

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

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

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

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

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

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

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

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

no se satisfagan por completo.²

Para obtener un bienestar óptimo se requiere de lo siguiente:

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

ANEXO I

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

RELATO DE URUGUAY

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2.1.- Conformar el organismo definitivo encargado del proceso, en el cual deberán estar representados en forma equilibrada las instituciones que componen el Sector Salud;

2.2.- Completar la elaboración de los estándares nacionales a través de grupos técnicos específicos en cada área, a la brevedad;

2.3.- Consolidar los informes de los grupos técnicos en un borrador de estándares para la Acreditación. Los mismos serán probados (prueba de instrumento), realizando el proceso de acreditación en Instituciones del Sub-Sector público y privado que voluntariamente se ofrezcan para ello;

2.4.- Los resultados que se obtengan serán evaluados a efectos de determinar la validez y confiabilidad del documento evaluador;

2.5.- El manual así conformado será distribuido a todas las autoridades (políticas y técnicas) del Sector Salud;

2.6.- Por último, se realizará una reunión plenaria con las Instituciones del Sector Salud, a efectos de validar el mismo.

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

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

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

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

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

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

Río de Janeiro, 16 de Junio de 1995.

REPRESENTACIÓN DEL URUGUAY

-RIO DE JANEIRO,AÑO 1995

ANEXO 2

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

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

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

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

ATENTO: a lo expuesto precedentemente;

EL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

RESUELVE:

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

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

Fdo. Dr. Raúl BUSTOS

Montevideo, 10 de setiembre de 1999.-

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

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

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

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

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

REQUISITOS Y CARACTERÍSTICAS

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

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

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

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

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

CARGO Y RELACIÓN JERÁRQUICA

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

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

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

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

FUNCIONES

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

así como otras situaciones epidémicas.

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

ANEXO 3

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

DEPARTAMENTO CENTRAL DE ENFERMERIA

NORMAS PARA DOTACION DE PERSONAL DE ENFERMERIA

1.1996 -

INTRODUCCION

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

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

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

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

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

TIEMPO INDIRECTO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES (1)

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

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

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

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

Norma según - O.P.S.- O.M.S.

Relación Enfermera Profesional - paciente:

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

Relación Auxiliar de Enfermería - paciente

1 Auxiliar de Enfermería cada 8 pacientes

Relación Enfermera Profesional - Médico

3 Enfermeras Profesionales por 1 Médico

Porcentaje de Distribución de personal de Enfermería

35% turno de la mañana

20% turno de la tarde

25% turno vespertino

20% turno nocturno

FACTORES QUE AFECTAN LA DOTACION DE PERSONAL

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

BIBLIOGRAFIA

- A., Cuesta Gómez y otros, "LA CALIDAD DE LA ASISTENCIA HOSPITALARIA". Ediciones Doyma.1986.
- Accreditation Manual for Hospitals-Nursing Care, EEUU, 1991.
- American Nurses Association, "Código para enfermeras", 1976.
- Ballesterero Haydee, "Proceso de atención de enfermería", Conferencia Asociación de Nurses del Uruguay. 1989.
(documento inédito).
- Barreda E.- Asociación de usuarios del sistema de salud, "Informe de Evaluación". 1998.
- Cabrera A. y otros, "Relacionamiento con los usuarios del servicio de salud", Proyecto de extensión ,en convenio con CEDU y AdUSS .1997,(documento inédito).
- Carrasco A. y Espejo de Viñas R., "SALUD-TRABAJO", Un aporte argentino-uruguayo a enfermería frente al tercer milenio.Ediciones Nordan-comunidad.2000.
- D'Andrea,L. y otros,"MANUAL TECNICO DEL ANALISIS PARTICIPADO DE LA CALIDAD".1998.
- Grupo de trabajo de la Comisión Nacional de Garantía de calidad y Acreditación de Servicios de Salud,"2º REUNION SOBRE GARANTIA DE CALIDAD Y ACREDITACION DE SERVICIOS DE Salud" experiencias nacionales.1998
- Manual de Estándares e indicadores para la Acreditación de servicios de salud, Programa de Garantía de Calidad y Acreditación, Ediciones multiplicidades.1996.
- Ministerio de salud de Brasil-O.P.S./O.M.S., "SEMINARIO SUBREGIONAL SOBRE ACREDITACION DE HOSPITALES".1995.
- Ministerio de Salud y Acción Social,"Subprograma de Fortalecimiento Institucional". ORGANIZACIÓN DE HOSPITALES. O.P.S./O.M.S.-B.I.D.1989.
- Ministerio de Salud y Acción Social,"Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica",
Decreto nº 1269/92.

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

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

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

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

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

Sonis A. y otros, "Administración".Editorial

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

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

ANEXO 4.

DECRETOS VIGENTES

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA RESUELVE:

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

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

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

Ord. N°481 Ref. N 001-1854/2008 Imo

ANEXO I Reglamentación

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

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

2. Estructura

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

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

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

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

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

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

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

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

Son competencias de la Comisiones:

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

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

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

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

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

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

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

4. Competencias de la Dirección de la Institución

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

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

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

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

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

ASUNTO NRO. 12 4.. -

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPITULO I

DEFINICIONES GENERALES Y FUNCIONAMIENTO

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

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

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

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

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

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

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

CAPITULO II

EL PACIENTE

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

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

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

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

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

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

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

CAPITULO III DE LA PLANTA FÍSICA E INSTALACIONES

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

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

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

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

8) área de cuidados de pacientes;

9) Enfermería limpia;

10) Enfermería sucia;

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

11) Servicios Sanitarios;

12) área administrativa;

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

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

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

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

14) correcta iluminación;

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

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

16) suministro de agua fría y caliente;

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

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

h) conexiones apropiadas para hemodiálisis;—

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

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

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

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

CAPITULO IV

DEL EQUIPAMIENTO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPITULO V

PERSONAL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Técnica de la Institución.

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

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

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

Tendrá las siguientes responsabilidades:

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

atención de Enfermería.

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

Artículo 35°.- El/la Auxiliar de Enfermería de la Unidad de Medicina Intensiva debe poseer título de Auxiliar de Enfermería habilitado por el Ministerio de Salud Pública y experiencia calificada en el cuidado del paciente crítico. Será supervisado por el Licenciado/a en Enfermería del área. No tendrá personal a su cargo.

Tendrá las siguientes responsabilidades:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPITULO VII

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

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

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

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

determinada en interconsulta.

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPITULO VIII

RELACIÓN MEDICO PACIENTE Y MEDICO FAMILIARES COMITÉS DE ETICA MÉDICA

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

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

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

Ministerio de Salud Pública

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

Artículo 55°.- Publíquese, Comuníquese.

Decreto Interno N°

Decreto Poder Ejecutivo N°

Ref. N° 001-2297/2008.



Dr. TAZARE VAZQUEZ
Presidente de la República

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

Montevideo, 22 de enero de 1999.-

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

CONSIDERANDO:

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

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

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

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

DECRETA

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

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

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

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

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

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

CAPITULO I

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

DEL PACIENTE

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

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

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

CAPITULO II

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

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

Esta disposición es aplicable incluso a las Unidades Cardiorrespiratorias.-

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPITULO III DEL EQUIPAMIENTO

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

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

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

A) Para cada cama

- 19)Monitor de frecuencia cardíaca, respiración apnea neonatal
- 20)Monitor de pO₂ transcutáneo u oxímetro de pulso.
- 21)Respirador ciclado por tiempos con posibilidad de IMV
- 22)Dos salidas de oxígeno y aire comprimido medicinal
- 23)Tomas de aspiración central
- 24)Incubadora o cuna climatizada con servo control de temperatura

B) Para el área

- 25)Medidor de presión arterial no invasivo
- 26)Medidor de presión arterial por método invasivo intra-arterial

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

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

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

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

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

A) PARA CADA CAMA

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

B) PARA EL AREA

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

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

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

CAPITULO IV DEL PERSONAL MEDICO Y DE ENFERMERIA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Universitaria con título habilitante del Ministerio de Salud Pública.

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

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

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

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

CAPITULO V

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

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

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

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

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

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

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

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

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

uso de índices de severidad y pronósticos.

Índices de morbimortalidad de la Unidad.

Metodología utilizada en base a normas vigentes del Centro.

Resultados de auditorías internas.

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

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

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

Clase 1 - actuación sin objeciones.

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

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

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

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

RELACION MEDICO - PACIENTE Y MEDICO - FAMILIARES.

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

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

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

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

Apneas que requieran asistencia ventilatoria.

Exangüineotransfuciones

Estado de mal convulsivo

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

Cardiopatía congénita grave con compromiso de vitalidad Hemorragias que

comprometan la vitalidad Enterocolitis necrotizante en estadio II y III Todo cuadro de shock

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

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

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

ser ni excluyente ni taxativo, no deberían ingresar:

pacientes neoplásicos sin posibilidad oncológica razonable de sobrevida determinada en precedentes de CTI en etapa de recuperación

Recién nacidos que requieran hidratación parenteral o corrección metabólica.

Pacientes con imposibilidad de Alimentación por vía oral

Pacientes con síndrome de dificultad respiratoria que requieran oxigenoterapia

Apneas que no requieran asistencia ventilatoria

Convulsiones

Infección comprobada mediana o grave Hemorragias que requieran reposición.

Malformaciones congénitas que requieran intervención quirúrgica para compensación preoperatoria sin compromiso vital

Deprimidos severos con Apgar < 3 al 1° min. Y menor a 6 al 5° min.

Respecto a las áreas de Cuidados Intermedios pediátricos, y sin que este listado pretenda ser ni excluyente ni taxativo, no deberían ingresar en ellas:

60) Pacientes sin diagnósticos cuyo único objetivo sea el nivel de estudio.

61) Pacientes con desequilibrios humorales cuya compensación pueda realizarse en niveles de menor complejidad.

62) Pacientes de post-operatorios cuya vigilancia pueda realizarse en niveles habituales de menor complejidad.

Artículo 43°. Egresarán de las Unidades de Cuidados Especiales aquellos pacientes que dejen de revestir las condiciones de admisión.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

LA MINISTRA DE SALUD PÚBLICA RESUELVE:

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

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

ANEXO I Reglamentación

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

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

2. Estructura

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

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

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

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

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

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

Reportará a la COSEPA y a la Dirección Técnica de la Institución.

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

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

Son competencias de la Comisiones:

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

en lo que respecta con la seguridad del paciente, así como asociar a los pacientes y sus familiares con el autocuidado.

- Construir una red de personas que lideren a nivel institucional y de sus respectivos servicios la mejora continua de la seguridad del usuario en la cotidianeidad de la atención.
- Constituir el interlocutor institucional de la Comisión Ministerial, aportándole los elementos propios de las perspectivas locales, y evitando la duplicación de esfuerzos.

4. Competencias de la Dirección de la Institución

- Organizar e integrar la Comisión de Seguridad del Paciente y de Prevención del Error en Medicina, de acuerdo a los criterios expuestos
- Propiciar la infraestructura necesaria para el adecuado funcionamiento de la COSEPA.
- Aprobar el reglamento interno y programa institucional, e impulsar la gestión del mismo
- Garantizar la participación de la COSEPA en los órganos generadores de la política institucional, independientemente de la naturaleza pública o privada de la Institución, y en la temática de su área de competencia.
- Brindar toda la información solicitada a la Comisión Nacional de Seguridad del Paciente y de Prevención del Error en Medicina.

ANEXO V

PLAN NACIONAL DE ENFERMERÍA

Lineamientos Generales 2004-2009 (Versión resumida)

Comité Técnico de Enfermería del Ministerio de Salud Pública:

INTRODUCCIÓN

Este trabajo nace a iniciativa de las instituciones integrantes del Comité Técnico de Enfermería, tratando de comenzar a delinear un horizonte común que oriente los esfuerzos de la enfermería uruguaya en todos sus niveles, en todas las modalidades asistenciales, en definitiva en todos los rincones del país.

Los cambios requieren compromiso en el pensar y en el hacer. También implican el necesario resguardo de los principios que sustenta el colectivo, entendiendo que los cambios ponen en juego valores, resistencias, riesgos, pérdidas, desafíos y esperanzas. Nuestra población requiere de una participación más protagónica del cuerpo de enfermería, mejorando la accesibilidad y la equidad de los servicios de enfermería .

Los integrantes del Comité Técnico , los colegas y auxiliares que participaron de la discusión y los demás miembros de enfermería que se vayan sumando a la propuesta, tendrán la posibilidad de contar con una herramienta sencilla, que nos permitirá conducir con mayor claridad y autogestión nuestro propio futuro .

En la primera parte del trabajo se describe un diagnóstico situacional (versión resumida) que trata de dar cuenta de una realidad compleja y adversa en la cual se desarrolla el accionar de la enfermería uruguaya. En segundo término se describen los lineamientos programáticos propuestos por el Comité Técnico y finalmente los resultados obtenidos , a partir de la discusión y análisis colectivo de la propuesta en las Jornadas de noviembre del 2003.

Esperamos que esta publicación sea un medio de comunicación eficaz para transmitir y provocar la participación y el debate a la interna del cuerpo de enfermería, al mismo tiempo que favorezca el intercambio y el acercamiento con otros actores sociales.

A partir del año 2005 se diseñará el PLAN OPERATIVO, entendiendo que en este período iremos enriqueciendo la propuesta preliminar, en base al aporte de todos los enfermeros que participen en los talleres de difusión a nivel regional.

DIAGNÓSTICO SITUACIONAL DEL SECTOR SALUD (resumen)

Fortalezas y debilidades desde la perspectiva de

ENFERMERIA

El Comité Técnico de Enfermería del Ministerio de Salud Pública, en opinión unánime de las organizaciones integrantes, definió desde la perspectiva de enfermería, las problemáticas del modelo vigente más sentidas por el colectivo, para ser atendidas a breve plazo:

- Indicadores sanitarios preocupantes en el nivel de salud de la población
- uruguaya, concentrados en los sectores sociales más empobrecidos.
- Incremento de las responsabilidades del Estado en materia sanitaria, producto del desplazamiento de grandes masas de afiliados provenientes del sector mutual.
- Debilidad severa en la dotación de recursos humanos, infraestructura física y tecnológicas de las prestaciones en el primer nivel, lo que afecta la
- racionalización de la demanda creciente del segundo y tercer nivel de atención. Desarrollo limitado de diversas modalidades asistenciales (por ej.: atención domiciliaria), lo que obstaculiza la disminución de costos hospitalarios.
- Funcionamiento atomizado de los diferentes efectores de los niveles de organización sanitaria, llevando a respuestas ineficientes e ineficaces de los
- problemas sanitarios.
Falta de cultura de los profesionales y técnicos para desarrollar un verdadero trabajo en equipo en el marco de los programas de atención.

- Heterogeneidad en la formación curricular (teórico-práctica) de los recursos humanos, que se evidencia muy especialmente en el primer nivel de atención.
- Inequidad en las retribuciones personales, con distancias llamativas entre los montos salariales de cargos directivos y cargos operativos, entre el sector público y el privado.
- Falta de unificación de criterios técnicos y cultura social, sobre el nivel de participación comunitaria esperado, en el modelo asistencial de cambio.
- Debilidad del papel rector del ministerio en el cumplimiento de normas de calidad técnica.

El modelo de Atención de la Salud en el Uruguay es fundamentalmente asistencialista, compuesto por una multiplicidad de efectores públicos y privados, en ocasiones superpuestos y descoordinados. Sufre las consecuencias de un fuerte dominio de la súper especialidad médica y de un modelo de gestión que aún no se ha adecuado a los avances de la Administración moderna, trayendo como resultado final la insatisfacción de los actores y la frustración de la población. Sin desmedro de lo anterior, existen tendencias en los servicios de enfermería, en que se visualizan signos positivos de recuperación de algunos espacios, los que han sido señalados en el trabajo presentado por el Comité Técnico de Enfermería "Diagnóstico y Propuestas" del año 2003, presentado a las autoridades:

A NIVEL DE LA FORMACIÓN:

- Programa de Profesionalización de Auxiliares de Enfermería, como mecanismo de incremento de la cantidad y calidad de recursos de enfermería para el sector. Existen antecedentes de convenios entre el Facultad de Enfermería con el Hospital de las Fuerzas Armadas y con el Hospital de Clínicas de la Universidad de la República, proyecto que se aspira desarrollar a nivel nacional
- Aspiración del centro formador y del colectivo de enfermería de consolidar la carrera de enfermería, integrando el nivel auxiliar, licenciado, especialista, master y doctorado mediante un programa académico articulado.

A NIVEL ASISTENCIAL:

- Desarrollo de programas de promoción y prevención de salud, generando modelos programáticos de asistencia, con participación social, integrando la enfermera profesional al equipo de salud comunitaria y destacándose en las campañas de educación sanitarias, inmunizaciones y asistencia a grupos poblacionales vulnerables con altos niveles de eficacia.
- La creación de un ámbito de coordinación interinstitucional e intersectorial descentralizado cuyos integrantes son la
- Administración de los Servicios de Salud del Estado del M.S.P., la Intendencias Municipales Departamentales, representado por una unidad organizativa denominada Oficina de Desarrollo de la Atención
- Primaria de Salud D.A.P.S., responsable del desarrollo operativo. La enfermera profesional integra el equipo multidisciplinario básico, en algunas experiencias.
- La incorporación del Interno de Enfermería (estudiante avanzado de la licenciatura de enfermería del Instituto Nacional de Enfermería) incorporándose a los equipos de atención primaria de salud remunerados por el Ministerio de Salud Pública en nueve departamentos del país.
- El llamado a aspirantes de setenta cargos del M.S.P. – A.S.S.E. para Licenciados de enfermería y auxiliares, sobre todo en el primer nivel de atención.
- Enfermería cuenta con un Manual para la Acreditación de Calidad de Servicios de Enfermería año 2002, esfuerzo compartido entre el INDE, CEDU, Departamento Central de Enfermería del M.S.P., representantes de IAMC y FEMI, en proceso de integración al marco normativo del Ministerio.
- En los últimos 10 años han surgido nuevos perfiles ocupacionales en enfermería profesional:- Integrando equipos técnicos en laboratorios.

-Responsables de empresas de atención de enfermería y casas de recuperación

-Consultorios de enfermería para atención ambulatoria (diabéticos, mujeres embarazadas, ostomizados, hipertensión, etc.).

-Puestos de jefatura en servicios de higiene ambiental en instituciones privadas de

salud.

-Especialistas en epidemiología para el control de infecciones intra-hospitalarias.

En síntesis: Las políticas de salud exitosas consisten en desarrollar en mayor medida los cuidados orientados a la comunidad, por lo que el sector estará obligado a invertir en recursos humanos calificados y diseñar estrategias viables, dirigidas a mejorar la calidad de atención de salud de la población.

PLAN NACIONAL DE ENFERMERÍA 2004-2009

Lineamientos generales-Propuesta

1. El modelo asistencial vigente requiere de profundas transformaciones estructurales que solamente se lograrán a través de un Sistema Nacional de Salud, con un alto control del Estado en la administración del sector, protegiendo y fortaleciendo los valores éticos, la calidad técnica óptima y los principios de universalidad, accesibilidad y equidad de la atención a la población.
2. La enfermería auxiliar y profesional conforman un equipo de enfermería y su desarrollo en todos los niveles asistenciales está en dependencia de la creación del SNS. En ese sentido, se deberán implementar políticas de desarrollo y redistribución de los recursos humanos de enfermería en todo el país, de manera de asegurar la accesibilidad de la población al servicio de enfermería.
3. Obtener la aprobación de la legislación de enfermería para la protección social general y la salvaguarda del campo de dominio, en el ejercicio de la profesión.
4. Recuperar los espacios de asistencia directa a la población a nivel intra y extrahospitalario, al mismo tiempo de favorecer políticas que respalden emprendimientos empresariales de enfermería en el área independiente.
5. Fortalecer el modelo de enfermería alternativo, con la participación activa de los equipos de enfermería integrados a los núcleos barriales y comunitarios, de manera de fortalecer la eficacia y eficiencia de los programas asistenciales que se implementan desde el primer nivel de atención.
6. Garantizar los límites éticos y de seguridad de las prestaciones de enfermería a nivel hospitalario y extrahospitalario, iniciando los procesos de evaluación y acreditación de servicios de enfermería (públicos y privados), utilizando los estándares nacionales de enfermería y legitimando la Comisión Nacional de Acreditación de Servicios de Enfermería (CO.N.A.S.E.)
7. Sistematizar información nacional que demuestre el aporte propio del servicio de enfermería, en las prestaciones sanitarias, mediante la unificación de los

protocolos asistenciales de acuerdo a la Clasificación de Prácticas de Enfermería recomendada por el CIE e incorporando las bases metodológicas de Prácticas Basadas en la Evidencia.

8. Integrar cargos de licenciados en enfermería en las estructuras organizacionales de niveles estratégicos de decisión (*Enfermera Gubernamental*), tanto en el ámbito ministerial y como en empresas privadas, de manera de incidir en las políticas de salud y particularmente en las que afectan al cuerpo de enfermería en su conjunto.

9. Instalar el Observatorio de RRHH de enfermería conformando una iniciativa conjunta entre el Comité Técnico de Enfermería y el Ministerio de Salud Pública, de manera de ampliar el conocimiento de la enfermería en el mercado de trabajo y con el propósito de diseñar políticas de desarrollo de personal, con sustento científico.

10. Mantener la formación de recursos humanos de enfermería en dos niveles (auxiliar y profesional), implementando alternativas de continuidad e integración curricular, para mejorar el status profesional y la calidad de los servicios prestados a la comunidad.

11. Incrementar el número de profesionales con niveles académicos posbásicos (especialistas y Máster) de manera de mejorar las condiciones de competitividad en el mercado de trabajo y el desarrollo de la profesión de enfermería.

12. Iniciar la formación de doctorados, aprovechando los vínculos de integración regional y como forma efectiva de consolidar un grupo de investigadores, que contribuyan al desarrollo del conocimiento de la disciplina de enfermería.

13. Fortalecer los proyectos de integración docente- asistencial y de investigación, ampliando las propuestas de convenios con la UDELAR e incorporando a los staff de enfermería, cargos de Internos (pasantes) y cargos docentes-asistenciales para los egresados.

14. Implementar mecanismos unificados de evaluación académica, a nivel de la formación profesional, a través de la creación de un organismo de enfermería competente a nivel nacional.

15. Garantizar el cumplimiento de exigencias de calidad técnica, en la formación de los auxiliares de enfermería a nivel nacional.

16. Generar un banco de datos de investigaciones de enfermería a nivel nacional, centralizado y disponible a nivel nacional e internacional.

17. Promover líneas de investigación de interés para la enfermería nacional y regional, consolidando equipos y favoreciendo la búsqueda de apoyo financiero y logístico para el desarrollo de los proyectos.

18. Incrementar la participación general de los enfermeros en torno a las problemáticas laborales, la toma de decisiones colectiva y la visibilidad social en los temas del sector salud.

19. Diseñar una política de alianzas del cuerpo de enfermería con los actores protagónicos del sector salud (sindicatos, empresarios, gobernantes, organizaciones sociales, organismos internacionales) y personalidades trascendentes en la vida nacional e internacional.

RESULTADOS

En síntesis:

Del análisis de las opiniones de los participantes en las jornadas, sobre el documento de los lineamientos generales estratégicos del PLAN NACIONAL DE ENFERMERÍA, se evidencia un amplio margen de aceptación de las opiniones vertidas por el colectivo de enfermería.

- 40) De los 19 incisos presentados, fueron aceptados por unanimidad 5.
- 41) Por mayoría superior al 77% de las opiniones, 12 ítems.
- 42) No existieron lineamientos "no aceptados" y sólo dos ítems no fueron comprendidos, por lo que se invalidaron las opiniones sobre estos aspectos.
- 43) Las sugerencias dejan de manifiesto la necesidad de continuar el trabajo
- 44) orientado a la difusión del Plan Nacional de Enfermería a todos los
- 45) enfermeros del país y en particular, en todos los niveles de decisión con
- 46) posibilidades de acceso por parte de este Comité Técnico.

- 47) Se presentan las sugerencias planteadas por los participantes a nivel de
- 48) los talleres y del plenario. Las mismas dan cuenta de las ideas formuladas
- 49) por los participantes, pero no están ordenadas de acuerdo a jerarquía:

ANEXO 6 Montevideo Diciembre de 2009

COMISION NACIONAL ASESORA DE ENFERMERIA

MEMORANDUM 2009

Al comienzo del 2009, se realiza una revisión del plan de trabajo elaborado al finalizar el año 2008. Estableciéndose las prioridades en concordancia con las metas establecidas en el Sistema Nacional Integrado de Salud.

La priorización tenida en cuenta es la siguiente:

- ESTANDARES DE ATENCIÓN AL PRIMER NIVEL
- REVISIÓN DEL PROGRAMA MATERNO-INFANTIL
- CUIDADOS AL ADULTO MAYOR

Se confeccionan los estándares de enfermería para el Primer Nivel de Atención, en actividad conjunta con la Facultad de Enfermería de la UDELAR.

En relación al programa Materno Infantil, se establecen contactos con la Licenciada en Enfermería, coordinadora del Programa Aduana, en la búsqueda de acordar puntos de coincidencias en relación al rol de enfermería dentro del mismo. Teme que al día de la fecha, venimos trabajándolo.

Respecto al programa del Adulto Mayor, esta Comisión está trabajándolo con la Comisión de Enfermería, específica en el tema.

En el mes de marzo, participamos en encuentro periódico de Directores

Institucionales, públicos y privados, exponiendo el rol de enfermería profesional en el cumplimiento de las metas asistenciales y la vinculación con las mismas que ofrecen los internos del programa internado de facultad de enfermería en dicho proceso.

Recibimos en el mes de Abril la visita de dos Dras. en Enfermería, de origen Cubano. Oportunidad en que comparten con nosotros su experiencia en la organización de Enfermería en su país, desde el ámbito Ministerial y la elaboración de programas prioritarios vinculados al Primer Nivel de Atención a la Salud.

Participamos como coordinadores de mesa en Jornadas de Enfermería, realizadas por el Colegio de Enfermeras del Uruguay, en recordatorio del día internacional de la Enfermera.

Estamos participando en las actividades de la Red de Género y Familia.

Participamos como conferencista en las 16ª Jornadas de Actualización en medicina Ambulatoria, en calidad de invitados por el Comité Organizador.

Se determinan los criterios para renovar anualmente las autoridades de la esta Comisión; presidente, vicepresidente, secretario, según criterios determinados el la oportunidad.

Se establecen normas de funcionamiento generales, a fin que éstas redunden en una mayor optimización del tiempo y la productividad.

Con fecha 15 de Octubre de los corrientes, queda adecuadamente ordenada la producción científica de todo el periodo, (Octubre de 2005 – Noviembre de 2009); lo que incluye: Políticas d enfermería, Dotación de Personal, Bases para llamado a concurso a Auxiliares de Enfermería y Licenciados en Enfermería, Entornos laborales favorables para el adecuado desempeño de la enfermería, Manual de Estándares para el Primer Nivel de Atención; de lo que se hace entrega a la Dirección General de Salud, Dr. Jorge Basso, a fin que se le proporciones al mismo el formato jurídico adecuado para ser implementado en los servicios asistenciales, con el aval ministerial correspondiente.

Toda esta producción anteriormente detallada, fue elevada al organismo correspondiente a fin de ser incluida en la página Web del MSP.

Como temas pendientes año entrante, contamos con:

- 50) COMPLETAR PROGRAMA MATERNO INFANTIL
- 51) DELINEAR PROGRAMA DE CUIDADO AL ADULTO MAYOR
- 52) DEFINIR CRONOGRAMA DE TALLERES A REALIZAR CON COLEGAS DE ENFERMERÍA DE TODO EL PAIS, RELATIVOS A:
 - 53) LINEAMIENTOS POLÍTICOS PRIORITARIOS
 - 54) GESTION ANTE DÉFICIT DE DOTACIÓN
 - 55) CONTAR CON APOYO ADECUADO EN LA INFORMÁTICA Y EN LA LOGÍSTICA EN GENERAL, INCLUÍDA LA SECRETARÍA

ANEXO 7

LEY N°13.556

LICENCIAS ANUALES

SE DECLARA QUE A LOS EFECTOS DE LO DISPUESTO EN LA LEY 12.590, SOLO PODRAN CAUSAR LOS EFECTOS LEGALES PREVISTOS, AQUELLOS CONVENIOS COLECTIVOS CELEBRADOS ENTRE UN EMPLEADOR O UN GRUPO DE EMPLEADORES Y POR LA OTRA PARTE UNA O VARIAS ORGANIZACIONES DE TRABAJADORES.

El Senado y la Cámara de Representantes de la República Oriental del Uruguay, reunidos en Asamblea General,

DECRETAN:

Artículo 1°.

Declárase, a los efectos de la aplicación del artículo 1° de la ley N° 12.590, de 23 de diciembre de 1958, y de la ley N° 9.675, de 4 de agosto de 1937, en lo pertinente, que sólo podrán causar los efectos legales previstos, aquellos convenios colectivos que hubieran sido concertados entre un empleador o un grupo de empleadores, o una o varias organizaciones representativas de empleadores, por una parte, y por la otra, por una o varias organizaciones representativas de los trabajadores, involucrados. No existiendo organización gremial de dichos trabajadores, la representación de éstos será ejercida, para la concertación del convenio, por delegados elegidos según las formas y garantías previstas en los incisos 4° y 5° del artículo 6° y artículos 7° y 12 de la ley N° 10.449, de 12 de

noviembre de 1943.

La convocatoria a elecciones sólo será posible a petición de un tercio de los trabajadores que puedan ser afectados por el convenio, según las planillas de trabajo. Con las mismas garantías serán designados los miembros de las Comisiones Paritarias previstas en el artículo 6° de la ley N° 12.590

Si más de una organización se atribuye la representación de los trabajadores afectados, y no hay acuerdo entre ellos para la concertación del convenio, sólo será válido el suscrito por la organización más representativa. Para la calificación de más representativa se tendrá en cuenta, en el orden que se expresan:

a) Los resultados de elecciones de delegados en los Consejos de Salarios y Cajas de Compensación de Asignaciones Familiares u otros organismos de integración análoga.

b) La antigüedad, continuidad e independencia de la organización.

Cualquier organización gremial de trabajadores podrá impugnar el acto administrativo que permite el registro de un convenio colectivo suscrito por una organización que no sea la más representativa o que dispone la convocatoria a elecciones prevista en el primer inciso de este artículo.

A los efectos de la ley N° 12.590, la impugnación suspende la vigencia de convenio o la convocatoria a elecciones, según el caso.

Artículo 2°.

A los efectos del cálculo de la licencia anual, de acuerdo a lo establecido en los artículos 4° y 8° de la ley N° 12.590, declarase que el trabajador se considerará que está bajo la dependencia del empleador y a la orden del mismo o de la Bolsa de Trabajo, según corresponda, durante el lapso en que esté vigente el contrato de trabajo y con la jornada legal de ocho horas, salvo en el caso en que dicha jornada haya sido reducida por ley, por convenio colectivo o por acuerdo individual permanente, debidamente registrado y reconocido por las Comisiones Paritarias creadas por el artículo 6° de la ley.

La excepción anterior no rige, sin embargo, cuando la reducción de la jornada o de la semana de trabajo sea dispuesta unilateralmente por el empleador u obedezca al propósito de los trabajadores de repartir equitativamente el trabajo existente, en caso de merma de éste, por causas no imputables a los mismos.

En los casos en que exista duda acerca de si el trabajador ha permanecido o no a la orden, la carga de la prueba corresponderá al empleador.

Asimismo declárese que, a los efectos de la aplicación del artículo 8° de la ley

Nº 12.590, la palabra "enfermedad" comprende tanto las enfermedades comunes como las enfermedades profesionales y los accidentes de trabajo.

A esos mismos efectos, tampoco se descontarán los períodos de licencia antes y después del parto que resulten de la aplicación de la ley Nº 12.572, de 23 de octubre de 1958.

Artículo 3º.

Declarase que el jornal de vacaciones de los trabajadores a que se refiere el artículo 10 de la ley número 12.590, es el que corresponde a la jornada normal de trabajo, según las remuneraciones vigentes en el momento en que se goza la licencia. Esta disposición se aplicará al sueldo o salario fijo y a las remuneraciones variables (comisión, destajo, premio o cualquier sistema de incentivo).

En el caso de los trabajadores con remuneración variable, el jornal de vacaciones se calculará de la siguiente manera: el salario - horario promedio del mes anterior al período de vacaciones, se multiplicará por el número de horas de la jornada legal o convencional normal y se ajustará dicho monto con los aumentos porcentuales que pudieron corresponder por la elevación de las remuneraciones en el período comprendido entre dicho mes y el momento en que finaliza la licencia. Las diferencias que resultaren por motivo de aumentos sobrevinientes durante el período de goce de la licencia serán liquidadas al trabajador en el curso del mes siguiente al de la terminación de aquélla.

Artículo 4º.

Los empleadores reliquidarán y pagarán a los trabajadores, las diferencias que correspondan al último año, cuando el cálculo de las licencias, no se hubiera ajustado a las disposiciones previstas en esta ley.

Artículo 5º.

Sustituyese el inciso 1º del artículo 16 de la ley Nº 12.590, por el siguiente:
"El Poder Ejecutivo podrá establecer, dentro de las normas generales de esta ley, un régimen especial en lo relativo a las licencias de los técnicos, siempre que, con razones fundadas, se pruebe que el régimen general puede ocasionar perjuicios a los intereses económicos de determinadas actividades y con tal que se garantice el mínimo impuesto por los Convenios Internacionales números 52 y 54 de 1936,

ratificados por la ley N° 12.030, de 27 de noviembre de 1953."

Artículo 6°.

Sustitúyese el inciso 1° del artículo 24 de la ley N° 12.590, por el siguiente:

"Constituye título ejecutivo para el ejercicio de la acción por cobro de licencias, el testimonio otorgado por el Instituto Nacional del Trabajo y Servicios Anexados. Para la expedición de dicho título, recibida la denuncia del interesado por las licencias adeudadas, el Instituto Nacional del Trabajo y Servicios Anexados intimará a la Empresa la presentación de los recaudos que acrediten su goce o su pago, con plazo perentorio de 6 (seis) días. Al vencimiento de dicho plazo, si no se hubiera probado fehacientemente el goce o el pago de las licencias reclamadas, el Instituto expedirá, sin más trámite, el documento correspondiente, en el que establecerá las cantidades líquidas adeudadas al trabajador".

Artículo 7°.

Comuníquese, etc.

Sala de Sesiones de la Cámara de Senadores, en Montevideo, a 15 de octubre de 1966.

MARTIN R. ECHEGOYEN,

Presidente.

Luis N. Abdala, Secretario.

MINISTERIO DE INDUSTRIAS Y TRABAJO.

MINISTERIO DE INSTRUCCION PUBLICA Y PREVISION SOCIAL.

MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES. Montevideo, 26 de octubre de 1966.

Cúmplase, acúsese recibo, comuníquese, publíquese e insértese en el Registro Nacional de Leyes y Decretos.

Por el Consejo:

HEBER. FRANCISCO M. UBILLOS.

JUAN E. PIVEL DEVOTO.

LUIS VIDAL ZAGLIO.

Modesto Burgos Morales,

Secretario.

ANEXO 8.

FILOSOFIA DE LA CALIDAD

Prof. Lic. Alicia Cabrera

Estimamos necesario profundizar en la conceptualización de CALIDAD, en tanto es el hilo conductor de esta publicación. Creemos indispensable clarificar nuestras ideas previo a introducimos en ESTANDARES, entendidos como uno de los mecanismos posibles para la medición de la CALIDAD.

Proponemos abordarlo desde diversos planos de análisis y de esta manera abrir diferentes líneas de reflexión sobre algunas dimensiones que conforman su esencia. CALIDAD REAL Y RELATIVA. Quizá este juego de términos pone de manifiesto la dialéctica del concepto de calidad.

La concepción de calidad en una actividad o producto, requiere de una definición explícita acerca de lo que se desea o aspira. La calidad adquiere una dimensión real, en la medida que se pueda comparar con un patrón determinado. Al mismo tiempo, se cuestiona lo ABSOLUTO o TERMINANTE del contenido de esa definición (patrón), en tanto el compromiso con lo real o viable, reconoce la necesaria transformación hacia lo perfectible, o lo mejor.

Es probable que la conciencia sobre lo IMPERFECTO, presente en toda actividad humana, es el motor incesante hacia la búsqueda de lo MEJOR, que a su vez nunca llegará a lo perfecto, pero si a una RELATIVA ACEPTACIÓN DE CONFORMIDAD, en relación a un prototipo determinado y en un tiempo y espacio concreto.

CALIDAD SISTEMICA: al transitar del pensamiento centrado en la productividad al pensamiento centrado en la calidad, se generaron diversas perspectivas en este proceso de desarrollo.

Se comenzó haciendo énfasis en los procesos de CONTROL DE CALIDAD, orientados fundamentalmente a la evaluación de resultados, basándose en la utilización de métodos estadísticos.

Gradualmente se fue evolucionando hacia planteos más globales, tendientes a prevenir las desviaciones en los procesos productivos, tratando de predeterminar relaciones entre aspectos estructurales y resultados correspondientes. En ese sentido, desde la corriente de GARANTIA DE CALIDAD, hasta la última tendencia llamada GESTION DE CALIDAD, se ha comprendido que todos los componentes del sistema intervienen en diverso grado de compromiso con los niveles de calidad resultantes. Es por ello que la CALIDAD, debe diseñarse de manera explícita, participativa y predeterminada. Integrando el papel que juegan cada uno de los involucrados, con un enfoque holístico de los factores productivos.

En sistemas tan complejos, como lo son los servicios de atención a la salud, resulta imprescindible la consideración de este aspecto. Ya sea por la diversidad de las intervenciones que operan sobre el objeto de prestación, como por la secuencia y convergencia de los procesos. En ese sentido se presenta una situación muy particular, que hace dificultoso establecer límites precisos en la evaluación de los productos. Sin embargo, es posible determinar una jerarquía en la diversidad, basada en el grado de relacionamiento y compromiso con el objeto de la prestación. De esta forma se pueden identificar actividades ESENCIALES Y SECUNDARIAS o DE APOYO, debiendo estar todas consideradas en el proyecto institucional, si se aplica el enfoque de GESTION DE CALIDAD.

CALIDAD MENSURABLE: Creemos que este aspecto revela uno de los mayores desafíos, en lo que respecta a la prestación de servicios de salud.

El avance de la disciplina de administración nos muestra, diferentes metodologías y técnicas puestas al servicio de la confección de MODELOS o DISEÑOS, que especifiquen los procesos productivos con patrones de referencia, pasibles de comparar y medir.

Podemos decir entonces que los niveles de calidad que se obtiene en la producción de un servicio, deben relacionarse con indicadores cuanti-cualitativos, en acuerdo a los patrones prefijados de calidad.

--- estas ideas básicas se pueden concretar las etapas de la evaluación e calidad.

Se pueden reproducir los procesos, estudiar sus beneficios y fallas, haciendo posible la reformulación y por ende la mejora del bien o servicio.

Podemos redondear esta idea, sosteniendo que la calidad es válida en tanto se pueda MEDIR, DEMOSTRAR, REPRODUCIR Y PERFECCIONAR.

CALIDAD CENTRADA EN EL USUARIO: Lamentablemente la repetición de los discursos en alusión al rol protagónico de los usuarios, particularmente de los servicios de salud, no se ha correspondido de manera proporcional con los cambios políticos verdaderos. Lejos esta de nuestro pensamiento creer que el debate central se coloca en la denominación: CLIENTE-PACIENTE O USUARIO, que resulta del lugar que se ocupa en el aparato productivo de la empresa u organización. En ese sentido, admitamos que existen CLIENTES, desde la perspectiva de los empresarios y USUARIOS, desde la perspectiva de los prestadores de servicios o funcionarios.

El desarrollo del enfoque de calidad centrado en el USUARIO o CONSUMIDOR, se ha demostrado en estudios que provienen fundamentalmente del área industrial, con ejemplos de producción a gran escala que se planifican basándose en el conocimiento científico de la relación OFERTA- DEMANDA. Gradualmente este conocimiento acumulado se ha ido transfiriendo a otras áreas de producción.

Especialmente en la prestación de servicios de salud, se evidencian una serie de particularidades, que no admiten réplicas acríticas de esas exitosas metodologías. Es así que desde nuestro punto de vista, el eje central del cambio a procesar en los servicios de atención a la salud, corresponde a diseñar estrategias capaces de colocar a la población usuaria como verdadero centro de acción del sistema o empresa.

Dado las características del servicio en cuestión y considerando la importante carga de VALORES culturales que la población deposita sobre él, aparece una de las primeras limitantes vinculadas a la generación de la DEMANDA.

Demanda que se sostiene en un sentimiento de pérdida de salud o dicho de otra manera, "sentimiento de estar enfermo". A partir de allí, se desencadena

una solicitud de asistencia, que parte del consumidor; pero que requiere una intervención profesional, para que efectivamente se defina la prestación del servicio.

Esta particularidad dada en los servicios de salud, llamada fenómeno de AGENCIA, por algunos economistas, determina una fuerte relación de dependencia del consumidor hacia el profesional de la salud, configurando un rol pasivo basado en una relación de poder, por ausencia de conocimiento sobre la verdadera necesidad de atención.

Esta situación se ve agravada por los efectos contundentes que genera el **MARQUETING** a nivel de las empresas de atención médica.

La lógica de compra y venta impregna todo el funcionamiento social, incluyendo al sector salud y generado una desvirtuación de la misión social de las instituciones o empresas sanitarias. De acuerdo a ello se estimula a la población, orientándola a consumir productos rentables, aunque ellos no sean verdaderamente necesarios, ni prioritarios para las personas. Uno de los ejemplos más gráficos a los que podemos recurrir, lo conforman las emergencias móviles. Estos medios de transporte, equipados como para resolver la estabilidad vital, hasta ubicar al enfermo en un centro de internación, se transformaron en servicios de consulta médica domiciliaria, para dar respuestas cómodas y oportunas a las limitaciones de accesibilidad presentes en el medio mutua. Sin el ánimo de evaluar la calidad de las prestaciones efectuadas por estas empresas, el fenómeno de distorsión llegó a los planos del ridículo, en tanto los montevidEOS solicitábamos consultas urgentes para resolver cuadros gripales, con una ambulancia estacionada en la puerta del domicilio.

Es real que esta situación se ha tratado de corregir por los propios empresarios, para quienes no era rentable la utilización de un conjunto de recursos costosos, para resolver un problema que requiere de tecnologías sencillas y económicas, un problema que podemos llamarlo propio, del primer nivel de atención a la salud. En realidad lo anecdótico, tenía la finalidad de ilustrar dos conceptos que a nuestro criterio son inseparables: "DEMANDA INDUCIDA" Y "CONSUMIDOR IRRACIONAL".

La primera es variable causal de la segunda, pero al mismo tiempo se genera

un fenómeno de bidireccionalidad y retorno, que hace dificultoso romper el círculo vicioso de la confusión y el caos, percibido en la operativa de los servicios sanitarios.

Como decíamos anteriormente, el marketing ha sido una herramienta de venta, no siempre utilizada con la ética necesaria como para preservar los derechos de la población, entre otras cosas, al de estar informado correctamente. Las campañas llevadas a cabo por medios de comunicación masiva, ideadas con la finalidad de "capturar" afiliados, en general han contribuido a incrementar la confusión de la población, promocionando confortables edificios, computadoras y sofisticadas tecnologías, destinadas a la curación de la enfermedad.

Finalmente, lo analizado apunta a la síntesis de que, los estándares de calidad, normas generalmente fijadas por "Expertos" o "Colectivos científicos", que por mayor amplitud que tengan en su elaboración, integran un enfoque relativo, parcial e ideológico concreto. En cualquier caso, obedecen a ciertos puntos de vista y perspectivas de avance, siempre discutibles y perfectibles.

La CALIDAD, desde la óptica técnica, no es nada más que una de las miradas de los actores, en el proceso productivo. La CALIDAD REAL, necesita de la mirada de los usuarios, de los empresarios y de los trabajadores, desde su construcción hasta su evaluación, para ello se requieren políticas empresariales modernas, con administradores formados y sin temor a los cambios.

Esperamos que estas reflexiones, que de alguna manera representan la orientación de la cátedra de Administración del I.N.D.E., hallan sido capaces de movilizarlos al estudio de un tema tan complejo, como apasionante.

ANEXO 9.

PROYECTO DE LEY ENVIADO POR EL COLEGIO DE ENFERMERAS DEL URUGUAY AL SENADO.

SE COMIENZA LA DISCUSIÓN DEL PROYECTO EL 11 DE MAYO DE 2010, CONFORMANDO LA QUINTA LEGISLATURA (desde el año 1989) EN LA QUE SE INGRESA PROYECTO DE LEY DE EJERCICIO DE LA PROFESION. Redactada por Presidencia de la República en el ejercicio del Presidente Tabaré Vazquez, con firma del MSP, MEC. Y asesores de la Presidencia, Pro-secretario Lic. Jorge Vazquez y abogados de la Presidencia.

Apoyada por: CONAE, Facultad de Enfermería UDELAR- Facultad de Enfermería UCUDAL- Consejo Nacional y Regional de Enfermería.



**Cámara de Senadores
"Enfermería"**

Se regula el ejercicio de la profesión

EXPOSICION DE MOTIVOS

En el año 2009 el Poder Ejecutivo envió un proyecto de ley a este Parlamento con

la intención de regular el ejercicio de la profesión de enfermería.

En esta XLIIA legislatura los integrantes de la comisión de Salud Pública del Senado hemos considerado oportuno retomar dicha discusión tomando en cuenta la antes mencionada iniciativa y los aportes sugeridos por la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República y el Colegio de Enfermeras del Uruguay.

El presente proyecto intenta definir el ámbito de actuación y responsabilidades de dicha profesión promoviendo el ejercicio responsable de la misma.

En la 45ª Sesión de la Asamblea Mundial de la Salud que tuvo lugar en 1992 se exhortó a los Estados miembros a: *"Que refuercen la capacidad gerencial, directiva y fortalezcan la posición del personal de enfermería en todas las marcos y niveles asistenciales incluidos los servicios centrales y locales de los ministerios de salud y las autoridades locales responsables de los programas locales. Que promulguen disposiciones legislativas, cuando así sea necesario o adopten otras medidas apropiadas para asegurar buenos servicios de enfermería"*.

Nuestro país cuenta en su ordenamiento jurídico con las siguientes disposiciones: Decreto-Ley N° 14.906 del 2 de julio de 1979, se ratificó con fecha 31 de junio de 1980, el Convenio Internacional de Trabajo N° 149 del 21 de junio de 1977, sobre el personal de enfermería. Dicha norma recomienda a los Estados (Recomendación N° 157 de la OIT) que consagren en sus legislaciones internas las condiciones que deben reunirse para tener derecho al ejercicio de la práctica de enfermería, así como el fomento de la participación de personal en la planificación de los servicios y consulta en la toma de decisiones (artículos 4 y 5 del CIT de la OIT).

En consonancia con lo expresado en el párrafo anterior, por Decreto 219/009 de 11 de mayo de 2009, el Poder Ejecutivo reglamentó la prestación de los servicios profesionales de los licenciados en enfermería en las instituciones públicas y privadas prestadoras de servicio de salud.

Asimismo se deben mencionar al Decreto-Ley N° 15.661 de 29 de octubre de 1984 y a su Decreto reglamentario 308/995 de 11 de agosto de 1995 que regularon sobre los títulos profesionales que otorgan las universidades privadas, que abarcan la profesión de enfermería.

El Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) adoptó por primera vez un Código internacional deontológico para enfermeras en 1953. Este código que implica por tanto un conjunto ordenado de deberes y obligaciones morales que tienen éstos profesionales, se ha revisado y reafirmado en diversas ocasiones, la más reciente es la realizada en 2005.

Las enfermeras tienen cuatro deberes fundamentales: promover, proteger y restaurar la salud y aliviar el sufrimiento, todo ello con una orientación preventiva. La necesidad de enfermería es universal.

Enfermería tiene como responsabilidad social defender el derecho a la salud y la vida de todos los habitantes del país.

La enfermería está conformada en equipo por dos niveles de formación: Licenciado (título otorgado por la Universidad) para el nivel profesional básico, y Auxiliar, para el nivel no profesional. Uno de los propósitos de esta Ley, es promover una mayor claridad sobre los roles de los integrantes del equipo de enfermería.

La calidad de la atención de enfermería está condicionada a la relación entre profesional de enfermería y auxiliar de enfermería, así como entre el Licenciado y el Médico

La importancia de estos indicadores y sus efectos sobre la aplicación de cualquier modelo de atención que busque la excelencia en beneficio de la población beneficiaria, está avalado por las Organizaciones internacionales de Salud. La OPS/OMS en "Indicadores de las Metas Regionales de RRHH para la Salud, 2007-2015" Meta 3 y 4 del Documento, que se transcriben, definen:

"Meta 3: Todos los países habrán formado equipos de atención primaria de salud con una amplia gama de competencias que incluirán sistemáticamente a agentes sanitarios de la comunidad para mejorar el acceso, llegar a los grupos vulnerables y movilizar redes de la comunidad."

"Meta 4. La razón de enfermeras calificadas con relación a los médicos alcanzará al menos 1:1 en todos los países."

En nuestro país el análisis de estos indicadores muestran un sobredimensionamiento del número de Auxiliares en relación al número de Licenciados, y para la relación Médico/Licenciado, una inversión del indicador aceptado internacionalmente. Cuando debería darse una relación de 1/1 en la realidad el número de médicos supera ampliamente la de Licenciados.

La sanción de esta Ley contribuiría: a) estimular el acceso a la carrera y la permanencia en el país de los recursos formados en la Universidad, y b) hacer efectivo el derecho a la salud de la población, en los niveles de calidad adecuados de acuerdo a las necesidades del Sistema de Salud Integrado que se ha puesto en marcha.

La carrera de grado de la licenciatura otorga en el primer semestre del tercer año el diploma de Auxiliar de Enfermería, con lo que se habilita una incorporación al mercado laboral.

A partir de 1991 y con el fin de favorecer el incremento de licenciadas en enfermería, a la vez que se hace justicia con un personal que posee el prerrequisito universitario que viene trabajando en el ámbito de la salud, se dio inicio a los cursos de Profesionalización de Auxiliares de Enfermería.

El proyecto que ponemos a consideración de la Cámara de Senadores consta de 8 artículos en los que se define el objeto de la profesión, el ámbito de aplicación, las exigencias normativas que deberán cumplir la currícula tanto del título de licenciado como del de auxiliar; describe las funciones del Licenciado en Enfermería y establece las funciones de los Auxiliares de Enfermería.

La acreditación periódica de su actualización científica e idoneidad profesional, es otro de los aspectos requeridos por este proyecto.

Finalmente se establece que -sin perjuicio de la aplicación de las normas legales nacionales vigentes- se tendrá presente lo establecido en el convenio N° 149 de OIT (Organización Internacional del Trabajo – Recomendación N° 157) en relación a las condiciones laborales, ambientales, salariales y de organización del personal de enfermería.

21 de junio de 2010



Cámara de Senadores

Particular

"ENFERMERÍA"

Se regula el ejercicio de la profesión

PROYECTO DE LEY

Artículo 1º.- (Objeto) La presente ley tiene por objeto consagrar el marco jurídico que regulará el ejercicio de la profesión de enfermería en la República Oriental del Uruguay.

Se declara que la enfermería es una disciplina científica, encaminada a fortalecer la capacidad reaccional del ser humano en su actividad de adaptación, desarrollada para mantener equilibrio con el medio, frente a alteraciones bio-psico-sociales; enfoca la atención a través de un proceso integral, humano, continuo, interpersonal, educativo y terapéutico en los diferentes niveles de atención: primaria, secundaria, terciaria y otros. A través de todas sus acciones la enfermería observa, garantiza y aboga por el respeto a la dignidad del ser humano, reconociendo el derecho de todo habitante a recibir servicios de enfermería de calidad y cantidad suficiente.

Artículo 2º.- (Ámbito de aplicación) Componen la profesión de enfermería todos aquellos recursos humanos de salud egresados de las Instituciones de formación terciaria universitaria públicos y privados habilitadas por la autoridad pública competente, que ejerzan funciones como tales en todo el territorio nacional luego de su inscripción y habilitación en el Ministerio de Salud Pública, según lo establecido por la normativa vigente en la materia.

Artículo 3°.- (De los requisitos para el ejercicio de la enfermería)

Para el ejercicio de la profesión de enfermería en el territorio nacional se requerirá obligatoriamente título habilitante de Licenciado en Enfermería expedido o revalidado por la Universidad de la República, o título otorgado por instituciones autorizadas a funcionar como institución universitaria por el Poder Ejecutivo y con carreras reconocidas, según lo preceptuado en la normativa vigente en la materia.

b) Para el acceso a diferentes niveles de la conducción de los servicios o de atención a la salud, se requerirá el título de Especialista, Magíster o Master, Doctor en Enfermería, expedidos o reconocidos por la Institución competente y habilitados según lo establece la Ley.

La duración y contenido de la currícula de las diferentes instituciones públicas y privadas autorizadas y facultadas para expedir el título de Licenciado en Enfermería, deberá cumplir con las exigencias normativas definidas por las autoridades estatales competentes en relación a las carreras universitarias de grado.

Artículo 4°.- (De las funciones de los Licenciados en Enfermería) Al Licenciado en Enfermería le compete, entre otras funciones las que se enuncian:

- A) Integrar y participar en los equipos de salud, promoviendo la mejor relación interdisciplinaria, reconociendo y valorando las capacidades y competencias de sus integrantes.
- B) Realizar y conducir el Proceso de Atención de Enfermería que corresponde al equipo de enfermería, en el primer, segundo y tercer nivel de atención, entre otros.
- C) Participar directamente en el proceso de atención, enseñanza y cuidado de la salud, en los distintos ciclos vitales del individuo, familias y comunidad con un enfoque preventivo.
- D) Formular diagnósticos de enfermería, tratamiento y evaluación de los mismos.
- E) Realizar investigación enfocada en los problemas sanitarios que afectan a la población usuaria y al desarrollo de la disciplina en sus diferentes áreas de especialización.
- F) Administrar centros de atención a la salud, centros docentes de formación y los servicios asistenciales de enfermería en las Instituciones públicas y privadas.
- G) Ejercer la Dirección de Divisiones y Departamentos de Enfermería en instituciones públicas y privadas, según lo establecido en el Decreto 219/009, de 11 de Mayo de 2009.

- H) El Licenciado de Enfermería podrá integrar la gestión directiva de los servicios docentes y de atención a la salud a nivel estratégico, táctico y operativo.
- I) Evaluar la capacidad profesional de enfermería en concursos, pruebas de ingreso, promoción y otros.
- J) Realizar auditorías y consultorías, vinculadas a su especialidad.
- K) Integrar los comité de control de infecciones, comité de bioética y así como otros espacios de relevancia institucional.
- L) Participar, en el ámbito de competencias profesionales, en la toma de decisiones en los servicios de gestión y administración hospitalaria.

Artículo 5°. (De los requisitos para ejercer como Auxiliar de Enfermería).

- Debe tener título o diploma expedido por institución competente reconocida por el Ministerio de Educación y Cultura y habilitado por el Ministerio de Salud Pública.
- Actuar bajo la supervisión del Licenciado de Enfermería.

Artículo 6°.- (De las actividades de los Auxiliares en Enfermería). Serán actividades de competencia de los Auxiliares de Enfermería:

- 56) Todas aquellas actividades delegadas del proceso de atención de enfermería, dependiendo jerárquicamente de la dirección y supervisión del Licenciado en Enfermería competente.
- 57) Participar en el equipo de enfermería colaborando con los programas de educación a la población y en proyectos de investigación.

Artículo 7°.- (De la supervisión y limitación en el ejercicio) Los profesionales enfermeros (Licenciados) deberán acreditar periódicamente su actualización científica y su idoneidad profesional, según corresponda, ante las respectivas instituciones formadoras. Los certificados que se expidan sobre actualizaciones, capacitación y otros estarán sujetos a los requisitos establecidos por las Instituciones referidas en el artículo 3° de la presente ley.

La falta de acreditaciones en un plazo de cinco años será considerado como condición

limitante para el acceso a cargos de ascenso. Todo integrante de enfermería con título habilitante que haya permanecido cinco años o más sin ejercer su profesión, deberá actualizarse de acuerdo a los requisitos establecidos por las instituciones del artículo 3° de la presente ley, para ejercer su actividad como tal.

Artículo 8°.- Sin perjuicio de la aplicación de las normas legales nacionales pertinentes, las condiciones laborales del personal de enfermería en lo relativo a medio ambiente laboral, salarios, aspectos de la tarea y de la organización institucional, tendrán presente lo estipulado en el Convenio N° 149 (Recomendación N° 157) de la Organización Internacional del Trabajo, ratificado por la República Oriental del Uruguay, por el Decreto-Ley N° 14.096, del 2 de julio de 1979.

21 DE JUNIO DE 2010

