todos los niveles de atención que deben asumir responsabilidades en crear las condiciones necesarias para ese proceso de formación; pero que, además, deben asumir responsabilidades directas en el proceso de formación continua de todo el personal, y en la educación para la salud, de los usuarios y de la población en general.

Propósitos

Consideramos que en la definición de un modelo de docencia se debe tomar en cuenta el logro de algunos propósitos básicos:

α) La interpretación por parte de los diferentes actores, de la problemática de salud y del desarrollo de los servicios y la población en el contexto político, social,

económico y cultural y no solamente a través del contacto con la población enferma que demanda los servicios.

β) El desarrollo y fortalecimiento del conocimiento, a través de un proceso de percepción, análisis y explicaciones de los problemas detectados en la práctica de servicio, así como de la evaluación permanente de las áreas objeto de estudio-trabajo y de su trabajo y de su transformación.

χ) El impulso al trabajo orientado a transformar la realidad en materia de salud y a incidir positivamente frente a las necesidades de las comunidades hacia las que se dirigen los servicios de salud.

δ) El replanteo del quehacer en salud a partir del trabajo de cada profesional, técnico o trabajador en general dentro de un enfoque interdisciplinario.

ε) La creación de un ambiente propicio a la creatividad, las ideas innovadoras y la aplicación de nuevos métodos de trabajo que den respuesta a los problemas existentes.

No se trata, en suma, solamente de la producción de conocimientos y el desarrollo de habilidades técnicas, sino de la creación de un ambiente de asimilación y producción cultural que intenta desarrollar experiencias innovadoras en el contexto de la formación de un hombre más integral, que sea un agente de transformaciones sociales. Consideramos que resulta necesario, para la mayoría de los países de la Región, llevar a cabo una reformulación de las políticas de formación de recursos humanos, tanto a nivel de pregrado, como de postgrado, que responda a la meta de salud para todos en el año 2000, a la estrategia de la atención primaria, al concepto de sistema nacional de salud y a la política de descentralización y desarrollo de los sistemas locales de salud.

Principios

-Resulta conveniente que el *modelo de docencia* que se elabore para cada SILOS, tome en consideración algunos principios generales (10):

a) De la continuidad del proceso de educación. El proceso de educación no tiene término; constituye una necesidad permanente a lo largo de toda la vida de cada individuo.

En consecuencia, todo trabajador de la salud, profesional, técnico, auxiliar, administrativo, obrero o de servicios generales, necesita desarrollar un proceso de educación o formación continua.

b) De la integralidad del proceso de educación. Para nuestro caso, la formación debe

estar basada en el concepto integral del proceso salud-enfermedad y de la atención a la salud y debe desarrollarse en todos los niveles de complejidad tecnológica del sistema, en el primero, segundo y tercer nivel de atención. No debe enseñarse

solamente la tecnología más avanzada, sino los diversos recursos tecnológicos apropiados para los diferentes niveles de complejidad.

- c) Del desarrollo armónico y proporcional de la educación. Las experiencias educativas deben estar en correspondencia con la magnitud social y la frecuencia de los diversos problemas de salud y enfermedad. En consecuencia, la duración y características del proceso estudio-trabajo en cada uno de los niveles de atención y en cada una de las ramas de especialidad, deben estar definidas teniendo en cuenta la magnitud social, la frecuencia y las particularidades de los problemas.
- d) De la coherencia entre la teoría y la práctica. Debe existir la mayor coherencia posible entre la teoría y la práctica, entre los principios, el contenido de la enseñanza y la práctica de servicios; es decir, la actitud que se adopta y los métodos de trabajo que se aplican en el ejercicio práctico de la atención. Es necesario recordar que el estudiante o el trabajador aprende de acuerdo a lo que ve hacer, termina actuando según lo que ve y no según lo que se le dice que hay que hacer, o cómo hacerlo cuando esto no tiene aplicación efectiva en la práctica. El maestro predica con el ejemplo.
- e) De la práctica social como factor esencial del aprendizaje. El contexto principal del aprendizaje es el estudio de los problemas o situaciones derivados de la realidad donde se lleva a cabo el proceso estudio-trabajo. El aprendizaje se produce por la confrontación con esa realidad y su resultado puede ser validado en la medida que se logre la transformación de situaciones y problemas concretos.
- f) De la unidad del servicio, la docencia y la investigación. La actividad de educación no constituye un momento particular y separado de la práctica de servicio, en nuestro caso de la atención a la salud. Ocurre en el interior mismo del acto de servicio, de la práctica profesional, de la ejecución de un procedimiento técnico, de la interrelación entre el equipo asistencial y el usuario, la familia o el grupo social. Todo acto de servicio lleva implícito un componente educativo. A su vez, todo proceso educativo debe estar basado en la investigación científico-técnica, a través de la cual se adquieren nuevos conocimientos y se desarrollan nuevas tecnologías, que es necesario incorporar a la práctica de servicio.
- g) En consecuencia, *servicio-docencia-investigación* deben estar debidamente integrados,

y esta integración debe hacerse efectiva en todos los niveles de atención y en todos los servicios de salud. Por lo tanto, debe impregnar al sistema local de salud en todos sus componentes.

- h) Dentro de esta concepción, resulta obsoleto el concepto de extensión universitaria, aplicado mediante esfuerzos esporádicos de llevar servicios limitados y muchas veces impuestos a sectores marginados, que usan a las poblaciones como objeto de experiencia y representan en definitiva modalidades de acción filantrópica que no ayudan a resolver problemas.
- i) De la universalidad del espacio educativo. La educación forma parte de la atención a la salud, servicio y educación constituyen una unidad; en consecuencia, la formación de estudiantes y de todo el personal de la salud debe desarrollarse a todos los niveles, en todos los lugares donde se lleva a cabo el proceso de atención a la salud (consultorios, domicilios, centros de estudio y trabajo, hospitales y el medio natural y social) y en todas las unidades de la red de servicios, públicos y privados, dependientes de los ministerios, las universidades, los organismos de la seguridad social o las instituciones privadas. Esto significa utilizar todos los espacios educativos, internos y externos a los servicios y superar los muros académicos. Constituye un resabio del pasado, de los antiguos hospitales de caridad para los pobres, el desarrollo de la enseñanza práctica solamente en los servicios públicos de salud.
- j) Del carácter dinámico e innovador de la educación. La educación es un proceso esencialmente dinámico, que tiene como propósito desarrollar formas de conducta que incorporan los conocimientos científicos y tecnológicos más actualizados y más apropiados a cada nivel; es, por consecuencia, de naturaleza innovadora e impulsora del progreso social.
Los servicios de salud y todo su personal necesitan adoptar una actitud abierta, favorable a los cambios que sirvan para mejorar la eficacia y la eficiencia y permitan responder mejor a las necesidades sociales.
- k) De la participación de los usuarios en el proceso educativo. Los usuarios deben participar activamente en el proceso educativo y no como simples sujetos pasivos con los que se lleva a cabo la enseñanza.
En ese proceso intercambian conocimientos, experiencias, necesidades, problemas y servicios: el trabajador en tanto docente que cumple su servicio y realiza enseñanza, al mismo tiempo que aprende; el estudiante o trabajador en proceso de aprendizaje; y el usuario que recibe un servicio y, también, adquiere conocimientos y desarrolla nuevos hábitos de conducta a través de un proceso de educación

para la salud.

- l) La educación como proceso interdisciplinario. El proceso de formación en el campo de la salud requiere la incorporación de conocimientos y métodos de trabajo que pertenecen al área de diversas profesiones y disciplinas; por tanto, en aquel proceso se requiere la participación, con un enfoque integrador, de diversos profesionales que formen parte del equipo docente-asistencial. Esa integración se realiza, naturalmente, a través del proceso de atención, en la medida que éste responda efectivamente a un enfoque integral del proceso de atención, que a su vez parte de un análisis y explicación somático-psí-quico-social de los fenómenos de salud-enfermedad.

MODELO DE ADMINISTRACIÓN

Corresponde en primer término aclarar que en este documento, empleamos el término *administración* como sinónimo de lo que también se denomina habitualmente gestión o gerencia.

El concepto de administración en un sentido amplio, como actividad desarrollada con criterio científico, incluye las funciones de: a) planificación; b) organización; c) administración de recursos humanos, materiales y financieros; d) dirección y e) control.

La administración constituye el instrumento imprescindible para implementar a nivel de un sistema local de salud, los cambios necesarios para impulsar las transformaciones del sistema nacional de salud, que permitan alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000, a través de la estrategia de la atención primaria mediante la más amplia participación social, con el propósito de cumplir los postulados de equidad, eficacia y eficiencia social en el contexto político-económico de los países.

La insuficiente capacidad operativa de los servicios y el gasto improductivo son en muchos casos, consecuencia de sistemas, procedimientos y prácticas deficientes de administración.

Los SILOS deben poseer una capacidad administrativa tal, que permita un adecuado apoyo a la prestación de servicios en relación al tamaño de la población, correspondiente a un área geográfica determinada. Dicha capacidad administrativa debe estar definida por la satisfacción de algunos requisitos mínimos como:

- a) Una unidad de conducción técnico-administrativa con recursos humanos adecuadamente adiestrados, que cubra la administración general de los servicios y

se ocupe del sistema de información y atienda los servicios de apoyo.

- b) La existencia de un sistema de información que permita recolectar datos sobre situación de salud y prestación de servicios, que incorpore el análisis epidemiológico y administrativo de esa información y que utilice el análisis de sistema para el proceso de gestión.
- c) Una capacidad de ejecutar y coordinar recursos financieros para el desarrollo de actividades a nivel local, y
- d) Una capacidad de articular las actividades de atención de la salud con el proceso de organización de la comunidad para la promoción de la salud en el área (11).

El concepto de sistemas locales de salud que hemos expuesto en sus aspectos y componentes principales, y la implementación de un modelo integrado de asistencia, docencia e investigación basado en los principios enunciados, necesita la formulación de un modelo de administración orientado por un conjunto de postulados o requisitos que necesariamente deberán ser tomados en su conjunto.

El sistema local de salud constituye un subsistema del sistema de salud del país, el cual a su vez forma parte del sistema social en su conjunto, y es interdependiente de los demás sectores socio-económicos de ese sistema. En consecuencia la administración de un sistema local de salud está determinada por:

- Las políticas socioeconómicas.
- La política nacional de salud; y
- La estrategia definida para la aplicación de esas políticas.

La red de servicios

Para dar cumplimiento a los principios definidos en la primera parte y a los requisitos antes mencionados para los servicios de atención a la salud, resulta necesario:

- α) Que el desarrollo de cada nivel de atención sea proporcional a las necesidades de la población y que puedan ser resueltas en ese nivel.
- β) Que la dispersión y distribución geográfica de las unidades de servicio se realicen de acuerdo a la distribución de la población y sus necesidades.
- χ) Que las diferentes unidades de servicio estén interrelacionadas y coordinadas entre sí, con servicios de otros sectores de la actividad social, con otros sistemas locales de salud y con unidades de servicio de nivel central, de alcance nacional.

En la realidad en la gran mayoría de nuestros países se parte en general de un mosaico institucional heterogéneo compuesto por:

a) Unidades productoras de servicio, de diferente nivel de complejidad: consultorios médicos, puestos auxiliares, policlínicos, hospitales de grados diversos de capacidad asistencial y poder resolutivo.

b) Unidades pertenecientes a diferentes instituciones, como:

- Ministerio de Salud.
- Otros organismos públicos, centrales o descentralizados.
- Universidades.
- Seguridad social.
- Organismos privados, con fines de lucro o sin ellos.

Al encarar la organización de un sistema local de salud, la situación es diferente según que el propósito sea organizar un sistema realmente integrado, como ocurre en el caso del sistema de salud de Cuba, o si el propósito es solamente coordinar unidades de servicio que mantienen sus relaciones de dependencia jerárquica de instituciones diversas.

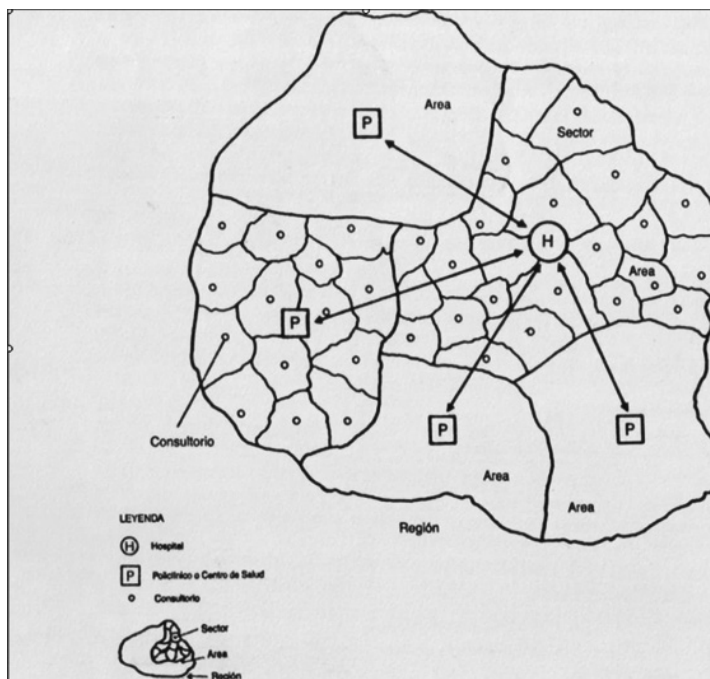
Se trata en este caso de transformar el mosaico heterogéneo, poco ordenado, existente en un espacio-población determinado, en una red más organizada, en la que se definen:

- Elementos o unidades de servicio con niveles de atención y funciones definidas, que cumplen un determinado papel en el conjunto.
- Asignación de un espacio-población a cada elemento o unidad productora de servicios.
- Interrelaciones entre esos elementos, ya sea para integrarse realmente como sistema o para coordinar al menos sus actividades, aun permaneciendo como integrantes de subsistemas diferentes en cuanto a su dependencia administrativa.

La estructura de la red de servicios

La región asignada a un sistema local de salud (ver Figura 1), puede ser de magnitud variable

ESQUEMA SIMPLIFICADO DE UN SISTEMA LOCAL DE SALUD.



desde el punto de vista geográfico y en cuanto al tamaño de la población.

En esa región puede haber uno o más hospitales, de grados variables de complejidad. Se acostumbra dividir la región en áreas de salud, cada una de las cuales abarca una población de unos 30.000 habitantes.

Esta área debería disponer de un centro de atención primaria integral, dotado de los recursos humanos y materiales necesarios en relación a la población asignada, para poder cumplir las funciones y actividades del primer nivel de atención.

A su vez, cada área de salud puede ser dividida en sectores, con una población de unas quinientas personas atendidas por el equipo básico, constituido por médico y enfermero.

Las interrelaciones en la red de servicios

Es necesario contemplar:

- a) El sistema de información, como parte del sistema nacional de información, incluyendo:
 - Información de los *servicios asistenciales*.
 - Información de los *servicios de apoyo*, tanto en cuanto a servicios generales, como en cuanto a los sistemas de administración de recursos humanos, materiales y financieros.
- b) Los sistemas operativos, para definir los procedimientos de interrelación en cuanto a:
 - Los usuarios de los servicios, estableciendo los procedimientos de referencia y contra-referencia.
 - Los recursos humanos de los servicios, estableciendo, por ejemplo: reuniones conjuntas, para el análisis de casos clínicos, con participación del personal de hospitales, centros de atención del primer nivel, médicos y enfermeros de consultorios periféricos. Período de estada para los diversos tipos de personal, en los diferentes niveles de atención.
 - Interconsultas programadas. Talleres de educación continua, con participación de personal de todos los niveles de atención, etc.
 - Los recursos materiales traducidos en normas de adquisición, de utilización y de evaluación.
 - Los procesos de producción.
 - Los procedimientos de mantenimiento preventivo y reparativo.
 - Los servicios de comunicación, transporte y otros.

Un comentario especial merecen las interrelaciones entre un hospital y los centros de atención del primer nivel, ubicados en el espacio-población asignado al hospital. Estas relaciones pueden ser de dos tipos:

- a) Los centros del primer nivel pueden ser dependientes del hospital, actuando como servicios periféricos, atendidos por personal que pertenece a una planta común.

En algunos casos, el conjunto de actividades desarrolladas en esos centros y en terreno, se organizan en un departamento de atención primaria o de atención comunitaria, del cual pueden formar parte también los propios consultorios que funcionan en el edificio del hospital, y las actividades de hospitalización domiciliaria.

- b) Los centros no tienen relaciones de dependencia con el hospital, sino solamente relaciones de coordinación. En este caso, tanto el hospital como los centros de

primer nivel, dependen jerárquicamente del órgano responsable de la administración de la región correspondiente.

Las interrelaciones con otros sectores sociales

Para impulsar el proceso de reorientación y transformación del sistema de salud, resulta igualmente indispensable establecer adecuados mecanismos de interrelación entre las diferentes instituciones del sector público que tienen que ver con los problemas de la salud de la población, así como con otras instituciones del sector privado.

REFERENCIAS

- 1) Méndes, E. V. *Modelos existenciales. Texto Preliminar. Brasilia, 1986.*
- 2) Organización Panamericana de la Salud. *El desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los Sistemas Nacionales de Salud. Pág. 14, 1988.*
- 3) Paganini, J. M. *Los sistemas locales de salud y las acciones integradas de salud. En: El cambio Estructural, Secretaría de Salud de México, OPS, México, 1988.*
- 4) Méndes, E. V. *Reformulación del sistema nacional de salud. Presentado en la VIH Conferencia Nacional de Salud, Brasilia, Brasil, 1986.*
- 5) Macedo, C. G. de. *Mensaje del Director. Descentralización. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 102, 1987.*
- (6) Organización Panamericana de la Salud; *op. cit. pág. 1.*
- (7) Castellanos, P. L. *Sobre el concepto de salud-enfermedad.*



CAPITULO IV

ESTANDARES PARA SERVICIOS DE ENFERMERÍA -EFECTORES DEL PRIMER NIVEL DE ATENCION-

Introducción

Desde el año 1995 la Cátedra de Administración de la Facultad de Enfermería ha venido realizando estudios, con el propósito de generar avances para desarrollar un **Programa Nacional de Garantía de Calidad** para los servicios de enfermería de nuestro país. Para ello se ha conformado un grupo Técnico, representativo de todos los sub-sectores que integran esta área de actividad, denominado **Comisión Nacional de Acreditación de Servicios de Enfermería-CO. NA. S. E.** con quienes se realizó la primera difusión de nuestras normas de calidad, pensadas fundamentalmente para orientar la gestión asistencial hospitalaria. Se integraron a este proyecto, diferentes colectivos de enfermería pertenecientes al sector público y privado, quienes aprobaron en términos generales, la propuesta del *“Manual de Estándares para la acreditación de Servicios de Enfermería”,2000.*

En ese sentido, esta es una de las herramientas creadas de manera participativa, que nos ha permitido estudiar el nivel de calidad de numerosos servicios de enfermería hospitalarios e identificar las fundamentales fortalezas y debilidades a superar.

En esta oportunidad presentamos la propuesta planteada para organizaciones pertenecientes al primer nivel de atención a la salud, la que mantiene los mismos criterios de diseño de las anteriores normas de calidad, promovidos por la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), en base a programas y subprogramas. Se parte de las particularidades de las unidades de producción del primer nivel de atención, atendiendo a las exigencias de la categorización establecida por ASSE, de acuerdo a niveles de gestión. El diseño desarrolla estándares e indicadores en base a las funciones sustantivas.

A partir de las conclusiones de la investigación sobre los estándares a nivel hospitalario (1), se consideró conveniente formular en este caso un estándar básico de calidad o calidad mínima aceptable. De esta manera se aspira a definir con claridad la línea de base a partir de la cual se deberá construir la superación de las condiciones actuales de la organización de Enfermería.

Finalmente, para mantener los requisitos de una metodología participativa, se considera conveniente organizar un grupo Delphi con enfermeros expertos en el área, que realicen sus aportes técnicos. La propuesta se ha formalizado a través de la Comisión Nacional Asesora de Enfermería (CO. N.A. E.), quien la elevará a la autoridad competente a nivel ministerial para su aprobación y posterior difusión, como lo realizó oportunamente con los estándares del Manual.

GLOSARIO DE TERMINOS:

Primer nivel de atención sanitaria: Organización de los recursos que permiten resolver las necesidades básicas y más frecuentes de atención de una población dada y que deben estar accesibles en forma inmediata

Efactor: Unidad Asistencial que efectúa prestaciones vinculadas a la atención a la salud, con profesionales habilitados a tal fin, organizados en una administración única. Consultorios, Policlínicas y Centros de salud.

Modalidades: Atención ambulatoria, domiciliaria y de urgencia.

Actividades: Serie de acciones desarrolladas por los funcionarios en todos los niveles y por ende por el conjunto de la organización.

Servicio de Enfermería: Integra los servicios finales de atención sanitaria con las competencias para asumir la *gestión del cuidado integral (bio. psico-social) a individuos o grupos de población.*

Estándares e indicadores: Normas de calidad con descripción de elementos de medición adecuados al contenido de las mismas.

Calidad del servicio: La calidad se mide y se percibe de acuerdo al grado de aproximación de la realidad específica al estándar o prototipo.

PROGRAMA ASISTENCIAL

ESTANDAR: Derechos de los Usuarios

Los integrantes del servicio de enfermería conocen, cumplen y difunden los Derechos y obligaciones de los usuarios, de acuerdo a la norma vigente (Ver anexo I- decreto n° 258/92)

ESTANDAR: Participación

El servicio de enfermería realiza acciones que favorecen la integración del usuario, familia y grupos, en el cuidado de los diferentes aspectos que hacen al proceso salud-enfermedad.

ESTANDAR: Satisfacción

El servicio de enfermería programa acciones periódicas que permiten medir el nivel de satisfacción de la población usuaria. Coordina acciones con la oficina de atención al usuario para la identificación de quejas y reclamos más frecuentes.

ESTANDAR: Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

El PAE está documentado en la totalidad de la población que reciben Cuidados de Enfermería e integra la HC. Describe como mínimo las intervenciones de enfermería realizada y los aspectos pertinentes a evolución del caso.

ESTANDAR: Modalidades asistenciales (atención ambulatoria, domiciliaria, urgencia-emergencia, internación)

Las diferentes modalidades asistenciales que se desarrollan en el centro, cuentan con servicios de enfermería bajo la dirección de un Licenciado en enfermería y con la dotación de personal acorde para dar respuesta a la demanda asistencial.

ESTANDAR: Vigilancia epidemiológica

El servicio cuenta con profesionales de enfermería capacitados para desarrollar la vigilancia de los eventos de denuncia obligatoria y otros que se consideren necesarios de acuerdo al diagnóstico poblacional del área de referencia.

PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN

ESTANDAR: Estructura

La organización del servicio de enfermería cuenta con una Dirección de enfermería, licenciados responsables de programas y/o sectores y equipos de enfermería operativos (licenciados, auxiliares e internos). Todos con título habilitado por la autoridad competente.

ESTANDAR: Dirección del servicio de enfermería

El servicio de enfermería depende del cargo de Director de enfermería, quien tiene la responsabilidad técnico-administrativa del personal de enfermería del efector. Es un Licenciado en Enfermería con formación posbásica en Administración de los Servicios de Salud. Desarrolla un proyecto de gestión anual en conjunto con el equipo de enfermería. Evalúa periódicamente la marcha de los programas en acuerdo con los indicadores de calidad definidos por el servicio de enfermería e informa al cuerpo de enfermería y a las autoridades sobre los resultados.

ESTANDAR: Dotación de personal

Los programas prioritarios deberán contar con Equipos de Enfermería en el primer nivel de Atención.

(Licenciado, auxiliar e interno) cada 1.800 –2.000 habitantes, dedicados a Cuidar grupos de población adscripta. Para comenzar a instalar una estructura mínima de enfermería el efector debe contar con un número de licenciados igual al cuerpo médico en funciones. (Un médico un Enfermero Profesional)

ESTANDAR: Dotación en servicios de emergencia

Los servicios de urgencia –emergencia cuentan con un licenciado de enfermería responsable de la Jefatura de sector. Le compete la dirección global del servicio, asegurando componentes básicos de calidad para el servicios de enfermería. Un licenciado operativo por turno y un auxiliar por turno para atender una demanda estándar de un paciente (cuidado moderado) cada 30 minutos.

ESTANDAR: Selección de personal

Los cargos son llenados en función de la necesidad a través de concurso y con tribunales conformados por pares calificados de las Organizaciones representativas de los Enfermeros.

ESTANDAR: Satisfacción del personal

El servicio de enfermería estudia periódicamente los niveles de satisfacción del

personal e integra los resultados a las decisiones de gestión de recursos humanos.

ESTANDAR: Trabajo en equipo

El servicio de enfermería tiene organizados equipos de enfermería por programa. Realiza reuniones técnicas de manera sistemáticas para el tratamiento de los casos. Los responsables de enfermería de cada unidad o programa, coordinan criterios de acción con los respectivos equipos de salud zonales.

ESTANDAR: Evaluación del personal

El servicio de enfermería tiene pautas institucionales para la evaluación del personal. Se emplean de manera periódica y son conocidos por el conjunto de los funcionarios. Emplean mecanismos participativos y acordes con los perfiles de desempeño.

ESTANDAR : Sistemas de información

El servicio de enfermería cuenta con una base de datos que genera estadísticas básicas de productividad e indicadores específicos por programa, de acuerdo a normas ministeriales. Tiene pautas para la referencia y contrarreferencia con la red de servicios.

ESTANDAR: Control de calidad técnica

El servicio de enfermería implementa mecanismos de control preventivo para detectar fallas en la prestación de servicios en todas las modalidades asistenciales.

ESTANDAR: Área física y mobiliario

El servicio de enfermería tiene adjudicado un área para implementar la consulta de enfermería ambulatoria de acuerdo a las exigencias de habilitación vigentes. Cuentan con espacio y mobiliario para entrevista y examen físico.

ESTANDAR: Equipamiento y logística

El servicio de enfermería cuenta con el equipamiento técnico básico para atender la demanda de servicios intra y extra muros. Los mismos están normatizados e inventariados. Se dispone de medios de traslado para la asistencia domiciliaria programada.

ESTANDAR: Presupuestos

El servicio de enfermería elabora el presupuesto de acuerdo a las metas de calidad establecidas por el efector. Integra retribuciones personales, gastos e inversiones, así como mecanismos de ajuste frente a eventuales limitaciones.

PROGRAMA de ENSEÑANZA

ESTANDAR: Educación sanitaria

Los Equipos de Enfermería de Primer nivel tiene la responsabilidad en el cuidado de la Salud a través de la promoción y protección para ello desarrollan acciones de educación sanitaria en el marco de los programas locales y eventos priorizados que así lo requieran.

ESTADAR: Capacitación de personal

La Dirección de Enfermería debe programar la capacitación continua del equipo de enfermería en función de las necesidades que surgen del perfil de desempeño y las demandas de Cuidados en los diferentes grupos de población.

PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN

ESTANDAR: Investigación Aplicada

El Servicio de Enfermería deberá definir una línea de investigación prioritaria en base a las necesidades de la población usuaria del efector y trabajarla en articulación con el servicio docente universitario.

Cuadro Resumen de Estándares por Programa

PROGRAMA ASISTENCIAL
Derechos del usuario
Participación
Satisfacción
Proceso de atención de enfermería
Modalidades asistenciales y/o de Cuidados

PROGRAMA DE ADMINISTRACION
Estructura y tipo
Dirección del servicio de enfermería
Dotación de personal
Dotación del servicio de emergencia
Selección de personal
Evaluación de personal
Trabajo en equipo
Control de calidad técnica
Sistemas de información
Areas físicas y mobiliario
Equipamiento y logística- Presupuesto

PROGRAMA ENSEÑANZA
Educación sanitaria
Capacitación de personal

PROGRAMA INVESTIGACION
Investigación aplicada

CARTERA DE SERVICIOS DE ENFERMERÍA:

Prestaciones o actos que se pueden realizar a demanda o integradas a los programas asistenciales definidos por grupos poblacionales:

- 1-Consulta de enfermería por programa
- 2-Visita de enfermería por programa
- 3-Visita de enfermería de urgencia
- 4-Seguimiento telefónico
- 5-Asistencia en emergencias
- 6-Traslados en ambulancia
- 7-Control de evolución de cuadros agudos (Emergencia o internación)
- 8-Controles antropométricos
- 9-Control de PA
- 10-Control de temperatura
- 11-Medición de glicemia
- 12-Medición colesteroemia
- 13-Curaciones simples
- 14-Curaciones complejas
- 15-Educación sanitaria
- 16-Vacunaciones
- 17-Inyectables IM, IV, SC
- 18-Sueroterapia
- 19-Oxigenoterapia
- 20-Cateterismos
- 21-Asistencia a partos
- 22-Extracción de muestras de sangre
- 23-Toma de exudados
- 24-Toma de muestras de orina
- 25-Toma de muestras de heces
- 26-Reuniones de equipo de enfermería
- 27-Reuniones del equipo de salud
- 28-Presupuestación por programas
- 29- Administración de Medicamentos
- 30-Registros documentales
- 31-Informes técnicos
- 32-Vigilancia epidemiológica de brotes
- 33-Coordinaciones (internas y externas)
- 34-otros

FORMULARIO DE AUTOEVALUACIÓN PARA SERVICIOS DE ENFERMERÍA EFECTORES DE PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN SANITARIA

Nombre de la Institución

.....

Denominación del servicio.

.....

Profesional responsable de la Jefatura.

.....

Tiempo de ejercicio en la función.

Modalidades asistenciales que desarrolla

INTERNACION

CONSULTA EXTERNA

EMERGENCIA

ATENCIÓN DOMICILIARIA

Nº total de camas de internación

Nº de consultas ambulatorias por mes y por año

Nº de consultas de emergencia por mes y por año

Sala de operaciones si no.....

Nº de total de quirófanos

N° total de intervenciones quirúrgicas por mes y por año

N° Total de personal de enfermería

N° de Personal auxiliar

N° de Personal profesional

Distribución de personal de enfermería por sectores y por turnos

SECTOR	Lic. Enf	Auxiliares	M	T	V	N

Actividades desarrolladas por el personal de enfermería según CARTERA DE SERVICIOS DE ENFERMERÍA

CODIGO de ACTIVIDAD	SI	NO	PRODUCTIVIDAD / DIA-MES-AÑO
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11-12-13-etc			

ESTANDARES NACIONALES PARA SERVICIOS DE ENFERMERÍA HOSPITALARIOS

El servicio de Enfermería se ubica en la categoría de Servicios Asistenciales o finales, lo que implica la responsabilidad de llevar a cabo los fines esenciales de la organización de Salud: ASISTENCIA, DOCENCIA e INVESTIGACIÓN.

En base a esta concepción se ha realizado una elaboración preliminar de estándares o normas que orientan a la calidad esperada en los Servicios de Enfermería de nuestro país.

La propuesta metodológica está basada en el enfoque sistémico y se ajusta a las funciones básicas de los Servicios Asistenciales: Asistencia, Docencia, Investigación y Administración.

Se consideró de gran utilidad las pautas del programa de Rehabilitación de la Infraestructura de Salud, Subprograma de Fortalecimiento Institucional, de la Publicación “Organización de los Hospitales”, donde el Dr. Hugo Villar establece lineamientos de organización de las unidades operativas del Hospital, mediante la definición de programas y subprogramas que contemplen la globalidad del sistema, las funciones sustantivas y de apoyo.

Se estableció la necesidad de facilitar el proceso, reduciendo a tres los niveles de estandarización.

El proceso de formulación se acordó en las siguientes etapas:

- a) Definición del Modelo de Enfermería
- b) Definición de políticas
- c) Formulación del contenido de la norma relacionado dos o tres dimensiones de variable, de carácter sustantivo para cada función (asistencia, docencia, investigación y gestión).

Esta propuesta de niveles de calidad, intenta concretar escenarios reales en los que se encuentran o debieran encontrarse nuestros Servicios, tratando de plasmar diferentes grados de desarrollo a partir de un nivel mínimo científicamente y éticamente aceptable. Es así que el NIVEL I corresponde al estándar de desarrollo

básico, NIVEL 2 corresponde a un gradiente mayor de desarrollo y NIVEL 3 al escenario de máxima aspiración.

La propuesta está organizada por Programas, donde cada uno de ellos se corresponde con las funciones primordiales de cualquier servicio asistencial. A partir de allí se abren Subprogramas que podrán variar en su existencia y complejidad, de acuerdo al nivel organizacional de la Empresa.

ESTANDARES DE ENFERMERÍA ORIENTADOS POR PROGRAMA

A) COMPONENTES

PROGRAMAS	SUBPROGRAMAS	ESTÁNDARES
a) ATENCIÓN A LA SALUD	<ul style="list-style-type: none"> -Relacionamiento con el usuario -Proceso de atención de Enfermería -Sistema de Información de Enfermería -Control de Servicio prestado 	<ul style="list-style-type: none"> -Comunicación -organización y participación -Satisfacción del usuario y familia, -Diagnóstico de Enfermería -Programación -Dirección -Evaluación -Registros de Historia Clínica -Sistema de control de calidad
b) EDUCACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> -Usuarios y población en gral. -Estudiantes Pre y Posbásico -Formación continuada 	<ul style="list-style-type: none"> -Estructura Organizativa
c) INVESTIGACION	<ul style="list-style-type: none"> -Desarrollo de la función de investigación. 	<ul style="list-style-type: none"> -Organización y tipo
d) ADMINISTRACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> -Recursos Humanos -Recursos materiales -Recursos financieros -Dirección estratégica 	<ul style="list-style-type: none"> -Estructura y tipo -Dotación de personal -Reclutamiento, selección y ubicación -Promoción -Salario y condiciones laborales -Sistema de trabajo: -Régimen laboral -Evaluación de personal -Motivación -Satisfacción RRHH -Puestos de Trabajo -Administración RRMM -Presupuestos -Procesos de toma de decisiones -Trabajo en equipo

B) DESARROLLO PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD SUBPROGRAMA: RELACIONAMIENTO CON EL USUARIO ESTANDAR: COMUNICACIÓN

N1) El Servicio de Enfermería utiliza lenguaje comprensible y formas armónicas de relacionamiento con los usuarios, familiares y acompañantes.

Da respuestas acotadas a las consultas de la población en el área de su competencia.

N2) El Servicio de Enfermería utiliza lenguaje comprensible y formas armónicas de relacionamiento con los usuarios, familiares y acompañantes.

El Servicio de Enfermería promueve la comunicación con el usuario y familia para conocer planteos y dudas.

Se dan respuestas pertinentes en el área de competencia y se orienta a la resolución de los problemas ajenos a enfermería.

N3) El Servicio de Enfermería utiliza lenguaje comprensible y formas armónicas de relacionamiento con los usuarios, familias y acompañantes.

El Servicio de enfermería tiene sistematizados espacios de comunicación formal con el usuario y familia.

Se dan respuestas que satisfacen las expectativas de la población asistida y sus familiares. En casos de problemáticas ajenas a enfermería se realiza la derivación correspondiente.

Se identifican y asisten momentos claves en el proceso de atención (ingreso, seguimiento, alta) que son asumidos por enfermería profesional.

ESTANDAR: ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN

N1) Los usuarios y familiares acompañantes, colaboran en la atención mediante iniciativa propia, teniendo en cuenta los reglamentos institucionales.

Enfermería orienta la colaboración a través de criterios consuetudinarios.

N2) El Servicio de Enfermería tiene criterios generales que promueven el papel activo de los acompañantes familiares y usuarios en el proceso de atención. Enfermería conoce los derechos de los usuarios según normas vigentes. Se transfieren conocimientos para asumir actividades puntuales.

N3) El Servicio de Enfermería tiene una política explícita que integra al usuario, familia y acompañantes en el Proceso de atención de Enfermería. Lleva a cabo programas de orientación y capacitación para los cuidados de la salud (generales y específicos). Vincula los usuarios con grupos organizados de la comunidad.

El Servicio de Enfermería se relaciona formalmente con los usuarios organizados de la Institución. Conoce y promueve el conocimiento de los Derechos y Obligaciones de los Usuarios, según normas vigentes.

ESTANDAR: SATISFACCIÓN DEL USUARIO. FAMILIA

N1) El Servicio de Enfermería tiene mecanismos de intercambio de información con los usuarios que le permiten tener una percepción general sobre los aspectos que generan satisfacción e insatisfacción en la población asistencial.

N2) El Servicio de Enfermería programa acciones periódicamente que permiten aproximarse al nivel de satisfacción del usuario. Evalúa estas acciones y establece medidas coyunturales para la corrección de desviaciones.

N3) El Servicio de Enfermería tiene sistematizados diversos mecanismos que le permiten medir el nivel de satisfacción de los usuarios al mismo tiempo que orientar el estudio causal y las acciones correctivas.

Estos resultados son difundidos y discutidos por Enfermería, estableciendo políticas correspondientes.

SUBPROGRAMA: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

ESTANDAR: DIAGNOSTICO

N1) El Profesional responsable del Servicio o Sector, formaliza el ingreso del usuario, documentándolo en la Historia Clínica. Realiza recolección de datos periódicamente que sintetiza en una información de enfermería dando cuenta de las problemáticas más sobresalientes del caso.

N2) El Profesional responsable del Servicio o Sector formaliza el ingreso del usuario, documentándolo en la Historia Clínica. Realiza el proceso de valoración sistémica periódicamente, definiendo los problemas identificados con un enfoque integral.

N3) El Profesional responsable del Servicio o Sector formaliza el ingreso del usuario, documentándolo en la Historia Clínica.

Explicita los diagnósticos de Enfermería en función de la evolución de las necesidades de los usuarios, abarcando los aspectos biológicos y psicosociales.

ESTANDAR: PROGRAMACIÓN

N1) La programación de la asistencia se realiza de acuerdo a normas

consuetudinarias, se documentan todas las acciones llevadas a cabo con los usuarios.

N2) El Servicio de Enfermería tiene normas documentadas que orientan a la realización de las actividades más frecuentes. Las actividades registradas tienen correspondencia con los problemas identificados por enfermería.

N3) El Servicio de Enfermería tiene protocolizadas todas las actividades de enfermería que se realizan a los usuarios en la institución.

La programación de la asistencia personalizada tendrá como punto de partida los diagnósticos de enfermería siendo correspondiente uno con el otro.

ESTANDAR: DIRECCIÓN

N1) Enfermería Profesional imparte directivas generales para la atención de los usuarios de mayor complejidad o dependencia.

N2) Enfermería profesional dirige el proceso de atención de Enfermería en todos los usuarios del sector a su cargo. Realiza indicaciones de Enfermería de manera explícita para cada usuario, orientando el tratamiento.

N3) Enfermería profesional dirige el proceso de atención de Enfermería en todos los usuarios del sector a su cargo. Realiza indicaciones de Enfermería de manera explícita para cada usuario y asistencia profesional directa de los casos de mayor complejidad.

ESTANDAR: EVALUACIÓN

N1) El Servicio de Enfermería tiene establecidos mecanismos de evaluación de las actividades cumplidas y de las iatrogenias producidas en los procesos de atención de Enfermería.

N2) El Servicio de Enfermería tiene indicadores globales que permiten evaluar resultados al alta del paciente.

N3) El Servicio de Enfermería tiene organizado un sistema de control de calidad de las prestaciones (Comité, Comisiones u otras formas). Tiene indicadores derivados de los protocolos asistenciales que permiten evaluar el proceso de atención y los resultados.

SUBPROGRAMA: SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE ENFERMERÍA

ESTANDAR:REGISTROS EN LA HISTORIA CLÍNICA

N1) El Servicio de Enfermería elabora registros del 100% de la población asistida, documentando las actividades realizadas en forma legible e identificable.

N2) El Servicio de Enfermería registra el 100% de los pacientes referidos a las instancias de ingreso, estadía y egreso haciendo referencia a los aspectos y/o cambios relevantes de la evolución y actividades cumplidas en cada turno.

N3) El Servicio de Enfermería dispone de registros propios que se integran a la historia clínica para el 100% de la población asistida que le permiten documentar el proceso de atención continuo de cada paciente.

SUBPROGRAMA DE CONTROL DE SERVICIO PRESTADO

ESTANDAR:SISTEMA DE CONTROL DE CALIDAD

N1) El Servicio de Enfermería lleva a cabo acciones tendientes a establecer pautas que reflejen aspectos sustantivos del nivel de calidad de las prestaciones de Enfermería. Existen formas para evaluar situaciones emergentes en la prestación de los servicios.

N2) El Servicio de Enfermería tiene mecanismos de control para medir calidad en algunas de las actividades asistenciales que involucran la prestación de Servicios de Enfermería. Se realizan actividades periódicas para evaluar casos asistenciales.

N3) El Servicio de Enfermería cuenta con mecanismos sistemáticos para la vigilancia de la calidad (Ej.: auditorias, ateneos, etc.) El Servicio de Enfermería tiene un programa de mejora continua. (Decreto N° 436/997 del 11/11/97)

PROGRAMA DE EDUCACIÓN

SUBPROGRAMA FORMACIÓN CONTINUADA

ESTANDAR: ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

N1) Se desarrollan actividades educativas puntuales a nivel de Enfermería, atendiendo a demandas específicas de los sectores.

N2) Existe un comité de Educación u otra forma organizada para atender la programación e implementación de actividades educativas para el personal de Enfermería. Se establecen coordinaciones con los Servicios Docentes para el desarrollo de cursos de formación continuada.

N3) Existe una estructura organizativa interdisciplinaria responsable de la administración de la función docente de la Institución. El Servicio de Enfermería tiene un representante como miembro permanente (Lic. en Enfermería) que administra los programas en función de las políticas institucionales y en integración con los Servicios Docentes.

PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN

SUBPROGRAMA: DESARROLLO DE LA FUNCION DE INVESTIGACIÓN

ESTANDAR: ORGANIZACIÓN Y TIPO

N1) El Servicio de Enfermería tiene antecedentes de participación en investigaciones conjuntas realizadas a nivel institucional.

N2) El Servicio de Enfermería tiene organizado por lo menos un equipo de Enfermería que se encuentra realizando trabajo de investigación en un área asistencial. Están integrados a una investigación de carácter interdisciplinario o exclusiva de Enfermería.

N3) El Servicio de Enfermería cuenta con Programas de Investigación orientados por las políticas institucionales y del propio Departamento de Enfermería. Los profesionales participantes en estos programas tienen líneas de coordinación interna y se vinculan con organismos nacionales e internacionales para el apoyo de las actividades.

PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE ENFERMERIA

SUBPROGRAMA DE RECURSOS HUMANOS

ESTANDAR: ESTRUCTURA Y TIPO

N1) El Servicio de Enfermería de la Institución depende técnica y administrativamente de un Licenciado de Enfermería.

Cuenta con personal profesional y auxiliar con título habilitado según normas vigentes.

N2) Existe un Servicio de Enfermería y/o División a cargo de un Licenciado de Enfermería con formación Posbásicos en el área de la administración de los Servicios de Salud. Cuenta con Licenciadas en Enfermería que ocupan cargos de nivel intermedio (supervisores y jefes de Servicios) y personal de nivel profesional y auxiliar en el área operativa con Título habilitado según normas vigentes.

ESTANDAR: DOTACIÓN DE PERSONAL

N1) El Servicio de Enfermería tiene una dotación de personal profesional y auxiliar estable que permite resolver la demanda asistencial habitual.

N2) El Servicio de Enfermería tiene una dotación de personal profesional y auxiliar estable, con mecanismos que le permiten incrementar la misma, según necesidad para con ello preservar los márgenes de seguridad y continuidad en la prestación de cuidados.

N3) El Servicio de Enfermería tiene una dotación de personal que considera el desarrollo institucional. Toma decisiones que permiten adecuar la dotación en función a estudios previos de flujo de la demanda, garantizando el cumplimiento de las normas de calidad en la prestación de cuidados.

(Normas para Dotación de Personal de Enfermería – 1996.M.S.P-ASSE. Depto. Central de Enfermería.

ESTANDAR: RECLUTAMIENTO, SELECCIÓN, UBICACIÓN

N1) El Servicio de Enfermería participa parcialmente en el proceso de selección del personal, toma decisiones en la ubicación según criterios preestablecidos.

N2) El Servicio de Enfermería participa de la política de reclutamiento

institucional y se integra en los procesos de selección del personal, toma decisiones según criterios preestablecidos.

N3) El Servicios de Enfermería tiene sistematizados los procedimientos de reclutamiento, selección y ubicación del personal en correspondencia con las necesidades existentes de los usuarios y las características del recurso humano disponible.

ESTANDAR: PROMOCION

N1) El Servicio de Enfermería participa en las decisiones relacionadas a la promoción del personal profesional y auxiliar según normas vigentes en el Ministerio de Trabajo.

N2) El Servicio de Enfermería tiene criterios generales abalados por la Institución para la promoción del personal, sustentados en las exigencias del cargo y conocidos por el Colectivo de Enfermería.

N3) El Servicio de Enfermería tiene sistematizado el proceso de promoción a través de mecanismos administrativos y jurídicos que consideran: exigencias del cargo, nivel de formación y desempeño, políticas de desarrollo institucional y otros criterios institucionales, garantizando la transparencia del procedimiento para los involucrados.

ESTANDAR: SALARIO Y CONDICIONES LABORALES

N1) El Servicio de Enfermería trabaja en coordinación con el área administrativa, asegurando el cumplimiento de las pautas vigentes del Ministerio de Trabajo.

N2) El Servicio de Enfermería controla el cumplimiento de las pautas salariales vigentes y normas de bioseguridad en las áreas de trabajo. Promueve y participa en proyectos de mejora a la salud laboral del trabajador de Enfermería.

ESTANDAR: SISTEMA DE TRABAJO-REGIMEN LABORAL

N1) EL Servicio de Enfermería cuenta con un sistema de trabajo general para todos los niveles de Enfermería. Adopta decisiones de excepción ante situaciones especiales.

N2) El Servicio de Enfermería tiene organizado dos regímenes de trabajo para

ofrecer al personal profesional y auxiliar. Adopta decisiones de excepción en casos especiales.

N3) El Servicio de Enfermería da diversas alternativas referidas a sistemas de trabajo (3 o más); tanto a nivel profesional como auxiliar tienen criterios generales y flexibles que facilitan el estudio y resolución de situaciones especiales.

ESTANDAR: EVALUACIÓN DEL PERSONAL

N1) El Servicio de Enfermería tiene pautas generales, preestablecidas y documentadas para realizar evaluación de personal de ingreso en los dos niveles. Es una información que se actualiza para orientar la toma de decisiones de ascensos, reubicación y destituciones.

N2) El Servicio de Enfermería tiene pautas documentadas para evaluar el desempeño del personal profesional y auxiliar en los puestos de trabajo. Utiliza mecanismos que viabilizan la participación de los involucrados con un registro específico para ese fin. Se aplica de manera sistemática en el personal de ingreso y periódicamente como evaluación continuada.

N3) El Servicio de Enfermería tiene sistematizada la evaluación de personal de Enfermería en todos los niveles, de acuerdo a perfiles ocupacionales. Cuenta con normas y procedimientos, técnicas documentadas y un sistema de información unificado para la institución. Se aplican métodos participativos entre los involucrados. Sus resultados son primordiales para los programas de desarrollo y perfeccionamiento.

ESTANDAR: MOTIVACIÓN SATISFACCIÓN

N1) El Servicio de Enfermería estudia y promueve acciones que mejoran el nivel de satisfacción del equipo de enfermería, frente a situaciones concretas.

N2) El Servicio de Enfermería lleva a cabo el estudio sistemático de los niveles de satisfacción del personal. Estudia las propuestas en el marco de las políticas institucionales y toma las decisiones correspondientes que se traducen en incentivos de diferente naturaleza.

ESTANDAR: PUESTOS DE TRABAJO

N1) El Servicio de Enfermería tiene normatizado los aspectos genéricos que hacen a las competencias de la enfermería profesional y auxiliar según legislación laboral vigente.

N2) El Servicio de Enfermería tiene normatizado la descripción de cargos para todos los puestos de trabajo que se desempeñan a nivel operativo y los aspectos generales de los cargos intermedios. Todos se ajustan a la legislación laboral vigente.

N3) El Servicio de Enfermería tiene normatizado la descripción de cargos para todos los puestos de trabajo, en todas las áreas y en todos los niveles jerárquicos de Enfermería. Los somete a revisión periódica contemplando aspectos de funcionamiento institucional y legislación laboral.

SUBPROGRAMA:

ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS MATERIALES

ESTANDAR: ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS

MATERIALES

N1) El Servicio de Enfermería participa puntualmente brindando asesoramiento técnico a nivel institucional.

N2) El Servicio de Enfermería a partir de la identificación de las necesidades de los recursos materiales elabora una propuesta de abastecimiento acorde con la demanda del servicio y la política institucional.

N3) El Servicio de Enfermería estudia sistemáticamente las necesidades de recursos materiales integrados en los proyectos asistenciales. Participa en las decisiones que involucran a Enfermería en todas las etapas de la administración de los Recursos Materiales.

SUBPROGRAMA RECURSOS FINANCIEROS

ESTANDAR: PRESUPUESTO

N1) El Servicio de Enfermería tiene conocimiento en relación al presupuesto de los recursos humanos asignados y los materiales más frecuentemente utilizados. Informa a los niveles de decisión financiera contable cuando esta se lo solicita.

N2) El Servicio de Enfermería estudia y actualiza periódicamente el presupuesto de recursos humanos y materiales de los sectores jerarquizados por la Institución. Participa en los niveles de decisión presupuestal asesorado en el área de su responsabilidad.

N3) El Servicio de Enfermería elabora de manera sistemática el presupuesto general, incluyendo retribuciones personales, gastos e inversiones de cada sector asistencial. Participa formalmente en los niveles máximos de decisión financiera contable de con la Institución, cuando se define el presupuesto global.

SUBPROGRAMA DIRECCIÓN ESTRATÉGICA

ESTANDAR: PROCESO DE TOMA DE DECISIONES

N1) El Servicio de Enfermería tiene lineamientos directrices en relación a las políticas institucionales.

Existen mecanismos de decisión que permiten la participación de todos los niveles de enfermería en temáticas de trascendencia para la profesión o la Institución. La Dirección de Enfermería participa ocasionalmente en los órganos de decisión institucionales.

N2) El Servicio de Enfermería tiene definidas las metas y políticas estratégicas para el sector. Trabaja con mecanismos de decisión que favorecen la participación periódica de todos los niveles de Enfermería.

La Dirección de Enfermería participa regularmente en los Órganos de Gobierno Institucional.

N3) El Servicio de Enfermería tiene definido un marco Doctrinario, político y objetivo a largo, mediano y corto plazo. Trabaja en base a proyectos y mecanismos de descentralización.

Existen formas organizativas que viabilizan decisiones colectivas con participación de todos los niveles de Enfermería. La Dirección de Enfermería integra organismos de gobierno a nivel institucional.

ESTANDAR: TRABAJO EN EQUIPO

N1) El Servicio de Enfermería promueve el trabajo en equipo para coordinar la implementación de las funciones asistenciales, docentes y de Investigación.

N2) El Servicio de Enfermería lleva a cabo encuentros periódicos para el estudio de casos de interés profesional.

N3) El Servicio de Enfermería tiene constituidas estructuras organizativas permanentes y/o transitorias, propias o multidisciplinarias para el estudio y resolución de temáticas vinculadas a las funciones esenciales.



CAPITULO V

PROPUESTA REALIZADA PARA ASSE por la CONAE y tomada como base para la elaboración de las que se presentan a continuación. (Estarán condicionadas por la aprobación de la Ley de Ejercicio)

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA SEGÚN COMPLEJIDAD EN LA ATENCION A LA SALUD.

OBJETIVO

- Participar en la conducción de las políticas de salud a la población para obtener mejores condiciones de salud.
- Diseñar una estructura que asegure el desempeño profesional que garantice la prestación de cuidados a las personas con un enfoque integrado adecuado a la prestación de cuidados de alta calidad.

NIVEL CENTRAL ASSE

- **DIRECCION GENERAL DE ASSE I**
Licenciado Enfermera/o
(Deberá cumplir los requisitos del decreto del 09)

NIVEL DE PROGRAMAS:

- AGUDOS DE MONTEVIDEO, I
Licenciado Enfermera/o
- AGUDOS DEL INTERIOR , I
Licenciado Enfermera/o

- DIRECCIONES REGIONALES I

Licenciado Enfermera/o

- DIRECCION DE ASISTENCIA EXTERNA (RAP) I

Licenciado Enfermera/o

PROPUESTA POR NIVELES DE ATENCIÓN

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

a) Nivel de gestión área técnica I Licenciado en Enfermería por Centro de Salud o Centro Auxiliar, equipo multidisciplinario en gestión de servicio integrado por coordinadores profesionales Enfermeros.

b) Nivel Operativo área técnica equipo técnico operativo integrado por un equipo de enfermería de auxiliares y licenciados. (Deberá integrarse Internos y residentes de Enfermería en acuerdo con la norma internacional)

SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

NIVEL DE GESTIÓN DE AREA TECNICA

- Una Directora o Jefe General del servicio de enfermería. Equipo de enfermería operativo en cada turno integrado por:
- I Licenciados en Enfermería cada 25 Auxiliares de Enfermería, según ocupación y características del servicio. (Deberá cumplir la norma internacional I Profesional cada 15 camas I auxiliar cada 8 camas como mínimo)
- I Auxiliar de Enfermería en atención directa al paciente cada 8 camas (no reviste para servicios especiales y/o psiquiátricos, norma internacional y regional).
- Atención Ambulatoria: consulta externa hospitalaria en enfermería, constituido por I Supervisora de Enfermería en Atención Ambulatoria y el número de auxiliares de enfermería, dependerá del número de consultas y complejidad, (Deberá como mínimo un auxiliar por consultorio médico y un Profesional cada 5 consultorios)
- Dotación de enfermería para el Primer Nivel de Atención:

I Licenciado en Enfermería cada 1800 habitantes (usuarios).

I Auxiliar de Enfermería cada 1000 usuarios.

Se orientará al cumplimiento del estándar regional y nacional de un médico un Enfermero Profesional en el primer nivel.



CAPITULO VI.

DEFINICION DE ESTRUCTURA Y PUESTOS DE TRABAJO. DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Montevideo, 11 Mayo 2009

VISTO: la necesidad de reglamentar la prestación de servicios de los profesionales Licenciados en Enfermería en las instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios de salud;

RESULTANDO:

- l) que a nivel mundial existe una tendencia a un importante desarrollo de la enfermería profesional, buscando con ello elevar la calidad asistencial en los distintos niveles de atención,; así como optimizar los recursos humanos asegurando una asistencia segura, oportuna, continua y humana;
- a) que nuestro país no es ajeno a esta realidad, en tanto la Reforma del Sistema Integrado de Salud busca mejorar la calidad asistencial tanto en el ámbito público como privado, optimizando todos los recursos y en particular los recursos humanos en salud;
- b) que esta mejora debe concretarse en los distintos niveles de atención y en particular en el primer nivel de la misma;

CONSIDERANDO:

- que el presente decreto tiene como finalidad consolidar la construcción del cambio de nuevo modelo de atención sanitaria consagrado en la ley N° 18.211 del 5 de diciembre de 2007;

- que partiendo de la base que los recursos humanos son uno de los pilares fundamentales de dicha transformación, surge la necesidad de consagrar que toda institución prestadora de servicios de salud tenga entre sus recursos humanos Licenciados en Enfermería, así como que la organización de los servicios de enfermería se realice en forma departamentalizada y con Jefaturas de los servicios a cargo de dichos profesionales;

ATENTO: a lo precedentemente expuesto y a lo dispuesto por las leyes Nos. 9.202 de 12 de enero de 1934 y 18.211 del 5 de diciembre de 2007;

EL PRESIDENTE REPÚBLICA DECRETA:

Artículo 1°- Toda institución pública o privada prestadora de servicios de salud, que tenga personal de enfermería a cargo, deberá contar en sus servicios con profesionales Licenciados en Enfermería.

Artículo 2° - Las mencionadas instituciones deberán organizar estos servicios a través de Departamentos de Enfermería.

Artículo 3° - A los efectos del presente decreto, se considera el Departamento de Enfermería como la Unidad Técnico -Administrativa que opera como componente del equipo de atención del paciente, realizando acciones asistenciales de enfermería, promoción, prevención, educación, investigación, recuperación de la salud y rehabilitación del individuo, acorde con las políticas de las instituciones y en lo enmarcado en el Sistema Nacional de Salud consagrado en nuestra normativa vigente.

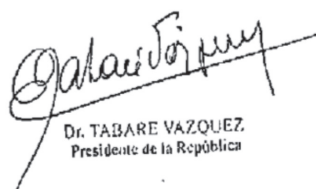
Artículo 4°- Los Departamentos de Enfermería estarán a cargo de Jefaturas, siendo condición para desempeñar las mismas, poseer título habilitante en Licenciatura en Enfermería otorgado por la Universidad de la República o su similar autorizados por las autoridades competentes, título de Especialista en Administración de Servicios de Salud o testimonio documental que acredite su idoneidad profesional en dicha área, priorizando en esto último el título de Especialista mencionado.

Artículo 5°- Las Jefaturas del Departamento de Enfermería tendrán las funciones de planificar, organizar, dirigir, evaluar y controlar las actividades del Departamento

de Enfermería, garantizando la prestación del servicio asistencial de acuerdo con las políticas de las instituciones prestadoras de los servicios, así como la capacitación de sus recursos humanos.

Artículo 6°- Sin perjuicio de lo establecido en los artículos precedentes, en las instituciones públicas en que por el tipo de servicio que se brinda o por la necesidad de recursos humanos necesarios para la prestación de los mismos, el personal de enfermería que allí se desempeñe no tenga formación profesional, éste dependerá directamente del Departamento de Enfermería competente a las inmediaciones geográficas más próximas de los respectivos centros de atención de salud, quien supervisará el cumplimiento de sus actividades.

Artículo 7°- Comuníquese, publíquese, etc.

A handwritten signature in black ink, consisting of stylized, overlapping loops and lines.A handwritten signature in black ink, followed by the typed name "Dr. TABARE VAZQUEZ" and the title "Presidente de la República" in a smaller font.

DESCRIPCION DE PUESTOS DE TRABAJO

I- Datos del puesto de trabajo.

Nombre: Licenciada/o en Enfermería Supervisor

Naturaleza del vínculo: Relación funcional (presupuestado, contrato de función pública u otro)

Unidad a la que pertenece: Nombre de la Dirección, División, Departamento, Sección u otro donde se realizan las funciones.

Esquema de organigrama: Ubicación dentro de la estructura orgánica.

II- Relación jerárquica

Depende de: Licenciada/o en Enfermería Jefe de Departamento de Enfermería.

Supervisa a: A todo el personal de Enfermería, auxiliares de Enfermería y/u otras denominaciones en su área de responsabilidad en el segundo y tercer nivel y/o población específica de referencia en el primer nivel de atención.

III – Propósito

Trabajo de supervisión profesional que consiste en la Gestión del Cuidado de la Población bajo su responsabilidad a través del planeamiento, coordinación, asistencia, docencia, investigación y evaluación de las prestaciones que realiza el equipo de Enfermería, en la atención al paciente y a la comunidad.

IV- Funciones

- Gestionar los Cuidados a la población en programas de atención a la salud de acuerdo con los objetivos y metas propuestas por el Departamento de Enfermería, equipo de Enfermería, en coordinación con el equipo de Salud.
Dirigir y realizar con el equipo de Enfermería la ejecución de las actividades de asistencia propuestas, orientar y corregir en caso que fuere necesario así como proponer acciones preventivas.
- Prestar asistencia de enfermería a pacientes sanos y enfermos en diferentes ámbitos y modalidades con pautas protocolizadas.
Promover el trabajo en equipo interdisciplinario e intersectorial, fortaleciendo las redes sociales existentes.
Recibir pacientes e identificar las necesidades definiendo los diagnósticos de enfermería por medio de entrevistas y observaciones sistematizadas
- Promover la adaptación del usuario interno y externo al ambiente hospitalario en las fases de admisión y alta y a los métodos terapéuticos que le son aplicados, a fin de obtener su colaboración en el tratamiento.
- Sustituir a la Licenciada/o en Enfermería Jefe del nivel inmediato superior en caso de ausencia
Los procedimientos invasivos de Enfermería serán realizados por el Licenciado en Enfermería en equipo con el auxiliar de enfermería con indicación del Médico y en acuerdo con las normas técnicas y/o protocolos.
- Gestiona y organiza las tareas al personal de su cargo y supervisa su cumplimiento a satisfacción.
- Trabaja en coordinación con el Médico en la asistencia al paciente durante exámenes complementarios de diagnóstico y tratamiento.
- Participar en las reuniones promovidas por el Jefe de Departamento de Enfermería y en el nivel estratégico Institucional.
- Hacer cumplir y cumplir las órdenes de servicio y reglamentos vigentes
- Participar en la elaboración de los procedimientos de evaluación del personal de enfermería y evaluar el personal a su cargo
- Evaluar y realizar informes de la asistencia prestada a los pacientes
- Desempeñar tareas afines que le sean encomendadas en el área de la Disciplina Enfermería.

Quién programa las tareas del puesto de trabajo?

Licenciada/o Jefe de Departamento, División de Enfermería.

V - Requisitos mínimos para desempeñar el puesto de trabajo

A.- Formación básica o académica: Licenciada/o en Enfermería, con título emitido por Instituciones Terciarias y registrado por el M.S.P.

B.- Formación especial: Conocimiento Generalista en Enfermería.
Especialidad en Gestión o el equivalente en horas de Formación,

C.- Experiencia requerida: Tener experiencia no menor de 5 años en la gestión de RRHH en enfermería y en el área técnica de Enfermería.

VI - Competencias

	Características muy especiales
Aprendizaje	x
Iniciativa	x
Orientación a resultados	x
Escucha y empatía	x
Compromiso organizacional	x
Responsabilidad y confiabilidad	x
Estabilidad Emocional	x
Ajuste a las normas ético-laborales	x
Trabajo en equipo	x
Relacionamiento con sus pares	x

VII - Responsabilidades:

Directas sobre el trabajo: Dirección para que la gestión de Cuidados planificada se realicen en tiempo y forma con eficacia y eficiencia.

Directas sobre otras personas: Supervisa a Licenciados en Enfermería, Auxiliares de Enfermería, Auxiliares de Servicio u otra denominación.

Recursos materiales, tecnológicos y financieros: Responsabilidad en la gestión de los Recursos Materiales que le son asignados y los que asigna a personal dependiente de él.

DESCRIPCION DE PUESTOS DE TRABAJO

I- Datos del puesto de trabajo.

Nombre: Licenciada/o en Enfermería Operativo.

Naturaleza del vínculo: Relación funcional (presupuestado, contrato de función pública u otro).

Unidad a la que pertenece: Nombre de la Dirección, División, Departamento, Sección u otro donde se realizan las funciones..

Esquema de organigrama: Ubicación dentro de la estructura orgánica (*).

II- Relación jerárquica

Depende de: Jerarquía Superior inmediata
(Supervisor o jefe)

Supervisa a: Auxiliares de Enfermería y Auxiliares de servicio

III – Propósito

Trabajo de ejecución que consiste en la atención directa de enfermería al paciente, con el fin de promover y preservar, recuperar y rehabilitar la salud individual y colectiva.

IV- Funciones

- 1)Elaborar el plan de trabajo, observando la programación establecida. Desarrollar los programas de atención de enfermería, a lo largo del ciclo vital, mediante el control del individuo sano, familias y comunidad, priorizando la población de acuerdo a criterios establecidos.
- 2)Recibir pacientes e identificar las necesidades de enfermería por medio de entrevistas y observaciones sistematizadas
- 3)Prestar cuidados directos a pacientes sanos y enfermos en diferentes ámbitos y modalidades con pautas protocolizadas.
- 4)Promover la adaptación del paciente interno y externo al ambiente hospitalario en las fases de admisión y alta y a los métodos terapéuticos que le son aplicados, a fin de obtener su colaboración en el tratamiento.
- 5)Registrar las observaciones y hechos verificados en relación con el paciente, anotándolos en la carpeta del mismo, la ficha del consultorio externo e informes de enfermería.
- 6)Gestionar los cuidados a la población con el equipo de enfermería para lo cual distribuirá las tareas al personal a su cargo y supervisará su cumplimiento a satisfacción.
- 7)Gestionar la asistencia por programa y realizar el diagnóstico e intervención de Enfermería a la población en policlínica, extrahospitalario, organizaciones sociales y educativas.
- 8)Sustituir al Licenciado/a en enfermería del nivel inmediato superior en caso de ausencia
- 9)Los procedimientos invasivos de Enfermería serán realizados por el Licenciado en Enfermería en equipo con el auxiliar de enfermería con indicación del Médico y en acuerdo con la norma técnica.
- 10)Gestionar con celeridad todos los procedimientos de diagnóstico y tratamiento prescritos por el médico u otro profesional del equipo de salud .
- 11)Supervisar la alimentación de los pacientes. Designar o ayudar cuando estos lo necesiten.
- 12)Participar en:
 - *Las reuniones promovidas por la responsable de la Unidad
 - *La determinación de las necesidades de los recursos humanos de enfermería, así como de los recursos materiales para brindar la atención en el área de salud.
 - *Actividades comunitarias, fortaleciendo las redes sociales existentesla administración de los recursos materiales orientando sobre su buen uso y mantenimiento
- *Evaluación del personal a su cargo.
- *Atender al público y a las visitas .sobre consultas planteadas respecto al enfermo
- 13)Hacer cumplir y cumplir las órdenes de servicio y reglamentos vigentes
- 14)Desempeñar tareas afines a la profesión que le sean encomendadas.

¿Quién programa las tareas del puesto de trabajo?

Licenciada/o Jefe de Enfermería.

V - Requisitos mínimos para desempeñar el puesto de trabajo

A.- Formación básica o académica:

Licenciada/o en Enfermería, emitido por las Instituciones Terciarias y registrado por el M.S.P.

B.- Formación especial: Conocimiento del Estatuto del Funcionario de la Salud.

C.- Experiencia requerida: Para el Lic. Operativo no se podrá establecer tiempo de experiencia, solo se requerirá el título de Lic. en Enfermería.

VI – Competencias

	Características muy importantes.
Aprendizaje	x
Iniciativa	x
Orientación a resultados	x
Escucha y empatía	x
Compromiso organizacional	x
Responsabilidad y confiabilidad	x
Estabilidad Emocional	x
Ajuste a las normas ético-laborales	x
Trabajo en equipo	x
Relacionamiento con sus pares	x

VII - Responsabilidades:

Directas sobre el trabajo: Lograr que las tareas se realicen en tiempo y forma con eficacia y eficiencia

Directas sobre otras personas: Supervisa a Auxiliares de Enfermería y Auxiliares de Servicio

Recursos materiales, tecnológicos y financieros: Responsabilidad en el manejo de los que le son asignados y los que asigna a personal dependiente de él.

DESCRIPCION DE PUESTOS DE TRABAJO

I- Datos del puesto de trabajo.

Nombre: Licenciada/o en Enfermería – en Primer Nivel de Atención

Naturaleza del vínculo: Relación funcional (presupuestado, contrato de función pública u otro)

Unidad a la que pertenece: Nombre de la Dirección, División, Departamento, Sección u otro donde se realizan las funciones..

Esquema de organigrama: Integrante del equipo de APS.

II- Relación jerárquica

Depende de: Coordinador del equipo de Enfermería y coordina técnicamente con el coordinador técnico del Equipo

Supervisa a: Auxiliares de Enfermería, auxiliares de servicio y otros recursos del área.

III – Propósito

Brindar cuidados de enfermería, realizando acciones de prevención, recuperación y rehabilitación, a los individuos, familia y comunidad de un área geográfica definida.

IV- Funciones

- 1) Planificar, organizar, dirigir y controlar los cuidados de Enfermería en el área de salud definida.
- 2) Prestar cuidados de enfermería a individuos sanos y enfermos, en los diferentes ámbitos y modalidades con pautas protocolizadas definidas por el equipo de Enfermería en coordinación con el equipo de APS, a lo largo del ciclo vital.
- 3) Elaborar el diagnóstico de salud de la población con el equipo de salud, realizar y dirigir investigaciones en su área de competencia.
- 4) Asistir a los pacientes y a su grupo familiar en los programas de atención y tratamientos en el servicio o ambulatorio.
- 5) Registrar las actividades provenientes de los diferentes programas y de las intervenciones de enfermería realizadas y evaluar resultados.
- 6) Gestionar Cuidados en el proceso de promoción de estilo de vida saludable, mediante la información, educación, motivación de individuos, familia y grupos.
- 7) Cumplir con los criterios y abordajes metodológicos de Enfermería establecidos por el equipo de trabajo.
- 8) Desempeñar tareas afines que le sean encomendadas en el área de la disciplina.

¿Quién programa las tareas del puesto de trabajo?

Coordinador del equipo de Enfermería.

V - Requisitos mínimos para desempeñar el puesto de trabajo

A.- Formación básica o académica:

Licenciada/o en Enfermería, con título otorgado por las Instituciones Terciarias y registrado por el M.S.P.

B.- Formación especial:

Conocimientos de: Para el nivel operativo requerirá del título habilitante, se le solicitará luego de su ingreso conocimiento básico Estatuto del funcionario de ASSE Sistema Nacional Integrado de Salud y específico de APS Conocer la red funcional de los Servicios de Salud y los mecanismos de Referencia y contrarreferencia de todos sus niveles de atención. Informática necesarios para el desarrollo de la función

C.- Experiencia requerida:

Tener título de Lic. en Enfermería. Escolaridad

VI – Competencias:

Gestión de Cuidados en Enfermería. Diagnóstico e intervenciones en el área de Enfermería. Desarrollo de Promoción de Salud en áreas de nucleamiento (Sociales y Educativos) en todos los niveles de atención.

Motivación para el desarrollo de los programas prioritarios del MSP

Capacidad para la representación técnico Legal del equipo de Enfermería del primer nivel

VII - Responsabilidades:

Directas sobre el trabajo: Cumplimiento eficiente y eficaz en la gestión de cuidados de Enfermería, para garantizar una atención apropiada

Directas sobre otras personas:

Auxiliares de Enfermería, Auxiliares de Servicio y otras denominaciones del área.

Recursos materiales, tecnológicos y financieros:

Responsabilidad en la gestión.

DESCRIPCION DE PUESTOS DE TRABAJO

I- Datos del puesto de trabajo.

Nombre: Auxiliar de Enfermería **(NIVEL I)**

Naturaleza del vínculo: Relación funcional (presupuestado, contrato de función pública u otro)

Unidad a la que pertenece: Nombre de la Dirección, División, Departamento, Sección u otro donde se realizan las funciones .

Esquema de organigrama: Ubicación dentro de la estructura orgánica

II- Relación jerárquica

Depende de: Licenciada/o de Enfermería de su sector y Licenciada/o Jefe

Supervisa a: No supervisa a ningún funcionario

III – Objeto

Contribuir a mejorar la salud y el cuidado de la población, con enfoque integral del individuo, familia y comunidad, contribuyendo en la realización de actividades de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación como integrante del equipo de salud.

IV- Actividades

- 1) Participar en el proceso de atención al individuo, familia o comunidad en las distintas etapas del ciclo vital y en los diferentes niveles de salud, primer, segundo y tercer nivel.
- 2) Desempeñar actividades de mediana complejidad técnica de acuerdo con su capacitación curricular, supervisado por la Licenciada/o en Enfermería.
- 3) Contribuir al mantenimiento de las condiciones del medio ambiente laboral, preservando su salud como trabajador y la del usuario.
- 4) Prestar asistencia a los pacientes adultos y/o infantiles en las fases de diagnóstico, tratamiento, incluyendo pre y postoperatorio y recuperación.
- 5) Colaborar en proyectos de investigación con el equipo de Enfermería.
- 6) Prestar asistencia a pacientes en estado crítico y/o emergencia, con supervisión.
- 7) Procesar y esterilizar todo el material no descartable necesario para la atención del paciente internado o ambulatorio.
- 8) Integrar los equipos de Enfermería en programas de educación en salud que se realicen en el servicio ..
- 9) Participar en reuniones de trabajo de los equipos de enfermería y de salud.
- 10) Cumplir las normas y reglamentos del Hospital
- 11) Ayudar en las tareas con miras a la adaptación social, desarrollo y educación de pacientes físicamente impedidos o con problemas mentales.
- 12) Desempeñar tareas afines dentro de la disciplina Enfermería.

¿Quién programa las tareas del puesto de trabajo?

Las tareas se realizan según planificación establecida por la Jefatura de Enfermería.

V - Requisitos mínimos para desempeñar el puesto de trabajo

A.- Formación básica o académica:

Curso de Auxiliar de Enfermería, con certificado otorgado por Instituciones Formadoras y registrado por el M.S.P.

B.- Formación especial: Conocimiento específico de Enfermería Básica
 Conocimiento del Estatuto del funcionario de la Salud Cursos específicos de enfermería y afines (APS, CTI, otros) Conocimientos informáticos básicos necesarios para el desempeño de su trabajo.

C.- Experiencia requerida: En funciones desarrolladas en salas generales con un mínimo de 2 (dos) años y pasantías en servicios especiales de tratamientos intermedios y/o cti no menor a 90 días.

VI- Competencias

	Características generales
Aprendizaje	x
Iniciativa	x
Orientación a resultados	x
Escucha y empatía	x
Compromiso organizacional	x
Responsabilidad y confiabilidad	x
Estabilidad emocional	x
Ajuste a las normas etico-laborales	x
Trabajo en equipo	x
Relacionamiento con sus pares	x

VII - Responsabilidades:

Directas sobre el trabajo:

Desarrollar las tareas asignadas en tiempo y forma con eficacia y eficiencia

Directas sobre otras personas: No supervisa

Recursos materiales, tecnológicos y financieros:

Responsabilidad en el manejo de los recursos que le son asignados.

DESCRIPCION DE PUESTOS DE TRABAJO

I- Datos del puesto de trabajo.

Nombre: Auxiliar de Enfermería (NIVEL II)

Naturaleza del vínculo: Relación funcional (presupuestado, contrato de función pública u otro)

Unidad a la que pertenece: Nombre de la Dirección, División, Departamento, Sección u otro donde se realizan las funciones .

Esquema de organigrama: Ubicación dentro de la estructura orgánica

II- Relación jerárquica

Depende de: Licenciada/o de Enfermería de su sector y Licenciada/o Jefe

Supervisa a: No supervisa a ningún funcionario

III – Objeto

IV- Actividades

- 13) Participar en el proceso de atención al individuo, familia o comunidad en las distintas etapas del ciclo vital y en los diferentes niveles de salud, primer, segundo y tercer nivel.
- 14) Ayudar al Licenciada/o en Enfermería y asistir al paciente durante exámenes complementarios de diagnóstico y tratamiento.
- 15) Desempeñar actividades simples y de mediana complejidad técnica de acuerdo con su capacitación curricular, supervisado por la Licenciado/a en Enfermería.
- 16) Integrar Equipos de Enfermería en Atención a domicilio cuando ello fuese conveniente para el paciente, la familia y el servicio de salud.
- 17) Registrar en la Historia Clínica del paciente las observaciones y cuidados de enfermería y de salud.
- 18) Ayudar en los preparativos para el tratamiento físico y psicológico de pacientes.
- 19) Ayudar a aplicar tratamientos de primeros auxilios en casos de urgencia
- 20) Integrar los equipos de Enfermería en programas de educación en salud que se realicen en el servicio.
- 21) Participar en reuniones de trabajo de los equipos de enfermería.
- 22) Vigilar el mantenimiento de la limpieza y el orden en su ambiente de trabajo.
- 23) Cumplir las normas y reglamentos del Hospital.
- 24) Desempeñar tareas afines.

¿Quién programa las tareas del puesto de trabajo?

Las tareas se realizan según planificación establecida por la Jefatura de Enfermería.

V - Requisitos mínimos para desempeñar el puesto de trabajo

A.- Formación básica o académica: Curso de Auxiliar de Enfermería, con certificado otorgado por Instituciones habilitadas y registrado por el M.S.P.

B.- Formación especial: Conocimiento del Estatuto del funcionario de la Salud (no excluyente).

Cursos específicos de enfermería.

Conocimientos informáticos necesarios para el desempeño de su trabajo.(no excluyente)

C.- Experiencia requerida: La desarrollada en su Pasantía curricular.

VI - Competencias

	Características Generales
Aprendizaje	x
Iniciativa	x
Orientación a resultados	x
Escucha y empatía	x
Compromiso organizacional	x
Responsabilidad y confiabilidad	x
Estabilidad emocional	x
Ajuste a las normas etico-laborales	x
Trabajo en equipo	x
Relacionamiento con sus pares	x

VII- Responsabilidades:

Directas sobre el trabajo: Desarrollo de las tareas delegadas se en tiempo y forma con eficacia y eficiencia
Directas sobre otras personas: No supervisa
Recursos materiales, tecnológicos y financieros: Responsabilidad en el manejo de los recursos que le son asignados.

DESCRIPCION DE PUESTOS DE TRABAJO

I- Datos del puesto de trabajo.

Nombre: Auxiliar de Enfermería - en Primer Nivel de Atención
Naturaleza del vínculo: Relación funcional (presupuestado, contrato de función pública u otro)
Unidad a la que pertenece: Nombre de la Dirección, División, Departamento, Sección u otro donde se realizan las funciones..
Esquema de organigrama: Integrante del equipo de Enfermería en APS

II- Relación jerárquica

Depende de: Licenciada/o de Enfermería del equipo de Atención Primaria.
Supervisa a: No supervisa a ningún funcionario

III – Propósito

Contribuir a mejorar la salud y el cuidado de la población, con enfoque integral del individuo, familia y comunidad, contribuyendo en la realización de actividades de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación como integrante del equipo de Enfermería.

IV- Funciones

- 25) Participar en el Equipo de Enfermería para la atención al individuo, familia o comunidad en las distintas etapas del ciclo vital en el Primer Nivel de Atención.
- 26) Ayudar a la Licenciada/o en Enfermería y asistir al paciente durante exámenes complementarios de diagnóstico y tratamiento.
- 27) Desempeñar actividades simples y de mediana complejidad técnica de acuerdo con su capacitación curricular, supervisado por la Licenciado/a en Enfermería para lograr los objetivos del equipo.
- 28) Intervenir en el equipo de Enfermería de promoción de estilo de vida saludable, mediante la información, educación, motivación de individuos, familia y grupos.
- 29) Integrar el equipo de Enfermería de cuidados a domicilio cuando ello fuese conveniente para el paciente, la familia y el servicio de salud.
- 30) Registrar en la Historia Clínica del paciente las observaciones y cuidados de enfermería y de salud.
- 31) Ayudar en los preparativos para el tratamiento físico y psicológico de pacientes.
- 32) Ayudar a aplicar tratamientos de primeros auxilios en casos de urgencia.
- 33) Participar en reuniones de trabajo de los equipos de enfermería y de salud.
- 34) Cumplir con los criterios y abordajes metodológicos establecidos por el equipo de Enfermería.
- 35) Desempeñar tareas afines que le sean encomendadas por Enfermería.

¿Quién programa las tareas del puesto de trabajo?

Lic. Enfermera Coordinador de la Gestión de Cuidados.

V - Requisitos mínimos para desempeñar el puesto de trabajo

A.- Formación básica o académica:

Auxiliar de Enfermería, con certificado otorgado por Instituciones habilitadas y registrado por el M.S.P.

B.- Formación especial:

Conocimiento de Enfermería Básica. Luego de su ingreso:

Estatuto del funcionario de A.S.S.E.

Sistema Nacional Integrado de Salud y específico de enfermería y de APS

Conocer la red funcional de los Servicios de Salud y los mecanismos de referencia y contrarreferencia de todos sus niveles de atención.

Informática necesarios para el desarrollo de la función.

C.- Experiencia requerida:

Experiencia de Auxiliar de Enfermería

VI- Competencias:

Las definidas en la Enfermería básica

VII - Responsabilidades:

Directas sobre el trabajo: Cumplimiento eficiente eficaz de las actividades encomendadas por el Lic. en Enfermería para garantizar una atención apropiada.

Directas sobre otras personas: No supervisa

Recursos materiales, tecnológicos y financieros: Responsabilidad en los que maneja.



CAPITULO VII

ENTORNOS FAVORABLES PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

1) Los sistemas sanitarios se ven cada vez mas presionados por las necesidades de salud y las limitaciones financieras que restringen la capacidad de los servicios para sostener la infraestructura y los recursos humanos en salud. En este marco se hace visible la mayor demanda de los profesionales de enfermería, tanto a nivel nacional como internacional.

Los motivos son diversos y complejos, uno de ellos es el entorno de trabajo, algunos son poco saludables, alejan a las enfermeras y con mucha frecuencia las expulsan de determinados contextos laborables o de la propia profesión.

Entre los criterios aplicables a ambientes favorables se señalan: respeto por la autonomía de enfermería, participación de la enfermería en la definición de su entorno de trabajo, necesidad de una formación básica y continuada para aplicar los cuidados.

Según Bauman los largos períodos de tensión afectan a las relaciones personales y hacen que aumenten las bajas por enfermedad, los conflictos, la insatisfacción, la rotación del personal y la ineficiencia ¹

Sin embargo hay entornos que hacen exactamente lo contrario, favorecen la excelencia, tienen poder de atraer y retener a la enfermería. Estos se denominan **entornos favorables** para la práctica de la profesión.

1

Bauman Et Al 2001

Los mismos se caracterizan por tener:

- a) En el marco de las políticas sanitarias se tratan aspectos como la contratación y retención.
- b) Estrategia para una formación y perfeccionamiento constante.
- c) Compensación adecuada para los empleados.
- d) Equipos y suministros suficientes.
- e) Un entorno de trabajo seguro.
- f) Programas de reconocimiento, delimitación de funciones y legislación.

Los entornos positivos para la práctica profesional influyen no solo en las enfermeras sino también en otros trabajadores de la salud, favorecen la excelencia de los servicios y en definitiva redundan en un cuidado de calidad de los usuarios. Enfermería es a nivel mundial, la responsable de prestar la mayoría de los servicios dentro del sistema, llegando en algunos casos a ser del 80%. Es la ventana de las instituciones de salud y el 1er contacto del usuario con el sistema sanitario. El bajo número de enfermería profesional, pone en peligro los objetivos del sistema de salud en todo el mundo, por lo que se deberían trazar estrategias orientadas al cumplimiento de las metas promovidas para el año 2015.

Esta década presupone entonces, la necesidad de realizar esfuerzos de largo plazo, intencionales y concertados, para promover, fortalecer y desarrollar la fuerza de trabajo en todos los países de la región.

Según el llamado a la acción de Toronto se enumeran cinco desafíos:

- Definir políticas y planes de largo plazo para la adecuación de la fuerza de trabajo a las necesidades de salud, a los cambios previstos en los sistemas de salud y desarrollar la capacidad institucional para ponerlos en práctica y revisarlos periódicamente.
- Colocar las personas adecuadas en los lugares adecuados, consiguiendo una distribución equitativa de los profesionales de salud en las diferentes regiones y de acuerdo con diferentes necesidades de salud de la población.
- Regular los desplazamientos y migraciones de los trabajadores de salud de manera que permitan garantizar atención a la salud para toda la población.
- Generar relaciones laborales entre los trabajadores y las organizaciones de salud que promueva ambientes de trabajo saludables y permitan el

compromiso con la misión institucional de garantizar buenos servicios de salud para toda la población.

- Desarrollar mecanismos de interacción entre las instituciones de formación (universidades públicas, privadas, escuelas) y los servicios de salud que permitan adecuar la formación de los trabajadores de la salud para un modelo de atención universal, equitativa, y de calidad que sirva a las necesidades de salud de la población.

En el año 2006 la OMS estableció que la crisis mundial relacionada al recurso enfermero entre otras, era una cuestión prioritaria que requería intervención. Allí donde hay más enfermería para cuidar a los pacientes, el estrés es mucho menor, el índice de retención aumenta, se consigue mejor trabajo en equipo, mayor continuidad de los cuidados y mejores resultados en la atención y en la organización.

- Por todo lo expuesto esta comisión recomienda tener en cuenta dos importantes aspectos:

-

La identidad profesional de enfermería y las características de los propios entornos. Independiente del tipo de práctica, del contexto de trabajo o del país, enfermería comparte un atributo que la define: son personas comprometidas, que abrazan una filosofía global de los cuidados de salud.

En las estructuras de la política institucional ha de reconocerse **la importancia de la formación y del aprendizaje continuo, insistir en el trabajo de equipo y fomentar la creatividad y la innovación.**

En los entornos de la práctica profesional de calidad, las necesidades y objetivos de enfermería se cumplen en tanto se ayuda a la comunidad a alcanzar sus propios objetivos relacionados a su estado de salud.

Cuando faltan las personas, los recursos, o las estructuras, se plantea **un conflicto de intereses entre la responsabilidad profesional de enfermería y la prestación de unos cuidados idóneos.** Si por ejemplo la intensidad de la carga de trabajo solo deja a enfermería tiempo para las tareas relacionadas con las necesidades físicas puede ser que las necesidades psíquicas sociales o espirituales

no se satisfagan por completo.²

Para obtener un bienestar óptimo se requiere de lo siguiente:

1. Tener exigencias adaptadas a los recursos, SIN PRESIONES LABORALES.
2. Seguridad en el puesto y lugar de trabajo, PREVISIBILIDAD.
3. Apoyo social de los funcionarios y de los directivos, con acceso a oportunidades de formación y de desarrollo profesional: TRABAJO EN EQUIPO, LICENCIA PARA ESTUDIO, etc.
4. Trabajo significativo: IDENTIDAD PROFESIONAL
5. Poder de influencia: AUTONOMIA, CONTROL SOBRE LOS PLANES, LIDERAZGO, REMUNERACIÓN Y RECONOCIMIENTO.

ANEXO I

SEMINARIO REGIONAL SOBRE GARANTIA DE CALIDAD Y ACREDITACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD .O.P.S./O.M.S.

RELATO DE URUGUAY

PUNTO I: El grupo considera que la sustentación política se podría lograr a través de las siguientes estrategias:

I.1.- Mantener como principio para la conformación de esta organización, la representación equitativa de las instituciones que integran el Sector Salud. Conjuntamente, crear mecanismos flexibles y abiertos que favorezcan diversas formas de participación.

I.2.- Orientar los objetivos de la Comisión de Auditoria hacia programas de mejoramiento de la calidad. En este sentido, este proceso daría como resultado: beneficio a la población usuaria, en tanto incrementa los márgenes de seguridad, la oportunidad, la pertinencia científica, y la humanización de los prestadores de salud. Al mismo tiempo, favorecería la motivación y desarrollo de los recursos humanos. Por último, el espectro de beneficio sería extensivo a los servicios de salud, ya que podrían cumplir con mayor eficiencia su misión social.

Por lo antedicho, vemos conveniente ser cuidadosos con el uso de los términos; por ello esta organización deberá nominarse haciendo énfasis en la certificación de calidad.

I.3.- Promover campañas de sensibilización sobre el tema, trabajando dentro de los Servicios de Salud y tratando de incluir en este cambio cultural, no sólo a los niveles estratégicos sino al táctico y operativo. Ej.: talleres, mesas redondas con expertos, etc.

I.4.- Creemos pertinente retomar las iniciativas legisladas que están en proceso de aprobación a nivel gubernamental.

1.5.- En cuanto a la financiación, el grupo mantiene la postura expresada en el informe traído a este Seminario:

- aportes de los asociados que la Comisión Directiva establezca, con carácter ordinario o extraordinario;
- contribuciones de origen público o privado, legado y donaciones a favor de la misma;
- contribuciones de Organismos Internacionales de Crédito para el área de la Salud;
- recuperación de costos directos de los Servicios de Certificación de Auditoría;
- otros.

PUNTO 2: Como etapas a cumplir para la organización el proceso de definición de estándares, a efectos de garantizar su validez y credibilidad, el grupo acordó los siguientes pasos metodológicos:

- 2.1.- Conformar el organismo definitivo encargado del proceso, en el cual deberán estar representados en forma equilibrada las instituciones que componen el Sector Salud;
- 2.2.- Completar la elaboración de los estándares nacionales a través de grupos técnicos específicos en cada área, a la brevedad;
- 2.3.- Consolidar los informes de los grupos técnicos en un borrador de estándares para la Acreditación. Los mismos serán probados (prueba de instrumento), realizando el proceso de acreditación en Instituciones del Sub-Sector público y privado que voluntariamente se ofrezcan para ello;
- 2.4.- Los resultados que se obtengan serán evaluados a efectos de determinar la validez y confiabilidad del documento evaluador;
- 2.5.- El manual así conformado será distribuido a todas las autoridades (políticas y técnicas) del Sector Salud;
- 2.6.- Por último, se realizará una reunión plenaria con las Instituciones del Sector Salud, a efectos de validar el mismo.

PUNTO 3: Constituido el organismo encargado de llevar a delante el proceso de acreditación, deberá pautar como se desarrollará.

La acreditación será realizada por personal capacitado específicamente para la función, en aquellas Instituciones que lo soliciten, a las que previamente se les informará detalladamente el proceso a desarrollar.

Los resultados de la Acreditación serán usados solamente por la Institución que solicita someterse al proceso.

Esta actividad pretende colaborar en el proceso de mejora de la calidad.

PUNTO 4: Creemos que está contestado en el punto 2, sin poder determinar anticipadamente los tiempos en los que se desarrollarán.

PUNTO 5: Paralelamente al desarrollo de esas actividades, se mantendrán reuniones con las Instituciones a efectos de sensibilizarlas e interesarlas en el proceso de mejora de la calidad, ya que entendemos que este es uno de los obstáculos a superar.

Río de Janeiro, 16 de Junio de 1995.

**REPRESENTACIÓN DEL URUGUAY
-RIO DE JANEIRO,AÑO 1995**



ANEXO 2

VISTO: el Decreto N° 436/997, de fecha 11 de noviembre de 1997 (Interno N° 210/997);

RESULTANDO: que por el mismo se aprobó la reglamentación sobre la organización de los Comités de Control de infecciones intrahospitalarias y su composición;

CONSIDERANDO: I) que cada Comité deberá disponer de una Licenciada Universitaria en Enfermería para 200 camas;

II) que la enfermera en control de infecciones intrahospitalarias es la persona que coordina y operativiza las directivas del Comité con los servicios clínicos y con dependencias hospitalarias;

ATENTO: a lo expuesto precedentemente;

EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

RESUELVE:

1°) Establécese que las funciones de coordinación y operativización de las directivas de los Comités de Control de las infecciones intrahospitalarias deben ser desempeñadas por Licenciadas Universitarias en Enfermería y directamente dependientes de la Dirección Técnica de la Institución y del Comité de Control de Infecciones.

2°) Apruébese la reglamentación que desarrolla el Perfil necesario de la Licenciada Universitaria en Enfermería a tal fin, que se describe en el Anexo adjunto y forma parte de la presente Resolución.

Fdo. Dr. Raúl BUSTOS

Montevideo, 10 de setiembre de 1999.-

PERFIL DE LA LICENCIADA UNIVERSITARIA EN ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE LAS INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS

En el Decreto del M.S.P. 210/97, con fecha del 11 de noviembre de 1997, se aprueba la reglamentación sobre la organización para el control de IIH en las instituciones de asistencia pública y privada.

Con el objetivo de promover una adecuada integración de los comités de control de IIH en el ámbito nacional, es que se elabora el presente anexo definiendo las características y funciones de la enfermera que será designada en forma permanente con el fin de asegurar su posición en las instituciones.

Para el área operativa el comité de control de IIH deberá contar con una licenciada de enfermería para 200 camas o fracción de este número. Cabe aclarar que las instituciones de menos de 100 camas también se recomiendan esta dotación. La enfermera de control IIH es la persona que coordina y operativiza las directivas del comité con los servicios clínicos y con otras dependencias hospitalarias como por ejemplo: laboratorio de microbiología, hemoterapia, compras, etc.

El horario de trabajo de éste profesional debe ser de un mínimo de 4 horas diarias con dedicación exclusiva dependiendo del número de camas y de las áreas que dispongan las instituciones.

REQUISITOS Y CARACTERÍSTICAS

36) Licenciadas Universitarias en Enfermería con experiencia clínica de más de 3 años, en servicios tales como: cirugía, centro de cuidados intensivos, neonatología, block quirúrgico o esterilización.

37) Se tendrá en cuenta la realización de cursos de prevención y control de las infecciones en el ámbito nacional, e internacional, con una duración de enseñanza teórica no menor de 20 horas, con docentes de actuación reconocida. El cual debe incluir temáticas como: epidemiología, estadística, microbiología, aspectos específicos de prevención y control, aspectos específicos de vigilancia epidemiológica, informática, capacitación en educación formal e incidental. Se

tomará también en consideración la participación en publicaciones sobre el tema.

38) Haber realizado previamente un curso específico para esta temática: epidemiología, estadística, microbiología, aspectos específicos de prevención y control, aspectos específicos de vigilancia epidemiológica, informática, capacitación en educación formal e incidental.

39) Por la naturaleza de su trabajo debe tener iniciativa, creatividad, flexibilidad, superación, constancia, buen manejo de las relaciones humanas y características de liderazgo dentro del equipo de salud.

CARGO Y RELACIÓN JERÁRQUICA

La tarea de este profesional implica entre otras funciones la supervisión de todas las áreas asistenciales de la institución, en las que debe supervisar el cumplimiento de normas y procedimientos, así como orientar y capacitar en servicio. Por ello, es necesario que por su grado jerárquico tenga ascendiente entre las licenciadas operativas y los jefes de enfermería de cada sector.

El grado jerárquico que corresponde otorgarse es el de supervisor o supervisor general, de acuerdo a la estructura de cada organización.

En cuanto a la relación de Control jerárquica, debe depender directa y exclusivamente de la dirección técnica y del Comité de Control de Infecciones Intrahospitalarias.

El objetivo de esta disposición es eliminar interferencias en el funcionamiento administrativo y técnico de la Licenciada Universitaria en Enfermería en Control de Infecciones Intrahospitalarias.

FUNCIONES

- Realizar la vigilancia epidemiológica de las IIH: detección de los casos de infección por medio de la revisión de las historias clínicas de los pacientes, de los cultivos microbiológicos de los pacientes sujetos a vigilancia, interpretar y aplicar las definiciones estandarizadas a cada caso, notificar las IIH, consolidar la información, calcular las tasas específicas e informar los resultados del análisis.
- Participar en la planificación y realización de los programas de prevención

así como otras situaciones epidémicas.

- Participar en la planificación y realización de los programas de prevención y control de IIH: elaboración de normas, programas de capacitación, orientación en servicio, supervisión de normas y procedimientos
- Elaborar las normas operacionales relacionadas a las IIH.
- Participar en los programas de prevención de enfermedades infecciosas al personal de salud, ej.: programa de vacunación de hepatitis a virus B.
- Concurrir y participar en todas las reuniones de Comité de Control de Infecciones Intrahospitalarias.
- Asesorar y notificar a la Dirección Técnica de la institución y a todo el equipo de salud en la temática de IIH.
- Participar en la toma de decisiones en la compra de equipos y materiales, relacionados a la prevención y control de las IIH.
- Notificar las enfermedades de denuncia obligatoria frente al M.S.P.
- Elaborar y divulgar regularmente los resultados de la vigilancia a los servicios, a la dirección de la institución, como también a la División de Epidemiología del M.S.P:
- Orientar y supervisar medidas de aislamiento y precauciones standard.
- Participar y colaborar en educación formal e incidental en los temas referentes a la prevención y control de las IIH, así como la prevención de las enfermedades para el personal de salud en el ambiente hospitalario.

ANEXO 3

M.S.P. - A.S.S.E.

DEPARTAMENTO CENTRAL DE ENFERMERIA

NORMAS PARA DOTACION DE PERSONAL DE ENFERMERIA

I.1996 -

INTRODUCCION

El presente trabajo plantea primeramente las normas de dotación de personal de enfermería que han sido objeto de estudio en hospitales norteamericanos (1), además de las publicadas en la Serie Platees de la O.P.S./O.M.S. (2).

En segundo término se adosan las normas mínimas de dotación que el Departamento de Enfermería del Ministerio de Salud Pública, y posteriormente el de A.S.S.E. han utilizado para lograr el cálculo de la cobertura mínima de los Servicios de Enfermería. En estas normas no se han tomado en cuenta los factores que afectan la dotación de personal, por lo tanto solo se les pueden utilizar como referencia.

Por consiguiente este Departamento determina la dotación de personal de enfermería de un servicio de salud, identificando en el diagnóstico de situación del servicio a estudio, los factores que alteran la dotación, tomando a las normas planteadas como referencia.

Finalmente se mencionan someramente los factores que afectan la dotación de personal explicadas en las bibliografías citadas.

- (1) Gilles Dee Ann - Gestión de Enfermería - Ed. Científica y Técnica S.A. Masson Salvat - Año 1993 - Universidad de Barcelona
- (2) Deiman Patricia - Dotación de personal para los servicios de enfermería en hospitales de distrito para la atención primaria de salud - Serie Paltex N° 32 - Año 1994 - OPS/OMS.

TIEMPO INDIRECTO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES (I)

Actividades	Hrs./día paciente
Administrativas y de Soporte	0.38 m
Educación en Salud Apoyo emocional	0.14 m

(I)Tiempo dedicado a realizar actividades alejadas del paciente, pero en preparación o conclusión de la atención de enfermería directa y en la administración del servicio.

Ejemplo: Puntaje que correspondería a la atención directa de pacientes de acuerdo al tipo de cuidados por grado de dependencia en un servicio médico convencional con un promedio estadía de 33 días:

- 20% - autocuidado
- 25% - cuidados parciales
- 30% - cuidados totales
- 45% - cuidados intensivos

Norma según - O.P.S.- O.M.S.

Relación Enfermera Profesional - paciente:

- I Enfermera Profesional Supervisora cada 50 pacientes
- I Enfermera Profesional cada 15 pacientes

Relación Auxiliar de Enfermería - paciente

I Auxiliar de Enfermería cada 8 pacientes

Relación Enfermera Profesional - Médico

3 Enfermeras Profesionales por 1 Médico

Porcentaje de Distribución de personal de Enfermería

35% turno de la mañana

20% turno de la tarde

25% turno vespertino

20% turno nocturno

FACTORES QUE AFECTAN LA DOTACION DE PERSONAL

- Tipo de Hospital
- Instalación física - distancia que el personal debe recorrer en el proceso de prestación de atención de enfermería
- Disponibilidad de los Servicios de Apoyo: mantenimiento, mensajería, transporte de pacientes o camillero, ropería, portería y vigilancia.
- Grado de coordinación con los servicios Técnicos: laboratorio, farmacia, médicos, social, admisión.
- Disponibilidad y colocación de los suministros, equipos, medicamentos, historias clínicas.
- Políticas de Personal: horarios de trabajo, licencias reglamentarias, regímenes de libres y días feriados, licencias por enfermedad y/o extraordinarias, personal suplente, personal de guardia.
- Clasificación de pacientes: Características y diagnóstico de los pacientes.
- Presencia de estudiantes en el servicio: estudiantes de medicina, de enfermería, de psicología, de servicio social, otros.
- Disponibilidad del personal de enfermería.
- Capacitación y formación del personal de enfermería.
- Modos de organización para la prestación de servicios de enfermería: la enfermería integral, la enfermería de equipos, los métodos funcionales y los métodos de asignación de casos.

BIBLIOGRAFIA

A., Cuesta Gómez y otros, "LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA HOSPITALARIA". Ediciones Doyma. 1986.

Accreditation Manual for Hospitals-Nursing Care, EEUU, 1991.

American Nurses Association, "Código para enfermeras", 1976.

Ballesterero Haydee, "Proceso de atención de enfermería", Conferencia Asociación de Nurses del Uruguay. 1989.
(documento inédito).

Barreda E.- Asociación de usuarios del sistema de salud, "Informe de Evaluación". 1998.

Cabrera A. y otros, "Relacionamiento con los usuarios del servicio de salud", Proyecto de extensión ,en convenio con CEDU y AdUSS .1997.(documento inédito).

Carrasco A. y Espejo de Viñas R., "SALUD-TRABAJO". Un aporte argentino-uruguayo a enfermería frente al tercer milenio. Ediciones Nordan-comunidad. 2000.

D'Andrea, L. y otros, "MANUAL TECNICO DEL ANALISIS PARTICIPADO DE LA CALIDAD". 1998.

Grupo de trabajo de la Comisión Nacional de Garantía de calidad y Acreditación de Servicios de Salud."2ª REUNION SOBRE GARANTIA DE CALIDAD Y ACREDITACION DE SERVICIOS DE Salud" experiencias nacionales. 1998

Manual de Estándares e indicadores para la Acreditación de servicios de salud, Programa de Garantía de Calidad y Acreditación. Ediciones multiplicidades. 1996.

Ministerio de salud de Brasil-O.P.S./O.M.S., "SEMINARIO SUBREGIONAL SOBRE ACREDITACION DE HOSPITALES". 1995.

Ministerio de Salud y Acción Social, "Subprograma de Fortalecimiento Institucional". ORGANIZACIÓN DE HOSPITALES. O.P.S./O.M.S.-B.I.D. 1989.

Ministerio de Salud y Acción Social, "Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica",
Decreto n° 1269/92.

Nelson Janice M., "UTILIZACION DE LOS MODELOS CONCEPTUALES EN EL SERVICIO DE ENFERMERIA". Capítulo 2. Ediciones Masson.

Organización Mundial de la Salud. Informe de un comité de expertos de la O.M.S., "LOS HOSPITALES Y LA SALUD PARA TODOS ". 1987.

Parentini M. y Verde J., " Situación de enfermería en servicios de internación de Montevideo". 1990

Passos R., "PERSPECTIVA DE LA GESTION DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE SALUD". Serie Paltex, Salud y Sociedad 2000. n°4. O.P.S.. 1997.

Ruelas-Barajas, E. "HACIA UNA ESTRATEGIA DE GARANTIA DE CALIDAD. DE LOS CONCEPTOS A LAS ACCIONES". Salud pública de México, vol. 34. 1992.

Sonis A. y otros, "Administración". Editorial

The Joint Comisión on Accreditation of Healthcare Organizations, "MANUAL DE ACREDITACION PARA HOAPITALES". 1996.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos, "ANALES DE LA FACULTAD DE MEDICINA". Simposio Internacional: Calidad Total en Salud. 1997.



ANEXO 4.

DECRETOS VIGENTES

Montevideo, 1 de agosto de 2008 VISTO: la Ordenanza Ministerial N 660 de 20 de octubre de 2006;

RESULTANDO: I) que, por dicha Ordenanza se dispuso la creación en el ámbito de la Dirección General de la Salud, de una Comisión Asesora con el objetivo de adaptar definiciones sobre “EVENTOS ADVERSOS EN EL ÁREA DE LA SALUD”, a la que responsabilizó de diseñar y proponer políticas y actividades para la seguridad de los pacientes y prevención del error en medicina;

II) que la seguridad del paciente y las acciones orientadas a prevenir, interceptar y mitigar los eventos adversos que se producen durante la atención médica, son un importante objetivo de la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud que nuestro país desea jerarquizar;

III) que, con el mismo objetivo se puede incorporar al concepto amplio de seguridad del paciente, la importancia que tiene el correcto registro de las Historias Clínicas por parte del equipo de salud, siendo esto además un requisito para cualquier mejora de la calidad asistencial y por tanto para la garantía de la propia seguridad del usuario del Sistema Nacional Integrado de Salud;

CONSIDERANDO: I) que, de acuerdo a la Ley Orgánica del Ministerio de Salud Pública N 9.202 de 12 de enero de 1934, compete a esta Cartera velar por el mantenimiento de la salud colectiva, dictando los reglamentos y disposiciones necesarias para ese fin primordial, determinando las condiciones que deben observar los establecimientos

públicos y privados, así como disponer su inspección y vigilancia;

II) que, la Comisión para la Seguridad de los Pacientes y Prevención del Error en Medicina ha iniciado sus tareas, capacitando e involucrando a integrantes de los equipos de salud en forma voluntaria a ésta temática, en varias zonas del país;

III) que, se entiende necesario y oportuno establecer, en el marco de la actual Reforma Sanitaria, la obligatoriedad del funcionamiento de Comisiones Institucionales para la Seguridad de los Pacientes y Prevención del Error en Medicina, que funcionen en cada uno de los prestadores, tanto públicos y privados, con la finalidad de realizar relevamientos, sensibilizar, implementar programas, asociar a los usuarios a la prevención y evaluar el impacto de su tarea;

IV) que, a partir de las nuevas exigencias que implica el potenciar el carácter rector del Ministerio de Salud Pública y no existiendo normativas que exijan a las Instituciones la conformación de Comités de Auditorías Clínicas, con el objetivo de la realización, en forma sistemática, del control de calidad de los registros médicos, se hace necesario corregir dicha carencia enmarcada en la Seguridad del Paciente y la necesidad de mejorar la calidad de la atención;

V) que, la Dirección General de la Salud entiende que es preciso establecer un marco normativo que señale los objetivos, funcionamiento, programas y evaluación de resultados a que se ajustarán las Comisiones institucionales de Seguridad de los Pacientes y Prevención del Error en Medicina;

ATENCIÓN: *a lo precedentemente expuesto y a lo establecido en Ley Orgánica del Ministerio de Salud Pública N° 9.202 de 12 de enero de 1934;*

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA RESUELVE:

1) Apruébase la Reglamentación que figura en el Anexo I, que se adjunta y forma parte integrante de la presente Ordenanza, que define el programa, estructura, funcionamiento y competencias de las Comisiones Institucionales de Seguridad de los Pacientes y Prevención del Error en Medicina, así como su relación con las respectivas Direcciones Técnicas de las Instituciones de Salud.

2) Otórgase a las Instituciones de Asistencia Médica públicas y privadas que

prestan asistencia médica integral, un plazo de seis meses a partir de la publicación de la presente Ordenanza, para la implementación de las referidas Comisiones, las cuales deberán rendir cuentas ante la Comisión Nacional que funciona en la órbita de la Dirección General de Salud. 3) *Comuníquese. Pase a la Asesoría de Comunicación y Difusión para su publicación en la Página Web. Tome nota la Dirección General de la Salud.Cumplido, archívese.*

Ord. N°481 Ref. N 001-1854/2008 /mo

ANEXO I Reglamentación

1. Programa de Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina

Todas las Instituciones públicas y privadas prestadores de asistencia integral deberán mantener un Programa de Seguridad de los Pacientes. Este Programa incorpora el conjunto de acciones desarrolladas con aquel fin, deliberadas y sistemáticas, así como sus fundamentos y resultados esperados, y los indicadores de funcionamiento. La diversidad de situaciones, entornos, niveles de complejidad, entre otros, obligará a las Instituciones a diseñar respuestas adaptadas a esta multiplicidad de escenarios.

2. Estructura

Para la adecuada planificación, ejecución y evaluación del Programa de Seguridad del Paciente, se creará, una **Comisión de Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina (COSEPA)**, como un organismo asesor de la Dirección de cada Institución, a la que se le deberá asignar a través de las Direcciones Técnicas capacidad operativa, de modo de reflejar la voluntad de la misma en afectar recursos para proporcionar seguridad a sus actuaciones.

Comisión de Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina.

Esta Comisión deberá estar integrada con criterios de multidisciplinariedad y representatividad integrandos los criterios de los médicos y licenciados/as de enfermería, profesionales de nivel universitario y personal idóneo con calificación, que aporten perspectivas desde los servicios médicos, quirúrgicos, materno infantiles, emergencia, el departamento de enfermería, centros de medicina

intensiva, farmacia, registros médicos, servicios de mantenimiento y sanitarios, áreas de nutrición. Deberán incorporar también a sus tareas los aportes de los usuarios, de los trabajadores de la salud organizados de los sindicatos más representativos, y de los proveedores estratégicos.

Una forma de funcionamiento apropiada es la de una Comisión Ejecutiva permanente, y representantes alternos de diferentes áreas o servicios que se incorporan para la consideración de temas puntuales.

Para su trabajo operativo la Comisión contará con un/a Licenciado/a de Enfermería, u otro profesional de la salud, en ambos casos con formación en seguridad del paciente y Registros Médicos, responsable de la continuidad de la presencia de la Comisión, del relevamiento de eventos adversos, de la implantación de recomendaciones y su evaluación, con una dedicación no menor a 6 horas diarias. Reportará a la COSEPA y a la Dirección Técnica de la Institución.

El componente vinculado al trabajo sobre Auditoría de las Historias Clínicas, podrá funcionar a través de una subcomisión con los objetivos ya señalados.

3. Competencias de las Comisiones Institucionales por la Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina

Son competencias de la Comisiones:

- 1) Elaborar, implementar, mantener, evaluar un Programa de Seguridad del Paciente, adecuado a las características y necesidades de cada institución. Este programa incluirá:
- 2) Promoción y desarrollo de prácticas seguras en la atención de salud, basadas en el desarrollo de guías de actuación (protocolos) validadas, y de evaluación de su cumplimiento mediante auditoría clínica permanente.
- 3) Establecimiento de sistemas operativos y procesos que minimicen la probabilidad de errores en la atención, y maximicen la probabilidad de intercepción cuando ocurran. La gestión del riesgo implica la actitud proactiva de conocer lo que puede ocurrir, para evitarlo.
- 4) Promoción el cambio cultural en las Instituciones, para internalizar la concepción y abordaje de la seguridad de los pacientes, como un proceso de alta prioridad
- 5) Generar programas concretos, que contribuyan a detectar prácticas seguras y eventos adversos, de modo de poder implementar acciones preventivas. Será parte de este programa el relevamiento y mantenimiento de un registro de eventos

adversos (de reporte inicialmente voluntario), para que aprendiendo de los mismos, se puedan implementar recomendaciones que los eviten.

6) Identificación de indicadores que permitan, definiendo estándares apropiados, verificar la mejora de los procesos y una perceptible disminución de la inseguridad de los pacientes.

7) Realizar en forma sistemática el control de la calidad de los registros médicos, mediante el análisis cuanti y cualitativo de las Historias Clínicas.

8) Implementar programas educativos locales (por ejemplo, ateneos mensuales), con la finalidad de capacitar a los profesionales y funcionarios en lo que respecta con la seguridad del paciente, así como asociar a los pacientes y sus familiares con el autocuidado.

9) Construir una red de personas que lideren a nivel institucional y de sus respectivos servicios la mejora continua de la seguridad del usuario en la cotidianeidad de la atención.

10) Constituir el interlocutor institucional de la Comisión Ministerial, aportándole los elementos propios de las perspectivas locales, y evitando la duplicación de esfuerzos.

4. Competencias de la Dirección de la Institución

1) Organizar e integrar la Comisión de Seguridad del Paciente y de Prevención del Error en Medicina, de acuerdo a los criterios expuestos

2) Propiciar la infraestructura necesaria para el adecuado funcionamiento de la COSEPA.

3) Aprobar el reglamento interno y programa institucional, e impulsar la gestión del mismo

4) Garantizar la participación de la COSEPA en los órganos generadores de la política institucional, independientemente de la naturaleza pública o privada de la Institución, y en la temática de su área de competencia.

5) Brindar toda la información solicitada a la Comisión Nacional de Seguridad del Paciente y de Prevención del Error en Medicina.

ASUNTO NRO. 12 4.. -

Montevideo, 1 8 AGO. 2008 VISTO: la necesidad de actualizar la normativa que fija los requisitos que el Ministerio de Salud Pública exige para la habilitación de Unidades de Cuidados Intensivos;

RESULTANDO: I) que, por Decreto **N° 435/997** de **11** de noviembre de **1997**, se dispuso la normativa relativa a habilitación y funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos, realizándose modificaciones al mismo por Decreto **N° 81/998** de **31** de marzo de **1998**;

2) que, mediante el Decreto **N° 18/998** de **22** de enero de **1998**, se establecieron las normas que regulan la habilitación y funcionamiento de los Unidades de Cuidados Especiales;

3) que, por Ordenanza Ministerial **N°433** de **2** de junio de **2005** se creó una Comisión Asesora Honoraria con el cometido de rever la normativa vigente, vinculada con los requisitos de funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos, entre otros cometidos relacionados con dicha actividad médica;

CONSIDERANDO: I) que, es indispensable tener en cuenta las necesidades y posibilidades del País en relación con los servicios de atención terciaria con demanda creciente de incorporación de recursos y tecnología por lo que resulta fundamental ser exigente al momento de su habilitación y control;

II) que, a esos efectos es preciso incorporar criterios claros de control de calidad de los procesos y resultados de la atención en estos servicios;

III) que, se debe mejorar en el proceso de protocolización y auditoria de las actuaciones y en la definición de criterios de ingreso y egreso de pacientes;

IV) que, deben revisarse las normas en lo referente a planta física e instalaciones, número de camas y áreas de cuidados, condiciones generales y equipamiento, personal médico y de enfermería así como su capacitación continua, atención al paciente y sus familiares;

V) que, debe preservarse el derecho del paciente crítico a ser asistido por el equipo de salud apropiado y en las condiciones adecuadas;

VI) que, el texto proyectado sobre el régimen de funcionamiento de las Unidades de Medicina Intensiva, cuenta con la

aprobación de la Dirección General de Salud del Ministerio de Salud Pública;

ATENCIÓN: a lo precedentemente expuesto y a lo establecido por la Ley N° 9.202 -
Orgánica de Salud Pública - de 12 de enero de 1934;

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA D E C R E T A :

CAPITULO I

DEFINICIONES GENERALES Y FUNCIONAMIENTO

Artículo 1°.- El régimen de funcionamiento de las Unidades de Medicina Intensiva se regulará por las normas del presente Decreto y las reglamentaciones que al respecto dicte el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 2°.- Las Unidades de Medicina Intensiva forman parte del sistema de atención progresiva del paciente y como tales integran la cobertura asistencia! que brindan las Instituciones de Asistencia Médica. Estarán integradas al organigrama de la Institución de Asistencia, dependiendo administrativamente de la Dirección Técnica de la misma.

Artículo 3°.- La Medicina Intensiva es la especialidad encargada de la asistencia de los pacientes críticos. Se entiende por paciente crítico a aquel que presenta inestabilidad real o potencial de uno o más sistemas fisiológicos mayores, con posibilidades de recuperación. La asistencia del paciente crítico requiere de un equipo de salud especializado en medicina intensiva y de recursos materiales apropiados para cumplir con su cometido. Cada Institución Asistencia! deberá brindar la cobertura del paciente crítico, estableciendo los mecanismos adecuados para garantizar la asistencia especializada en todos los ámbitos de su aplicación y asegurando el derecho de los pacientes a la misma.

Artículo 4°.- La Unidad básica de Medicina Intensiva será de tipo polivalente. De acuerdo a los requerimientos asistenciales se establecerá la necesidad de Unidades de Medicina Intensiva Diferenciadas, con distinto nivel de complejidad y especialización dependiendo del tipo específico de pacientes que se traten en la misma. Todas las Unidades de Medicina Intensiva, ya sean polivalentes o diferenciadas, se regirán por esta normativa.

El sistema de atención progresiva se aplica también al paciente crítico en tanto paciente dinámico y cambiante, por lo cual las Unidades de Medicina Intensiva deberán disponer de la estructura adecuada a los diferentes niveles de atención requeridos: Cuidado Intensivo, Cuidado Intermedio, Cuidado Prolongado. La

existencia de sectores de Cuidados Intensivos e Intermedios es obligatoria no pudiendo existir unidades de Cuidados Intensivos sin unidades de Cuidados Intermedios, ni estos sin aquellos. La existencia de sectores de Cuidados Prolongados será exigida por el Ministerio de Salud Pública de acuerdo a criterios de complejidad de las Instituciones de Asistencia.-El sostén asistencial del donante de órganos y tejidos es responsabilidad de las Unidades de Medicina Intensiva, aunque no reúna los criterios de definición de paciente crítico.

Toda Unidad de Medicina Intensiva a instalarse deberá ser previamente habilitada y autorizada a funcionar por el Ministerio de Salud Pública.-

CAPITULO II

EL PACIENTE

Artículo 8°.- El paciente es el centro de atención y motivo de existencia de las Unidades de Medicina Intensiva. En toda situación se le considerará como sujeto de derechos, dueño de su autonomía, sujeto de la asistencia y protagonista, en lo posible de la misma.

Asimismo, el equipo de salud de la Unidades de Medicina Intensiva deberá asegurar prácticas seguras para el paciente.

Artículo 9°.- Cada Institución Asistencial establecerá formas de interconsulta con los especialistas en Medicina Intensiva de manera de asegurar la identificación de pacientes pasibles de ser asistidos en dichas Unidades.

Artículo 10°.- El ingreso de un paciente a una Unidad de Medicina Intensiva deberá ser evaluado previamente por el Médico Intensivista, en conjunto con el Médico que refiere al paciente, valorando indicaciones y contraindicaciones a su ingreso. La responsabilidad de la decisión del ingreso es del equipo médico de la Unidad de Medicina Intensiva.

Artículo 11°.- El seguimiento de un paciente durante su estadía en una Unidad de Medicina Intensiva es responsabilidad del equipo médico de dicha Unidad que se

vinculará con el Médico tratante y especialistas a los fines de las interconsultas médicas necesarias.

Artículo 12°.- El alta de un paciente que se encuentra en una Unidad de Medicina Intensiva deberá ser otorgada por el equipo médico intensivista, informando al Médico referente y especialistas cuando corresponda, e involucrando de ser posible al paciente y a su grupo familiar en esta decisión y cuidados evolutivos.

CAPITULO III DE LA PLANTA FÍSICA E INSTALACIONES

Artículo 13°.- La ubicación de las Unidades de Medicina Intensiva deberá asegurar una adecuada cercanía con las vías de circulación vertical y horizontal de las salas de emergencia y operaciones.

Artículo 14°.- No se habilitarán Unidades de Medicina Intensiva que no cuenten con sala de operaciones accesible en su planta física.

Artículo 15°.- Los reglamentos internos de las Instituciones Médicas establecerán una necesaria coordinación entre las Unidades de Medicina Intensiva con el Laboratorio, el Banco de Sangre y el Servicio de Imagenología. Estos deberán ser instalados en áreas accesibles a aquella en que se encuentre la Unidad, manteniendo guardias permanentes contando con un Director Técnico responsable.

Artículo 16°.- Las Unidades de Medicina Intensiva contarán con espacios adecuados para el cumplimiento de las siguientes funciones:

8) área de cuidados de pacientes;

9) Enfermería limpia;

10) Enfermería sucia;

d) área de almacenamiento de materiales incluyendo Economato y depósito de equipos y accesorios limpios y/o estériles;

11) Servicios Sanitarios;

12) área administrativa;

g) comodidades para el descanso del personal de enfermería y técnico;

- h) cuarto médico compuesto por estar y dormitorio;
- i) área de recepción e información a los familiares de pacientes internados.

Artículo 17°.- El área de la Unidad de Medicina Intensiva destinada a la atención del paciente deberá contar con:

13) tomas de oxígeno, aire comprimido medicinal y succión centralizada regulable;

14) correcta iluminación;

15) suministro de energía eléctrica de la red y otras fuentes alternativas, con conexión automática;

- seis toma corrientes por cama, como mínimo, los cuales deberán tener
- puesta a tierra independiente del resto de la Institución;-

16) suministro de agua fría y caliente;

17) lavabos suficientes a razón de uno cada dos camas y tres para una unidad que posea seis camas;

18) medidas de seguridad contra electrocución, incendio y explosión;

h) conexiones apropiadas para hemodiálisis;—

i) equipo de mantenimiento de la Unidad y su equipamiento destinado a cumplir el mantenimiento preventivo así como un sistema de guardias permanentes.

Artículo 18°.- Toda Unidad de Medicina Intensiva contará con soporte informático de apoyo a la gestión clínica y administrativa.

Artículo 19°.- La superficie por cama de la Unidad de Cuidados Intensivos deberá abarcar un espacio físico mínimo de 10 metros cuadrados, con dimensiones no menores de 3,30 metros por 3 metros, con un espacio libre de 1,20 metros, alrededor de cada cama.

Artículo 20°.- Las Unidades de Medicina Intensiva deberán contar en su planta física con ambientes climatizados, buena iluminación, sus paredes deberán ser lavables y dispondrán de por lo menos un área para aislar pacientes con lavabo y disposición de desechos exclusivos.

CAPITULO IV

DEL EQUIPAMIENTO

Artículo 22.- Todo Cuidado Intensivo contará con el siguiente equipamiento mínimo:

- a) cardioscopio y tacómetro con alarma para cada cama;
- b)-dos salidas de oxígeno, una de aire comprimido medicinal y dos de succión centralizada en cada cama, debidamente identificadas;
- c).-materiales para intubación endotraqueal: laringoscopio con múltiples hojas, sondas y accesorios;
- d)-carro de reanimación con cardiodesfibrilador y sistema de marcapaso externo;

- e)-un marcapaso transitorio cada cuatro camas, dos cada seis camas y tres cada ocho o más camas;

- f)-un equipo de monitoreo respiratorio integrado por:
 - g)oxímetro,
 - h)espirómetro,

 - i)manómetro para medir presión en sondas traqueales,
 - j)un saturómetro individual o incorporado a otros sistemas de monitoreo para cada cama,—
 - k)sistema de monitoreo de presiones invasiva y no invasiva,
 - l) sistema para monitoreo de la presión intracraneana;
 - m) bombas de infusión para uso enteral y parenteral;
 - i) un electrocardiógrafo;
 - j) un equipo de ventilación mecánica invasiva para cada cama, debiéndose contar además con al menos uno de respaldo. Los equipos deberán ofrecer las prestaciones de ventilación mecánica actualizadas y deberán asegurar su aplicación en todas las situaciones de ventilación;
 - k)equipos para ventilación no invasiva con sus accesorios, por lo menos dos cada seis camas y accesorios de ventilación no invasiva;
 - l) aparato para hemodiálisis con baño con bicarbonato, ultrafiltración controlada y agua tratada para diálisis, en caso de no existir una Unidad de Diálisis dentro

de la Institución. Es aconsejable, que se dispongan de otros procedimientos de reemplazo renal (técnicas continuas, diálisis peritoneal).

Artículo 23.- Los Cuidados Intermedios deberán contar con el equipamiento mínimo que se detalla a continuación:

- a).-un cardioscopio con alarma por cada cama;—electrocardiógrafo;
- b) un carro de reanimación con cardiodesfibrilador;
- c) salida de oxígeno, aire comprimido medicinal y succión centralizada en cada cama, debidamente identificadas;
- d)marcapaso transitorio;
- e)saturómetro;
- f)material para intubación endotraqueal, como el requerido para las Unidades de Cuidado Intensivo.

Artículo 24°.- Las Unidades de Medicina Intensiva deberán tener a su disposición las 24 horas, un equipo para determinación de gases en sangre y otros líquidos corporales.

Artículo 25°.- Las Unidades de Medicina Intensiva que se ocupen de pacientes críticos con patologías específicas, completarán su equipamiento mínimo descrito en los artículos anteriores, con aquel que se requiera según el tipo de pacientes que se traten en la misma: coronarios, quemados, neuroquirúrgicos, post - operatorios de cirugía cardíaca u otros.

Artículo 26°.- Todo equipamiento deberá ser regularmente calibrado y controlado su funcionamiento de acuerdo a pautas que establecerá el Ministerio de Salud Pública.

CAPITULO V

PERSONAL

Artículo 27°.- Se exigirá el título de Médico Intensivista homologado por el Ministerio de Salud Pública, para ocupar cargos Médicos en todos los niveles de Escalafón de cada Unidad de Medicina Intensiva:

- a.-Jefe de Servicio, grado cinco.
- b.-Supervisor, grado cuatro.
- c.-Médico de Guardia, grado tres y dos.

En Unidades de Medicina Intensiva de ocho o menos camas, podrá no ser exigíole el grado de Supervisor, en cuyo caso las responsabilidades del Jefe y el Supervisor, tal como se describen en el presente Decreto, serán cumplidas por el Jefe de la Unidad.

Exceptuase de la disposición precedente a las Unidades de Medicina Intensiva diferenciadas en Cardiología, en las cuales podrán trabajar indistintamente Médicos con título de especialista en Medicina Intensiva o en Cardiología.

Establécese un plazo de tres años a partir de la publicación del presente Decreto en el Diario Oficial, a efectos de que la Escuela de Graduados de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República defina el mecanismo de acreditación correspondiente para los especialistas que se desempeñen en las Unidades de Medicina Intensiva.

Artículo 28°.- El Jefe de Servicio de la Unidad de Medicina Intensiva tendrá las siguientes responsabilidades:

- a) dirigir la política asistencial de la unidad, sobre la base de procedimientos de diagnóstico y terapéuticos protocolizados;
- b) articular la política asistencial y la gestión de la Unidad con el de la Institución al que pertenece;
- c) supervisar el personal;
- d) intervenir en la selección del personal médico;
- e) evaluar el desempeño del personal médico de la Unidad e intervenir en la programación de su educación médica continua;
- f) supervisar la administración de los recursos materiales;

- g) evaluar los resultados asistenciales y de la gestión, en procura de su mejora continua, basadas en estándares e indicadores;
- h) asegurar la calidad de los registros asistenciales y de su procesamiento para elaborar los indicadores requeridos;
- i) gestionar el involucramiento del personal de la Unidad de Medicina Intensiva en el proceso de acreditación y su mantenimiento;
- j) hacerse cargo de la atención brindada al paciente y sus familiares su planificación, implementación y evaluación.

Artículo 29°.- El Supervisor de la Unidad tendrá las siguientes responsabilidades:

- a) colaborar con el Jefe de Servicio en la implementación de la política asistencial de la Unidad aplicando los protocolos de diagnóstico y tratamiento establecidos;
- b) participar en el aseguramiento de la calidad de los registros asistenciales y colaborar con el Jefe en el procesamiento para elaborar los indicadores requeridos;
- c) supervisar de manera directa las tareas de los Médicos de guardia y la interrelación de los mismos con el resto del personal asistencial;
- d) colaborar con el Jefe en el mantenimiento de una adecuada capacitación del personal de la Unidad;
- e) subrogar al Jefe de la Unidad durante su ausencia;
- f) es el responsable de la relación con los familiares de los pacientes internados en la Unidad.

Artículo 30°.- Los Médicos Intensivistas de guardia tendrán las siguientes responsabilidades:

- a) llevar a cabo las acciones diagnósticas y terapéuticas de acuerdo a política asistencial de la Unidad, de acuerdo a los protocolos diagnósticos y terapéuticos y de acuerdo a la orientación establecida por el Jefe y el Supervisor;
- b) actuar en los casos de emergencia, efectuando las acciones diagnósticas y terapéuticas que correspondan;
- c) realizar los registros en la documentación clínica, con la debida identificación;
- d) realizar el pase de guardia directamente al Médico intensivista de guardia entrante;
- e) participar en las reuniones específicas en las que se orienta la conducta del

servicio respecto a la atención del paciente y sus familiares y se determinan las prioridades asistenciales;

- f) en caso que existan en el Escalafón, Médicos de guardia Grado 2 y 3, el Grado 3 tendrá tareas diferenciales: la responsabilidad de asumir decisiones en situaciones que así lo requieran surgidas fuera del horario de la Jefatura y Supervisores; actividades de investigación, educación, supervisión de especialistas en formación, calidad y gestión asistencial de acuerdo a la política establecida por la Institución;
- g) en caso de solo un Médico de guardia, éste cumplirá las funciones de Grado 3;

Artículo 31°.- El número de Médicos Intensivistas de guardia será de uno cada ocho camas de las cuales no más de cinco serán de Cuidados Intensivos.

Artículo 32°.- Las Unidades de Medicina Intensiva deberán disponer de personal de Enfermería con especialización en el cuidado del paciente crítico. La organización del equipo de Enfermería deberá establecer por lo menos los siguientes niveles:

- Licenciado/a en Enfermería Jefe.
- Licenciado/a en Enfermería Asistencial.
- Auxiliar de Enfermería.

Artículo 33°.- El cargo de Licenciado/a Enfermero/a Jefe de la Unidad de Medicina Intensiva será ejercido por un/a Licenciado/a en Enfermería con título de especialista en Cuidados Intensivos, otorgado u homologado por el organismo competente habilitado por el Ministerio de Salud Pública.

El Licenciado/a Enfermero/a Jefe será supervisado por el Licenciado en Enfermería Supervisor de la Unidad de Medicina Intensiva, en las Instituciones de Salud en las que exista dicha estructura jerárquica. De no ser así será supervisado por la Jefatura del Departamento de Enfermería.

El Licenciado Jefe supervisará a todo el personal de Enfermería a su cargo y tendrá como responsabilidad administrar la Unidad de Medicina Intensiva, elevando el nivel de calidad del cuidado de Enfermería, asegurando el funcionamiento del servicio a través de las siguientes actividades:

- a) Desarrollar su actividad en coordinación con el Jefe del Servicio en la implementación de la política asistencial, en el mejoramiento de la relación con los pacientes y sus familiares y en el relacionamiento administrativo de la Unidad de Medicina Intensiva con los requerimientos institucionales y la Dirección

- Técnica de la Institución.
- b) Realizar coordinación con equipos de trabajo multidisciplinarios.
 - c) Realizar la gestión de los recursos humanos y materiales asignados a su servicio.
 - d) Desarrollar y ejecutar programas educativos a todos los niveles.
 - e) Evaluar el desempeño del personal a su cargo.
 - f) Trabajar en equipo y ejercer el liderazgo, manteniendo relaciones armoniosas con sus integrantes, logrando los objetivos del servicio.-
 - g) Promover el análisis, elaboración y aplicación de protocolos de Enfermería.
 - h) Promover junto con el Jefe Médico aquellos aspectos que favorecen la armonía y la estabilidad psicosocial del personal de la Unidad de Medicina Intensiva.
 - i) Aplicar medidas de seguridad laboral, tendientes a proteger al personal.
 - j) Será responsable en la ejecución de las normas relacionadas con la Higiene Hospitalaria, en el marco de las normativas del Comité de Infecciones de la Institución.

Artículo 34°.- El cargo de Licenciado/a en Enfermería de la Unidad de Medicina Intensiva será ejercido por un Licenciado/a en Enfermería con título de especialista en Cuidados Intensivos, otorgado u homologado por el organismo competente habilitado por el Ministerio de Salud Pública.— El Licenciado / a en Enfermería de la Unidad de Medicina Intensiva será supervisado por el Licenciado/a en Enfermería Jefe de la Unidad de Medicina Intensiva y en las guardias o turnos por el Supervisor del Departamento de Enfermería.

Llevará a cabo el proceso de atención de Enfermería de los pacientes de la Unidad. Dirigirá al equipo de Enfermería en la atención de pacientes de la misma asumiendo la responsabilidad de la administración del Servicio durante su guardia.

Tendrá las siguientes responsabilidades:

- a) Asumir la atención directa de los pacientes que requieran cuidados de mayor complejidad.-
- b) Delegar en el personal a su cargo la atención directa de pacientes, valorando en conjunto las necesidades de éste, orientando sobre la atención a prestar, supervisando y asegurando la calidad de la atención brindada.
- c) Asegurar el cumplimiento del plan terapéutico definido por el equipo médico.
- d) Verificar y/o realizar el registro en la historia clínica del paciente del proceso de

atención de Enfermería.

- e) Tener la capacidad para trabajar en equipo y ejercer el liderazgo, manteniendo relaciones armoniosas con sus integrantes, logrando los objetivos del servicio.
- f) Participar en la discusión clínica que se realiza diariamente en el servicio, estableciendo las comunicaciones para que el personal de Enfermería de los turnos, esté informado sobre decisiones diagnósticas y terapéuticas.
- g) Desempeñar su actividad con sentido de responsabilidad, cooperación y cortesía.
- h) Trabajar en coordinación con miembros de diferentes servicios.
- i) Desarrollar buenas relaciones interpersonales y discreción en el manejo de la información.—
- j) Participar en programas de educación al personal de Enfermería y otras disciplinas del área.
- k) Promover la aplicación de medidas de seguridad laboral, tendientes a proteger al personal.
- l) Participar en el análisis, elaboración y aplicación de protocolos de Enfermería.
- m) Participar en la normatización, en el control del uso y mantenimiento de equipos y materiales del Servicio.
- n) Ejecutar las pautas de Higiene Hospitalaria determinadas para la Unidad de Medicina Intensiva.

Artículo 35°.- El/la Auxiliar de Enfermería de la Unidad de Medicina Intensiva debe poseer título de Auxiliar de Enfermería habilitado por el Ministerio de Salud Pública y experiencia calificada en el cuidado del paciente crítico.

Será supervisado por el Licenciado/a en Enfermería del área. No tendrá personal a su cargo.

Tendrá las siguientes responsabilidades:

- a) Brindar atención de Enfermería en la ejecución del proceso de atención al paciente crítico en la Unidad de Medicina Intensiva bajo la supervisión y responsabilidad del/la Licenciado/a en Enfermería.
- b) Desempeñar su actividad con sentido de responsabilidad, cooperación y cortesía.
- c) Mantener buenas relaciones interpersonales y discreción en el manejo de la información.— f) Debe poseer estabilidad emocional.

Artículo 36°.- La cantidad de enfermeros por paciente estará determinada

por los niveles de dependencia de los pacientes a los Servicios de Enfermería, estableciéndose la dotación de personal en relación al grado de complejidad y las necesidades del paciente crítico de la Unidad de Medicina Intensiva.

Se deberá contar en las áreas de cuidado intensivo, con un Licenciado en Enfermería por guardia o turnos de Enfermería, con una dotación de un Licenciado en Enfermería cada cuatro camas en total y no más allá de seis camas.

En las áreas de cuidado intermedio la relación de Licenciada en Enfermería por cama será de una cada seis y no más allá de ocho.

Se deberá contar con un Auxiliar de Enfermería cada dos camas en las áreas de cuidado intensivo, aunque los pacientes de alta dependencia pueden requerir no menos de un Auxiliar de Enfermería por paciente.

En áreas de cuidado intermedio la relación Auxiliar de Enfermería - paciente será de un Auxiliar cada tres camas.

En todos los casos, se deberá asegurar el control visual directo de los pacientes por parte del Auxiliar de Enfermería.

Artículo 37°.- El /la Ecónomo/a de Unidad de Medicina Intensiva debe poseer título de Auxiliar de Enfermería habilitado por el Ministerio de Salud Pública y estar capacitado en todo lo referente a los recursos materiales de áreas de Medicina Intensiva.

Es responsable del suministro y control de los mismos, con dependencia directa del Licenciado/a en Enfermería Jefe.

Artículo 38°.- El/la Auxiliar de Servicio deberá tener capacitación y entrenamiento en Higiene Hospitalaria de áreas críticas, de acuerdo a la normativa correspondiente. Depende del Licenciado/a en Enfermería Jefe de la Unidad y del Licenciado/a en Enfermería de guardia.

Podrá realizar tareas de mensajería en el caso de que no existiese otro personal encargado de esta tarea.

Artículo 39°.- El equipo asistencial de la Unidad de Medicina Intensiva se completará con:

- a) Un Licenciado/a en Fisioterapia que debe poseer título habilitado por el Ministerio de Salud Pública y experiencia documentada en el cuidado del paciente crítico. Actuará en coordinación con el equipo Médico de la Unidad y dependerá funcionalmente del Jefe de la misma.
- b) Un Licenciado/a en Nutrición que debe poseer título habilitado por el Ministerio

de Salud Pública con capacitación y experiencia documentada en el cuidado del paciente crítico. Será responsable de los aspectos nutricionales del paciente crítico, coordinando su actividad con el Médico Intensivista y el Licenciado/a en Enfermería. Dependerá funcionalmente del Jefe de la Unidad.

- c) Un Licenciado/a en Neumocardiología que debe poseer título habilitado por el Ministerio de Salud Pública y experiencia documentada en el cuidado del paciente crítico. Actuará en coordinación con el equipo médico de la Unidad y dependerá funcionalmente del Jefe de la misma.

Los Licenciados/as en Enfermería que no posean la especialidad en “Cuidados Intensivos”, deberán tramitar ante la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República el certificado de competencia notoria, hasta tanto dicha Facultad no establezca el curso de postgrado respectivo.

Artículo 40°.- La Unidad deberá contar con personal de apoyo en tareas administrativas que dependerán del Jefe de la Unidad.

CAPITULO VI DEL CONTROL DE CALIDAD Y ACREDITACIÓN DE LAS UNIDADES DE MEDICINA INTENSIVA

Artículo 41°.- El Ministerio de Salud Pública a través de sus oficinas de control, verificará el cumplimiento de los requisitos establecidos por esta normativa, en lo que tiene que ver con la planta física, recursos humanos y recursos materiales. Artículo 41°.- El proceso asistencial, realizado según protocolos de diagnóstico y terapéuticos, será también controlado por el Ministerio de Salud Pública. A tales efectos, se establecerá una Comisión de Recomendaciones, integrada por delegados del Ministerio de Salud Pública, la Cátedra de Medicina Intensiva de la Facultad de Medicina y la Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva, para que en un lapso de ciento ochenta días a partir de la publicación de la presente reglamentación, entreguen las guías y recomendaciones diagnósticas y terapéuticas, que se constituirán en las referencias del proceso asistencial para cada Unidad de Medicina Intensiva.

Exceptuase de la disposición precedente a las Unidades de Medicina Intensiva diferenciadas de Cardiología.

Artículo 42°.- Será responsabilidad de las Instituciones, a través de los Jefes de Servicio, asegurar la calidad del proceso asistencial y sus resultados, utilizando para esto indicadores objetivos que comprenden entre otros: índices de severidad y pronóstico, tasa de mortalidad, tiempo de estadía, tasas de infecciones hospitalarias. Los Jefes y Supervisores de cada Unidad de Medicina Intensiva, deberán realizar auditorias de las Historias Clínicas al egreso del paciente, para asegurar un adecuado nivel de los registros médicos.

Artículo 43°.- El Ministerio de Salud Pública realizará auditorias, de acuerdo a la normativa vigente, complementarias de la auditorias internas realizadas en las Unidades de Medicina Intensiva.

Artículo 44°.- El Ministerio de Salud Pública promoverá y reglamentará los procesos de acreditación de calidad asistencial en todas las Unidades de Medicina Intensiva habilitadas.

CAPITULO VII

CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LAS UNIDADES DE MEDICINA INTENSIVA LIMITACIÓN DEL ESFUERZO TERAPÉUTICO

Artículo 45°.- El criterio de asistencia progresiva, que privilegia el mejor uso de los recursos existentes en cada nivel de asistencia, debe utilizarse de modo que ingresen a las Unidades de Medicina Intensiva los pacientes que no puedan ser resueltos en otras áreas.

Artículo 46°.- El ingreso a una Unidad de Medicina Intensiva está reservado a pacientes con razonables posibilidades de recuperación a excepción del donante de órganos y tejidos. No siempre será sencillo establecer estos criterios de recuperabilidad y sin que se pretenda ser taxativo ni excluyente, no deberían ingresar las siguientes categorías de pacientes a Cuidados Intensivos:

- a. Pacientes portadores de patologías seniles, no autos válidos e institucionalizados.
- b. Pacientes neoplásicos sin posibilidad oncológica de sobrevivir a breve plazo,

determinada en interconsulta.

- c. Pacientes con injuria neurológica aguda, en coma, con lesiones graves evaluadas por imagen, y comorbilidades previas en ese sistema y otros, que permitan suponer fragilidad y falta de respuesta ante tratamientos mayores.

Artículo 47°.- Respecto a los Cuidados Intermedios, y sin ser ni excluyente ni taxativo no deberían ingresar en ellas:

- a. Pacientes sin diagnóstico, cuyo único objetivo de ingreso sea el progreso en el estudio.
- b. Pacientes con desequilibrios humorales cuya compensación pueda realizarse en niveles de menor complejidad.
- c. Pacientes post - operatorios cuya vigilancia pueda realizarse en niveles habituales de menor complejidad.

Artículo 48°.- Los pacientes que cronifican situaciones de dependencia en las Unidades de Medicina Intensiva o que no se beneficiarán de ingresar a las mismas por no tener criterios de recuperabilidad, podrán ser asistidos en Cuidados Prolongados.

Artículo 49°.- Los Médicos tratantes de pacientes internados en Instituciones de salud, deberán identificar aquellos pacientes en los que se haya consensuado con los mismos o con sus familias, el no ingreso a Cuidados Intensivos. A estos efectos podrá solicitarse interconsulta con el Médico Intensivista Supervisor o Jefe de Servicio.

Artículo 50°.- Egresarán de las Unidades de Medicina Intensiva aquellos pacientes que dejen de revestir las condiciones de admisión.

Artículo 51°.- Las decisiones de limitación del esfuerzo terapéutico, tendrán como origen, previa consulta con el Comité de Ética Médica de la Institución, en una solicitud explícita del paciente en uso de su autonomía o de su familia para el caso de pacientes que no están en condiciones de expresarse, o del equipo asistencial que llega a la conclusión del agotamiento de la estrategia terapéutica implementada. La articulación consensuada de estas decisiones entre los diferentes actores, debe sustentarse en la más correcta información y el respeto a los valores que custodia, así como la autonomía de las personas.

La responsabilidad la ejercerá el jefe de la Unidad actuando con su equipo asistencial.

CAPITULO VIII

RELACIÓN MEDICO PACIENTE Y MEDICO FAMILIARES COMITÉS DE ETICA MÉDICA

Artículo 52°.- El paciente crítico es el objetivo y la finalidad de las Unidades de Medicina Intensiva, respetando siempre su condición de sujeto de derecho. Mantenerle adecuadamente informado, requerir siempre que sea posible su consentimiento, asegurarle prácticas seguras y contenerlo afectivamente, forma parte del reconocimiento de esos Derechos Humanos fundamentales.

Artículo 53°.- La familia del paciente debe ser un auxiliar indispensable en la recuperación, y apoyo insustituible en las evoluciones no favorables. Para serlo, requiere de correcta información, proporcionada en ámbitos con privacidad y tranquilidad aseguradas, de manera regular, en lo posible por un mismo Médico, que pueda resolver sus dudas, abrir y cerrar expectativas y asegurar siempre seriedad y disponibilidad.—

Artículo 54°.- Los Comités de Ética Médica de las Instituciones de Salud, en el marco de sus cometidos generales, deberán atender las situaciones que se les planteen en el ámbito de la asistencia de los pacientes críticos. La aplicación y el eventual retiro de apoyos excepcionales pueden suscitar situaciones que impliquen valores, y estos Comités, integrados



Ministerio de Salud Pública

por representantes de los equipos asistenciales, de los usuarios, de expertos, de las autoridades institucionales, podrán brindar valioso apoyo.—

Artículo 55°.- Publíquese, Comuníquese.

Decreto Interno N°

Decreto Poder Ejecutivo N°

Ref. N° 001-2297/2008.

Dr. TABARE VAZQUEZ
Presidente de la República

Decreto 6/98 Régimen de funcionamiento de las Unidades de Cuidados Especiales Pediátricos y Neonatales

Montevideo, 22 de enero de 1999.-

VISTO: que por resolución de fecha 2 de febrero de 1996 se creó un grupo de trabajo con el cometido de estudiar la normativa vigente sobre Centros de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatal, Título Habilitante exigible para el desempeño de tareas en las áreas de neonatología y pediatría y proponer las modificaciones que se estimen del caso;

CONSIDERANDO:

l) que el desarrollo de las nuevas tecnologías exige una dinámica de funcionamiento

- que es necesario revisar y adecuar a las reales necesidades del servicio;
- 2) que el presente Decreto establece criterios de calidad de asistencia en las áreas de Cuidados Especiales Pediátricos y Neonatales, regidos por pronósticos de calidad de asistencia, que permitan la evaluación en las diferentes Instituciones Públicas y Privadas;
 - 3) que se establecen criterios sobre ingreso y egreso a dichas áreas que permiten el acceso de los pacientes que realmente puedan beneficiarse y que posean patologías recuperables;
 - 4) que la realización de procedimientos de diagnóstico y terapéuticos de valor probado garantiza la calidad para el paciente, se optimiza la relación costo-beneficio;
 - 5) que a tales efectos se crean las Auditorias Internas y Externas;

ATENCIÓN: a lo dispuesto en los artículos 44 de la Constitución de la República y 2°. Ordinal 6° de la Ley N° 9.202 de 12 de enero de 1934 - Orgánica de Salud Pública;

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

DECRETA

Artículo 1°.- El régimen de funcionamiento de las Unidades de Cuidados Especiales se regulará por las normas del presente Decreto y las Reglamentaciones que al respecto dicte el Ministerio de Salud Pública;

Artículo 2°.- Se consideran instrumentos técnicos de la atención progresiva del paciente a las Unidades de Cuidados Especiales y como tales integran la cobertura asistencial que brindan las Instituciones de Asistencia Médica;

Artículo 3°.- Se consideran pasibles de cuidado intensivo aquellos pacientes con desequilibrios de uno o más sistemas fisiológicos principales, con pérdida de la autorregulación pero potencialmente reversibles.

Artículo 4°.- Se consideran pasibles de cuidados intermedios aquellos pacientes con patología grave que requieren atención y controles especiales a los efectos de prevenir su posible descompensación.

Artículo 5°.- Toda Unidad de Cuidado Intensivo debe contar necesariamente con una Unidad de Cuidados Intermedios; asimismo toda Unidad de Cuidado Intermedio, debe contar con una Unidad de Cuidado Intensivo. Se valorará la calidad de la asistencia de la Unidad de Cuidados Especiales tanto en lo estructural como en el proceso asistencial cuanto en los resultados.

No se habilitarán áreas de Cuidados Intermedios si los Centros Asistenciales no poseen área de Cuidados Intensivos accesibles dentro de la misma planta física.

CAPITULO I

Artículo 6°.- Toda Unidad de Cuidados Especiales que se instale deberá ser previamente habilitada y autorizada por el Ministerio de Salud Pública.

DEL PACIENTE

Artículo 7°.- Todo paciente que ingresa a una Unidades de Cuidados Especiales deberá ser evaluado previamente por el médico actuante y el médico intensivista en forma conjunta examinándose las indicaciones y contraindicaciones de su ingreso.

Artículo 8°.- El seguimiento de un paciente durante su estadía en una Unidad de Cuidados Especiales es de responsabilidad del equipo médico intensivista el que podrá vincularse con el médico tratante externo y especialista, a los fines de realizar interconsultas médicas habituales.

Artículo 9°.- El alta de un paciente que se encuentre en una Unidad de Cuidados Especiales deberá ser otorgada por el médico intensivista conjuntamente con el médico tratante externo de existir el mismo.-

CAPITULO II

Artículo 10°.- La ubicación de las Unidades de Cuidados Especiales deberá asegurar una adecuada cercanía con las vías de circulación vertical y horizontal con la Sala de Emergencia y Operaciones.

Artículo 11°.- Las Instituciones Médicas que posean Unidades de Cuidados Especiales deberán contar necesariamente con una Sala de Operaciones accesible a su planta física.-

Esta disposición es aplicable incluso a las Unidades Cardiorrespiratorias.-

Artículo 12°.- Los reglamentos internos de las Instituciones Médicas establecerán una necesaria coordinación entre las Unidades de Cuidados Especiales con el Laboratorio, Banco de Sangre y Servicio de Imaginología. Los mismos deberán estar instalados en áreas accesibles a aquellas en que se encuentre la Unidad, manteniendo guardias de 24 horas y contar con un Director Técnico responsable.-

Artículo 13°.- Las Unidades de Cuidados Especiales contarán con espacios adecuados para el cumplimiento de las siguientes funciones:

- a) Atención de pacientes y recepción de llamados,
- b) Enfermería limpia.
- c) Enfermería sucia.
- d) Almacenamiento de materiales.
- e) Servicios sanitarios y vestuarios
- f) Departamento de administración.
- g) Cuarto de estar para enfermería.
- h) Cuarto médico compuesto por estar y dormitorio.

Artículo 14°.- El área de la Unidad de Cuidados Especiales destinada a la atención del paciente deberá con:

- a) Tomas de oxígeno, aire comprimido medicinal y de succión centralizada regulable.
- b) Correcta iluminación.
- c) Suministro de energía eléctrica de la red y otras fuentes sustitutivas, con conexión automática.
- d) 6 (seis) toma corrientes como mínimo por cama, los cuales deberán tener puesta a tierra independiente del resto de la Institución.
- f) Suministro de agua fría y caliente.
- g) Lavabos suficientes a razón de 3 (tres) para una Unidad que posea 6 (seis) camas en el caso de Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales , y de 1 (uno) por cama en el caso de Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos.

- h) Medidas de seguridad contra electrocución, incendio y explosión.
- i) Equipo de mantenimiento de la Unidad.
- j) Cada área de internación de Cuidado Intensivo tendrá una distribución en la planta física que permita desde el área de control respectivo de enfermería una visualización directa del paciente y/o de los registros electrónicos del mismo para detectar alteraciones funcionales y permita una rápida acción asistencial.
- k) La comunicación desde el área de Cuidado Intensivo entre enfermería y los médicos responsables de la asistencia debe realizarse a través de un sistema que permita la concurrencia del mismo al sector sin demora, cualquiera sea el lugar de permanencia. El mismo debe estar detallado en forma escrita en el sector.

Artículo 15°.- En toda Institución Pública o Privada será recomendable que exista un área de servicio informático altamente especializado dedicado a la Unidad de Cuidados Especiales.

Artículo 16°.- Las Unidades de Cuidados Intermedios podrán contar con hasta 24 (veinticuatro) camas, deberán tener una relación de por lo menos 1 a 1 con respecto a las camas existentes en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Artículo 17°.- La superficie por cama deberá abarcar un espacio físico mínimo de:

- a) En el caso de Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Pediátricos, 10 m² con dimensiones no menores a 3,30 mts. X 3 mts, ubicada en un espacio libre de 1,20 mts. alrededor de la referida cama.-
- b) En el caso de Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Neonatales, de 3,30 mts con dimensiones no menores de un 1,80 mts X 1,80 mts, ubicado en el espacio libre de 1,20 mts. alrededor de la referida cama.

Artículo 18°.- Las Unidades de Cuidados Especiales deberán contar en su planta física con ambientes climatizados, buena iluminación, sus paredes deberán ser lavables; y dispondrán de por lo menos un área para aislar pacientes con lavado y disposiciones de desecho exclusivos.

CAPITULO III DEL EQUIPAMIENTO

Artículo 19°.- Toda Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico contará como mínimo con:

- a)Cardioscopio con alarma para cada cama.
- b)Dos salidas de oxígeno y una de aire comprimido medicinal en cada cama.
- c)Materiales de intubación endotraqueal, laringoscopio con múltiples hojas pediátricas, sondas de intubación oro y naso traqueal.
- d)Tomas de aspiración central para cada cama.
- e)Un carro de reanimación con cardiodesfibrilador adecuado al tipo de paciente.
- f)Un marcapasos necesario en el área.
- g)Un equipo de monitoreo respiratorio integrado por: capnógrafo, oxímetro, espirómetro, manómetro para medir presión en vía de aire y cánulas traqueales.
- h)Equipo de monitoreo de presiones directas no invasivas e invasivas con manguitos adecuados a la edad.
- i)Bomba de infusión para uso enteral y paraenteral.
- j) Un electrocardiógrafo.
- k) Un respirador para cada cama, aconsejándose que el 25% de ellos sean volumétricos.
- l) Aparato para hemodiálisis y hemofiltración con sus accesorios correspondientes para pacientes pediátricos en caso de no existir una Unidad de Diálisis dentro de la Institución. m) Equipo para diálisis peritoneal.

Artículo 20°.- Toda Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal contará con el siguiente equipamiento como mínimo:

A) Para cada cama

- 19)Monitor de frecuencia cardíaca, respiración apnea neonatal
 - 20)Monitor de pO₂ transcutáneo u oxímetro de pulso.
 - 21)Respirador ciclado por tiempos con posibilidad de IMV
 - 22)Dos salidas de oxígeno y aire comprimido medicinal
 - 23)Tomas de aspiración central
 - 24)Incubadora o cuna climatizada con servo control de temperatura
- B) Para el área
- 25)Medidor de presión arterial no invasivo
 - 26)Medidor de presión arterial por método invasivo intra-arterial

- 27) Aparatos de fototerapia incorporados a la Unidad o portátiles
- 28) Transiluminador de luz fría
- 29) Bombas de infusión continua de microgotero para soluciones parenterales y enterales
- 30) Electrocardiógrafo
- 31) Oxímetro
- 32) Un carro de reanimación con cardiodesfibrilador
- 33) Materiales para intubación endotraqueal, laringoscopio con múltiples hojas, sondas de intubación oro y naso traqueal, sondas de aspiración oro y naso traqueal
- 34) Colchón térmico de agua para procedimientos k) Carpas cefálicas para oxigenoterapia l) Incubadora de traslado

Artículo 21°.- Las Unidades de Cuidados Especiales deberán tener a su disposición las 24 horas, un equipo para determinación de gases en sangre.-

Artículo 22°.- Las Unidades de Cuidados Intermedios Pediátricas deberán contar con el Equipamiento mínimo que se detalla a continuación:

- 35) Un cardioscopio con alarma cada dos camas
- 36) Un electrocardiógrafo
- 37) Un carro de reanimación con cardiodesfibrilador
- 38) Salida de oxígeno y aire comprimido medicinal para cada cama
- 39) Toma de aspiración central en cada cama
- 40) Un marcapaso transitorio
- 41) Material para intubación endotraqueal, laringoscopio con múltiples hojas, sondas de aspiración oro y naso traqueal.
- 42) Un respirador de presión para uso en situaciones de emergencia
- 43) Oxímetro de pulso cada tres camas
- 44) Medidores de presión arterial (manguitos apropiados)

Artículo 23°.- Las Unidades de Cuidados Intermedios Neonatales deberán contar con el equipamiento mínimo que se detalla a continuación:

A) PARA CADA CAMA

- 32) Incubadora o cuna climatizada con servo control de temperatura
- 33) Monitor de frecuencia cardiaca, respiración apnea neonatal
- 34) Salida de oxígeno y aire comprimido neonatal
- 35) Toma de aspiración central

B) PARA EL AREA

- 36) Electrocardiógrafo
- 37) Carro de reanimación con cardiodesfibrilador
- 38) Material para intubación endotraqueal, laringoscopio con múltiples hojas, sondas de aspiración oro y naso traqueal
- 39) Carpas cefálicas para oxigenoterapia
- 40) Monitor de pO₂ u oxímetro de pulso
- 41) Oxímetro
- 42) Bombas de infusión continua, microgoteros para soluciones parenterales y enterales
- 43) Aparatos de fototerapia.

Artículo 24°.- Las Unidades de Cuidados Especiales que por su configuración brinden distintos niveles de complejidad, complementarán su equipamiento mínimo y específico descrito en los artículos anteriores, con aquel que se requiera según el tipo de pacientes que se traten en la misma ya sean: coronarios, quemados, nefrológicos, neuroquirúrgicos, post operatorios de cirugía cardiaca y otros.-

Artículo 25°.- La dotación de camas de las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos deberán incluir camas grandes, medianas y cunas.-

CAPITULO IV DEL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA

Artículo 26°.- Las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos deberán poseer tres niveles de atención con los siguientes grados:

- a) Un jefe de Servicio que reúna las siguientes características:
- b)
- c) Probada idoneidad en la especialidad dentro del área pública universitaria
- d) Trabajo continuado en la especialidad por más de 10 años
- e) Demostrar capacitación en el manejo de personal en el área de la salud y desempeño en funciones organizativas
- f) Uno o más Supervisores.
- g) Médicos intensivistas de guardia, Grado 3 y 2.

Los profesionales anteriormente mencionados deberán contar con título habilitante de Pediatría Intensivista expedida por la Facultad de Medicina y registrado en el Ministerio de Salud Pública.-

Artículo 27°.- Las Unidades de Cuidados Intensivos Neonatales deberán contar con tres niveles médicos de atención con los siguientes grados:

- a) Un Jefe de Servicio que reúna las siguientes características:
- b) Probada idoneidad en la especialidad dentro del área pública universitaria
- c) Trabajo continuado en la especialidad por más de 10 años
- d) Demostrar capacitación en el manejo de personal en el área de la salud y desempeño en funciones organizativas.
- e) Uno o más Supervisores
- f) Médicos neonatólogos de guardia, Grado 3 y 2.

Los profesionales anteriormente mencionados deberán contar con título habilitante de Neonatólogo expedido por la Facultad de Medicina y registrado en el Ministerio de Salud Pública.

Artículo 28°.- Los Jefes de Servicios de las Unidades de Cuidados Intensivos, tanto pediátricos como neonatales, tendrán las siguientes competencias:

- 43) Establecer la política asistencial de la Unidad aplicando los procedimientos de diagnóstico y terapéuticos establecidos.
- 44) Intervenir en las diferencias de conductas u opiniones que se planteen en relación a los pacientes internados que provengan de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, conjuntamente con los Técnicos de la misma.
- 45) Supervisar y controlar la relación de los médicos y personal de enfermería de la Unidad con respecto a los médicos tratantes de los pacientes que sean referidos por aquellos.
- 46) Supervisar y controlar la relación del personal médico con el resto del equipo asistencial, así como con los diferentes servicios de apoyo.
- 47) Evaluar la atención brindada en la Unidad de la que será responsable.
- 48) Concurrir regularmente a la Unidad, visitando periódicamente los diferentes turnos, de manera de interiorizarse de la problemática propia de cada uno de ellos.-

Artículo 29°.- El o los Supervisores tendrán las siguientes competencias:

- 49) Colaborar con el Jefe de Servicio en la política asistencial de la Unidad.
- 50) Intervenir en la ausencia del Jefe de Servicio en las diferencias de conducta y opiniones que se planteen en relación a los pacientes internados, y cuando se trate de pacientes que provengan de Instituciones de Asistencia Médica conjuntamente con los Técnicos de la misma.
- 51) Supervisar y controlar la relación existente entre los médicos intensivistas o intensivistas neonatólogos de guardia de la Unidad - según se trate de una Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico o Neonatal - con respecto a los médicos tratantes externos de los pacientes allí internados.
- 52) Concurrir regularmente a la Unidad visitando periódicamente aquellos turnos que no le sean habituales.
- 53) Realizar la auditoría médica según lo establece la presente reglamentación sin perjuicio de la auditoría que disponga la Institución.
- 54) Planificar programas de educación y capacitación del personal médico a su cargo, dependiendo de los avances realizados en el área perinatal.
- 55) Será necesario un mínimo de 2 Supervisores cada 10 camas en Cuidados Intensivos o Intermedios .

Artículo 30°.- Los Médicos Intensivistas o Intensivistas Neonatólogos de guardia - según se trate de Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos o Neonatales _ tendrán la siguiente competencia:

- 56) Llevar a cabo las acciones diagnósticas y terapéuticas en coordinación con el Supervisor y/o Jefe de Servicio.
- 57) Actuar en los casos de emergencia efectuando las indicaciones y acciones que correspondan.
- 58) Controlar la evolución clínica y asesorar en su área al médico tratante externo.
- 59) La cobertura asistencial por intensivista pediátrico o intensivista neonatólogo de guardia (según el caso) será permanente, las 24 horas del día, estableciéndose en ambos casos, un mínimo de un médico cada 4 camas de Cuidados Intensivos o 6 de Cuidados Intermedios.

Artículo 31°.- Las Unidades de Cuidados Especiales deberán de disponer de personal de enfermería con entrenamiento en Cuidados Intensivos. La organización del equipo de enfermería deberá establecer por lo menos los siguientes niveles:

- a) Enfermera Universitaria Jefe. Este cargo estará ocupado por una Enfermera

Universitaria con título habilitante del Ministerio de Salud Pública.

Tendrá como competencia: - establecer y mantener las normas de atención en el área de enfermería; determinar reglas de niveles de trabajo; planificar programas de educación continua para el personal; orientación del personal de enfermería a su ingreso a la Unidad de Cuidados Especiales; asegurar en todo momento la continuidad en la calidad de la atención de la Unidad .

b) Enfermera Universitaria Asistencial. Estos cargos deberán estar ocupados por Enfermeras Universitarias con título habilitante del Ministerio de Salud Pública.-

Artículo 32°.- En la organización del equipo de enfermería en la Unidad de Cuidados Especiales deberá contarse con una dotación mínima de : una Enfermera Universitaria cada 4 camas en las Unidades de Cuidados Intensivos y una cada 6 en las Unidades de Cuidados Intermedios; un Auxiliar de Enfermería cada 2 camas en las Unidades de Cuidados Intensivos y uno cada 3 camas en las Unidades de Cuidados Intermedios.-

Artículo 33°.- En las Unidades de Cuidados Especiales deberá asegurarse el cumplimiento de las siguientes funciones: fisioterapeuta; archivista; dietista; mensajería y servicios generales; economato y administración; auxiliares de servicio (como mínimo uno cada seis camas).-

CAPITULO V

DEL CONTROL DE CALIDAD Y ACREDITACION DE LAS UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Artículo 34°. Se evaluará la calidad de la asistencia de las Unidades de Cuidados Especiales tanto sea en lo estructural, en el proceso asistencial, y en sus resultados.

Artículo 35°. El Ministerio de Salud Pública a través de sus oficinas de control comprobará los requisitos en cuanto a idoneidad y número del recurso humano en las Unidades de Cuidados Especiales, así como respecto a la integridad de recursos materiales establecidos en el presente reglamento.

Artículo 36°. El proceso asistencial, realizado según estándares diagnósticos y

terapéuticos preestablecidos, será controlado a través de un proceso de auditoría inicialmente interno en cada Unidad de Cuidados Especiales.

A tales efectos se establecerá una Comisión de Recomendaciones integrada por un delegado de la Dirección General de la Salud, de la Dirección General de Administración de los Servicios de Salud del Estado, la Cátedra de Medicina Intensiva Pediátrica de la Facultad de Medicina, la Cátedra de Neonatología y la Sociedad Uruguaya de Neonatología y Pediatría Intensiva.

A partir de la publicación de la presente reglamentación, y a través de reunión periódica de la citada comisión, se redactarán normas de diagnóstico y tratamiento, las que servirán de base para las auditorías.

Los supervisores de cada Unidad de Cuidados Intensivos tanto pediátricos como neonatales realizarán auditorías de Historias Clínicas de pacientes fallecidos, pacientes con internación mayor de 10 días y aquellos que por problemas diagnósticos y terapéuticos lo necesiten, elevando sus informes a sus jefes.

Artículo 37°. Será responsabilidad de los jefes de Servicio de las Unidades de Cuidados Intensivos tanto pediátricos como neonatales evaluar la calidad de los resultados asistenciales en base a:-

uso de índices de severidad y pronósticos.

Índices de morbimortalidad de la Unidad.

Metodología utilizada en base a normas vigentes del Centro.

Resultados de auditorías internas.

Artículo 38°. El Ministerio de Salud Pública realizará auditoría independiente, rutinaria e incidental, complementaria de la auditoría interna realizada en las Unidades de Cuidados Especiales.

Artículo 39°. La Comisión de Recomendaciones mencionada en el artículo 36°.

Calificará sobre la base del control de la estructura instalada y las auditorías y evaluaciones descriptas a todas las Unidades de Cuidados Especiales que quedarán clasificadas de la siguiente manera:

Clase 1 - actuación sin objeciones.

Clase 2 - actuación con objeciones que deben subsanarse o corregirse en un plazo a determinar.

Clase 3 - actuación con objeciones que implica la suspensión de la habilitación hasta tanto se subsanen las causas de observaciones formulada, o los defectos encontrados.

La periodicidad de estos controles será decidida por el Ministerio de Salud Pública.

CAPITULO VI DE LOS CRITERIOS DE INGRESO Y EGRESO A LAS UNIDADES DE CUIDADOS ESPECIALES.

RELACION MEDICO - PACIENTE Y MEDICO - FAMILIARES.

Artículo 40°. Debe utilizarse el criterio de asistencia progresiva, que permita utilizar el máximo de los recursos existentes en los niveles correspondientes de asistencia, de modo que a la Unidad ingresen solo aquellos paciente que no pueden ser resueltos en otras áreas.

Artículo 41°. En el área neonatal, ingresan a CTI los recién nacidos:

Con peso igual o menor a 1000 grs. Y/o edad gestacional menor a 28 semanas.

Con síndrome de dificultad respiratoria que requiera asistencia ventilatoria (o cualquier patología que la requiera).

Apneas que requieran asistencia ventilatoria.

Exanguíneotransfuciones

Estado de mal convulsivo

Malformaciones congénitas que comprometan la vitalidad y/o requieran intervención quirúrgica inmediata

Cardiopatía congénita grave con compromiso de vitalidad Hemorragias que comprometan la vitalidad Enterocolitis necrotizante en estadio II y III Todo cuadro de shock

Deprimidos severos (Apgar < 3) al 1° y 5° min.

Todo paciente que de acuerdo a las normas actualizadas por la Comisión lo amerite.

En el área pediátrica el ingreso está reservado a pacientes con razonables posibilidades de recuperación. A modo de ejemplo, sin que este listado pretenda

ser ni excluyente ni taxativo, no deberían ingresar:
pacientes neoplásicos sin posibilidad oncológica razonable de sobrevida determinada en precedentes de CTI en etapa de recuperación
Recién nacidos que requieran hidratación parenteral o corrección metabólica.
Pacientes con imposibilidad de Alimentación por vía oral
Pacientes con síndrome de dificultad respiratoria que requieran oxigenoterapia
Apneas que no requieran asistencia ventilatoria
Convulsiones
Infección comprobada mediana o grave Hemorragias que requieran repocisión.
Malformaciones congénitas que requieran intervención quirúrgica para compensación preoperatoria sin compromiso vital
Deprimidos severos con Apgar < 3 al 1° min. Y menor a 6 al 5° min.
Respecto a las áreas de Cuidados Intermedios pediátricos, y sin que este listado pretenda ser ni excluyente ni taxativo, no deberían ingresar en ellas:
60) Pacientes sin diagnósticos cuyo único objetivo sea el nivel de estudio.
61) Pacientes con desequilibrios humorales cuya compensación pueda realizarse en niveles de menor complejidad.
62) Pacientes de post-operatorios cuya vigilancia pueda realizarse en niveles habituales de menor complejidad.
Artículo 43°. Egresarán de las Unidades de Cuidados Especiales aquellos pacientes que dejen de revestir las condiciones de admisión.

Artículo 44°. Los profesionales actuantes podrán excepcionalmente apartarse de los procedimientos establecidos en este capítulo fundamentando su actitud por escrito y en cada caso, ante el superior que corresponda.

Artículo 45°. Los Comités de Ética Médica de las Instituciones en el marco de sus cometidos generales, deberán atender las situaciones planteadas en el ámbito de la asistencia de los pacientes críticos.

Artículo 46°. Disposición transitoria. Es función de la Comisión de Recomendaciones analizar la situación de las Unidades que no se adecuen a la reglamentación. Las mismas contarán con un plazo de seis meses para presentarse ante la comisión de Recomendaciones para plantear su situación. Para estos casos, como excepción, y por única vez, y en interés de la Salud Pública Nacional, se podrán habilitar Unidades de Cuidados Intensivos con el 50% de su

personal Técnico según artículos 26 y 27. Se establece que quienes no reúnan las condiciones establecidas por la Reglamentación, contarán con un plazo de 18 meses para cumplir la totalidad de los requerimientos.

Artículo 47°. El Ministerio de Salud Pública deberá integrar la Comisión de Recomendaciones referida en el artículo 36°, contando para ello con un plazo de 60 días a partir del relacionado en el artículo siguiente.

Artículo 48°. La presente reglamentación entrará en vigencia a nivel nacional, a partir de su aprobación por el Poder Ejecutivo, y una vez transcurridos 10 días de su publicación en el Diario Oficial.

Montevideo, 1 de agosto de 2008 VISTO: la Ordenanza Ministerial N 660 de 20 de octubre de 2006;

RESULTANDO: I) que, por dicha Ordenanza se dispuso la creación en el ámbito de la Dirección General de la Salud, de una Comisión Asesora con el objetivo de adaptar definiciones sobre "EVENTOS ADVERSOS EN EL ÁREA DE LA SALUD", a la que responsabilizó de diseñar y proponer políticas y actividades para la seguridad de los pacientes y prevención del error en medicina;

II) que la seguridad del paciente y las acciones orientadas a prevenir, interceptar y mitigar los eventos adversos que se producen durante la atención médica, son un importante objetivo de la Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud que nuestro país desea jerarquizar;

III) que, con el mismo objetivo se puede incorporar al concepto amplio de seguridad del paciente, la importancia que tiene el correcto registro de las Historias Clínicas por parte del equipo de salud, siendo esto además un requisito para cualquier mejora de la calidad asistencial y por tanto para la garantía de la propia seguridad del usuario del Sistema Nacional Integrado de Salud;

CONSIDERANDO: I) que, de acuerdo a la Ley Orgánica del Ministerio de Salud Pública N 9.202 de 12 de enero de 1934, compete a esta Cartera velar por el mantenimiento de la salud colectiva, dictando los reglamentos y disposiciones necesarias para ese fin primordial, determinando las condiciones que deben observar los establecimientos públicos y privados, así como disponer su inspección y vigilancia;

II) que, la Comisión para la Seguridad de los Pacientes y Prevención del Error en Medicina ha iniciado sus tareas, capacitando e involucrando a integrantes de los equipos de salud en forma voluntaria a ésta temática, en varias zonas del país;

III) que, se entiende necesario y oportuno establecer, en el marco de la actual Reforma Sanitaria, la obligatoriedad del funcionamiento de Comisiones Institucionales para la Seguridad de los Pacientes y Prevención del Error en Medicina, que funcionen en cada uno de los prestadores, tanto públicos y privados, con la finalidad de realizar relevamientos, sensibilizar, implementar programas, asociar a los usuarios a la prevención y evaluar el impacto de su tarea;

IV) que, a partir de las nuevas exigencias que implica el potenciar el carácter rector del Ministerio de Salud Pública y no existiendo normativas que exijan a las Instituciones la conformación de Comités de Auditorías Clínicas, con el objetivo de la realización, en forma sistemática, del control de calidad de los registros médicos, se hace necesario corregir dicha carencia enmarcada en la Seguridad del Paciente y la necesidad de mejorar la calidad de la atención;

V) que, la Dirección General de la Salud entiende que es preciso establecer un marco normativo que señale los objetivos, funcionamiento, programas y evaluación de resultados a que se ajustarán las Comisiones institucionales de Seguridad de los Pacientes y Prevención del Error en Medicina;

ATENCIÓN: a lo precedentemente expuesto y a lo establecido en Ley Orgánica del Ministerio de Salud Pública N° 9.202 de 12 de enero de 1934;

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA RESUELVE:

1º) Apruébase la Reglamentación que figura en el Anexo I, que se adjunta y forma parte integrante de la presente Ordenanza, que define el programa, estructura, funcionamiento y competencias de las Comisiones Institucionales de Seguridad de los Pacientes y Prevención del Error en Medicina, así como su relación con las respectivas Direcciones Técnicas de las Instituciones de Salud.

2º) Otorgase a las Instituciones de Asistencia Médica públicas y privadas que prestan asistencia médica integral, un plazo de seis meses a partir de la publicación de la presente Ordenanza, para la implementación de las referidas Comisiones, las cuales deberán rendir cuentas ante la Comisión Nacional que funciona en la órbita de la Dirección General de Salud. 3) Comuníquese. Pase a la Asesoría de Comunicación y Difusión para su publicación en la Página Web. Tome nota la Dirección General de la Salud. Cumplido, archívese.

ANEXO I Reglamentación

1. Programa de Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina

Todas las Instituciones públicas y privadas prestadores de asistencia integral deberán mantener un Programa de Seguridad de los Pacientes. Este Programa incorpora el conjunto de acciones desarrolladas con aquel fin, deliberadas y sistemáticas, así como sus fundamentos y resultados esperados, y los indicadores de funcionamiento. La diversidad de situaciones, entornos, niveles de complejidad, entre otros, obligará a las Instituciones a diseñar respuestas adaptadas a esta multiplicidad de escenarios.

2. Estructura

Para la adecuada planificación, ejecución y evaluación del Programa de Seguridad del Paciente, se creará, una **Comisión de Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina (COSEPA)**, como un organismo asesor de la Dirección de cada Institución, a la que se le deberá asignar a través de las Direcciones Técnicas capacidad operativa, de modo de reflejar la voluntad de la misma en afectar recursos para proporcionar seguridad a sus actuaciones.

Comisión de Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina.

Esta Comisión deberá estar integrada con criterios de multidisciplinariedad y representatividad intregando los criterios de los médicos y licenciados/as de enfermería, profesionales de nivel universitario y personal idóneo con calificación, que aporten perspectivas desde los servicios médicos, quirúrgicos, materno infantiles, emergencia, el departamento de enfermería, centros de medicina intensiva, farmacia, registros médicos, servicios de mantenimiento y sanitarios, áreas de nutrición. Deberán incorporar también a sus tareas los aportes de los usuarios, de los trabajadores de la salud organizados de los sindicatos más representativos, y de los proveedores estratégicos.

Una forma de funcionamiento apropiada es la de una Comisión Ejecutiva permanente, y representantes alternos de diferentes áreas o servicios que se incorporan para la consideración de temas puntuales.

Para su trabajo operativo la Comisión contará con un/a Licenciado/a de Enfermería, u otro profesional de la salud, en ambos casos con formación en seguridad del

paciente y Registros Médicos, responsable de la continuidad de la presencia de la Comisión, del relevamiento de eventos adversos, de la implantación de recomendaciones y su evaluación, con una dedicación no menor a 6 horas diarias. Reportará a la COSEPA y a la Dirección Técnica de la Institución.

El componente vinculado al trabajo sobre Auditoría de las Historias Clínicas, podrá funcionar a través de una subcomisión con los objetivos ya señalados.

3. Competencias de las Comisiones Institucionales por la Seguridad del Paciente y Prevención del Error en Medicina

Son competencias de la Comisiones:

- Elaborar, implementar, mantener, evaluar un Programa de Seguridad del Paciente, adecuado a las características y necesidades de cada institución.
- Este programa incluirá:
Promoción y desarrollo de prácticas seguras en la atención de salud, basadas en el desarrollo de guías de actuación (protocolos) validadas, y de evaluación de su cumplimiento mediante auditoría clínica permanente.
- Establecimiento de sistemas operativos y procesos que minimicen la probabilidad de errores en la atención, y maximicen la probabilidad de intercepción cuando ocurran. La gestión del riesgo implica la actitud proactiva de conocer lo que puede ocurrir, para evitarlo.
- Promoción el cambio cultural en las Instituciones, para internalizar la concepción y abordaje de la seguridad de los pacientes, como un proceso de alta prioridad
- Generar programas concretos, que contribuyan a detectar prácticas seguras y eventos adversos, de modo de poder implementar acciones preventivas. Será parte de este programa el relevamiento y mantenimiento de un registro de eventos adversos (de reporte inicialmente voluntario), para que aprendiendo de los mismos, se puedan implementar recomendaciones que los eviten.
- Identificación de indicadores que permitan, definiendo estándares apropiados, verificar la mejora de los procesos y una perceptible disminución de la inseguridad de los pacientes.
- Realizar en forma sistemática el control de la calidad de los registros médicos, mediante el análisis cuanti y cualitativo de las Historias Clínicas.
- Implementar programas educativos locales (por ejemplo, ateneos mensuales), con la finalidad de capacitar a los profesionales y funcionarios

en lo que respecta con la seguridad del paciente, así como asociar a los pacientes y sus familiares con el autocuidado.

- Construir una red de personas que lideren a nivel institucional y de sus respectivos servicios la mejora continua de la seguridad del usuario en la cotidianeidad de la atención.
- Constituir el interlocutor institucional de la Comisión Ministerial, aportándole los elementos propios de las perspectivas locales, y evitando la duplicación de esfuerzos.

4. Competencias de la Dirección de la Institución

- Organizar e integrar la Comisión de Seguridad del Paciente y de Prevención del Error en Medicina, de acuerdo a los criterios expuestos
Propiciar la infraestructura necesaria para el adecuado funcionamiento de la COSEPA.
- Aprobar el reglamento interno y programa institucional, e impulsar la gestión del mismo
- Garantizar la participación de la COSEPA en los órganos generadores de la política institucional, independientemente de la naturaleza pública o privada de la Institución, y en la temática de su área de competencia.
- Brindar toda la información solicitada a la Comisión Nacional de Seguridad del Paciente y de Prevención del Error en Medicina.

ANEXO V

PLAN NACIONAL DE ENFERMERÍA

Lineamientos Generales 2004-2009 (Versión resumida)

Comité Técnico de Enfermería del Ministerio de Salud Pública:

INTRODUCCIÓN

Este trabajo nace a iniciativa de las instituciones integrantes del Comité Técnico de Enfermería, tratando de comenzar a delinear un horizonte común que oriente los esfuerzos de la enfermería uruguaya en todos sus niveles, en todas las modalidades asistenciales, en definitiva en todos los rincones del país.

Los cambios requieren compromiso en el pensar y en el hacer. También implican el necesario resguardo de los principios que sustenta el colectivo, entendiendo que los cambios ponen en juego valores, resistencias, riesgos, pérdidas, desafíos y esperanzas. Nuestra población requiere de una participación más protagónica del cuerpo de enfermería, mejorando la accesibilidad y la equidad de los servicios de enfermería .

Los integrantes del Comité Técnico , los colegas y auxiliares que participaron de la discusión y los demás miembros de enfermería que se vayan sumando a la propuesta, tendrán la posibilidad de contar con una herramienta sencilla, que nos permitirá conducir con mayor claridad y autogestión nuestro propio futuro .

En la primera parte del trabajo se describe un diagnóstico situacional (versión resumida) que trata de dar cuenta de una realidad compleja y adversa en la cual se desarrolla el accionar de la enfermería uruguaya. En segundo término se describen los lineamientos programáticos propuestos por el Comité Técnico y finalmente los resultados obtenidos , a partir de la discusión y análisis colectivo de la propuesta en las Jornadas de noviembre del 2003.

Esperamos que esta publicación sea un medio de comunicación eficaz para transmitir y provocar la participación y el debate a la interna del cuerpo de enfermería, al mismo tiempo que favorezca el intercambio y el acercamiento con otros actores sociales.

A partir del año 2005 se diseñará el PLAN OPERATIVO, entendiendo que en este período iremos enriqueciendo la propuesta preliminar, en base al aporte de todos los enfermeros que participen en los talleres de difusión a nivel regional.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL SECTOR SALUD (resumen)

Fortalezas y debilidades desde la perspectiva de

ENFERMERIA

El Comité Técnico de Enfermería del Ministerio de Salud Pública, en opinión unánime de las organizaciones integrantes, definió desde la perspectiva de enfermería, las problemáticas del modelo vigente más sentidas por el colectivo, para ser atendidas a breve plazo:

- Indicadores sanitarios preocupantes en el nivel de salud de la población
- uruguaya, concentrados en los sectores sociales más empobrecidos.
- Incremento de las responsabilidades del Estado en materia sanitaria, producto del desplazamiento de grandes masas de afiliados provenientes del sector mutual .
- Debilidad severa en la dotación de recursos humanos, infraestructura física y tecnológicas de las prestaciones en el primer nivel, lo que afecta la racionalización de la demanda creciente del segundo y tercer nivel de atención.
- Desarrollo limitado de diversas modalidades asistenciales (por ej.: atención domiciliaria), lo que obstaculiza la disminución de costos hospitalarios.
- Funcionamiento atomizado de los diferentes efectores de los niveles de organización sanitaria, llevando a respuestas ineficientes e ineficaces de los problemas sanitarios.
- Falta de cultura de los profesionales y técnicos para desarrollar un verdadero trabajo en equipo en el marco de los programas de atención.

- Heterogeneidad en la formación curricular (teórico-práctica) de los recursos humanos, que se evidencia muy especialmente en el primer nivel de atención.
- Inequidad en las retribuciones personales, con distancias llamativas entre los montos salariales de cargos directivos y cargos operativos, entre el sector público y el privado.
- Falta de unificación de criterios técnicos y cultura social, sobre el nivel de participación comunitaria esperado, en el modelo asistencial de cambio.
- Debilidad del papel rector del ministerio en el cumplimiento de normas de calidad técnica.

El modelo de Atención de la Salud en el Uruguay es fundamentalmente fragmentarista, compuesto por una multiplicidad de efectores públicos y privados, en ocasiones superpuestos y descoordinados. Sufre las consecuencias de un fuerte dominio de la súper especialidad médica y de un modelo de gestión que aún no se ha adecuado a los avances de la Administración moderna, trayendo como resultado final la insatisfacción de los actores y la frustración de la población. Sin desmedro de lo anterior, existen tendencias en los servicios de enfermería, en que se visualizan signos positivos de recuperación de algunos espacios, los que han sido señalados en el trabajo presentado por el Comité Técnico de Enfermería “*Diagnóstico y Propuestas*” del año 2003, presentado a las autoridades:

A NIVEL DE LA FORMACIÓN:

- Programa de Profesionalización de Auxiliares de Enfermería, como mecanismo de incremento de la cantidad y calidad de recursos de enfermería para el sector. Existen antecedentes de convenios entre el Facultad de Enfermería con el Hospital de las Fuerzas Armadas y con el Hospital de Clínicas de la Universidad de la República, proyecto que se aspira desarrollar a nivel nacional
- Aspiración del centro formador y del colectivo de enfermería de consolidar la carrera de enfermería, integrando el nivel auxiliar, licenciado, especialista, master y doctorado mediante un programa académico articulado.

A NIVEL ASISTENCIAL:

- Desarrollo de programas de promoción y prevención de salud, generando modelos programáticos de asistencia, con participación social, integrando la enfermera profesional al equipo de salud comunitaria y destacándose en las campañas de educación sanitarias, inmunizaciones y asistencia a grupos poblacionales vulnerables con altos niveles de eficacia.
- La creación de un ámbito de coordinación interinstitucional e intersectorial descentralizado cuyos integrantes son la
- Administración de los Servicios de Salud del Estado del M.S.P.,
- la Intendencias Municipales Departamentales, representado por una unidad organizativa denominada Oficina de Desarrollo de la Atención Primaria de Salud D.A.P.S., responsable del desarrollo operativo.
- La enfermera profesional integra el equipo multidisciplinario básico, en algunas experiencias.
- La incorporación del Interno de Enfermería (estudiante avanzado de la licenciatura de enfermería del Instituto Nacional de Enfermería) incorporándose a los equipos de atención primaria de salud remunerados por el Ministerio de Salud Pública en nueve departamentos del país.
- El llamado a aspirantes de setenta cargos del M.S.P. – A.S.S.E. para Licenciados de enfermería y auxiliares, sobre todo en el primer nivel de atención.
- Enfermería cuenta con un Manual para la Acreditación de Calidad de Servicios de Enfermería año 2002, esfuerzo compartido entre el INDE, CEDU, Departamento Central de Enfermería del M.S.P., representantes de IAMC y FEMI, en proceso de integración al marco normativo del Ministerio.
- En los últimos 10 años han surgido nuevos perfiles ocupacionales en enfermería profesional:- Integrando equipos técnicos en laboratorios.

-Responsables de empresas de atención de enfermería y casas de recuperación

-Consultorios de enfermería para atención ambulatoria (diabéticos, mujeres embarazadas, ostomizados, hipertensión, etc.).

-Puestos de jefatura en servicios de higiene ambiental en instituciones privadas de

salud.

-Especialistas en epidemiología para el control de infecciones intra-hospitalarias.

En síntesis: Las políticas de salud exitosas consisten en desarrollar en mayor medida los cuidados orientados a la comunidad, por lo que el sector estará obligado a invertir en recursos humanos calificados y diseñar estrategias viables, dirigidas a mejorar la calidad de atención de salud de la población.

PLAN NACIONAL DE ENFERMERÍA 2004-2009

Lineamientos generales-Propuesta

1. El modelo asistencial vigente requiere de profundas transformaciones estructurales que solamente se lograrán a través de un Sistema Nacional de Salud, con un alto control del Estado en la administración del sector, protegiendo y fortaleciendo los valores éticos, la calidad técnica óptima y los principios de universalidad, accesibilidad y equidad de la atención a la población.
2. La enfermería auxiliar y profesional conforman un equipo de enfermería y su desarrollo en todos los niveles asistenciales está en dependencia de la creación del SNS. En ese sentido, se deberán implementar políticas de desarrollo y redistribución de los recursos humanos de enfermería en todo el país, de manera de asegurar la accesibilidad de la población al servicio de enfermería.
3. Obtener la aprobación de la legislación de enfermería para la protección social general y la salvaguarda del campo de dominio, en el ejercicio de la profesión.
4. Recuperar los espacios de asistencia directa a la población a nivel intra y extrahospitalario, al mismo tiempo de favorecer políticas que respalden emprendimientos empresariales de enfermería en el área independiente.
5. Fortalecer el modelo de enfermería alternativo, con la participación activa de los equipos de enfermería integrados a los núcleos barriales y comunitarios, de manera de fortalecer la eficacia y eficiencia de los programas asistenciales que se implementan desde el primer nivel de atención.
6. Garantizar los límites éticos y de seguridad de las prestaciones de enfermería a nivel hospitalario y extrahospitalario, iniciando los procesos de evaluación y acreditación de servicios de enfermería (públicos y privados), utilizando los estándares nacionales de enfermería y legitimando la Comisión Nacional de Acreditación de Servicios de Enfermería (CO.N.A.S.E.)
7. Sistematizar información nacional que demuestre el aporte propio del servicio de enfermería, en las prestaciones sanitarias, mediante la unificación de los

protocolos asistenciales de acuerdo a la Clasificación de Prácticas de Enfermería recomendada por el CIE e incorporando las bases metodológicas de Prácticas Basadas en la Evidencia.

8. Integrar cargos de licenciados en enfermería en las estructuras organizacionales de niveles estratégicos de decisión (*Enfermera Gubernamental*), tanto en el ámbito ministerial y como en empresas privadas, de manera de incidir en las políticas de salud y particularmente en las que afectan al cuerpo de enfermería en su conjunto.

9. Instalar el Observatorio de RRHH de enfermería conformando una iniciativa conjunta entre el Comité Técnico de Enfermería y el Ministerio de Salud Pública, de manera de ampliar el conocimiento de la enfermería en el mercado de trabajo y con el propósito de diseñar políticas de desarrollo de personal, con sustento científico.

10. Mantener la formación de recursos humanos de enfermería en dos niveles (auxiliar y profesional), implementando alternativas de continuidad e integración curricular, para mejorar el status profesional y la calidad de los servicios prestados a la comunidad.

11. Incrementar el número de profesionales con niveles académicos posbásicos (especialistas y Máster) de manera de mejorar las condiciones de competitividad en el mercado de trabajo y el desarrollo de la profesión de enfermería.

12. Iniciar la formación de doctorados, aprovechando los vínculos de integración regional y como forma efectiva de consolidar un grupo de investigadores, que contribuyan al desarrollo del conocimiento de la disciplina de enfermería.

13. Fortalecer los proyectos de integración docente- asistencial y de investigación, ampliando las propuestas de convenios con la UDELAR e incorporando a los staff de enfermería, cargos de Internos (pasantes) y cargos docentes-asistenciales para los egresados.

14. Implementar mecanismos unificados de evaluación académica, a nivel de la formación profesional, a través de la creación de un organismo de enfermería competente a nivel nacional.

15. Garantizar el cumplimiento de exigencias de calidad técnica, en la formación de los auxiliares de enfermería a nivel nacional.

16. Generar un banco de datos de investigaciones de enfermería a nivel nacional, centralizado y disponible a nivel nacional e internacional.

17. Promover líneas de investigación de interés para la enfermería nacional y regional, consolidando equipos y favoreciendo la búsqueda de apoyo financiero y logístico para el desarrollo de los proyectos.

18. Incrementar la participación general de los enfermeros en torno a las problemáticas laborales, la toma de decisiones colectiva y la visibilidad social en los temas del sector salud.

19. Diseñar una política de alianzas del cuerpo de enfermería con los actores protagónicos del sector salud (sindicatos, empresarios, gobernantes, organizaciones sociales, organismos internacionales) y personalidades trascendentes en la vida nacional e internacional.

RESULTADOS

En síntesis:

Del análisis de las opiniones de los participantes en las jornadas, sobre el documento de los lineamientos generales estratégicos del PLAN NACIONAL DE ENFERMERÍA, se evidencia un amplio margen de aceptación de las opiniones vertidas por el colectivo de enfermería.

- 40) De los 19 incisos presentados, fueron aceptados por unanimidad 5.
- 41) Por mayoría superior al 77% de las opiniones, 12 ítems.
- 42) No existieron lineamientos “no aceptados” y sólo dos ítems no fueron comprendidos, por lo que se invalidaron las opiniones sobre estos aspectos.
- 43) Las sugerencias dejan de manifiesto la necesidad de continuar el trabajo
- 44) orientado a la difusión del Plan Nacional de Enfermería a todos los
- 45) enfermeros del país y en particular, en todos los niveles de decisión con
- 46) posibilidades de acceso por parte de este Comité Técnico.

- 47) Se presentan las sugerencias planteadas por los participantes a nivel de
- 48) los talleres y del plenario. Las mismas dan cuenta de las ideas formuladas
- 49) por los participantes, pero no están ordenadas de acuerdo a jerarquía:



ANEXO 6 Montevideo Diciembre de 2009

COMISION NACIONAL ASESORA DE ENFERMERIA

MEMORANDUM 2009

Al comienzo del 2009, se realiza una revisión del plan de trabajo elaborado al finalizar el año 2008. Estableciéndose las prioridades en concordancia con las metas establecidas en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

La priorización tenida en cuenta es la siguiente:

- ESTANDARES DE ATENCIÓN AL PRIMER NIVEL

- REVISIÓN DEL PROGRAMA MATERNO-INFANTIL

- CUIDADOS AL ADULTO MAYOR

Se confeccionan los estándares de enfermería para el Primer Nivel de Atención, en actividad conjunta con la Facultad de Enfermería de la UDELAR.

En relación al programa Materno Infantil, se establecen contactos con la Licenciada en Enfermería, coordinadora del Programa Aduana, en la búsqueda de acordar puntos de coincidencias en relación al rol de enfermería dentro del mismo. Teme que al día de la fecha, venimos trabajándolo.

Respecto al programa del Adulto Mayor, esta Comisión está trabajándolo con la Comisión de Enfermería, específica en el tema.

En el mes de marzo, participamos en encuentro periódico de Directores

Institucionales, públicos y privados, exponiendo el rol de enfermería profesional en el cumplimiento de las metas asistenciales y la vinculación con las mismas que ofrecen los internos del programa internado de facultad de enfermería en dicho proceso.

Recibimos en el mes de Abril la visita de dos Dras. en Enfermería, de origen Cubano. Oportunidad en que comparten con nosotros su experiencia en la organización de Enfermería en su país, desde el ámbito Ministerial y la elaboración de programas prioritarios vinculados al Primer Nivel de Atención a la Salud.

Participamos como coordinadores de mesa en Jornadas de Enfermería, realizadas por el Colegio de Enfermeras del Uruguay, en recordatorio del día internacional de la Enfermera.

Estamos participando en las actividades de la Red de Género y Familia.

Participamos como conferencista en las 16ª Jornadas de Actualización en medicina Ambulatoria, en calidad de invitados por el Comité Organizador.

Se determinan los criterios para renovar anualmente las autoridades de la esta Comisión; presidente, vicepresidente, secretario, según criterios determinados el la oportunidad.

Se establecen normas de funcionamiento generales, a fin que éstas redunden en una mayor optimización del tiempo y la productividad.

Con fecha 15 de Octubre de los corrientes, queda adecuadamente ordenada la producción científica de todo el período, (Octubre de 2005 – Noviembre de 2009); lo que incluye: Políticas de enfermería, Dotación de Personal, Bases para llamado a concurso a Auxiliares de Enfermería y Licenciados en Enfermería, Entornos laborales favorables para el adecuado desempeño de la enfermería, Manual de Estándares para el Primer Nivel de Atención; de lo que se hace entrega a la Dirección General de Salud, Dr. Jorge Basso, a fin que se le proporciones al mismo el formato jurídico adecuado para ser implementado en los servicios asistenciales, con el aval ministerial correspondiente.

Toda esta producción anteriormente detallada, fue elevada al organismo correspondiente a fin de ser incluida en la página Web del MSP.

Como temas pendientes año entrante, contamos con:

- 50) COMPLETAR PROGRAMA MATERNO INFANTIL
- 51) DELINEAR PROGRAMA DE CUIDADO AL ADULTO MAYOR
- 52) DEFINIR CRONOGRAMA DE TALLERES A REALIZAR CON COLEGAS DE ENFERMERÍA DE TODO EL PAIS, RELATIVOS A:
- 53) LINEAMIENTOS POLÍTICOS PRIORITARIOS
- 54) GESTION ANTE DÉFICIT DE DOTACIÓN
- 55) CONTAR CON APOYO ADECUADO EN LA INFORMÁTICA Y EN LA LOGÍSTICA EN GENERAL, INCLUÍDA LA SECRETARÍA

ANEXO 7

LEY N° 13.556

LICENCIAS ANUALES

SE DECLARA QUE A LOS EFECTOS DE LO DISPUESTO EN LA LEY 12.590, SOLO PODRAN CAUSAR LOS EFECTOS LEGALES PREVISTOS, AQUELLOS CONVENIOS COLECTIVOS CELEBRADOS ENTRE UN EMPLEADOR O UN GRUPO DE EMPLEADORES Y POR LA OTRA PARTE UNA O VARIAS ORGANIZACIONES DE TRABAJADORES.

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,

DECRETAN:

Artículo 1°.

Declárase, a los efectos de la aplicación del artículo 1° de la ley N° 12.590, de 23 de diciembre de 1958, y de la ley N° 9.675, de 4 de agosto de 1937, en lo pertinente, que sólo podrán causar los efectos legales previstos, aquellos convenios colectivos que hubieran sido concertados entre un empleador o un grupo de empleadores, o una o varias organizaciones representativas de empleadores, por una parte, y por la otra, por una o varias organizaciones representativas de los trabajadores, involucrados. No existiendo organización gremial de dichos trabajadores, la representación de éstos será ejercida, para la concertación del convenio, por delegados elegidos según las formas y garantías previstas en los incisos 4° y 5° del artículo 6° y artículos 7° y 12 de la ley N° 10.449, de 12 de

noviembre de 1943.

La convocatoria a elecciones sólo será posible a petición de un tercio de los trabajadores que puedan ser afectados por el convenio, según las planillas de trabajo. Con las mismas garantías serán designados los miembros de las Comisiones Paritarias previstas en el artículo 6° de la ley N° 12.590

Si más de una organización se atribuye la representación de, los trabajadores afectados, y no hay acuerdo entre ellos para la concertación del convenio, sólo será válido el suscrito por la organización más representativa. Para la calificación de más representativa se tendrá en cuenta, en el orden que se expresan:

a) Los resultados de elecciones de delegados en los Consejos de Salarios y Cajas de Compensación de Asignaciones Familiares u otros organismos de integración análoga.

b) La antigüedad, continuidad e independencia de la organización.

Cualquier organización gremial de trabajadores podrá impugnar el acto administrativo que permite el registro de un convenio colectivo suscrito por una organización que no sea la más representativa o que dispone la convocatoria a elecciones prevista en el primer inciso de este artículo.

A los efectos de la ley N° 12.590, la impugnación suspende la vigencia de convenio o la convocatoria a elecciones, según el caso.

Artículo 2°.

A los efectos del cálculo de la licencia anual, de acuerdo a lo establecido en los artículos 4° y 8° de la ley N° 12.590, declarase que el trabajador se considerará que está bajo la dependencia del empleador y a la orden del mismo o de la Bolsa de Trabajo, según corresponda, durante el lapso en que esté vigente el contrato de trabajo y con la jornada legal de ocho horas, salvo en el caso en que dicha jornada haya sido reducida por ley, por convenio colectivo o por acuerdo individual permanente, debidamente registrado y reconocido por las Comisiones Paritarias creadas por el artículo 6° de la ley.

La excepción anterior no rige, sin embargo, cuando la reducción de la jornada o de la semana de trabajo sea dispuesta unilateralmente por el empleador u obedezca al propósito de los trabajadores de repartir equitativamente el trabajo existente, en caso de merma de éste, por causas no imputables a los mismos.

En los casos en que exista duda acerca de si el trabajador ha permanecido o no a la orden, la carga de la prueba corresponderá al empleador.

Asimismo declárese que, a los efectos de la aplicación del artículo 8° de la ley

N° 12.590, la palabra “enfermedad” comprende tanto las enfermedades comunes como las enfermedades profesionales y los accidentes de trabajo.

A esos mismos efectos, tampoco se descontarán los períodos de licencia antes y después del parto que resulten de la aplicación de la ley N° 12.572, de 23 de octubre de 1958.

Artículo 3°.

Declarase que el jornal de vacaciones de los trabajadores a que se refiere el artículo 10 de la ley número 12.590, es el que corresponde a la jornada normal de trabajo, según las remuneraciones vigentes en el momento en que se goza la licencia. Esta disposición se aplicará al sueldo o salario fijo y a las remuneraciones variables (comisión, destajo, premio o cualquier sistema de incentivo).

En el caso de los trabajadores con remuneración variable, el jornal de vacaciones se calculará de la siguiente manera: el salario - horario promedio del mes anterior al período de vacaciones, se multiplicará por el número de horas de la jornada legal o convencional normal y se ajustará dicho monto con los aumentos porcentuales que pudieron corresponder por la elevación de las remuneraciones en el período comprendido entre dicho mes y el momento en que finaliza la licencia. Las diferencias que resultaren por motivo de aumentos sobrevinientes durante el período de goce de la licencia serán liquidadas al trabajador en el curso del mes siguiente al de la terminación de aquélla.

Artículo 4°.

Los empleadores reliquidarán y pagarán a los trabajadores, las diferencias que correspondan al último año, cuando el cálculo de las licencias, no se hubiera ajustado a las disposiciones previstas en esta ley.

Artículo 5°.

Sustituyese el inciso 1° del artículo 16 de la ley N° 12.590, por el siguiente:

“El Poder Ejecutivo podrá establecer, dentro de las normas generales de esta ley, un régimen especial en lo relativo a las licencias de los técnicos, siempre que, con razones fundadas, se pruebe que el régimen general puede ocasionar perjuicios a los intereses económicos de determinadas actividades y con tal que se garantice el mínimo impuesto por los Convenios Internacionales números 52 y 54 de 1936,

ratificados por la ley N° 12.030, de 27 de noviembre de 1953.”

Artículo 6°.

Sustitúyese el inciso 1° del artículo 24 de la ley N° 12.590, por el siguiente:

“Constituye título ejecutivo para el ejercicio de la acción por cobro de licencias, el testimonio otorgado por el Instituto Nacional del Trabajo y Servicios Anexados. Para la expedición de dicho título, recibida la denuncia del interesado por las licencias adeudadas, el Instituto Nacional del Trabajo y Servicios Anexados intimará a la Empresa la presentación de los recaudos que acrediten su goce o su pago, con plazo perentorio de 6 (seis) días. Al vencimiento de dicho plazo, si no se hubiera probado fehacientemente el goce o el pago de las licencias reclamadas, el Instituto expedirá, sin más trámite, el documento correspondiente, en el que establecerá las cantidades líquidas adeudadas al trabajador”.

Artículo 7°.

Comuníquese, etc.

Sala de Sesiones de la Cámara de Senadores, en Montevideo, a 15 de octubre de 1966.

MARTIN R. ECHEGOYEN,

Presidente.

Luis N. Abdala, Secretario.

MINISTERIO DE INDUSTRIAS Y TRABAJO.

MINISTERIO DE INSTRUCCION PUBLICA Y PREVISION SOCIAL.

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES. Montevideo, 26 de octubre de 1966.

Cúmplase, acúcese recibo, comuníquese, publíquese e insértese en el Registro Nacional de Leyes y Decretos.

Por el Consejo:

HEBER. FRANCISCO M. UBILLOS.

JUAN E. PIVEL DEVOTO.

LUIS VIDAL ZAGLIO.

Modesto Burgos Morales,

Secretario.

ANEXO 8.

FILOSOFIA DE LA CALIDAD

Prof. Lic. Alicia Cabrera

Estimamos necesario profundizar en la conceptualización de CALIDAD, en tanto es el hilo conductor de esta publicación. Creemos indispensable clarificar nuestras ideas previo a introducirnos en ESTANDARES, entendidos como uno de los mecanismos posibles para la medición de la CALIDAD.

Proponemos abordarlo desde diversos planos de análisis y de esta manera abrir diferentes líneas de reflexión sobre algunas dimensiones que conforman su esencia. CALIDAD REAL Y RELATIVA. Quizá este juego de términos pone de manifiesto la dialéctica del concepto de calidad.

La concepción de calidad en una actividad o producto, requiere de una definición explícita acerca de lo que se desea o aspira. La calidad adquiere una dimensión real, en la medida que se pueda comparar con un patrón determinado. Al mismo tiempo, se cuestiona lo ABSOLUTO o TERMINANTE del contenido de esa definición (patrón), en tanto el compromiso con lo real o viable, reconoce la necesaria transformación hacia lo perfectible, o lo mejor.

Es probable que la conciencia sobre lo IMPERFECTO, presente en toda actividad humana, es el motor incesante hacia la búsqueda de lo MEJOR, que a su vez nunca llegará a lo perfecto, pero si a una RELATIVA ACEPTACIÓN DE CONFORMIDAD, en relación a un prototipo determinado y en un tiempo y espacio concreto.

CALIDAD SISTEMICA: al transitar del pensamiento centrado en la productividad al pensamiento centrado en la calidad, se generaron diversas perspectivas en este proceso de desarrollo.

Se comenzó haciendo énfasis en los procesos de CONTROL DE CALIDAD, orientados fundamentalmente a la evaluación de resultados, basándose en la utilización de métodos estadísticos.

Gradualmente se fue evolucionando hacia planteos más globales, tendientes a prevenir las desviaciones en los procesos productivos, tratando de predeterminar relaciones entre aspectos estructurales y resultados correspondientes. En ese sentido, desde la corriente de GARANTIA DE CALIDAD, hasta la última tendencia llamada GESTION DE CALIDAD, se ha comprendido que todos los componentes del sistema intervienen en diverso grado de compromiso con los niveles de calidad resultantes. Es por ello que la CALIDAD, debe diseñarse de manera explícita, participativa y predeterminada. Integrando el papel que juegan cada uno de los involucrados, con un enfoque holístico de los factores productivos.

En sistemas tan complejos, como lo son los servicios de atención a la salud, resulta imprescindible la consideración de este aspecto. Ya sea por la diversidad de las intervenciones que operan sobre el objeto de prestación, como por la secuencia y convergencia de los procesos. En ese sentido se presenta una situación muy particular, que hace dificultoso establecer límites precisos en la evaluación de los productos. Sin embargo, es posible determinar una jerarquía en la diversidad, basada en el grado de relacionamiento y compromiso con el objeto de la prestación. De esta forma se pueden identificar actividades ESENCIALES Y SECUNDARIAS o DE APOYO, debiendo estar todas consideradas en el proyecto institucional, si se aplica el enfoque de GESTION DE CALIDAD.

CALIDAD MENSURABLE: Creemos que este aspecto revela uno de los mayores desafíos, en lo que respecta a la prestación de servicios de salud.

El avance de la disciplina de administración nos muestra, diferentes metodologías y técnicas puestas al servicio de la confección de MODELOS o DISEÑOS, que especifiquen los procesos productivos con patrones de referencia, pasibles de comparar y medir.

Podemos decir entonces que los niveles de calidad que se obtiene en la producción de un servicio, deben relacionarse con indicadores cuanti-cualitativos, en acuerdo a los patrones prefijados de calidad.

Con estas ideas básicas se pueden concretar las etapas de la evaluación e calidad.

Se pueden reproducir los procesos, estudiar sus beneficios y fallas, haciendo posible la reformulación y por ende la mejora del bien o servicio.

Podemos redondear esta idea, sosteniendo que la calidad es válida en tanto se pueda MEDIR, DEMOSTRAR, REPRODUCIR Y PERFECCIONAR.

CALIDAD CENTRADA EN EL USUARIO: Lamentablemente la repetición de los discursos en alusión al rol protagónico de los usuarios, particularmente de los servicios de salud, no se ha correspondido de manera proporcional con los cambios políticos verdaderos. Lejos esta de nuestro pensamiento creer que el debate central se coloca en la denominación: CLIENTE-PACIENTE O USUARIO, que resulta del lugar que se ocupa en el aparato productivo de la empresa u organización. En ese sentido, admitamos que existen CLIENTES, desde la perspectiva de los empresarios y USUARIOS, desde la perspectiva de los prestadores de servicios o funcionarios.

El desarrollo del enfoque de calidad centrado en el USUARIO o CONSUMIDOR, se ha demostrado en estudios que provienen fundamentalmente del área industrial, con ejemplos de producción a gran escala que se planifican basándose en el conocimiento científico de la relación OFERTA- DEMANDA.

Gradualmente este conocimiento acumulado se ha ido transfiriendo a otras áreas de producción.

Especialmente en la prestación de servicios de salud, se evidencian una serie de particularidades, que no admiten réplicas acríticas de esas exitosas metodologías. Es así que desde nuestro punto de vista, el eje central del cambio a procesar en los servicios de atención a la salud, corresponde a diseñar estrategias capaces de colocar a la población usuaria como verdadero centro de acción del sistema o empresa.

Dado las características del servicio en cuestión y considerando la importante carga de VALORES culturales que la población deposita sobre él, aparece una de las primeras limitantes vinculadas a la generación de la DEMANDA.

Demanda que se sostiene en un sentimiento de pérdida de salud o dicho de otra manera, “sentimiento de estar enfermo”. A partir de allí, se desencadena

una solicitud de asistencia, que parte del consumidor, pero que requiere una intervención profesional, para que efectivamente se defina la prestación del servicio.

Esta particularidad dada en los servicios de salud, llamada fenómeno de AGENCIA, por algunos economistas, determina una fuerte relación de dependencia del consumidor hacia el profesional de la salud, configurando un rol pasivo basado en una relación de poder, por ausencia de conocimiento sobre la verdadera necesidad de atención.

Esta situación se ve agravada por los efectos contundentes que genera el **MARQUETING** a nivel de las empresas de atención médica.

La lógica de compra y venta impregna todo el funcionamiento social, incluyendo al sector salud y generado una desvirtuación de la misión social de las instituciones o empresas sanitarias. De acuerdo a ello se estimula a la población, orientándola a consumir productos rentables, aunque ellos no sean verdaderamente necesarios, ni prioritarios para las personas. Uno de los ejemplos más gráficos a los que podemos recurrir, lo conforman las emergencias móviles. Estos medios de transporte, equipados como para resolver la estabilidad vital, hasta ubicar al enfermo en un centro de internación, se transformaron en servicios de consulta médica domiciliaria, para dar respuestas cómodas y oportunas a las limitaciones de accesibilidad presentes en el medio mutua. Sin el ánimo de evaluar la calidad de las prestaciones efectuadas por estas empresas, el fenómeno de distorsión llegó a los planos del ridículo, en tanto los montevideanos solicitábamos consultas urgentes para resolver cuadros gripales, con una ambulancia estacionada en la puerta del domicilio.

Es real que esta situación se ha tratado de corregir por los propios empresarios, para quienes no era rentable la utilización de un conjunto de recursos costosos, para resolver un problema que requiere de tecnologías sencillas y económicas, un problema que podemos llamarlo propio, del primer nivel de atención a la salud. En realidad lo anecdótico, tenía la finalidad de ilustrar dos conceptos que a nuestro criterio son inseparables: “**DEMANDA INDUCIDA**” Y “**CONSUMIDOR IRRACIONAL**”.

La primera es variable causal de la segunda, pero al mismo tiempo se genera

un fenómeno de bidireccionalidad y retorno, que hace dificultoso romper el círculo vicioso de la confusión y el caos, percibido en la operativa de los servicios sanitarios.

Como decíamos anteriormente, el marketing ha sido una herramienta de venta, no siempre utilizada con la ética necesaria como para preservar los derechos de la población, entre otras cosas, al de estar informado correctamente. Las campañas llevadas a cabo por medios de comunicación masiva, ideadas con la finalidad de “capturar” afiliados, en general han contribuido a incrementar la confusión de la población, promocionando confortables edificios, computadoras y sofisticadas tecnologías, destinadas a la curación de la enfermedad.

Finalmente, lo analizado apunta a la síntesis de que, los estándares de calidad, normas generalmente fijadas por “Expertos” o “Colectivos científicos”, que por mayor amplitud que tengan en su elaboración, integran un enfoque relativo, parcial e ideológico concreto. En cualquier caso, obedecen a ciertos puntos de vista y perspectivas de avance, siempre discutibles y perfectibles.

La CALIDAD, desde la óptica técnica, no es nada más que una de las miradas de los actores, en el proceso productivo. La CALIDAD REAL, necesita de la mirada de los usuarios, de los empresarios y de los trabajadores, desde su construcción hasta su evaluación, para ello se requieren políticas empresariales modernas, con administradores formados y sin temor a los cambios.

Esperamos que estas reflexiones, que de alguna manera representan la orientación de la cátedra de Administración del I.N.D.E., hallan sido capaces de movilizarlos al estudio de un tema tan complejo, como apasionante.

ANEXO 9.

PROYECTO DE LEY ENVIADO POR EL COLEGIO DE ENFERMERAS DEL URUGUAY AL SENADO.

SE COMIENZA LA DISCUSIÓN DEL PROYECTO EL 11 DE MAYO DE 2010, CONFORMANDO LA QUINTA LEGISLATURA (desde el año 1989) EN LA QUE SE INGRESA PROYECTO DE LEY DE EJERCICIO DE LA PROFESION. Redactada por Presidencia de la República en el ejercicio del Presidente Tabaré Vazquez, con firma del MSP, MEC. Y asesores de la Presidencia, Pro-secretario Lic. Jorge Vazquez y abogados de la Presidencia.

Apoyada por: CONAE, Facultad de Enfermería UDELAR- Facultad de Enfermería UCUDAL- Consejo Nacional y Regional de Enfermería.



Cámara de Senadores

“Enfermería”

Se regula el ejercicio de la profesión

EXPOSICION DE MOTIVOS

En el año 2009 el Poder Ejecutivo envió un proyecto de ley a este Parlamento con

la intención de regular el ejercicio de la profesión de enfermería.

En esta XLIIA legislatura los integrantes de la comisión de Salud Pública del Senado hemos considerado oportuno retomar dicha discusión tomando en cuenta la antes mencionada iniciativa y los aportes sugeridos por la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República y el Colegio de Enfermeras del Uruguay.

El presente proyecto intenta definir el ámbito de actuación y responsabilidades de dicha profesión promoviendo el ejercicio responsable de la misma.

En la 45° Sesión de la Asamblea Mundial de la Salud que tuvo lugar en 1992 se exhortó a los Estados miembros a: *“Que refuercen la capacidad gerencial, directiva y fortalezcan la posición del personal de enfermería en todos los marcos y niveles asistenciales incluidos los servicios centrales y locales de los ministerios de salud y las autoridades locales responsables de los programas locales. Que promulguen disposiciones legislativas, cuando así sea necesario o adopten otras medidas apropiadas para asegurar buenos servicios de enfermería”*.

Nuestro país cuenta en su ordenamiento jurídico con las siguientes disposiciones: Decreto-Ley N° 14.906 del 2 de julio de 1979, se ratificó con fecha 31 de junio de 1980, el Convenio Internacional de Trabajo N° 149 del 21 de junio de 1977, sobre el personal de enfermería. Dicha norma recomienda a los Estados (Recomendación N° 157 de la OIT) que consagren en sus legislaciones internas las condiciones que deben reunirse para tener derecho al ejercicio de la práctica de enfermería, así como el fomento de la participación de personal en la planificación de los servicios y consulta en la toma de decisiones (artículos 4 y 5 del CIT de la OIT).

En consonancia con lo expresado en el párrafo anterior, por Decreto 219/009 de 11 de mayo de 2009, el Poder Ejecutivo reglamentó la prestación de los servicios profesionales de los licenciados en enfermería en las instituciones públicas y privadas prestadoras de servicio de salud.

Asimismo se deben mencionar al Decreto-Ley N° 15.661 de 29 de octubre de 1984 y a su Decreto reglamentario 308/995 de 11 de agosto de 1995 que regularon sobre los títulos profesionales que otorgan las universidades privadas, que abarcan la profesión de enfermería.

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) adoptó por primera vez un Código internacional deontológico para enfermeras en 1953. Este código que implica por tanto un conjunto ordenado de deberes y obligaciones morales que tienen éstos profesionales, se ha revisado y reafirmado en diversas ocasiones, la más reciente es la realizada en 2005.

Las enfermeras tienen cuatro deberes fundamentales: promover, proteger y restaurar la salud y aliviar el sufrimiento, todo ello con una orientación preventiva. La necesidad de enfermería es universal.

Enfermería tiene como responsabilidad social defender el derecho a la salud y la vida de todos los habitantes del país.

La enfermería está conformada en equipo por dos niveles de formación: Licenciado (título otorgado por la Universidad) para el nivel profesional básico, y Auxiliar, para el nivel no profesional. Uno de los propósitos de esta Ley, es promover una mayor claridad sobre los roles de los integrantes del equipo de enfermería.

La calidad de la atención de enfermería está condicionada a la relación entre profesional de enfermería y auxiliar de enfermería, así como entre el Licenciado y el Médico

La importancia de estos indicadores y sus efectos sobre la aplicación de cualquier modelo de atención que busque la excelencia en beneficio de la población beneficiaria, está avalado por las Organizaciones internacionales de Salud. La OPS/OMS en “Indicadores de las Metas Regionales de RRHH para la Salud, 2007-2015” Meta 3 y 4 del Documento, que se transcriben, definen:

“Meta 3: Todos los países habrán formado equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente a agentes sanitarios de la comunidad para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad.”

“Meta 4. La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1 en todos los países.”

En nuestro país el análisis de estos indicadores muestran un sobredimensionamiento del número de Auxiliares en relación al número de Licenciados, y para la relación Médico/Licenciado, una inversión del indicador aceptado internacionalmente. Cuando debería darse una relación de 1/1 en la realidad el número de médicos supera ampliamente la de Licenciados.

La sanción de esta Ley contribuiría: a) estimular el acceso a la carrera y la permanencia en el país de los recursos formados en la Universidad, y b) hacer efectivo el derecho a la salud de la población, en los niveles de calidad adecuados de acuerdo a las necesidades del Sistema de Salud Integrado que se ha puesto en marcha.

La carrera de grado de la licenciatura otorga en el primer semestre del tercer año el diploma de Auxiliar de Enfermería, con lo que se habilita una incorporación al mercado laboral.

A partir de 1991 y con el fin de favorecer el incremento de licenciadas en enfermería, a la vez que se hace justicia con un personal que posee el prerrequisito universitario que viene trabajando en el ámbito de la salud, se dio inicio a los cursos de Profesionalización de Auxiliares de Enfermería.

El proyecto que ponemos a consideración de la Cámara de Senadores consta de 8 artículos en los que se define el objeto de la profesión, el ámbito de aplicación, las exigencias normativas que deberán cumplir la currícula tanto del título de licenciado como del de auxiliar; describe las funciones del Licenciado en Enfermería y establece las funciones de los Auxiliares de Enfermería.

La acreditación periódica de su actualización científica e idoneidad profesional, es otro de los aspectos requeridos por este proyecto.

Finalmente se establece que -sin perjuicio de la aplicación de las normas legales nacionales vigentes- se tendrá presente lo establecido en el convenio N° 149 de OIT (Organización Internacional del Trabajo – Recomendación N° 157) en relación a las condiciones laborales, ambientales, salariales y de organización del personal de enfermería.

21 de junio de 2010



Cámara de Senadores

Particular

“ENFERMERÍA”

Se regula el ejercicio de la profesión

PROYECTO DE LEY

Artículo 1°.- (Objeto) La presente ley tiene por objeto consagrar el marco jurídico que regulará el ejercicio de la profesión de enfermería en la República Oriental del Uruguay.

Se declara que la enfermería es una disciplina científica, encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano en su actividad de adaptación, desarrollada para mantener equilibrio con el medio, frente a alteraciones bío-psíco-sociales; enfoca la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención: primaria, secundaria, terciaria y otros. A través de todas sus acciones la enfermería observa, garantiza y aboga por el respeto a la dignidad del ser humano, reconociendo el derecho de todo habitante a recibir servicios de enfermería de calidad y cantidad suficiente.

Artículo 2°.- (Ámbito de aplicación) Componen la profesión de enfermería todos aquellos recursos humanos de salud egresados de las Instituciones de formación terciaria universitaria públicos y privados habilitadas por la autoridad pública competente, que ejerzan funciones como tales en todo el territorio nacional luego de su inscripción y habilitación en el Ministerio de Salud Pública, según lo establecido por la normativa vigente en la materia.

Artículo 3°.- (De los requisitos para el ejercicio de la enfermería)

Para el ejercicio de la profesión de enfermería en el territorio nacional se requerirá obligatoriamente título habilitante de Licenciado en Enfermería expedido o revalidado por la Universidad de la República, o título otorgado por instituciones autorizadas a funcionar como institución universitaria por el Poder Ejecutivo y con carreras reconocidas, según lo preceptuado en la normativa vigente en la materia.

b) Para el acceso a diferentes niveles de la conducción de los servicios o de atención a la salud, se requerirá el título de Especialista, Magíster o Master, Doctor en Enfermería, expedidos o reconocidos por la Institución competente y habilitados según lo establece la Ley.

La duración y contenido de la currícula de las diferentes instituciones públicas y privadas autorizadas y facultadas para expedir el título de Licenciado en Enfermería, deberá cumplir con las exigencias normativas definidas por las autoridades estatales competentes en relación a las carreras universitarias de grado.

Artículo 4°.- (De las funciones de los Licenciados en Enfermería) Al Licenciado en Enfermería le compete, entre otras funciones las que se enuncian:

- A) Integrar y participar en los equipos de salud, promoviendo la mejor relación interdisciplinaria, reconociendo y valorando las capacidades y competencias de sus integrantes.
- B) Realizar y conducir el Proceso de Atención de Enfermería que corresponde al equipo de enfermería, en el primer, segundo y tercer nivel de atención, entre otros.
- C) Participar directamente en el proceso de atención, enseñanza y cuidado de la salud, en los distintos ciclos vitales del individuo, familias y comunidad con un enfoque preventivo.
- D) Formular diagnósticos de enfermería, tratamiento y evaluación de los mismos.
- E) Realizar investigación enfocada en los problemas sanitarios que afectan a la población usuaria y al desarrollo de la disciplina en sus diferentes áreas de especialización.
- F) Administrar centros de atención a la salud, centros docentes de formación y los servicios asistenciales de enfermería en las Instituciones públicas y privadas.
- G) Ejercer la Dirección de Divisiones y Departamentos de Enfermería en instituciones públicas y privadas, según lo establecido en el Decreto 219/009, de 11 de Mayo de 2009.

- H) El Licenciado de Enfermería podrá integrar la gestión directiva de los servicios docentes y de atención a la salud a nivel estratégico, táctico y operativo.
- I) Evaluar la capacidad profesional de enfermería en concursos, pruebas de ingreso, promoción y otros.
- J) Realizar auditorías y consultorías, vinculadas a su especialidad.
- K) Integrar los comité de control de infecciones, comité de bioética y así como otros espacios de relevancia institucional.
- L) Participar, en el ámbito de competencias profesionales, en la toma de decisiones en los servicios de gestión y administración hospitalaria.

Artículo 5°. (De los requisitos para ejercer como Auxiliar de Enfermería).

- Debe tener título o diploma expedido por institución competente
- reconocida por el Ministerio de Educación y Cultura y habilitado por el
- Ministerio de Salud Pública.

- Actuar bajo la supervisión del Licenciado de Enfermería.

Artículo 6°.- (De las actividades de los Auxiliares en Enfermería). Serán actividades de competencia de los Auxiliares de Enfermería:

- 56) Todas aquellas actividades delegadas del proceso de atención de enfermería, dependiendo jerárquicamente de la dirección y supervisión del Licenciado en Enfermería competente.

- 57) Participar en el equipo de enfermería colaborando con los programas de educación a la población y en proyectos de investigación.

Artículo 7°.- (De la supervisión y limitación en el ejercicio) Los profesionales enfermeros (Licenciados) deberán acreditar periódicamente su actualización científica y su idoneidad profesional, según corresponda, ante las respectivas instituciones formadoras. Los certificados que se expidan sobre actualizaciones, capacitación y otros estarán sujetos a los requisitos establecidos por las Instituciones referidas en el artículo 3° de la presente ley.

La falta de acreditaciones en un plazo de cinco años será considerado como condición

limitante para el acceso a cargos de ascenso. Todo integrante de enfermería con título habilitante que haya permanecido cinco años o más sin ejercer su profesión, deberá actualizarse de acuerdo a los requisitos establecidos por las instituciones del artículo 3° de la presente ley, para ejercer su actividad como tal.

Artículo 8°.- Sin perjuicio de la aplicación de las normas legales nacionales pertinentes, las condiciones laborales del personal de enfermería en lo relativo a medio ambiente laboral, salarios, aspectos de la tarea y de la organización institucional, tendrán presente lo estipulado en el Convenio N° 149 (Recomendación N° 157) de la Organización Internacional del Trabajo, ratificado por la República Oriental del Uruguay, por el Decreto-Ley N° 14.096, del 2 de julio de 1979.

21 DE JUNIO DE 2010



