

NORMATIVA DE ENFERMERIA PARA EL NUEVO SNIS.

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

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

- AÑO 2010 -

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

Diseño de la portada realizado por Tec. Manuel Perez

Diseño del interior realizado por Magdalena Zorrón

Dirección Técnica- Cátedra de Administración UDELAR

AUTORES:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

AGRADECIMIENTOS:

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

Lic. Enf. Nelly Freitas
Lic. Enf. Nelly Fernandez
Lic. Enf. Raquel Mazza
Lic. Enf. Adriana Corsiglia
Lic. Enf. Marta Russo
Lic. Enf. Isabel Cal
Lic. Enf. Mirta Vico
Lic. Enf. Maria Beconia
Lic. Enf. Cristina D' Esteban
Lic. Enf. Teresa Delgado
Lic. Enf. Angela Scaroni
Lic. Enf. Mirta Patiño

INDICE

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

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

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

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

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

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

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

ANEXOS

INTRODUCCION

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

MISIÓN Y VISIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA según la OMS

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

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

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

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

Comisión Nacional Asesora de Enfermería

CAPITULO I.



Sistemas de Salud

Unidad de Recursos Humanos - Programa de Enfermería

Redes de Enfermería

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

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

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

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

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

INFORME URUGUAY PRESENTADO EN LA REDGob - OPS 2007

Prof. Mag. Alicia Cabrera
Coordinador de la REDGob

Introducción

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

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

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

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

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

Antecedentes

Nivel Internacional:

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

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

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

A nivel nacional:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPITULO II

COMISIÓN NACIONAL ASESORA DE ENFERMERÍA

ORDENANZA 879/005

Resolución Ministerial de fecha 14 de Octubre del año 2005.

COMETIDOS:

Definir políticas de desarrollo de la Enfermería a nivel Nacional.

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

INTEGRADA CON REPRESENTANTES DE:

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

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

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

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

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

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

PRINCIPIOS de la CONAE

CALIDAD DE LOSERVICIOS DE ENFERMERÍA

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

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

DESARROLLO DE SERVICOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

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

MODELO DE ANÁLISIS Y DE INSERCIÓN POLÍTICA

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

COMPOSICIÓN Y DISTRIBUCIÓN DE LAS FUERZAS DE TRABAJO

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

MODELO ORGANIZACIONAL Y DE GESTIÓN DE RRHH DE ENFERMERÍA

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

FORMACIÓN Y EDUCACIÓN PERMANENTE

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

INFORMACIÓN Y CONOCIMIENTOS

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

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

ACREDITACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE LOS PROFESIONALES

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

MISIÓN

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

VISIÓN

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

OBJETIVOS

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

PROPUESTAS

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

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

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

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

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

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

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

CONCLUSIONES

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

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

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

CAPITULO III

BASES PARA LA ORGANIZACION DE LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD.

Prof. Hugo Villar

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

MODELO INTEGRADO DE ASISTENCIA, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Modelo de asistencia: Atención integral a la salud.

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

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

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

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

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

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

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

a) La meta

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

b) Las estrategias y el plan de acción:

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

c) Una táctica posible:

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

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

La atención integral a la salud: sus principios

a) Universalidad

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

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

b) Continuidad

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

c) Integralidad

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

La estrategia de la atención primaria de salud

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Actividades dirigidas al medio natural y social:

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

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

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

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

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

La atención integral a la salud, sus requisitos.

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

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

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

Concepto de atención progresiva

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Modelo de docencia e investigación.

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

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

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

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

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

Propósitos

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

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

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

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

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

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

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

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

Principios

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

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

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

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

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

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

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

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

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

para la salud.

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

MODELO DE ADMINISTRACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La red de servicios

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

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

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

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

b) Unidades pertenecientes a diferentes instituciones, como:

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

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

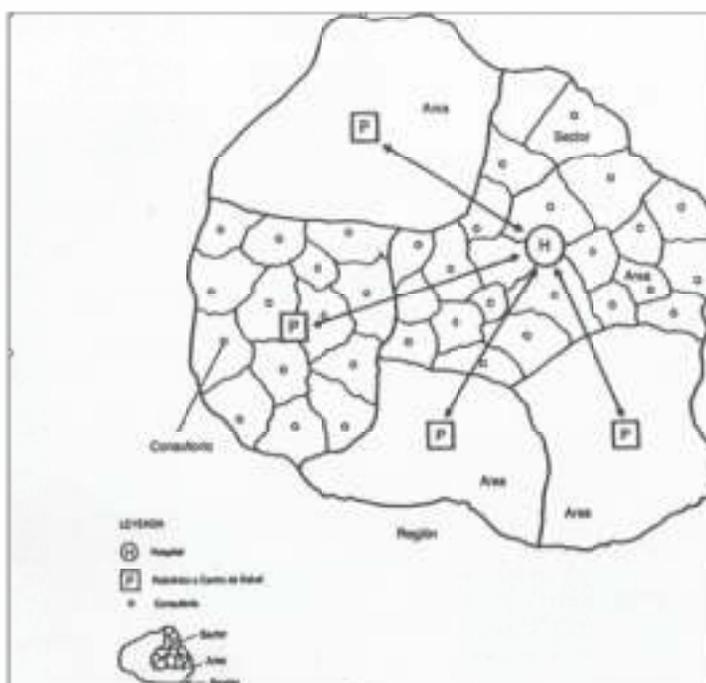
Se trata en este caso de transformar el mosaico heterogéneo, poco ordenado, existente en un espacio-población determinado, en una red más organizada, en la que se definen:

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

La estructura de la red de servicios

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

ESQUEMA SIMPLIFICADO DE UN SISTEMA LOCAL DE SALUD.



desde el punto de vista geográfico y en cuanto al tamaño de la población. En esa región puede haber uno o más hospitales, de grados variables de complejidad. Se acostumbra dividir la región en áreas de salud, cada una de las cuales abarca una población de unos 30.000 habitantes.

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

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

Las interrelaciones en la red de servicios

Es necesario contemplar:

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

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

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

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

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

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

Las interrelaciones con otros sectores sociales

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

REFERENCIAS

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

CAPITULO IV

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

Introducción

Desde el año 1995 la Cátedra de Administración de la Facultad de Enfermería ha venido realizando estudios, con el propósito de generar avances para desarrollar un **Programa Nacional de Garantía de Calidad** para los servicios de enfermería de nuestro país. Para ello se ha conformado un grupo Técnico, representativo de todos los sub-sectores que integran esta área de actividad, denominado **Comisión Nacional de Acreditación de Servicios de Enfermería-**

CO. NA. S. E. con quienes se realizó la primera difusión de nuestras normas de calidad, pensadas fundamentalmente para orientar la gestión asistencial hospitalaria. Se integraron a este proyecto, diferentes colectivos de enfermería pertenecientes al sector público y privado, quienes aprobaron en términos generales, la propuesta del *"Manual de Estándares para la acreditación de Servicios de Enfermería", 2000.*

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

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

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

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

GLOSARIO DE TERMINOS:

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

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

Modalidades: Atención ambulatoria, domiciliaria y de urgencia.

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

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

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

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

PROGRAMA ASISTENCIAL

ESTANDAR: Derechos de los Usuarios

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

ESTANDAR: Participación

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

ESTANDAR: Satisfacción

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

ESTANDAR: Proceso de Atención de Enfermería (PAE)

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

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

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

ESTANDAR: Vigilancia epidemiológica

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

PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN

ESTANDAR: Estructura

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

ESTANDAR: Dirección del servicio de enfermería

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

ESTANDAR: Dotación de personal

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

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

ESTANDAR: Dotación en servicios de emergencia

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

ESTANDAR: Selección de personal

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

ESTANDAR: Satisfacción del personal

El servicio de enfermería estudia periódicamente los niveles de satisfacción del

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

ESTANDAR: Trabajo en equipo

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

ESTANDAR: Evaluación del personal

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

ESTANDAR : Sistemas de información

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

ESTANDAR: Control de calidad técnica

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

ESTANDAR: Área física y mobiliario

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

ESTANDAR: Equipamiento y logística

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

ESTANDAR: Presupuestos

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

PROGRAMA de ENSEÑANZA

ESTANDAR: Educación sanitaria

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

ESTADAR: Capacitación de personal

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

PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN

ESTANDAR: Investigación Aplicada

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

Cuadro Resumen de Estándares por Programa

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

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

PROGRAMA ENSEÑANZA
Educación sanitaria
Capacitación de personal

PROGRAMA INVESTIGACION
Investigación aplicada

CARTERA DE SERVICIOS DE ENFERMERÍA:

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

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

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

Nombre de la Institución

.....

Denominación del servicio.

.....

Profesional responsable de la Jefatura.

.....

Tiempo de ejercicio en la función.

Modalidades asistenciales que desarrolla

INTERNACION

CONSULTA EXTERNA

EMERGENCIA

ATENCIÓN DOMICILIARIA

Nº total de camas de internación

Nº de consultas ambulatorias por mes y por año

Nº de consultas de emergencia por mes y por año

Sala de operaciones si no.....

Nº de total de quirófanos

Nº total de intervenciones quirúrgicas por mes y por año

Nº Total de personal de enfermería

Nº de Personal auxiliar

Nº de Personal profesional

Distribución de personal de enfermería por sectores y por turnos

SECTOR	Lic. Enf	Auxiliares	M	T	V	N

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

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

ESTANDARES NACIONALES PARA SERVICIOS DE ENFERMERÍA HOSPITALARIOS

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

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

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

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

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

El proceso de formulación se acordó en las siguientes etapas:

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

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

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

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

ESTANDARES DE ENFERMERÍA ORIENTADOS POR PROGRAMA

A) COMPONENTES

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

B) DESARROLLO PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD

SUBPROGRAMA: RELACIONAMIENTO CON EL USUARIO

ESTANDAR: COMUNICACIÓN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ESTANDAR: ORGANIZACIÓN Y PARTICIPACIÓN

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

Enfermería orienta la colaboración a través de criterios consuetudinarios.

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

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

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

ESTANDAR: SATISFACCIÓN DEL USUARIO. FAMILIA

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

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

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

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

SUBPROGRAMA: PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

ESTANDAR: DIAGNOSTICO

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

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

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

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

ESTANDAR: PROGRAMACIÓN

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

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

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

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

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

ESTANDAR: DIRECCIÓN

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

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

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

ESTANDAR: EVALUACIÓN

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

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

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

SUBPROGRAMA: SISTEMAS DE INFORMACIÓN DE ENFERMERÍA

ESTANDAR:REGISTROS EN LA HISTORIA CLÍNICA

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

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

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

SUBPROGRAMA DE CONTROL DE SERVICIO PRESTADO

ESTANDAR:SISTEMA DE CONTROL DE CALIDAD

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

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

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

PROGRAMA DE EDUCACIÓN

SUBPROGRAMA FORMACIÓN CONTINUADA

ESTANDAR: ESTRUCTURA ORGANIZATIVA

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

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

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

PROGRAMA DE INVESTIGACIÓN

SUBPROGRAMA: DESARROLLO DE LA FUNCION DE INVESTIGACIÓN

ESTANDAR: ORGANIZACIÓN Y TIPO

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

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

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

PROGRAMA DE ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE ENFERMERIA

SUBPROGRAMA DE RECURSOS HUMANOS

ESTANDAR: ESTRUCTURA Y TIPO

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

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

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

ESTANDAR: DOTACIÓN DE PERSONAL

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

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

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

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

ESTANDAR: RECLUTAMIENTO, SELECCIÓN, UBICACIÓN

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

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

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

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

ESTANDAR: PROMOCION

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

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

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

ESTANDAR: SALARIO Y CONDICIONES LABORALES

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

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

ESTANDAR: SISTEMA DE TRABAJO-REGIMEN LABORAL

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

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

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

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

ESTANDAR: EVALUACIÓN DEL PERSONAL

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

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

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

ESTANDAR: MOTIVACIÓN SATISFACCIÓN

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

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

ESTANDAR: PUESTOS DE TRABAJO

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

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

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

SUBPROGRAMA:

ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS MATERIALES

ESTANDAR: ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS MATERIALES

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

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

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

SUBPROGRAMA RECURSOS FINANCIEROS

ESTANDAR: PRESUPUESTO

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

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

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

SUBPROGRAMA DIRECCIÓN ESTRATÉGICA

ESTANDAR: PROCESO DE TOMA DE DECISIONES

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

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

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

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

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

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

ESTANDAR: TRABAJO EN EQUIPO

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

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

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

CAPITULO V

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

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

OBJETIVO

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

NIVEL CENTRAL ASSE

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

NIVEL DE PROGRAMAS:

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

- DIRECCIONES REGIONALES |

Licenciado Enfermera/o

- DIRECCION DE ASISTENCIA EXTERNA (RAP) |

Licenciado Enfermera/o

PROPUESTA POR NIVELES DE ATENCIÓN

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

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

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

SEGUNDO Y TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

NIVEL DE GESTIÓN DE AREA TECNICA

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

I Licenciado en Enfermería cada 1800 habitantes (usuarios).

I Auxiliar de Enfermería cada 1000 usuarios.

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

CAPITULO VI.

DEFINICION DE ESTRUCTURA Y PUESTOS DE TRABAJO. DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Montevideo, 11 Mayo 2009

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

RESULTANDO:

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

CONSIDERANDO:

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

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

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

EL PRESIDENTE REPÚBLICA DECRETA:

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

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

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

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

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

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

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

Artículo 7°- Comuníquese, publíquese, etc.

A stylized handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke at the bottom.A handwritten signature in black ink, followed by the typed name "DR. TABARE VAZQUEZ" and the title "Presidente de la República" in a smaller font below it.

DESCRIPCION DE PUESTOS DE TRABAJO

I- Datos del puesto de trabajo.

Nombre: Licenciada/o en Enfermería Supervisor

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

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

Esquema de organigrama: Ubicación dentro de la estructura orgánica.

II- Relación jerárquica

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

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

III – Propósito

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

IV- Funciones

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

Quién programa las tareas del puesto de trabajo?

Licenciada/o Jefe de Departamento, División de Enfermería.

V - Requisitos mínimos para desempeñar el puesto de trabajo

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

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

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

VI - Competencias

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

VII - Responsabilidades:

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

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

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

DESCRIPCION DE PUESTOS DE TRABAJO

I- Datos del puesto de trabajo.

Nombre: Licenciada/o en Enfermería Operativo.

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

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

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

II- Relación jerárquica

Depende de: Jerarquía Superior inmediata
(Supervisor o jefe)

Supervisa a: Auxiliares de Enfermería y Auxiliares de servicio

III - Propósito

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

IV- Funciones

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

¿Quién programa las tareas del puesto de trabajo?

Licenciada/o Jefe de Enfermería.

V - Requisitos mínimos para desempeñar el puesto de trabajo

A.- Formación básica o académica:

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

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

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

VI – Competencias

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

VII - Responsabilidades:

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

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

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

DESCRIPCION DE PUESTOS DE TRABAJO

I- Datos del puesto de trabajo.

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

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

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

Esquema de organigrama: Integrante del equipo de APS.

II- Relación jerárquica

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

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

III – Propósito

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

IV- Funciones

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

¿Quién programa las tareas del puesto de trabajo?

Coordinador del equipo de Enfermería.

V - Requisitos mínimos para desempeñar el puesto de trabajo

A.- Formación básica o académica:

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

B.- Formación especial:

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

C.- Experiencia requerida:

Tener título de Lic. en Enfermería. Escolaridad

VI – Competencias:

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

Motivación para el desarrollo de los programas prioritarios del MSP

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

VII - Responsabilidades:

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

Directas sobre otras personas:

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

Recursos materiales, tecnológicos y financieros:

Responsabilidad en la gestión.

DESCRIPCION DE PUESTOS DE TRABAJO

I- Datos del puesto de trabajo.

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

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

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

Esquema de organigrama: Ubicación dentro de la estructura orgánica

II- Relación jerárquica

Depende de: Licenciada/o de Enfermería de su sector y Licenciada/o Jefe
Supervisa a: No supervisa a ningún funcionario

III – Objeto

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

IV- Actividades

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

¿Quién programa las tareas del puesto de trabajo?

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

V - Requisitos mínimos para desempeñar el puesto de trabajo

A.- Formación básica o académica:

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

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

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

VI- Competencias

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

VII - Responsabilidades:

Directas sobre el trabajo:

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

Directas sobre otras personas: No supervisa

Recursos materiales, tecnológicos y financieros:

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

DESCRIPCION DE PUESTOS DE TRABAJO

I- Datos del puesto de trabajo.

Nombre: Auxiliar de Enfermería (NIVEL II)

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

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

Esquema de organigrama: Ubicación dentro de la estructura orgánica

II- Relación jerárquica

Depende de: Licenciada/o de Enfermería de su sector y Licenciada/o Jefe
Supervisa a: No supervisa a ningún funcionario

III - Objeto

IV- Actividades

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

¿Quién programa las tareas del puesto de trabajo?

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

V - Requisitos mínimos para desempeñar el puesto de trabajo

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

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

Cursos específicos de enfermería.

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

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

VI - Competencias

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

VII- Responsabilidades:

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

DESCRIPCION DE PUESTOS DE TRABAJO

I- Datos del puesto de trabajo.

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

II- Relación jerárquica

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

III - Propósito

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

IV- Funciones

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

¿Quién programa las tareas del puesto de trabajo?

Lic. Enfermera Coordinador de la Gestión de Cuidados.

V - Requisitos mínimos para desempeñar el puesto de trabajo

A.- Formación básica o académica:

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

B.- Formación especial:

Conocimiento de Enfermería Básica. Luego de su ingreso:

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

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

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

Informática necesarios para el desarrollo de la función.

C.- Experiencia requerida:

Experiencia de Auxiliar de Enfermería

VI- Competencias:

Las definidas en la Enfermería básica

VII - Responsabilidades:

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

Directas sobre otras personas: No supervisa

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

CAPITULO VII

ENTORNOS FAVORABLES PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

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

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

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

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

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

1 Bauman Et Al 2001

Los mismos se caracterizan por tener:

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

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

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

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

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