

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Cátedra de Administración

Programa Internado

PROYECTO EDUCACIÓN A DISTANCIA

Módulo I

***"DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN
DE UNA UNIDAD O PROGRAMA"***

2002 - 2004.

Coordinación Técnica: Prof. Agdo. Silvia Santana
Prof. Adj. Josefina Verde

Diagramación: Lic. Mariana Tejera
Sergio González
Alejandro Bianchi

Corrección: Prof. Agdo. Silvia Santana
Prof. Adj. Josefina Verde

Empresa Gráfica de la Facultad de Enfermería.
Dirección del Dpto. de Audiovisuales.

La publicación de éste libro fue realizada con el apoyo de la Comisión Sectorial de Enseñanza (CSE) y forma parte de la Biblioteca Plural de la Universidad de la República.

**DEPARTAMENTO DE ADMINISTRACIÓN
EQUIPO DOCENTE RESPONSABLE
DEL DESARROLLO DEL PROGRAMA INTERNADO**

Dirección de Cátedra. *Profesor Alicia Cabrera.*

Lic. Enf. Master/ Especialista en Administración.

Dirección de la Maestría en Administración.

Asistente Académica.

Dirección de Programa. *Prof. Agda. Silvia Santana.*

Lic. Enf. Master en Investigación en Salud,

Especialista en Administración.

Licenciada en Educación.

Coordinadores Programa.

Prof. Adj. Josefina Verde. Lic. Enf. Master en Investigación en Salud.

Licenciada en Educación.

Dirección del Departamento Educación para la
Salud, DNSSFFAA.

Prof. Adj. Iris Dutra.

Lic. Enf, Especialista en Salud Mental.

Dirección del Programa Asistencial Sanatorio
Etchepare.

Prof. Agda. Nery González. Lic. Enf, Maestrando en Administración,

Dirección del Proyecto Multiprofesional,
en APS, "Don Atilio" Salto.

Grupo Docente:

Prof. Adj. Lic. Enf. Elizabeth Bozzo.

Prof. Adj. Lic. Enf. Ana García

Prof. Adj. Lic. Enf. Miriam Gorrasi.

Prof. Adj. Lic. Enf. Graciela Núñez

Asistentes:

Lic. Enf. Silvia Destéffano

Lic. Enf. Sandra Figueroa,

Lic. Enf. Rosa Sangiovanni

Lic. Enf. Inés Umpierrez,

Ayudantes:

Lic. Enf. Sandra Huino

Lic. Enf. Milton Sbárbaro.

PRESENTACIÓN.

La Cátedra de Administración tiene, desde el año 1999 la responsabilidad de desarrollar el Programa Internado, ubicado en el cuarto ciclo, último semestre de la carrera de Licenciatura de Enfermería.

Esta Cátedra desarrolla la Disciplina de Administración, uno de los ejes curriculares del plan de estudios, a través de un aprendizaje basado en problemas, como metodología de enseñanza en el área de enfermería.

Este aprendizaje basado en problemas permite evaluar lo que ha sido aprendido; posee la condición de integrador porque requiere la participación de distintas disciplinas en el abordaje de los problemas, generando en el educando la disposición a observar y aplicar todos los conocimientos pertinentes, necesarios y posibles de acuerdo a su formación.

Este papel protagónico del estudiante como centro del proceso, interviniendo activamente, comprometiéndose con el aprendizaje, es también lo que sustenta el Programa Internado.

El Programa Internado de la Licenciatura en Enfermería está concebido como un módulo integrador de los contenidos académicos obtenidos en los ciclos anteriores del currículum.

Nace como estrategia en el nuevo Plan de Estudios con el objetivo de permitir una instancia integradora que permite a la Institución la formación de un profesional involucrado con la realidad, capaz de analizarla y transformarla a través de un desempeño crítico-científico.

En este sentido, puede incorporarse a los cuadros de Enfermería de cualquiera de las Instituciones prestadoras de Servicios en carácter de Interno, con responsabilidades profesionales, supervisados por Licenciados Docente-Asistenciales y con responsabilidades académicas, que podrá realizar en forma presencial o a distancia.

En la consideración del Internado como la antesala del ejercicio profesional, es altamente conveniente favorecer el arraigo de estos profesionales en las Instituciones de su localidad de origen. De ésta forma, se lograría incrementar la cobertura de atención profesional de Enfermería en los diferentes Departamentos del País.

Esta aspiración estuvo limitada a los departamentos de Salto, Paysandú, Canelones y Tacuarembó. Luego de la decisión de la Comisión Sectorial de Enseñanza de la UDELAR de apoyo a una propuesta de educación a Distancia, se proyectó la descentralización en todo el país para el año 2003- 2004.

Este Proyecto apunta a ampliar el área de cobertura de aplicación del Programa Internado, desarrollando la estrategia de Educación a Distancia. Busca apoyar al estudiante, sobre todo, para cumplir con las cuatro experiencias educativas definidas como integradoras dentro del programa:

- ◆ Estudio de situación de la Unidad de Organización simple o programa en el que desarrolla su internado.
- ◆ Elaboración del proyecto de gestión, en respuesta a las necesidades de la población destinataria y de acuerdo a los recursos disponibles.
- ◆ Presentación de casos clínicos, como respuesta a la operativización y generalización de la aplicación del proceso de atención de enfermería.
- ◆ Elaboración de Informe final con indicadores de proceso y resultados de la gestión desarrollada en el transcurso de su Internado.

Este primer módulo de Educación a Distancia busca centrar el apoyo en la primera experiencia educativa Diagnóstico de Situación de una unidad simple de Organización o Programa en la búsqueda de:

- Aportar herramientas metodológicas para su desarrollo.
- Orientar en la bibliografía que apoye el logro de los objetivos.
- Apoyar al estudiante a lo largo del proceso mediante una guía práctica, que dé respuesta a sus múltiples interrogantes.
- Unificar el lenguaje de la Administración para permitir su integración en la realidad de la gestión de los Servicios, por parte de los profesionales de Enfermería.

Prof. Agda. Silvia Santana
Dirección Programa Internado

INTRODUCCIÓN

El Programa Internado de la Licenciatura en Enfermería, se ha diseñado en módulos de Educación a Distancia, en sus cuatro experiencias educativas.

El primer módulo busca que el interno tenga un apoyo que le permita:

- ❖ Orientarse en el Programa
- ❖ Sentirse seguro en el proceso de inserción
- ❖ Poseer la guía metodológica que le permita aproximarse a la realidad de la unidad o programa asignado.

¿CÓMO SE DEBE UTILIZAR EL MODULO I ?

1. Comience con la lectura general del **Capítulo I**. Cuando finalice su lectura comprenderá:
 - las generalidades de la Administración de los Servicios de Salud.
 - el concepto de Gestión Operativa de Enfermería sustentado por la Cátedra de Administración.
 - la necesidad de profundizar algunos aspectos. Para ello está planteada la bibliografía y la pagina web de la Facultad de Enfermería, que le brindará información complementaria.
2. **El Capítulo II:** le permitirá realizar, en forma operativa y guiada, un análisis del sistema, jerarquizando en la caracterización de la población, por ser el paso fundamental e imprescindible para comenzar a pensar en su proyecto de trabajo.
3. **El Capítulo III:** le permitirá realizar un estudio poblacional en el área de Primer Nivel. Obtendrá, además, una serie de cuadros que

podrá utilizar para ordenar la información obtenida. Recuerde que puede modificar o agregar otros, si fuera necesario.

4. **El capítulo IV:** Le permitirá obtener una serie de preguntas que ordenarán su información y le servirán para autoevaluar la comprensión del Módulo I en general, por parte de los docentes responsables.
5. **El Capítulo V:** Se organiza como Anexos. En ellos se incluyen diferentes temáticas que usted necesitará para responder a algunas preguntas de autoevaluación.

Todo lo que necesite consultar, hágalo a la dirección electrónica admin@inde.edu.uy.

CAPITULO I

GESTION DE SERVICIOS DE ENFERMERIA A NIVEL OPERATIVO

Prof. Lic. Alicia Cabrera

El siguiente material tiene la finalidad de orientar a los estudiantes del programa de INTERNADO en la aplicación de la gestión diaria de la unidad o programa asistencial asignado y así implementar el plan de trabajo.

La información esta organizada en dos partes, atendiendo a favorecer el proceso intelectual que debiera seguir el educando, aplicando el enfoque sistémico y desde lo general a lo particular en su competencia directa como “*gerente operativo*”:

- 1) “**Lineamientos generales de Administración de Servicios de Salud**”.
- 2) “**Gestión operativa de enfermería**”.

1) LINEAMIENTOS GENERALES de la ADMINISTRACIÓN de SERVICIOS de SALUD

El concepto de administración del que participa la Cátedra, implica una asociación dialéctica entre un objeto de estudio centrado en las **ORGANIZACIONES HUMANAS o EMPRESAS** y un método de abordaje propio de la disciplina, que corresponde al **PROCESO ADMINISTRATIVO**.

El abordaje de este complejo objeto social se realiza progresivamente en el proceso educativo. De esta manera el estudiante a nivel de la licenciatura comienza administrando la asistencia de enfermería de un grupo seleccionado de usuarios hasta que, en la fase final de la Carrera, se pretende que adquiera competencias para gestionar globalmente una unidad o programa operativo. Esto implica una población objetivo definida (en el ámbito institucional o extramuros), integrando los recursos humanos, materiales y financieros disponibles para la prestación de servicios de enfermería.

Para lograr estas competencias, se orienta en la aplicación del enfoque sistémico, forma de pensamiento y análisis, que conforman la gran herramienta metodológica intelectual que nos facilita el conocimiento de la REALIDAD, en un proceso de aproximación creciente. En ese sentido, lo

primero que un administrador científico tiene que aceptar es su incapacidad para “conocer la totalidad del objeto”, concretamente, de la empresa o servicio o sector que administre. Se trata entonces de trabajar con lo conocido y definido por la organización y con herramientas lo suficientemente holísticas como para poder abarcar el universo en la cantidad y calidad óptima posibles. Los procesos de producción que se desarrollan en las empresas adquieren el dinamismo de los fenómenos sociales con la ausencia de respuestas científicas a algunos de los problemas que se nos presentan.

Es necesario, entonces, tener conciencia de que, lo que verdaderamente podemos realizar, son “aproximaciones” a la realidad o “diagnósticos primarios”. Estos siempre son un punto de partida para el despegue de líneas de acción. Su dinámica no invalida la información generada sino que la transforma en un punto de vista posible y relativo que nos permite operar sobre la realidad concreta.

Veamos ahora la empresa en la cual desarrollaremos nuestro trabajo. Ella es el contexto inmediato que condicionará directamente el desempeño del servicio o unidad operacional en el cual nos insertaremos. En un analogismo podríamos decir que la empresa es el gran escenario donde se llevara a cabo nuestra actuación profesional.

Por ello, antes de recabar datos rutinarios y a ciegas, debemos tener una clara concepción de lo que implica **“SER UNA EMPRESA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA SALUD”**. Si no aclaramos estos pilares, no tendremos explicación para los fenómenos que se suceden a la interna de las unidades operacionales.

Bien. Entonces, parece necesario realizar algunas definiciones prácticas que nos permitan avanzar:

- ¿Que es una empresa?
- ¿Qué es un servicio asistencial?
- ¿Qué es la atención a la salud?

Desde la óptica de la administración, una EMPRESA se concibe como una organización social unida en pos de un objetivo común a lograr con el compromiso de todos sus miembros. Esta definición nos lleva a concebir a la Iglesia Católica como una empresa, a un grupo de jóvenes deportistas como una empresa y a “La Pasiva”, también como una empresa. La óptica de la economía tiene otras connotaciones al respecto y define a la empresa como una “Unidad productiva de bienes o servicios.”

También podemos verlo desde la orbita jurídica y nos debemos remitir al concepto de “Personería jurídica”, nomenclatura con la cual se identifican las organizaciones y se catalogan las responsabilidades y derechos de la organización frente a la sociedad. En ese sentido, la legislación nacional ampara para el sector salud una variedad de formas como: Cooperativas Médicas, Sociedades anónimas, Sociedades de responsabilidad limitada, Unipersonales, etc., que operan en el sector público y privado.

En el sector público, dependiente de la administración central, se encuentra la Administración de Servicios de Salud del Estado ASSE, órgano creado en 1986.

Las empresas pertenecientes al sector privado centran sus esfuerzos en mejorar los márgenes de las utilidades (ganancias), dado que funcionan en una lógica de mercadeo de servicios de salud, vendiendo un menú de actos de atención médica, fundamentalmente curativos, a cambio de una cuota mensual que promedia entre los \$300 en los jóvenes o niños y \$700, los adultos. El sector público, aún mantiene un modelo centrado en la atención hospitalaria, con débiles vinculaciones entre los efectores de los distintos niveles de atención sanitaria, lo que repercute en los resultados finales de la atención a los usuarios.

A manera de síntesis podemos afirmar que el actual modelo de atención sanitaria debe enfrentar los siguientes problemas :

1) Atomizado y selectivo: La prestación de servicios sanitarios se inicia a través de la *demanda espontánea* de las personas. Básicamente, el “sentimiento” de alguna dolencia o alteración de la dinámica orgánica, despierta el motivo de consulta. Es real que la llamada “cobertura de atención médica” es un concepto que se restringe al derecho de hacer uso de una serie de servicios, siempre que medie el pago correspondiente de la cuota y la orden o ticket de asistencia para acceder a la consulta médica de urgencia o policlínica, medicamentos y estudios paraclínicos.

En el área pública los requisitos del usuario pasan por tener carnet de asistencia con determinadas exigencias que permiten al usuario exonerarlo del pago en el momento del consumo o definir el pago de aranceles.

Esta característica atenta contra el criterio de *oportunidad* de la atención sanitaria y genera prestaciones basadas en el proceso mórbido ya instalado, dejando de lado un sector de demanda asistencial que no pudo sortear las barreras de la *accesibilidad* económica para consultar.

Debemos precisar que el concepto de *demanda espontánea*, no es puro. En realidad los servicios sanitarios, al igual que otros productos o servicios que se ofertan, son sometidos a un proceso de “*inducción*”. Ya sea el accionar del profesional médico o la orientación de la propaganda

generada por las empresas médicas ,puede provocar un consumo innecesario de servicios cuya única finalidad es el lucro.

2) Inequitativo: Si bien el concepto de *equidad* implica recibir la atención que sea necesaria y sin distinción de calidad entre la población beneficiaria, podemos afirmar que el mismo se ha desvirtuado , ya que es analizado exclusivamente desde la óptica económico-contable. En este sentido es común el manejo de cifras comparativas del gasto en el sector público y privado, demostrando que el primero gasta por usuario tres veces menos que el sector privado. Si bien esto es así, y probablemente hoy día la brecha sea más amplia, es un análisis parcial.

Es posible, según nos muestra la realidad cotidiana que en ambos sectores exista inequidad, dado que no se reciben los servicios de acuerdo a las necesidades de los usuarios, sino al proceso de demanda inducida como lo explicitamos en el punto anterior. Por otra parte el proceso de fraccionamiento sostenido que ha sufrido el sector nos hace encarar con “naturalidad” el hecho de ofertar una calidad diferente para los usuarios del sector público y del privado, realidad cada vez más alejada del concepto de equidad sostenido por la Organización Mundial de la Salud.

Finalmente, es notorio el incumplimiento de este principio cuando analizamos el financiamiento del sector. Al margen del financiamiento público basado fundamentalmente en el aporte del IVA, del cual desconocemos cifras actuales, están los aportes individuales de los socios mutuales que pagan todas similares cuotas independientemente de su nivel de ingresos.

3) Centrado en el accionar del actor médico: El trabajo unilateral de este profesional en el abordaje de los complejos problemas de salud trae como consecuencia una asistencia parcializada y por tanto ausente del tratamiento de las diferentes causas y efectos que rodean al proceso mórbido.

La vigencia de este modelo asistencial centrado en la curación de la enfermedad ,atenta contra el desarrollo de las diferentes disciplinas del área salud y por sobre todo atenta contra la calidad de la prestación de servicios. Enfermería tiene su área de dominio centrado en el *cuidado de las personas*, atendiendo a la *integridad , continuidad y calidad técnico científico* del proceso salud-enfermedad y con enfoque preventivo. Por lo tanto debemos demostrar el aporte de nuestro “valor agregado” en el accionar del proceso de atención de enfermería.

4) Ineficaz e ineficiente: Quizás estos dos atributos sean la consecuencia del accionar de los demás factores, fundamentalmente de la inoperancia intersectorial y de los resultados del modelo socioeconómico en su conjunto. Lo cierto es que todos los diagnósticos, de cualquier tendencia político ideológica coinciden en la insatisfacción en relación a los resultados del modelo y sus efectos en los indicadores de morbi-mortalidad de la población uruguaya. Tendencias que se estancan o acrecientan en indicadores que hacen a la carta de presentación de un país. Enfermedades propias de las clases pobres (tuberculosis) que resurgen con gran vigor y cifras que continúan ocupando las primeras causas de mortalidad hace más de una década.

Conocer las cinco primeras causas de muerte a nivel nacional. El estudiante debe manejar los indicadores de morbilidad relacionados a la población que está asistiendo en el programa.

La génesis del proceso salud -enfermedad se construye básicamente fuera de la órbita del sector salud. Los niveles de ocupación /desempleo, los niveles de pobreza y marginalidad, los índices educacionales, los factores genético- hereditarios, los aspectos relacionados a la integración de la red social primaria (familia-barrio), el acceso a vivienda y servicios de agua potable, saneamiento, transporte, comunicaciones . Los niveles de violencia existentes en la sociedad, el respeto por los derechos humanos ,los factores ambientales y geográficos, se complementan entre otros, con los índices de cobertura sanitaria para dar como resultante : **La situación sanitaria de una población objetivo.**

Es importante entonces que el estudiante sea capaz de identificar como la organización y funcionamiento de los diferentes componentes del sector salud y del conjunto de los sectores sociales, conforman la “ variable independiente” (CAUSA) del modelo de atención sanitaria y sus resultados sobre la población . Es por ello que muchos de los planteos de cambio se sustentan en cambios ESTRUCTURALES y no solamente modificaciones funcionales del actual paradigma.

2) GESTIÓN OPERATIVA DE ENFERMERÍA

Es recomendable que el estudiante tenga presente el perfil de competencias del INTERNO y lo compare con el de la Licenciada operativa. Esta última es, en todos los casos, la responsable institucional del servicio asistencial, por tanto debe estar *informada y compartir el proceso de toma de decisiones atinente a la asistencia de enfermería de la población bajo su responsabilidad.*

Es evidente que el INTERNO va a desarrollar actividades que se le son propias en su calidad de *estudiante* y delegadas en su calidad de *asistente de la Licenciada operativa o Licenciada Supervisora.*

¿Cuáles son los pasos para desarrollar la gestión asistencial a nivel operativo?

1-Es fundamental tener presente que el centro de la gestión son las personas, sean estas usuarios de servicios de salud o grupos de población objetivo.

¡¡¡¡Cuidado con las falsas contradicciones entre asistencia y administración!!!!

Los enfermeros y estudiantes de enfermería administramos la prestación de servicios a las personas sanas o enfermas, por lo tanto conjugamos las funciones de administración, docencia e investigación para sostener y desarrollar la función asistencial. Esto nos determina una serie de actividades propias, relacionadas a la prestación de cuidados directos y delegados. Así mismo otras actividades derivadas como las de coordinación con otros miembros del equipo asistencial y servicios de apoyo, acciones informativas, docentes, formativas y de investigación.

ASISTENCIA DE ENFERMERÍA GESTION DOCENCIA INVESTIGACION

Para gestionar la asistencia de enfermería debo partir del conocimiento de la población desde una óptica propia. La información disponible en los datos estadísticos, sumado a la recabación de datos mediante una muestra, son mecanismos que nos permiten establecer un punto de partida de aproximación general. A partir de ello dibujo un perfil poblacional “tipo” que me permite recrear el diseño del proceso de atención de enfermería en acuerdo con el equipo de enfermería.

Esta fase de conocimiento (*Caracterización*) se complementa con la definición de criterios para el ordenamiento de la población (*Clasificación*). De la misma manera que un médico cirujano clasifica complejidad del acto quirúrgico en “cirugía mayor o menor”, “urgente o de coordinación”, el enfermero determina los “niveles de dependencia de enfermería”.

Existen varios modelos para ello, los cuales deben adaptarse a las demandas específicas de la población en cuestión.(Ver bibliografía recomendada).

Los *criterios de clasificación* pueden realizarse desde una óptica de necesidad humana y complementarse con las características del trabajo de enfermería (carga de trabajo basada en procedimientos o actividades). Estos criterios nos sirven para definir categorías de ordenamiento de los usuarios y estimar la cantidad y calidad de recursos humanos ,materiales y financieros necesarios para dar respuesta a la demanda asistencial de enfermería .

CRITERIOS de CLASIFICACION

- ***Tipo de tratamiento farmacológico.***
- ***Mediciones paraclínicas.***
- ***Información del usuario/flía.***
- ***Frecuencia y tipo de pautas de lo control psicossomático.***
- ***Capacidades sensoriales.***
- ***Accesibilidad económica al tratamiento.***
- ***Presencia de daños orgánicos asociados.***
- ***Factores de riesgo***
- ***latrogenia.***

2- Ya ubicados en el estricto “*momento de la verdad*” o sea el acto asistencial propiamente dicho ,es necesario realizar algunas puntualizaciones:

- a) Conocemos, ordenamos e intervenimos en la población objetivo mediante el proceso de atención de enfermería .
- b) La secuencia planteada ,no se da en la realidad de una manera rígida . Depende del momento en que se encuentre nuestro proceso de gestión. Si es al comienzo del abordaje de la unidad o programa, es necesario partir de una información de referencia, que nos permita plantarnos con algún grado de certeza en la gestión. Una vez obtenidos estos datos, es a través de la aplicación del proceso de atención de atención, de donde surge la fuente fundamental de información para nuestra gestión.
- c) Es conveniente tener presente que los actos de gestión responden a una concepción de administración y nunca están exentos de una carga ideológica determinada. En ese sentido recordar los núcleos básicos del paradigma de GESTION de CALIDAD TOTAL

Según el Dr. Pasos Nogueira refiere a la “***Manifestaciones objetivas de un modelo de producir bienes o servicios***” que se caracteriza por:

- Generación de productos adaptados a patrones o especificaciones técnicas.
- Preocupación en satisfacer demandas y necesidades de los consumidores.
- Metodología de trabajo que involucra a todos los niveles de la organización.

Diremos entonces que en la fase de (*Intervención*) el estudiante se posiciona en el ***PROCESO PRODUCTIVO DE SERVICIOS DE ENFERMERÍA***, que se desarrollará en el marco de un área de internación, consulta externa o domicilio.

Este proceso productivo tiene como resultado final el logro de metas de ***RECUPERACIÓN, REHABILITACIÓN, PREVENCIÓN*** e incluso ***APOYO PALEATIVO*** para los pronósticos de muerte. Dichas metas es deseable que sean definidas por el equipo de salud y previamente al desarrollo del plan de atención .Esto es lo que en administración dará lugar al DISEÑO del servicio o modelización.

Estas normas de producción no se improvisan, dado que la atención profesional cuenta con un bagaje de conocimientos y evidencias científicas que nos permiten orientar la acción en base a metas predeterminadas.

De acuerdo a ello necesitamos dos tipos de normas operativas:

1. Los **ESTANDARES** asistenciales que nos orientan a “*lo que esperamos*” como resultado de las diferentes intervenciones de enfermería que hacen al proceso productivo. Los estándares de “*calidad técnica*” junto con los de “*calidad percibida*” por el usuario ,nos permiten identificar los niveles esperados desde el aporte técnico y desde la expresión de los grados de satisfacción de la población atendida.
2. Los **PROTOCOLOS ASISTENCIALES**, nos señalan “*como debemos proceder*” a través de una secuencia de actividades ,científicamente probadas en la praxis de enfermería y orientadoras en la definición de diagnósticos o tratamientos específicos.

De acuerdo a lo expresado se recomienda que el estudiante cuente con estándares y protocolos correspondientes a los diagnósticos de enfermería más frecuentes identificados en la población objetivo.

Dado que la realidad vigente nos marca un escenario diferente al deseado, donde se identifica el trabajo desarticulado del equipo de salud y del equipo de enfermería, nuestra orientación docente motiva al estudiante a realizar algunas definiciones preliminares tomando como marco la normativa vigente y generando acuerdos sencillos para el funcionamiento del equipo de enfermería.

Ejemplos: ESTANDAR DE ENFERMERÍA:

- La Licenciada responsable del programa de ancianidad realizará por lo menos una visita domiciliaria semanal a los ancianos de alta dependencia, frecuencia que se modificará en virtud del diagnóstico situacional en cada caso.
- Los ancianos de alta dependencia tendrán un referente familiar o acompañante capacitado por la licenciada de enfermería para el cuidado domiciliario.

ESTANDAR DE SATISFACCIÓN de USURIOS:

- La Licenciada responsable del programa de ancianidad tendrá documentados los niveles de satisfacción de la población usuaria del programa y familiares involucrados, mediante encuesta de opinión realizada en cada ejercicio anual.

Ejemplo : PROTOCOLO DE ASISTENCIA DE ENFERMERÍA PARA ANCIANOS DE ALTA DEPENDENCIA.

Ejemplo.: PROTOCOLO PARA LA MEDICIÓN DE NIVELES DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS Y FAMILIARES HOSPITALIZADOS.

Uno de los aspectos más dificultosos para el estudiante en Administración es la permanente conjunción de los planos organizacionales y particulares de los usuarios. En ese aspecto debemos resaltar que ambos planos son complementarios e indispensables para la gestión asistencial. Por medio de un razonamiento analógico digamos que para la administración ,la unidad o programa se pueden asemejar a un “paciente” ,en el conjunto de servicios de la empresa Los servicios hospitalarios o las unidades ejecutoras son para la administración como los usuarios para la enfermera operativa.

Es necesario entonces, que el estudiante identifique un plano organizacional general de este proceso productivo cooperativo multidisciplinario ,en un marco de grandes acuerdos políticos, entre los servicios, los diferentes niveles de la empresa y los propios actores de enfermería. En general se encuentra con comportamientos consuetudinarios y escasa normas generales documentadas, que utiliza para explicitar las bases del funcionamiento del equipo de enfermería ,en el marco de ese programa en particular. Dado que la realidad vigente nos marca un escenario adverso, nuestra orientación docente impulsa al estudiante a realizar algunas definiciones preliminares en el marco de la normativa vigente y en la especificidad del funcionamiento de enfermería.

En este juego de perspectivas, el nivel operativo genera asistencia personalizada a los individuos con una serie de connotaciones de privacidad e identidad propias , que muestran la “cara visible” de la organización, a través de la enfermera “X” y el médico “Y”. Al mismo tiempo se genera la información y estadísticas de los hechos asistenciales que dan cuenta de la producción institucional, con sus aciertos y dificultades.

El INTERNO necesita manejar información del colectivo de usuarios para estimar recursos y realizar cortes de evaluación del proceso asistencial en su conjunto. De esta manera genera valor agregado de enfermería a la gestión empresarial global Al mismo tiempo requiere el conocimiento profundo de los individuos ,formulando los diagnósticos de enfermería y el plan de intervención personalizada, para dar respuesta al compromiso de asistencia profesional al usuario /cliente .

En síntesis, si no somos capaces de realizar el proceso de atención de enfermería a la población usuaria no podremos dar contenido a la gestión. La información general nos sirve para visualizar en otra dimensión el proceso productivo, ambos se necesitan y retroalimentan para identificar problemas y plantear soluciones para las funciones de asistencia ,administración, docencia e investigación.

- 2) Fase de evaluación (*Demostración*). Para todos ya es sabido la importancia que ha cobrado este aspecto en la gestión asistencial. Aquel dicho popular de que para ser bueno no basta con serlo sino parecerlo, quizá sea una buena consigna como punto de partida. Ya transitamos desde la planificación, con la elaboración de normas “referentes” y útiles para direccionar el proceso productivo, se trata entonces de chequear si el diseño de producción se cumplió total o parcialmente. Para ello es necesario recurrir a indicadores claros, que den cuenta del impacto de las intervenciones de enfermería. Si continuamos con los ejemplos planteados anteriormente podríamos definir los siguientes indicadores de gestión asistencial:

Ejemplos:

Nº de ancianos de alta dependencia / Población objetivo

Nº de visitas domiciliarias/ Nº de ancianos de alta dependencia (x mes ,x año)

Nº de familiares y acompañantes capacitados / nº de ancianos de alta dep.

Nº de días de hospitalización / Nº de días de asistencia domiciliaria

Nº de días de hospitalización / Nº de ancianos de alta dependencia

Nivel de satisfacción óptimo/ población objetivo (%)

Nivel de satisfacción parcial/ población objetivo (%)

Nivel de satisfacción negativo/ población objetivo(%)

Es indispensable que el estudiante cuente con los datos para generar la información mediante los indicadores. Los integrantes del equipo de enfermería acordaran sistemas de información unificados y facilitadores, que complementen la documentación ya existente en el servicio .

¡¡¡Recuerden ,los registros son sensores de fenómenos que nos interesa analizar y sistematizar, pero no deben transformarse en la esencia de nuestro trabajo y menos aún en receptáculos de datos inútiles !!!!!

GESTION de PROGRAMAS

<i>CICLO PRODUCTIVO</i>	
Caracterización	Conocer
Clasificar	Ordenar
Intervenir	P.A.E.
Evaluación de Calidad	Demostrar

Bibliografía

- **Astori Danilo.** “Nociones básicas de economía”. Fundación de cultura universitaria. Uruguay 1986.
- **Organización Panamericana de la Salud.** “Dotación de personal para los servicios de Enfermería en hospitales de distrito para la atención primaria de salud”. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud. N° 32
- **Ballestero H., Vitancourt M. Y otros.** “Bases científicas de la administración”. Editorial Interamericana, México 1997.
- **Forcada Carmen y otros.** “Aproximación al conocimiento de la comunidad en atención primaria”. Guía de recogida de datos para el examen preliminar de la situación de salud de la comunidad. Grupo APOC de la Societat catalana de MfiC. España, Barcelona 1990.
- **Juan J. Artells Herrero.** “Aplicación del análisis coste-beneficio en la planificación de los servicios sanitarios”. Eficiencia y equidad en la atención perinatal. Edit. Masson. España, Barcelona 1989.
- **J. Jimenez Villa.** “Programación y protocolización de actividades”. Monografías clínicas en atención primaria. Edit. Doyma. España, Barcelona 1990.
- **Cuesta Gómez y otros.** “La calidad de la asistencia hospitalaria”. Edit. Doyma. España 1986.
- **Passos Nogueira Roberto.** “Perspectivas de la gestión de calidad total en los servicios de salud”. Serie PALTEX, salud y sociedad 2.000, N° 4. OPS/OMS. Washington, 1997.
- **Cabrera Alicia, Santana Silvia y otros.** “manual de estándares para la acreditación de servicios de Enfermería”. Ediciones de Enfermería. Uruguay, Montevideo 2000.
- **Cabrera Alicia, Santana Silvia y otros.** “Gestión de servicios de salud. Experiencias Nacionales”. Ediciones Mosca. Uruguay, Montevideo 2001.

CAPITULO II.

GUIA PARA INICIAR EL ANÁLISIS DE UNA UNIDAD O PROGRAMA.

Prof. Agdo. Silvia Santana.

Prof. Adj. Josefina Verde.

Prof. Asist. Sandra Figueroa.

OBJETIVOS:

APLICAR LA METODOLOGIA,

- DE LA ADMINISTRACIÓN
- DEL ANALISIS DE SISTEMAS
- DEL PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA
- OTRAS.

CONOCER ESTRUCTURA Y FUNCIONAMIENTO.

REALIZAR ANALISIS COMPARATIVO, IDENTIFICACION
Y PRIORIZACION DE LOS PROBLEMAS MÁS
IMPORTANTES DE LA UNIDAD.

INTRODUCCION.

Se hace necesario que previo a la lectura del capítulo, el estudiante haya completado la lectura de dos libros básicos de Administración, con énfasis en el capítulo de Planificación. Se recomienda ATS, Villar y Col.(1); y Bases Científicas de la Administración, Interamericana(2)

El propósito es que el estudiante esté en condiciones de responder a las preguntas:

¿Qué entiende por Administración?
¿Qué es Planificación?
¿Cuáles son sus Principios?
¿Cuáles son sus etapas?

Entendida ahora la Planificación como Función y como fase en sí misma, estamos en condiciones de precisar que la planificación es un proceso de reflexión, que se orienta y dirige a la acción, es decir a la intervención sobre la realidad.

Para que ésta pueda llevarse adelante necesitamos:

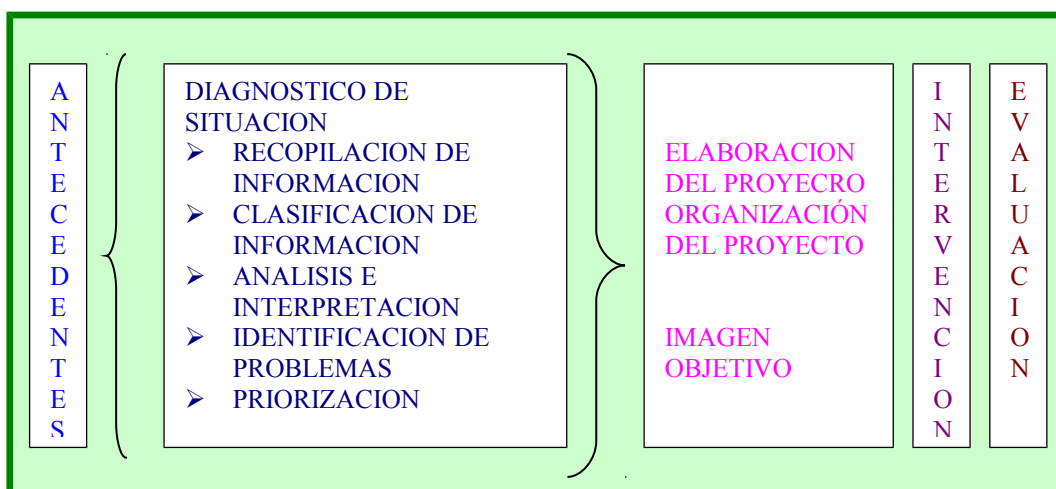
Definir el sistema en estudio. Siempre a esta altura de la formación del interno, será una unidad o programa(como mínima estructura de organización).

Conocer sus antecedentes históricos en relación con sus metas, objetivos, estructura y funcionamiento.

Definir metodológicamente como se va a abordar el conocimiento de la situación actual del sistema.

Esto nos permitirá estar en condición de elaborar el plan o proyecto de gestión, que actuará como imagen- objetivo en la intervención, que como internos de enfermería realizaremos en el transcurso del Internado, así como las evaluaciones intermedias y finales.

ESQUEMA PARA LA UBICACIÓN DEL DIAGNOSTICO DE SITUACION.



Al considerar la unidad o programa como sistema, partimos de la base de la existencia de un grupo de recursos, una estructura y tecnología dispuesta para el desarrollo y prestaciones de servicios de salud.

Para el conocimiento de ésta situación no podemos quedarnos con los datos aislados de situaciones coyunturales o consuetudinarias. Deberemos estructurar un sistema de información que nos permita obtener un análisis y producción de nuevos conocimientos para la elaboración de decisiones como punto de partida del plan de intervención. De igual forma es necesario establecer los mecanismos para el seguimiento y evaluación, para poder oportunamente realizar los ajustes necesarios.

El Diagnóstico de situación puede ser concebido como la valoración actual y pasada de un sistema, requiriendo de la aplicación de métodos cuantitativos y/o cualitativos para describirlo o interpretarlo, según la naturaleza del sistema.

Se corresponde con la identificación del problema y sus causas. Es la primer etapa de la planificación. Para establecer los planes de proyección debe partirse de un conocimiento de la situación actual.

Este conocimiento puede obtenerse de dos maneras:

a) mediante la creación de un modelo, que nos permita la aplicación del método científico, es decir crear un modelo conceptual que permita explicar los hechos observados logrando una verificación científica. Para esta opción el estudiante podrá remitirse al capítulo II, del libro Gestión de Servicios de Salud, (Publicación, INDE, Cátedra de Administración, Montevideo, 2001).

b) Mediante la aplicación de la metodología MEP, que buscaremos construir de acuerdo a los componentes principales de un Diagnóstico de Situación.

4- Para continuar con la lectura del Módulo, el estudiante deberá responder las siguientes preguntas:

- 1-¿qué es un estudio descriptivo?*
- 2-¿Cómo se define la población y la muestra?*
- 3-¿que entiende por problema?*
- 4-¿qué entiende por variables?*
- 5-¿qué entiende por indicadores?*

Ahora que tenemos acuerdos conceptuales retomemos el Diagnóstico de Situación que viene siendo objeto de ésta descripción de la realidad consiste en explorar y definir en primera instancia el sistema en estudio, es decir la unidad organizacional. (**UNIDAD O PROGRAMA**).

¿ Cual es su denominación dentro de la Institución u Organización del Primer Nivel de Atención?

¿ Cual es su propósito, metas y objetivos?

¿Cuáles son sus funciones y actividades sustantivas?

¿Cuáles son los problemas y manifestaciones del sistema?

Estos problemas y sus manifestaciones se relevarán a través de indicadores relativos a:

- USUARIOS
- RRHH
- RRMM, PLANTA FISICA
- RFFF
- INFORMACION

1. **EI USUARIO** es el objeto de sistema o dicho de otra forma, a quien está destinada la finalidad inmediata del mismo.

La enfermera debe poder conocer los problemas de él como si estuviera realizando un estudio de mercado: “Qué es lo que puedo ofrecerle?” sería la cuestión y para ello requiero establecer lo que necesita.

El usuario como objeto de estudio puede ser abordado desde diferentes perspectivas, siempre en la búsqueda del perfil de la población.

Para conocer la población necesitamos preguntarnos:

¿Qué es la caracterización de la población?

Es definir desde la visión de la Disciplina Enfermero el conocimiento del perfil de la población destinataria de las intervenciones. Caracterizar es Conocer con un objetivo predefinido.

¿Dónde ubicamos la caracterización de la población?

El enfoque de sistemas se plantea como una herramienta sumamente dúctil a la hora de ordenar la información necesaria para enfrentar y resolver problemas.

Una vez definido el sistema, dentro de las entradas ubicamos como eje central del mismo el objeto del sistema, en nuestro caso el usuario, población usuaria. Se corresponde con la primer etapa del proceso administrativo: la planificación.

¿Qué importancia tiene la caracterización de la población?

Si hacemos acuerdo en que no podemos cuidar de forma integral a un usuario de manera individualizada sin conocerlo, esto se hace extensivo al tratar a grupos de usuarios, en nuestro caso población referida al sistema.

Es por ello que debemos desarrollar métodos que nos permitan conocer el grupo de población, y en base a esto definir las estrategias asistenciales de abordaje al grupo.

En suma, nos permite generalizar problemas y luego, estandarizar el cuidado.

¿Cómo podemos lograr un grado de conocimiento de la población que nos permita definir las necesidades de cuidado, los recursos necesarios para desarrollar estos y los resultados a alcanzar?

La definición de indicadores o variables de caracterización adecuadas condicionan el desarrollo de una propuesta de cuidado que de respuesta a los principales problemas de salud de la población.

Deberíamos partir de forma tal de conjugar:

- la profundización de los conocimientos del área clínica específica, mediante la consulta bibliográfica, requisito insoslayable para encauzar el trabajo
- El abordaje de la población usuaria mediante el PAE (Proceso de Atención de Enfermería)
El proceso metodológico para el abordaje de la población se realiza a través del método inductivo: el conocimiento de la población se genera desde el conocimiento individual de cada uno de sus componentes y luego se generaliza realizando una síntesis de los aspectos similares y los diferentes.

Esta síntesis se logra realizando tratamiento estadístico de los datos que muestre esas diferencias y semejanzas.

A modo de ejemplo, la edad se puede representar estableciendo categorías que puedan relacionarse con otras variables, por ej. Antecedentes personales, diagnóstico médico, diagnóstico de enfermería, entre otros. Así podremos generalizar problemas comunes a cada categoría de forma de definir un perfil del usuario del servicio en base a criterios propios de Enfermería.

Dado que el PAE incorpora las variables relevantes, que dan cuenta de los aspectos sustantivos y diferenciales del individuo, al generalizar la enfermera logra especificidad en la caracterización y por lo tanto, pertinencia en el cuidado.

Deberíamos tener presente que estableciendo un proceso dialéctico de aproximaciones sucesivas al objeto de estudio y análisis de la información, se profundiza el conocimiento del mismo, por lo que, inscriptos en el marco del proceso administrativo estaríamos realizando un actualización continua del diagnóstico de situación. En este entendido se justifica una vez mas la necesidad de jerarquizar la caracterización de la población, como elemento clave de la planificación.

¿Que fuentes de información deberíamos tener en cuenta a la hora de realizar la caracterización de la población?

Las fuentes de información se clasifican en primarias y secundarias. Para la enfermera/o, las fuentes primarias son el usuario y su familia.

Las fuentes secundarias (aquellas codificadas por otros profesionales con determinada intencionalidad, compartida o no) son la Historia Clínica, el Equipo Asistencial con énfasis en el Equipo de Enfermería, Servicio de Registros Médicos, entre otros.

¿Cómo definir los indicadores apropiados al grupo poblacional?

Cada una de las variables que incorpora el PAE debe operacionalizarse o descomponerse en indicadores que simplifiquen su medición. A modo de ejemplo, el sistema nervioso central se operacionaliza a través de sus indicadores: estado de conciencia, pupilas, RFM, sensibilidad, motilidad, entre otras.

Otro ejemplo: dimensión psicoemocional: se explora a través de los mecanismos de relacionamiento, estabilidad emocional, mecanismos de defensa (negación, rechazo, etc)

Deberíamos realizar este proceso con todas las variables en la búsqueda de indicadores tales como tipo de servicio, motivo de ingreso, etapa del proceso asistencial que cursan, tiempo de internación, problemas de salud que presentan, factores de riesgo, hábitos saludables y nocivos, problemas interdependientes, Diagnósticos de Enfermería, cuidados o tratamientos, entre otros.

Recordemos que en la perspectiva planteada de aproximaciones sucesivas al conocimiento del usuario, estos indicadores deben permitir profundizar la información, pasando del plano general a uno específico.

¿ Cómo alcanzar la especificidad?

Uno de los caminos puede ser profundizando en los Diagnósticos de Enfermería, estableciendo una relación entre el problema observado y sus posibles causas, mediante una pesquisa de los factores relacionales asociadas a los mismos.

Ejemplo: En un primer acercamiento identificamos en varios usuarios, adelgazamiento notorio (Alteración del IMC en menos). En la medida que profundizamos en el conocimiento de la situación de esos usuarios podremos establecer si en todos los casos el problema se corresponde con iguales causas. Si no fuera así, la mayor especificidad nos orienta a establecer distintas categorías diagnóstica, que comparten la variable dependiente.

Ejemplos:

Alteración del IMC en menos ...relacionado a disturbios metabólicos (cetoacidosis diabética)

Alteración del IMC en menos... relacionado a situación socio-económicas, (de indigencia social).

Alteración del IMC en menos... relacionado a trastorno psicoemocional (anorexia).

¿ Puede sintetizarse la información alcanzada en la caracterización de la población?

SI. Es posible sintetizarla, aún usando las mismas variables, confiriéndoles un gradiente de menor a mayor.

En este sentido nos planteamos la clasificación de la población, por ejemplo en **niveles de dependencia de cuidados de Enfermería.**

Si la caracterización contempló de forma integral y profunda las necesidades específicas de cuidado para el grupo en cuestión, los niveles de dependencia deberían reflejarlo de manera clara y para ello, deberán estar definidos explícitamente.

Por ejemplo la alimentación:

NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III
Se alimenta sin dificultad	Se alimenta con ayuda. Tiene acompañante	Se alimenta con ayuda. No tiene acompañante

Cuando la población tiene características diferentes, por ejemplo en ORL, usuarios en **pos operatorio mediato** de laringectomía, que en el 100% no se alimentan vía oral, tendremos que adecuar la explicitación ya que se están analizando tres variables, la alimentación, el grado de conocimiento y el apoyo familiar.

NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III
Tiene conocimiento, se alimenta por SNG, con supervisión familiar	No adquirió conocimientos, lo alimenta la familia por SNG	No adquirió conocimientos. Alimentación por SNG bajo la responsabilidad de Enfermería. Sin apoyo familiar.

Como enfermeros, debemos procurar la especificidad, esto es, explorar profundamente aquella información que adquieren relevancia para nuestro abordaje, no podríamos clasificar en niveles de dependencia utilizando únicamente las variables relativas a las necesidades básicas.

Del conocimiento de la población obtenido en la caracterización podremos seleccionar la información pertinente, es decir explorar otras variables como el grupo etario al que pertenecen (que nos orienta a ciertas dificultades, de mayor dependencia en niños y ancianos, de diferencias nutricionales e inmunitarias), el sexo (con problemas de salud específicos, ejemplo neoplasma de mama en la mujer), la procedencia (con mayor separación del núcleo familiar, social y laboral en los usuarios del interior); cobertura social (con diferente capacidad de respuesta a los problemas asistenciales).

Los sistemas afectados nos permiten correlacionar la información, estableciendo nexos entre las causas de internación y su situación general, hallando la superposición de problemas agudos y crónicos. Nos permite darnos cuenta de la interrelación que existe entre los diferentes sistemas del organismo. En consecuencia nuestros usuarios necesitarán más cuidados, cuanto más sistemas estén alterados, hasta requerir el máximo de cuidados, aquellos clasificados como multisistémicos.

Las **etapas del proceso: ingreso, diagnóstico, tratamiento, alta**, nos hablan de momentos diferentes en la clínica de los pacientes, en sus necesidades y en el tipo de trabajo que deberemos desarrollar. Así en el ingreso priman las acciones de orientación al servicio y compensación fisiológica. Durante el diagnóstico se darán una serie de tareas hacia lo externo del servicio: muchos traslados, coordinaciones, etc.

En la fase terapéutica la enfermera se centra en diferentes procedimientos, la mayoría invasivos o altamente complejos, para ir transitando a otros de menor complejidad como es el caso de los pacientes crónicos, con miras al alta, en la mayoría de los casos habiendo incorporado esos procedimientos (Ej. Consumo de antihipertensivos).

Los **diagnósticos de enfermería** son, sin duda, la variable de alta especificidad para el tratamiento de enfermería.

Estos pueden definirse como una hipótesis, o sea una respuesta tentativa a la problemática del usuario. Como toda hipótesis relacionan dos variables: el hecho observado con su posible causa. El tratamiento de la causa asegura un abordaje más profundo a los problemas del usuario que si sólo se trata lo aparente (tratamiento sintomático).

Independientemente de la semántica es importante sistematizar los diagnósticos, cuantificando los mas frecuentes. Ellos darán origen a un grupo de actividades y a resultados esperados de la gestión enfermera.

Su importancia radica en la posibilidad de protocolizar los cuidados, disminuyendo los márgenes de error. Por otro lado, se pueden transformar en estándares asistenciales.

Algunos autores (Wesorick) han estipulado a través de ellos, estándares de proceso y de resultados, lo que viabiliza la evaluación de las prestaciones.

En otros casos, la dependencia puede estar gravada por el tipo de tratamiento. En este sentido es muy diferente el diabético que consume hipoglucemiantes orales del que se inyecta insulina, pues no sólo son diferentes las capacidades que debemos desarrollar, sino que también son diferentes los riesgos.

La condición dinámica que ofrece el usuario a la enfermera es diferente a la que accede el médico, para quien el diagnóstico siempre será el mismo. Por ello, un mismo paciente puede atravesar diferentes niveles de dependencia a lo largo del proceso,

Y ES NUESTRO DEBER ACOMPASAR LOS MISMOS!!!!!!!

Lo importante es utilizar esta variable en su real dimensión, o sea , transformar este dato, que a su vez es resumen de otros, en un marco de referencia útil para la gestión. Este sistema de clasificar los pacientes, que a su vez no puede ser estándar sino que debe adaptarse a las peculiaridades de cada población como ya vimos, debe adquirir cierto significado para la enfermera.

Podría correlacionarse cada uno de los estadios con los tiempos asistenciales: ¿ cuánto tiempo de enfermería insume la atención de cada categoría? Y ¿ cual es la proporción de profesionales y auxiliares correspondientes a cada una?

Esta información así ordenada es útil para determinar recursos: si existe afectación del Aparato Respiratorio sabremos que necesitaremos determinado tipo de materiales (máscaras ,nebulizadores etc.). Nuestras normas se orientarán a estos procedimientos y en consecuencia los programas de orientación tendrán esta orientación.

2. Los **RECURSOS HUMANOS** se exploran con distintas variables:
 - N° de recursos afectados al Servicio
 - Distribución de esos recursos en las diferentes categorías (Médicos, enfermeros, etc) Aún en los enfermeros, distribuir entre profesionales y auxiliares.

Luego es importante describir al recurso propio, es decir, a los enfermeros, a través de una serie de características de importancia:

- cómo se distribuyen en los turnos
- cual es su antigüedad en el servicio
- cual es la descripción de cargo
- que tipo de preparación tienen (formación en servicio)
- grado de correspondencia de su preparación con el tipo de usuarios(es acorde con las necesidades del usuario?)
- nivel de experiencia (años de egresado, años de permanencia en el servicio)
- grado de dedicación (doble empleo u otras circunstancias que puedan restar tiempos de dedicación)

3. Los **RECURSOS MATERIALES** se desprenden de los diagnósticos, o mas bien del plan de trabajo.

Deben discriminarse los bienes de uso de los de consumo. Los primeros deben analizarse considerando su desgaste y los plazos de reposición. Verificar la existencia de manuales de uso y mantenimiento.

Los de consumo deben derivarse de las necesidades de los usuarios a los que se agregan estimaciones de proyección como son el 5% (por eventualidades) y otras que pretenden dar respuesta a previsiones. Por Ejemplo si en el Servicio se opera los martes y jueves, debemos considerar que los lunes y miércoles tendremos ingresos, por lo que al estimar los recursos en estos días, incluimos ésta previsión.

De la **PLANTA FISICA** en particular, se describe la superficie general y su distribución en sectores.

Se considera si existe señalización de las áreas de mayor jerarquía.

Observar las condiciones de limpieza y orden, el mantenimiento de la estructura edilicia (cual es el procedimiento de coordinación) y los mecanismo de seguridad. Explorar diferentes factores de riesgo laboral.

4. Los **RECURSOS FINANCIEROS** son un dato a tener en cuenta al realizar la planificación de actividades, pero no constituyen un elemento del diagnóstico diario del Servicio.

Sin embargo es fundamental conocer la información que antecede en relación con los recursos , a efectos de incorporarla al presupuesto del período estimado.

5. La **INFORMACION** es referida a los sistemas que se emplean en el Servicio, en relación a la gestión (instrumento de caracterización de la población, planificación de actividades, empleo de recursos, evaluación de resultados) y con la información clínica (relacionada concretamente con el PAE: Historia clínica, tarjetero, manual de procedimientos)

Se incorpora toda la información de contexto: normas institucionales, del Departamento de Enfermería, Comités institucionales (Ej. Comité de Infecciones, de Tumores, de Historia Clínica, etc.)

Otra información es referida al conocimiento de la demanda:

- grado de utilización de los Servicios (ingresos, egresos, períodos de estadía).

Se describe el proceso asistencial:

- ✓ Ingresos Cual es el requisito administrativo
 Como llega el usuario
 Quien lo recibe
- ✓ Diagnóstico Cuales son los exámenes mas frecuentes
 Quien realiza el diagnóstico médico
 Cómo se solicitan y coordinan los exámenes
 Quien realiza el diagnóstico de enfermería
- ✓ Tratamiento Cuales son los tratamientos mas frecuentes
 Existen normas para su realización
 Cómo se proveen los materiales
 Cómo se proveen los medicamentos
 Dónde se indica y registra el tratamiento
- ✓ Alta Quien autoriza el alta y cual es el procedimiento
 Cual es el trámite administrativo
 Quién y qué se informa al usuario
 Donde se archiva la Historia y estudios
 imagenológicos

 Cual es el trámite de alta contra voluntad
 Cual es el trámite frente a defunción
 Cómo se realizan las devoluciones de los recursos
 involucrados en la atención

- Grado de satisfacción de los usuarios: debe existir una propuesta o modelo claro para poder evaluarlo.
- Producción y productividad: en relación al número de ingresos, altas, número de consultas por profesional, tiempo de las mismas por usuario en relación al profesional médico y de enfermería, etc.

Esta información debe recogerse en un **instrumento** diseñado a tales fines. Su confección debe tender a simplificar el registro (de ser posible tildar categorías pre-establecidas)

Es importante identificar las **fuentes de información** correspondientes a cada uno de los datos. Así los datos del usuario deben provenir directamente de éste o un familiar si esto no fuera posible. Considerar que si proviene de otra fuente (Ej. otro profesional) puede haber sido codificada con otro interés y perder objetividad para enfermería.

Del mismo modo, la información de cada servicio de apoyo (Farmacia, Imagenología, etc.) debe ser colectada en el propio lugar y no recibirla de terceros (Ej. un compañero de la unidad)

El resultado del Diagnóstico debe analizarse con una perspectiva integradora, relacionando las diferentes categorías de información (Ej. Es adecuado el funcionamiento de Farmacia de acuerdo a las necesidades del usuario y la distribución de recursos humanos en el Servicio?).

El informe se presenta por escrito, seleccionando en la síntesis los datos de mayor relevancia los que pueden reseñarse en una tabla o gráfico, si corresponde.

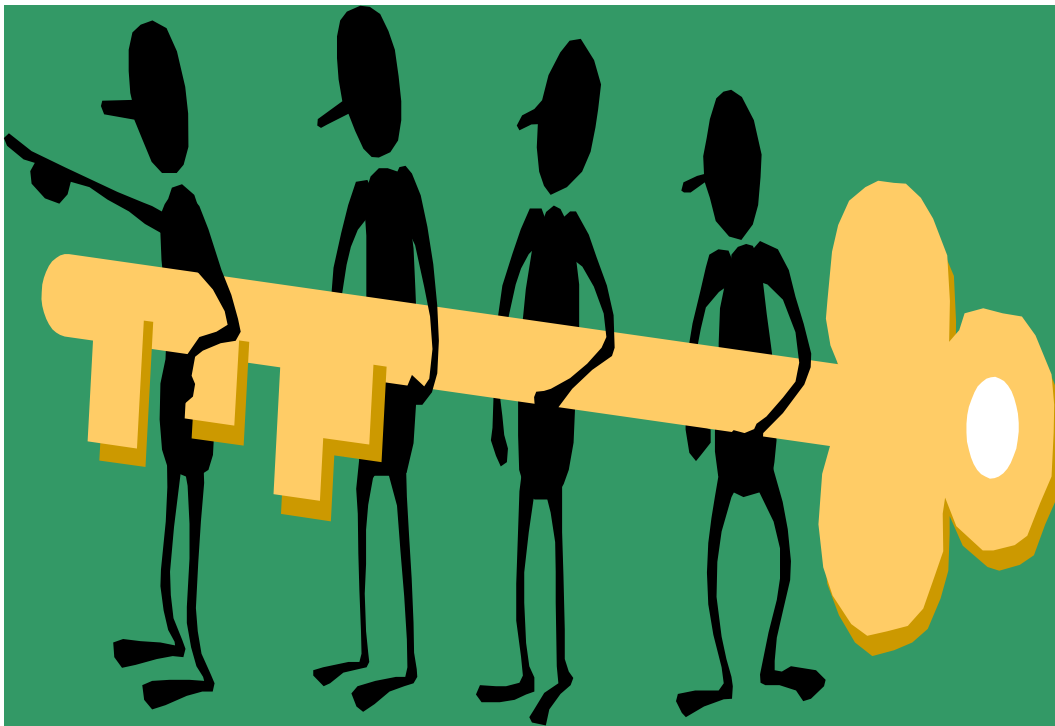
El producto es la identificación de las áreas problema y los factores favorables, sobre los cuales va a construirse el Plan de Trabajo.

BIBLIOGRAFIA

- **Monpart García, Mary Paz.** “Administración de servicios de Enfermería” . Editorial Masson, Barcelona 1995.
- **Cabrera Alicia, Santana Silvia y otros.** “manual de estándares para la acreditación de servicios de Enfermería”. Ediciones de Enfermería. Uruguay, Montevideo 2000.
- **Cabrera Alicia, Santana Silvia y otros.** “Gestión de servicios de salud. Experiencias Nacionales”. Ediciones Mosca. Uruguay, Montevideo 2001.
- **Canales, F.H. Alvarado, E.L. Pineda, E.B.** “Metodología de la investigación”. 1er. ED. OPS/OMS- Serie PALTEX 1986.
- **Pineault, Raynald, M.D. Daleluy, Carole.M.** “La planificación sanitaria” 2da. Edición, Editorial Masson, Barcelona 1987.
- **Serie HSP-UNI/** Manuales operativos Paltex, Vol II, N° 6 Fundación W. K. Kellogg 1996.
- **Ballestero H., Vitancourt M. y otros.** “Bases científicas de la administración”. Editorial Interamericana, México 1997.

CAPITULO III

GUÍA PARA EL DIAGNOSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD COMUNITARIA



**DOCUMENTO DE TRABAJO N° 1 –PROGRAMA INTEGRADO
ADMINISTRACIÓN- COMUNITARIA**

*Prof. Agdo. Neris González
Prof. Adj. Graciela Núñez*

GUÍA PARA EL DIAGNOSTICO DE LA SITUACIÓN DE SALUD COMUNITARIA

**Autores: Prof. Agdo Neris González
Prof. Adj. Graciela Núñez**

INFORMACIÓN NECESARIA DE LA COMUNIDAD

Desde el punto de vista del proceso administrativo el diseño de un modelo diagnóstico corresponde a la primera etapa del mismo, y a su vez a la primera fase del proceso de planificación, proporcionando la información necesaria para elegir los objetivos de la acción y las estrategias.

El enfoque epidemiológico es fundamental en las diferentes etapas del proceso de gestión ya sea para la realización del diagnóstico donde permite darle direccionalidad al proceso, identificación de problemas, como así también la programación y ejecución.

El diagnóstico de salud se define como un proceso de estudio sistemático de una comunidad del que se obtiene como resultado una descripción valorada y proyectada de las necesidades de salud de esa comunidad, así como los factores que la determinan o favorecen (González Dagnino 1990)

“Con la finalidad de identificar los problemas existentes en una comunidad y su impacto en la salud, es importante la elaboración de diagnósticos que incluyan diseño, recolección y procesamiento de la información y el análisis de la situación local. Este proceso permitirá seleccionar los problemas, buscar alternativas de solución, programar las actividades, costear y destinar recursos y preparar los proyectos respectivos para realizar las intervenciones”. DANIDA y WHO 1989¹

Toda propuesta programática comienza por un diagnóstico de situación. El mismo no es objetivo sino que se encuentra sesgado por una intencionalidad que en términos generales puede definirse como mejorar una situación inicial, para lo cual deberemos introducir en el diagnóstico la manera de destacar esos aspectos, diferenciándolos de otros que no tienen la misma relevancia para la propuesta programática.

Esta es una de las razones cuya significación es predominantemente técnica por las que hay que diferenciar el diagnóstico, pero hay otra de mayor importancia que podríamos denominarla razón estratégica o la necesidad de crear viabilidad política para la propuesta.

Con esto se busca legitimizar el contenido de la propuesta y al grupo social o institucional que la formula para poder introducir cambios a la situación encontrada.

¹ Restrepo Helena, Málaga Hernán. Promoción de la Salud: Como construir vida saludable. Editorial Médica Panamericana. 2001. Colombia.

“Los diagnósticos de salud se refieren a cuestiones que ocurren en la sociedad y en un ámbito restringido sectorial de la misma. Esta doble ubicación de los fenómenos complica su conceptualización debido a que implica un doble enfoque: el de la totalidad social basado en categorías interpretativas analíticas y el de la parcialidad sectorial, construida sobre conceptos manipulativos operacionales”²

El diagnóstico permite pasar de una fase subjetiva a una lo más objetiva posible que considere la complejidad de los problemas de lo que se deriva: la posibilidad de solución, el costo-beneficio, el costo-eficacia resultados y el impacto de la intervención. El enfoque basado en evidencias permite tomar decisiones teniendo en cuenta la exactitud de los datos y deja de lado la improvisación.

Para conocer la necesidad de salud de una población Kark plantea cinco preguntas básicas: .”³

- 1-Cuál es el estado de salud de la comunidad?
- 2- Cuales son los factores responsables de ese estado de salud?
- 3- Que se está haciendo sobre ello por parte del sistema sanitario y de la misma Comunidad?
- 4- Que mas se puede hacer, que se propone hacer y cuales son los resultados esperados?
- 5- Que medidas se necesitan para continuar la vigilancia de salud de la Comunidad y evaluar los efectos de lo que se esta haciendo?

Deben tenerse en cuenta *requisitos básicos* que debe contemplar el diagnóstico de salud :

- Que se utilicen datos objetivos y en la medida de lo posible cualificables y cuantificables, por lo que es imprescindible la existencia de estadísticas sanitarias.
- Que abarque a toda la población de la comunidad en estudio, por lo tanto si se utiliza muestreo éste debe ser representativo de toda la comunidad.
- Que sea integral, que contemple todos los factores que se relacionan con los problemas de salud.
- Que sea un instrumento de trabajo y no un trabajo más. Que no constituye un fin en si mismo, sino una herramienta para la acción.

² Testa Mario. Pensamiento estratégico y lógica de programación (El caso de salud). Lugar Editorial S.A. 1995. Buenos Aires

³ * Frias Osuna Antonio. Enfermería Comunitaria. Pag.1 MASSON S.A. 2000. Barcelona España.

ASPECTOS A CONSIDERAR EN LA ELABORACIÓN DE UN DIAGNOSTICO COMUNITARIO

Se presentarán datos a ser relevados y formularios para la recolección de los mismos.

- 1- *Caracterización de la Comunidad*
- 2- *Estado de salud de la comunidad*
- 3- *Recursos comunitarios disponibles*

1- CARACTERIZACION DE LA COMUNIDAD

a) Definición de la comunidad:

desde el punto de vista social, demográfico y geográfico

b) Características geográficas:

- Límites de la zona, del barrio o de la comunidad.
- Accidentes geográficos.
- Accesibilidad de las diferentes zonas de la ciudad. Determinar conexiones geográficas con otros barrios
- Establecer el tipo de comunidad; urbana o rural, barrio periférico, residencial, del centro de la ciudad.
- "Mapeo" de la zona, Ubicación de la zona en un mapa de la ciudad.
- Densidad de población
- Identificar factores protectores o de riesgo en la zona

c) Datos del medio ambiente:

- Condiciones climáticas y aspectos de la contaminación ambiental que puedan afectar la salud de la comunidad o al uso de servicios.
- Aspectos del saneamiento ambiental, potabilidad del agua, tratamiento de aguas residuales, tratamiento de residuos sólidos.
- Información referente a elementos del medio ambiente que actúan como protectores de la salud: espacios de recreación, presencia de árboles, etc.

d) Historia de formación de los núcleos poblaciones:

Nos pueden determinar problemas relacionados con las propiedades, creencias religiosas, sociales, idiomas, diferencias raciales, movimientos migratorios, etc.

e) Demográfico:

-Cantidad total de habitantes y su distribución por áreas específicas (densidad de la población por cantidad, sexo y distribución por manzanas)

- Distribución por edad y sexo.

Considerando que la edad y el sexo son alguna de las características que definen una población sugerimos su estudio detallado.

En una primera instancia estudiaremos la distribución de las edades por sexo, con lo cual haremos un cuadro.

Edad	Masculino %	Femenino %
Total		

-Pirámide por edad y sexo Fuente: INE Censo o encuesta a la población

Edad	Hombres	Mujeres
- 1		
1 – 4		
5 – 9		
10 – 14		
15 - 19		
20 – 24		
25 – 29		
30 - 34		
35 – 69		
40 – 44		
45 – 49		
50 – 54		
55 - 59		
60 – 64		
65 - 69		
70 - 74		
75 - 79		
80 - 84		
85 y más		
Total		

Para analizar la distribución por edad y sexo se construye un histograma de barras o pirámide, que describe por edad una población en un momento determinado de tiempo. Se anotan en abscisa los efectivos (o proporciones) y en la ordenada las edades o intervalo de edades. Habitualmente el sexo masculino se ubica en el cuadrante izquierdo y el femenino a la derecha. El estudio de la pirámide permite obtener información de la historia demográfica del país. Su análisis permite conocer datos de las características de la población. Se sugiere su aplicación en grupos poblacionales o comunidades grandes.

- Distribución por grupos de edad
Presentando los datos reagrupados

Años				
Niños (de 0 a 8 años)				
Adolescente (de 9 a 18 años)				
Adulto Joven (de 19 a 40 años)				
Adulto Maduro (de 41 a 65 años)				
Adulto mayor > de 65 años				

La delimitación de edades nos permite agrupar en grupos funcionales y crear divisiones o categorías de población, con diferentes necesidades de atención. A modo de ejemplo podemos clasificar en : niños , adolescentes y adultos o usar la categoría más conveniente para cada situación en particular.

- Número total de habitantes y su distribución por núcleos o barrios o manzanas

Núcleo / barrio / manzana	Año:		Año:	
	Número	Porcentaje	Número	Porcentaje
1.				
2.				
3.				
Total				

Fuente: INE Censo o encuesta a la población.

Otros indicadores demográficos

Años					
Nº Total de habitantes					
Nº Total de mujeres de 15 – 49 años					
Nº de nacimientos					
Nº de muertes					
Nº de Inmigrantes					
Nº de emigrantes					
Tasas bruta de natalidad (Nº de nacimientos durante período / Población x tiempo) x 1.000					
Tasa bruta de mortalidad (Nº de muertes durante período / población x tiempo) x 1.000					
Tasa bruta de fecundidad (Nº de nacimientos durante período / Nº total de mujeres de 15 – 49 años) x 1.000					
Tasa de crecimiento natural (Nº de nacimientos – Nº de muertes / población x tiempo) x 1.000					
Tasa de crecimiento migratorio (Nº de inmigrantes – Nº de emigrantes / población x tiempo) x 1.000					
Tasa de crecimiento demográfico (Tasa de crecimiento natural + tasa de crecimiento migratorio / población x tiempo) x 1.000					
Tasas bruta de natalidad (Nº de nacimientos durante período / Población x tiempo) x 1.000					
Tasa bruta de mortalidad (Nº de muertes durante período / población x tiempo) x 1.000					
Tasa bruta de fecundidad (Nº de nacimientos durante período / Nº total de mujeres de 15 – 49 años) x 1.000					

Fuente: INE, MSP
División Epidemiología

En los estudios epidemiológicos es imprescindible conocer la frecuencia con la que un evento sucede y sus manifestaciones por ej. mortalidad, natalidad, morbilidad etc.

La frecuencia de éstos pueden medirse en casos, razón proporción y tasas. Para medir el riesgo de que ocurra un acontecimiento dado en una población y comparar con validez, se relaciona ese hecho en la población en la cual puede acontecer. La tasa constituye el mejor instrumento de comparación en epidemiología.

Fuente de datos: División epidemiología del M.S,P,

f) Socio económico:

- Viviendas: tipo

- densidad de viviendas por manzanas
- material de construcción (paredes, techo)
- No. habitaciones
- Existencia de espacios verdes, huertas familiares
- Abastecimiento de agua
- Eliminación de excretas.

-Familia:

- Tipo de familia
- Relación habitantes / habitaciones
- Composición del núcleo familiar
- Familiograma (estructura familiar)

- Nivel de instrucción

	Hombres	Mujeres	X Edad	Total
Analfabetos				
Estudios primarios incompletos				
Estudios primarios completos				
Estudios secundarios incompletos				
Estudios secundarios completos				
Estudios superiores				
Total (población \geq 15 años)				

-Nivel de instrucción. A efectos de unificar criterios y poder realizar comparaciones es conveniente trabajar con las categorías que plantea el INE para el Censo.

Es importante tener en cuenta en la interpretación que los menores de 12 años deberían estar cursando primaria ,por lo tanto nunca debe aparecer como primaria incompleta .

Fuente: Censo o encuesta a la población.

-Relación según la actividad

A efectos de unificar criterios y poder realizar comparaciones es conveniente trabajar con las categorías que plantea el INE para el Censo

	Número	%
Estudiantes		
Amas de casa		
Ocupados		
Desempleados		
Buscan primer empleo		
Jubilados o pensionistas		
Incapacidad permanente		
Otros		
Total población		

Fuente: Censo del INE o encuesta a la población

g) **Creencias o costumbres particulares:** (religiosas, terapias alternativas, etc.)

2. ESTADO DE SALUD DE LA COMUNIDAD:

Se pueden estudiar a través de indicadores
Mortalidad.

- Tomando las 10 primeras causas de muertes en toda la población

Causa	Nº	%	Edad	Femenino	Masculino
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

- Morbilidad percibida (tomando aquella que la población determina)

Esta información se puede recabar a través de preguntas. A modo de ejemplo: ¿Que problema de salud cree usted que se da con mayor frecuencia en la población? ¿ de qué enferma la gente de esta comunidad? Etc. Esta información debe analizarse cuantitativa y cualitativamente. La información cuantitativa puede presentarse en cuadros y la cualitativa a modo de redacción con la interpretación del fenómeno en estudio o en una matriz.

- Enfermedades de declaración obligatorias (datos de División Epidemiología)

Causa	Nº	%
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		

- Consultas Mas frecuentes en Centro de Salud o Institución de referencia
|

Información sobre altas hospitalarias							
Causa	Nº Total	Grupos de edades					
		0 - 14	15 - 24	25 - 44	45 - 64	65 - 74	75 y +

Información sobre egresos hospitalarios Fuente M.S.P. o de acuerdo a la normativa de cada Centro

- Morbilidad expresada por la población

Morbilidad Expresada		
Edad	Sexo	Motivo

Se puede recabar la información a través de los datos de las enfermedades que cada integrante de la familia ha tenido en el último año.

- Factores de riesgo (tabaquismo, HTA, bebedores de riesgo, dislipemias, etc.) en poblaciones de 15 años o más.

Factores de riesgo	Si (Nº)	No (Nº)	No consta (Nº)

- Factores de riesgo en población de 0 a 14 años

Factores de riesgo	Si (Nº)	No (Nº)	No consta (Nº)

2.4 Otros datos de morbilidad disponibles

fuentes:

Año:

Observación:

Otros indicadores:

Positivos:

No embarazadas / Edad / gestas / No controles.

- Cuadro de No embarazadas por edad

Edad de la madre	Año		
Menores de 19 años			
19 y 35 años			
Mayores de 35 años			

- Peso al nacer (dar los datos en número de niños según el peso al nacer y para varios años)

Peso al nacer	Año		
Menos de 2,5 Kg			
Mayores de 2,5 Kg			

- Cobertura de inmunizaciones

Edad	Correctamente	Incorrectamente	Sin datos
Menores de 1 año			
1 – 5 años			
6 – 12 años			
Mayores de 13 años			

Nota: Se entiende por correctamente vacunado cuando al momento de la entrevista presenta el Certificado Esquema de Vacunación al día de acuerdo a la edad. Los casos que registren atrasos se consideran incorrectos.

-Actividad física por edades

Edad	Correctamente	Incorrectamente	Sin datos
Adolescente (de 9 a 18 años)			
Adulto Joven (de 19 a 40 años)			
Adulto Maduro (de 41 a 65 años)			
Adulto mayor > de 65 años			

Se considera correcta cuando realiza de 30 a 60 minutos de actividad física (deportes, ejercicios, caminatas etc.) con una frecuencia de 3 veces por semana.

Situación buco dental de la población por edades

Edad	Correctamente	Incorrectamente	Sin datos
Menores de 1 año			
1 – 5 años			
6 – 12 años			
Mayores de 13 años			

Se toma el Índice OCP (obturados, caries y perdidos) . Se considera correcta cuando no presenta caries ni piezas perdidas. Los casos que registran caries o piezas perdidas se consideran incorrectas.

Crecimiento y Desarrollo de los niños por edades

Edad	Correctamente	Incorrectamente	Sin datos
Menores de 1 año			
1 – 5 años			
6 – 12 años			

Tomando las pautas de Crecimiento y desarrollo definidas por OPS y utilizadas por el MSP. Se puede tomar como fuente el carné de salud del niño

Información Cualitativa:

- Impresiones del equipo técnico sobre los problemas de salud más frecuentes y/o más graves (de toda la comunidad en conjunto y de los diferentes grupos de edad y sexo)

Metodología de recogida:

Año:

Observaciones:

- Impresiones de la comunidad sobre los problemas de salud más frecuentes y/o más graves (de toda la comunidad en conjunto y de los diferentes grupos de edad y sexo)

Metodología de recogida:

Año:

Observaciones:

Impresiones de otros profesionales sobre los problemas de salud más frecuentes y/o más graves (de toda la comunidad en conjunto y de los diferentes grupos de edad y sexo)

Metodología de recogida:

Año:

Observaciones

2- RECURSOS COMUNITARIOS DISPONIBLES:

Son los que prestan servicios específicos de atención primaria, los de referencia y otros que se relacionan con la salud. Debe dar idea de la organización y desarrollo comunitario. No siempre son formales. Investigar las redes sociales como grupos de amigos, de adolescentes, de padres, etc)

3- Los servicios están referidos a sanitarios y comunitarios, públicos y privados

4- Descripción general del Centro de Salud

Composición del Equipo de Atención Primaria:

Nº de médicos:

Nº de enfermeras:

Profesionales:

Auxiliares:

Nº de trabajadores sociales:

Otro personal:

Recursos físicos disponibles:

Datos relevantes del equipamiento disponible:

Oferta de servicios:

- Otros servicios sanitarios de Atención Primaria (descripción de otros recursos de Atención Primaria presentes)
- Servicios sanitarios especializados, socio sanitarios y hospitalarios (inventario de servicios presentes y dirigidos a la comunidad)
- Centros de enseñanza (relación de centros sobre los que se tiene una responsabilidad derivada del trabajo de Atención Primaria (exámenes de salud, vacunas, etc).
- Servicios sociales (inventario de servicios presentes y dirigidos a la comunidad)
- Entidades cívicas, culturales, recreativas y deportivas (relación de entidades que conforman la vida asociativa de la población puede ser de interés tanto como elementos de participación como potenciales recursos comunitarios para programas de intervención)
- Equipamientos culturales, culturales y deportivos (relación de los equipamientos disponibles como eventuales recurso logísticos para programas de intervención)

Modelos De fichas

- Modelo de ficha para la categorización de recursos sanitarios, socio sanitarios, sociales y culturales.

Ámbito:
Identificación:
Objetivo:
Actividades y servicios:
Organización:
Forma de contacto y acceso:

Modelo de ficha para la caracterización de Centros de Enseñanza, culturales, deportivos y recreativos

Centro de Enseñanza
Nombre:
Oferta de enseñanza:
Cursos que ofrece:
Nº de alumnos:
Coordinación con servicios de Salud:
Forma de contacto y acceso:

- Modelo de ficha para la caracterización de los equipamientos

Ámbito:
Identificación:

Servicios disponibles:

Forma de contacto y acceso:

El diagnóstico sigue las mismas líneas que un proceso de investigación, al realizar la síntesis diagnóstica se pasará a la reconstrucción del objeto de estudio.

Las fases de esta investigación pueden dividirse en dos momentos, un momento descriptivo y un momento explicativo. El momento descriptivo contiene la identificación de los conceptos operacionales y la construcción del objeto de estudio a partir de la situación real observada que se analiza tomando aspectos parciales mediante un proceso de abstracción y examinándolo a la luz de los conceptos operacionales. El momento explicativo identifica las categorías analíticas, construye el marco teórico de la investigación con el cual compara el objeto construido en el momento descriptivo y reconstruye el objeto en un concreto pensando que es el resultado de la investigación. Los conceptos operacionales y categorías analíticas son previos ya que sin ellos no podrían construirse los objetos de estudio ni realizarse la interpretación acerca de los mismos. Los elementos necesarios para la síntesis van a estar comprendidos en los formularios de recolección de los datos, pero el aspecto más relevante lo constituye la interpretación donde se irá articulando en forma dinámica los resultados con las definiciones conceptuales y se construirá una *síntesis diagnóstica* que dará lugar a propuestas programáticas.

BIBLIOGRAFÍA

***Frias Osuna Antonio.** Enfermería Comunitaria. MASSON S.A. 2000. Barcelona España.

***Caja López Carmen, López Pisa Rosa.** Enfermería Comunitaria III. Ediciones Científicas y técnicas, S.A.. MASSON SALVAT. 1993. Barcelona España.

***Restrepo Helena, Málaga Hernán.** Promoción de la Salud: Como construir vida saludable. Editorial Médica Panamericana. 2001. Colombia.

***Testa Mario.** Pensamiento estratégico y lógica de programación (El caso de salud). Lugar Editorial S.A. 1995. Buenos Aires

*** Dr. Cusminsky et al .**Manual de Crecimiento y Desarrollo OPS OMS Washington, D.C. 1993

CAPITULO IV.

MODULO DE AUTOEVALUACION MODALIDAD A DISTANCIA

FECHA

--	--	--	--	--	--

NOMBRE

--	--

CEDULA DE IDENTIDAD

--	--	--	--	--	--	--	--

El Programa Internado establece un tiempo de dos semanas para realizar una aproximación diagnóstica en el servicio al cuál está usted asignado.

En la tercera semana deberá contestar éste cuestionario y enviarlo a su docente de referencia, con copia a la siguiente dirección: admin@inde.edu.uy

O por correo a: **Av. Italia s/n Hospital de Clínicas, 3er. Piso.**
Facultad de Enfermería, Cátedra de Administración

- Recuerde que no se trata de una evaluación tradicional, sino de continuar aprendiendo a través de ejercicios evaluativos.
- Si cree que la pregunta no es clara envíe la consulta. Si quiere agregar contenidos que piensa son pertinentes hágalo.
- Este Módulo no será calificado de la manera tradicional. A vuelta de correo usted recibirá la evaluación docente y la posibilidad de realizar el Módulo II y/o ampliar información a través de material de apoyo.

Prof. Agdo. Lic. Enf. Silvia Santana

1.- ¿ Que denominación tiene su servicio y a que nivel de organización pertenece?

2.- Cuál es el total de la población estudiada con los datos de estadística y cuál es la información que le aportó?

3.- Cuál es el total de la población estudiada en el diagnóstico de situación?

4.- ¿Cuáles son los datos del análisis univariado de edad, sexo, procedencia, antecedentes personales, nivel de instrucción y otros que considere generales?

5.- ¿Cuál es el perfil de la población que usted encontró, luego de relacionar las variables?

6.- ¿Cuáles son los niveles de dependencia encontrados y cuales fueron los criterios utilizados en su definición?

7.- ¿Cuál es el Programa que incluye a la población de mayor necesidad, problema, vulnerabilidad, riesgo, interés, etc.?

8.- ¿Cuáles son los problemas asistenciales encontrados en esa población, y como los jerarquizó?

Puede utilizar cualquiera de los métodos de análisis de la información para establecer las prioridades, por ejemplo:

Problemas	Importancia del problema	Relación causa efecto comprobada	Posibilidad técnica	Factibilidad, viabilidad	Problema priorizado

*Importancia: -Adjudicado por los involucrados
 -Técnica, dada por el equipo de salud

*Relación causa-efecto comprobada:
 -Por estudios anteriores
 -Por evidencia de la comunidad
 -Por evidencia del equipo de salud.

*posibilidad técnica: -Relación problema, RRHH, para intervenir en el mismo, confirmado por las autoridades del servicio

*Factibilidad viabilidad: relacionado con la necesidad identificada por los actores

- Oportunidad de intervenir
- Posibilidad económica de intervenir
- Acuerdo positivo o de aceptación
- Sin dificultad ético legal.

9.- ¿Cuál es el número de recursos humanos y cuales sus características? Tanto de Enfermería como otros, recuerde que si tiene estudiantes también debe incluirlos.

10.- Envíe el formulario de análisis de la planta física, el inventario de los recursos materiales y el instrumento utilizado para la sistematización de los equipos.

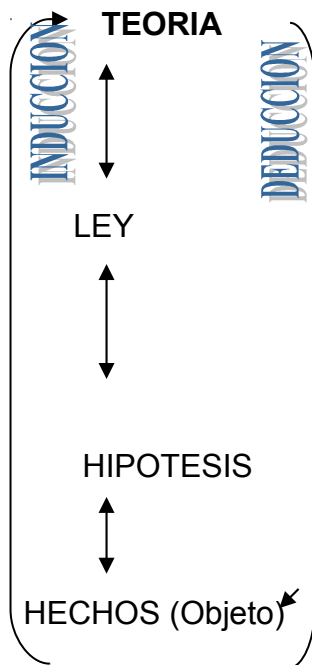
11.- ¿Cuáles son los sistemas de información locales, defina pertinencia de los mismos o dificultades que tiene en su utilización?

Anexo I

FUNDAMENTOS METODOLOGICOS

La Enfermería como disciplina científica cuenta con:

- objeto de estudio (Sistema de Cuidados)
- método de abordaje (P.A.E.)
- Sistema de principios o teoría que la sustentan.



El método es el elemento que articula o vincula el objeto y la teoría, en el sentido que permite aplicar las teorías al caso particular (Deducción) o generar leyes y teorías a partir de hechos observados (Inducción).

Cuando hablamos de métodos en La generación del conocimiento, hablamos de método científico.

¿Son los métodos que utiliza Enfermería de carácter científico?

Primero deberíamos diferenciar el método de trabajo (PAE) de los métodos de investigación (cuali-cuantitativos).

Hoy centramos el análisis en el PAE como:

- método clínico (deductivo)
- generador de conocimiento científico(inductivo)

La cuestión es: ¿el PAE ofrece rigor científico?

Para poder analizar esta cuestión proponemos una confrontación entre PAE - Método Científico.

Posteriormente proyectamos este análisis al Proceso Administrativo (PA) por constituir los fundamentos del abordaje del Servicio.

METODO CIENTIFICO

Proceso por el cual se asegura la sistematización en la adquisición del conocimiento científico, a diferencia de otros tipos: común, dogmático, místico. (son diferentes formas de aproximación a la realidad).

Este proceso se inicia con la identificación del problema. Este surge como un vacío de información, una contradicción entre hechos, etc.

El origen del problema puede ser teórico y/o empírico. Su identificación es una tarea compleja que se logra por la descripción detallada del entorno que lo contiene (área problema).

Esta descripción implica la definición de las variables que se consideran relevantes, Ej.: Si analizamos el ausentismo del personal de Enfermería debemos considerar los elementos vinculados: sexo, edad, turno, causas, etc..

Una vez descrita la situación, la confronta con la teoría, para identificar los desvíos (Ej. tasas de ausentismo de este personal consideradas aceptadas) y concluir así si estamos en presencia de un problema.

El problema tiene un **marco teórico** que debe ser confeccionado. Incluye:

- a) Los antecedentes del problema.
 - se realiza una síntesis conceptual de las investigaciones o trabajos realizados sobre el problema formulado para determinar el enfoque metodológico mas conveniente.
- b) Definición de términos básicos.
 - debe existir un acuerdo general en el significado semántico de la terminología. (Ej.: la hipoglucemia puede ser considerada como el descenso de las cifras de glucosa por debajo del límite inferior normal o para otros autores se puede corresponder clínicamente al descenso brusco de la glucemia, aún dentro del rango de normalidad o superior a él).
El término debe tener la misma connotación y denotación para todos.
Los desvíos en la interpretación pueden deberse a que los hechos demandan la **conceptualización**. El hecho no se transmite, lo que se trasmite es la conceptualización y en ella interviene un sistema de codificación- decodificación sujeto a errores.

c) Sistema de Hipótesis – Variables.

- La hipótesis surge como una proposición que responde tentativamente a un problema. Nos permite establecer relaciones entre los hechos y explica porque se producen.

Las hipótesis se conforman relacionando **variables**: aspecto o dimensión de un fenómeno que tiene como característica la capacidad de adquirir diferentes valores, ya sean cuantitativos o cualitativos.

Las variables deben definirse:

* primero en forma teórica . Ejemplo, la infección urinaria puede definirse como la presencia de mas de 100000 unidades formadoras de colonias (UFC) en una o mas estructuras del sistema nefrouinario.

* luego se procede a la definición empírica, o sea, como se va a medir el fenómeno en la realidad. En el ejemplo anterior, sería imposible cuantificar los gérmenes en los diferentes órganos. Se establece como alternativa la cuantificación en una muestra de orina. La definición empírica implica la operacionalización.

Las variables pueden ser simples, y entonces pueden medirse en forma directa. Ej.: sexo. Si son complejas pueden demandar el empleo de indicadores.

Clasificación de variables.

- Continuas, para valores cuantitativos (Ej.: edad.) o discretas para datos Cualitativos (sexo)
- Del punto de vista de la relación entre variables, pueden clasificarse en dependientes (efecto) o independientes (causa).
También deben considerarse las variables extrañas o espureas: son las que pueden actuar sobre la variable dependiente aunque son ajenas al estudio.
Deben aislarse o controlarse. Ej.: si deseamos evaluar el efecto de un método de enseñanza sobre el rendimiento escolar, podemos aislar como variable extraña el coeficiente intelectual de los estudiantes.

Proceso de Atención de Enfermería:

Es el método empleado por Enfermería para el abordaje del usuario. Consiste en una serie de etapas que se interrelacionan, iniciadas en la Valoración.

Valoración

Proceso por el cual se recoge , sintetiza y analiza la información que nos permite establecer juicios acerca de la situación del usuario/ familia y definir los problemas que presenta.

Las fuentes para obtener la información pueden clasificarse en:

- primarias: son el propio paciente y en algunas situaciones su familia.
- secundarias: información procesada por otros integrantes del equipo.

Las técnicas para obtener los datos pueden ser:

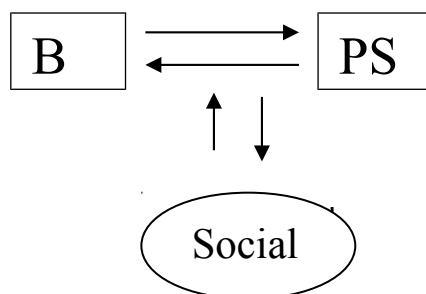
- examen clínico - instrumental (observación, palpación, percusión, auscultación).
- entrevista
- lectura de registros.

El método de abordaje del usuario se basa en la teoría de sistemas.

El sistema se define como el conjunto de elementos interrelacionados entre sí, para cumplir un objetivo común.

Según la profundidad del enfoque, se puede considerar Subsistema (en un enfoque mas reducido) o Suprasistema (en un enfoque macro) (Leer: Bases Científicas de la Administración)

Para abordar al usuario se considera la interrelación de los subsistemas biológico y psicológico, así como el contexto social en que está inmerso.

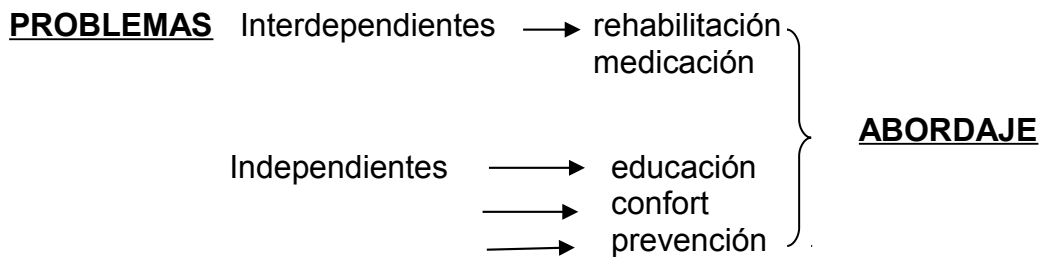


Estos sistemas o subsistemas se exploran a través de una serie de variables y sus respectivos indicadores, organizados en un instrumento para el registro.

A modo de ejemplo, el subsistema cardiovascular se describe a través de la Presión Arterial, Pulso, relleno capilar, edemas, cianosis, etc.

Debe realizarse la contrastación de la realidad con un modelo conceptual o teórico, de la cual surgen los problemas. Estos se conciben como el desvío de los patrones adecuados para el usuario/ familia/ población.

Según la especificidad que el problema tenga para la disciplina pueden categorizarse en:



Los problemas del área interdependiente son los que abordamos bajo la conducción de otro profesional y/o se tratan en forma coordinada y con responsabilidad compartida.

Los independientes son propios de nuestra competencia. En el gráfico anterior proponemos algunos ejemplos de cada una de las categorías.

Diagnóstico de Enfermería

Consiste en vincular el problema con las posibles causas, con el propósito de contribuir a su solución. Esta vinculación o relación entre las variables corresponde en el Método Científico a la Hipótesis.

Ejemplo: Lesiones dérmicas asociadas (V1) al:

- reposo prolongado
 - alteración nutricional
 - incontinencia urinaria
- } (V2)

V2 = Variable Independiente

V1 = Variable Dependiente

La Variable Independiente es la que permite solucionar el problema en tanto es causa del mismo. Su tratamiento permite trascender el tratamiento meramente sintomático.

Para saber si el problema es de nuestra competencia corresponde analizar la variable independiente, a efectos de deslindar connotaciones legales.

Plan de acción:

Esta etapa corresponde en el método científico a la contrastación de Hipótesis o Diagnóstico. Las acciones indicarán la validez de la predicción (diagnóstico) y por lo tanto llevan a aceptar la hipótesis (confirmar) o rechazarla y comenzar nuevamente el proceso.

Esta conclusión dependerá de la capacidad de la intervención de enfermería para resolver los problemas del usuario. Debemos considerar que el fenómeno de la causalidad no es simple. Generalmente las

variables se asocian para determinar los fenómenos, entonces el abordaje debe considerar la multicausalidad, así como las denominadas “variables extrañas” que a veces pueden confundirnos al intentar explicar una situación.

Evaluación:

En esta etapa se definen los alcances de la intervención, en términos de proceso (¿se cumplieron todas las acciones planificadas?) y resultados (¿se logró resolver el problema?) Los resultados de la evaluación permiten introducir las conclusiones en el proceso empírico (retroalimentación y nuevo PAE) o teoría. En este último sentido, se podrían ir confeccionando leyes que se irían articulando hasta conformar una teoría.

Resulta obvio que para cumplir con estas expectativas, cobra importancia el registro que podamos efectuar del PAE. Se deben diseñar sistemas de información clínica que aseguren la sistematización

El problema se estudia en función de las variables que lo componen. Los problemas mas complejos y la mayor incertidumbre determinan la necesidad de establecer diferentes líneas de soluciones.

La fase de planificación no solo consiste en determinar las necesidades de cuidados de los distintos tipo de Usuarios, sino que la determinación de recursos, decisión de cantidad y tipo de personal necesario, diseño de una estructura organizativa que desarrolle al máximo la eficacia del personal y el establecimiento de políticas y procedimientos operativos.

La **Organización** en P.A. está vinculada a la fase de planificación del PAE. Consiste en distribuir el trabajo, establecer horarios, etc.

La **Ejecución** en P.A. se vincula con la DIRECCION de las personas implicadas para llevar a cabo las acciones planificadas.

El **Control** pretende evaluar los logros y poder retroalimentar el proceso: definir si los planes deben ser cambiados, si la actuación del personal debe ser corregida, etc.

CORRESPONDENCIA PAE – PA

Como vimos existe una analogía entre PAE y Método Científico. La enfermera que usa el PAE para cuidar a los pacientes muestra una conducta profesional. La calidad del cuidado se centra en la individualización.

Su forma de trabajar es intelectual porque suma comprender tanto las bases fisiopatológicas, como socio – culturales y psicológicas de los problemas de sus usuarios, como la lógica que subyace en los tratamientos prescriptivos.

Logra autonomía porque analiza la información, planifica su intervención, su necesidad de supervisión directa. Evalúa resultados y adjunta su actuación según ellos.

Si en la prestación del servicio se aplica el Método Científico lo mismo se espera de la enfermera gestora.

Gestión: es el proceso de conseguir que el trabajo se realice con la concurrencia de los demás. La tarea de la enfermera gestora es planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos económicos, humanos y materiales disponibles para proporcionar los cuidados de la forma mas eficaz posible a los grupos de usuarios y sus familias.

El proceso de gestión de enfermería es equivalente al proceso de atención de enfermería:

- 1) **Valoración:** se corresponde con la *recolección de información* del sistema de estudio en vez de la persona. El enfoque no es individual. La gestora utiliza sistemas formales de información .
- 2) **Diagnóstico:** la valoración en PAE culmina con Diagnóstico o problema definido con Hipótesis.
Es la identificación de problemas y sus posibles causas.
- 3) **Intervención:** en el PAE se corresponde con el Plan de Cuidados, encaminados al logro de ciertos objetivos.

El **Proceso Administrativo** se relaciona con el conjunto de actividades programadas para abordar los problemas, etapa de Planificación que los incluye

- evaluación de objetivos
- estándares
- políticas
- procedimientos
- presupuesto

La ejecución de actividades del PAE involucra la participación de otros en el PA: DIRECCION.

- 4) **Evaluación:** existe una correspondencia entre evaluación de la atención individual y el control que se desarrolla en el Proceso Administrativo, se deben desarrollar sistemas de monitoreo que ofrezcan datos oportunos para corregir los desvíos.

El proceso de gestión puede ser comprendido mejor a través de una visión de conjunto, es decir un enfoque de sistemas.

Prof. Adj. Lic. Enf. Josefina Verde

Anexoll

GUIA DE EVALUACIÓN DE LOS RECURSOS MATERIALES GENERALIDADES DE LA ESTRUCTURA EDILICIA.

Prof. Lic Enf. Alicia Cabrera
Prof. Agdo. Lic. Enf. Silvia Santana

1- DE LA UBICACIÓN INSTITUCIONAL				
1.1- La Institución se encuentra debidamente identificado en: catálogos oficiales, Guías y señalización urbana.	S	N	P	S/I
1.2- En la localización actual se puede acceder sin dificultad con:				
a) Transporte público urbano				
b) Transporte público interdepartamental				
c) Con vehículo propio				
d) Transporte de proveedores				
e) Con servicio de traslado de urgencias, ambulancias, camiones de bomberos, etc.				
2- DE LOS RECURSOS MATERIALES				
PLANTA FISICA				
2.1- ACCESO				
a) El diseño y arquitectura favorece el acceso de los usuarios y familiares desde el exterior a las áreas de ingreso: EMERGENCIA AMBULATORIO				
El acceso del personal se realiza en forma independiente.				
El acceso de los insumos o suministros se realiza por lugares destinados con exclusividad.				
2.2- SALIDA				
a) La salida se utiliza en exclusividad y con independencia en la eliminación de residuos				
Los puntos de salida hacia la morgue tienen independencia y discreción.				
2.3- CIRCULACION				
Existe separación de áreas limpias y áreas sucias, física y funcionalmente favoreciendo la circulación.				
Existen normas de circulación para acceder y salir del Sanatorio que evita interferencias entre pacientes, familia, personal, proveedores etc.				

INVENTARIO.

Busca conocer y sistematizar todas las existencias. El mismo debe ser realizado al comienzo de su internado se firmará con las autoridades de enfermería, se revisará periódicamente dando cuenta al final con un informe que entregará al referente de enfermería.

Ejemplo:

Materiales de uso	código	Número
Camas		
Camillas		
Sillas		
Etc		

Si existe un código Institucional debe utilizarlo, sino utilice uno propio. El número dará cuenta de la cantidad del bien que existe en su unidad.

EQUIPOS

EJEMPLO: HOJA DE INVENTARIO DE EQUIPOS.

1-LOCALIZACION

Hospital	Localidad
planta	servicio

2-CARACTERISTICAS TECNICAS Y OPERACIONALES

Nombre:	Código
Origen:	Fabricación
Marca:	Instalación
Modelo:	Fabricante
Potencia:	Tipo serie
Velocidad	Temperatura
Condición operativa	Óptima - aceptable- crítica- inoperante
Estado general	Óptimo- bueno- regular- malo- obsoleto

3-DEFICIENCIA ENCONTRADA.

4-SOLUCIÓN PROPUESTA.

ANEXOIII

GUÍA PARA CARACTERIZAR EL RECURSO HUMANO

A) Equipo de salud:

- *Integrantes tipo y número
- *Actividades y metodología según los diferentes grupos
- *Metodología de trabajo del equipo

B) Equipo de enfermería:

- *Niveles y número de integrantes total y en cada uno
- *Para cada integrante la:

- **Identificación:**

- nombre
- sexo
- edad
- estado civil.
- Componentes del grupo familiar
- edades
- domicilio y distancia en tiempo del centro laboral
- nivel de instrucción
- ingreso familiar según salario mínimo
- cuidado de la salud:
- institución sanitaria a la que concurre
- motivo por el que concurre
- carne de salud. vigencia,
- periodicidad
- inmunización general
- específica

- **Caracterización laboral:**

- cargo que ocupa
- anteriores en la institución
- tiempo de ejercicio
- descripción del cargo
- nivel de autoridad- responsabilidad
- relaciones jerárquicas
- ubicación/ Puesto de trabajo:
- área en que trabaja
- tiempo diario, semanal, mensual
- Formación laboral:
- nivel académico
- años de egresados

capacitación en: área en que trabaja
 en otras áreas
 en la institución o en otras
 cuántos cursos, fecha del último
 otras temáticas no vinculadas a su
 trabajo

Orientación al servicio

tiempo
responsable
evaluación

- **Evaluación del desempeño**

instrumento
metodología
periodicidad
juicio

- **Experiencia laboral:**

Tiempo de trabajo total

En la institución:

tiempo de trabajo

cargos que ha desempeñado y tiempo

tiempo de desempeño en el cargo actual

en otras instituciones sanitarias de otro tipo

- **Multiempleo:**

tipo de cargo

tiempo

horario laboral

- **Condiciones laborales**

Método de selección. concurso (tipo)

directo

otros

Condición del cargo

interino

titular

contratado

presupuestado

honorario

pasante

otros

Régimen de trabajo: turnos fijo
 rotativo
 descanso y licencia
 tipos de licencia
 compensación/
 remuneración
 beneficios sociales
 incentivos y castigos
 horas extras
 protección a la salud:

Uniforme:

elementos que lo componen
adecuación a la tarea
uso
disponibilidad
mantenimiento y limpieza
lugar en que lo guarda
vestuario y servicios higiénicos
localización
condiciones de uso
número de duchas, inodoros
lavabos
higiene y confort

Lugar de descanso:

uso.: descanso

comedor

otros

higiene y confort

controles de salud específicos

Según: exposición a factor de riesgo

daño a la salud

Daños a la salud:

afecciones generales

según factores de riesgo laboral

Cobertura sanitaria laboral -institución

-tipo