



UNR



Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud

Centro de Estudios Interdisciplinarios
Universidad Nacional de Rosario

**Distribución del Recurso Humano de
Enfermería según la Clasificación de
pacientes (Res. 194/95) en la unidad de
cuidado intensivo neonatal del Servicio de
Neonatología del Hospital de Niños “Sor
María Ludovica” de La Plata.**

Maestranda: Echandía, Rosario Belén.

Director de Tesis: Dra. Sánchez, Silvina.

Agradecimientos

Esta Tesis de posgrado surge de la búsqueda en avanzar en mi profesión y conseguir las herramientas adecuadas para en un futuro dedicarme a la Gestión.

En primer lugar quiero agradecer a Silvio, mi novio y compañero en esta vida, por su paciencia, comprensión, contención y apoyo en todo este largo trayecto y compromiso de terminar mi tesis de posgrado, y gracias a mi madre y hermana por estar siempre a mi lado apoyándome en todas mis decisiones, a pesar de la distancia.

A mi Directora de Tesis, Dra. Silvina, Sánchez por su dedicación, su tiempo y su valiosa guía y orientación en este proyecto. Por su claridad, contención y apoyo en los momentos en que uno se desmoronó. Estoy sumamente agradecida.

Agradezco a mi tutor Sebastián Peresin, por acompañarme, incentivar me, corregirme y guiarme desde la búsqueda y rebúsqueda de una problemática sanitaria hasta el abordaje de plan de tesis.

A mi colega, Lic. Marcelo Casafuz, coordinador de Enfermería en el Servicio de Neonatología, por motivarme generando en mí la iniciativa de abordar ésta problemática.

Agradezco a la Universidad Nacional de Rosario por haberme abierto las puertas de su establecimiento y a cada una de las personas que nos acompañaron en estos 2 años académicos, personal administrativo y profesionales a cargo de cada seminario.

Agradezco al Hospital Interzonal de Agudos especializado en Pediatría “Sor María Ludovica”, por permitirme formar parte de él y abrirme siempre sus puertas a nuevos conocimientos, y a poder llevar a cabo esta investigación. Y al Comité de Ética del Instituto de Desarrollo e Investigaciones Pediátricas de dicho Hospital.

Y por último y no menor mi gran agradecimiento a mi amiga y colega Soledad, quién encabezó esta búsqueda de incrementar nuestros conocimientos y lograr juntas una Maestría en Gestión. Cada día viajado, cada tiempo compartido, todo el esfuerzo, motivarnos y apoyarnos mutuamente a seguir, por un futuro mejor en nuestra profesión, valió la pena.

Resumen

La búsqueda de Sistemas de Clasificación de pacientes (SCP) adecuados a la medida del producto hospitalario ha sido objeto de numerosas investigaciones desde la década de los años 70 del siglo XX, sobre todo en Estados Unidos y Canadá. El empleo de los SCP, es una herramienta complementaria para la Gestión en Enfermería, a la hora de realizar una dotación de personal.

En el Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica – Normas de organización y funcionamiento de servicios de enfermería en establecimientos de atención médica (Res. 194/95), se encuentra descrito un Sistema de Clasificación de pacientes que se propone tener en cuenta a la hora de realizar una distribución de recurso humano.

El presente trabajo pretende describir, luego de un análisis comparativo, la relación entre lo escrito en el Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica (Res. 194/1995), con lo encontrado actualmente en la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal en el Hospital Interzonal de Agudos especializado en Pediatría “Sor María Ludovica” de la ciudad de La Plata.

Tomando como referencia el Sistema de Clasificación de pacientes, descrito en dicho programa, llevándolo al servicio.

Se trata de un estudio descriptivo, transversal de tipo Cualitativo.

Indice

Agradecimientos

Resumen

Introducción

Consideraciones iniciales.....5

Justificación.....6

Presentación del problema.....8

Capítulo 1- Descripción de la Organización.

1-1 Historia del Hospital.....11

1-2 Misión, Visión y Valores.....12

1-3 Características del Servicio de Neonatología.....13

Capítulo 2- Marco Teórico.

2-1 Sistema de Salud Argentino.....16

2-2 El Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica. Normas de organización y funcionamiento de servicios de Enfermería en establecimientos de atención médica. Res. 194/1995.....24

Capítulo 3- Metodología.

3-1 Características del estudio.....35

3-2 Metodología utilizada.....36

3-3 Resultados.....39

3-4 Análisis de los datos.....41

3-5 Discusión.....42

Capítulo 4- Conclusiones.

4-1 La diferencia entre la letra escrita y los procesos reales de atención en Enfermería.....47

Bibliografía.....54

Anexos.....56

Anexo 1.....57

Anexo 2.....58

Anexo 3.....60

Introducción

Consideraciones iniciales

Retomando los conceptos desarrollados en algunos de los seminarios de la diplomatura, abordé un problema de gestión en la organización en la que me desempeñé laboralmente, y a partir de su análisis y contraste con entrevistas a los profesionales enfermeros, planteé algunos caminos estratégicos para resolverlo.

El personal de una Institución constituye su recurso más importante, ellos son los que aportan su trabajo, talento, creatividad y dinamismo, y este solamente puede ser adquirido mediante los esfuerzos de reclutamiento de personal más efectivos y acorde a las necesidades de cuidado de los pacientes.

El reclutamiento de personal está afectado por la cantidad y tipo de trabajo que se ejecuta por la diversidad de los cambios tecnológicos, organizacionales, especializados y de cualquier otra índole que puedan afectar el desempeño del trabajo. La dotación de personal de una institución o servicio comprende el proceso de análisis de las necesidades presentes y futuras de potencial humano calificado para cubrir el tipo de cuidado requerido por los pacientes. Además la dotación efectiva de personal comprende el desarrollo y mantenimiento de las fuentes de recursos humanos adecuados y seleccionados para que el empleo permanezca calificado. Por lo tanto comprende no sólo el reclutamiento, sino también la selección, el entrenamiento y el desarrollo de los integrantes de una institución. Esto es lo que determina cuáles son los recursos humanos que se necesitan, en donde se seleccionan de manera que cumplan bien su labor, y por último el tipo de programas de desarrollo que asegure mejor su flujo constante de talento, de los niveles más bajos a los más altos. Considerado como un procedimiento constante y gradual, su práctica pretende que la organización tenga siempre a disposición a las personas idóneas en el puesto adecuado y en el momento oportuno¹.

Justificación

“Las enfermeras constituyen una fuerza humana y profesional de primer orden, sus competencias estan diversificadas y se las encuentra en todas las esferas de actividades relacionadas con la salud. Las enfermeras cuidan, educan, dirigen y tambien investigan. Su trabajo actual está marcado por la polivalencia, la flexibilidad y la multidisciplinariedad. Se les pide desarrollar un espíritu analítico y tener en cuenta la globalidad. Se les exige competencias técnicas de alto nivel manteniendo el cuidado humanizado. Mas allá de la diversidad y el cambio, los cuidados constituyen el motor y el centro, siguen siendo la razón de ser de la profesión”². Así comienza el texto *“Enfermería: Recurso Humano crítico”* de la revista I Salud en su columna profesionalización, del año 2013. La escasez de profesionales, la mala distribución geográfica y la necesidad de una mayor cualificación constituyen un diagnóstico sobre la enfermería. Según la Organización Panamericana de la Salud, en ese año el total del personal de enfermería del sector público en Argentina era de 65.806 profesionales. Los Licenciados/as en Enfermería representaban un 7%, los Enfermeros Profesionales un 30% y los Auxiliares en Enfermería un 63%. Todas las provincias tenían un alto porcentaje de Auxiliares, y con respecto a un estudio en 2008, aún seguía faltando recurso humano de enfermería.

Un artículo del diario La Nación, publicado el 26 de octubre de 2017, titulado *“Faltan enfermeros en todo el país y lanzan un plan para promover la carrera”* dice que el mínimo requerido no alcanza con lo recomendado por la Organización Panamericana de la Salud, quién indica que en Argentina sólo hay 3,8 cada 10.000 habitantes y lo recomendado es que debería superar los 4 cada 10.000 habitantes.

Realizando una comparación con otros países como, España que tiene 40 enfermeros cada 10.000 habitantes, Cuba cuenta con 80 cada 10.000 habitantes y el que mejor está es Finlandia que cuenta con 150 enfermeros cada 10.000 habitantes.

Según los datos que aporta el Sistema de Información Sanitario Argentino, en la actualidad son 179.175 las personas matriculadas en el campo de la enfermería. De ese total, 19.729 (11,01 %) son licenciados, 73.373 (40,95 %) son enfermeros profesionales; y 86.073 (48,04 %) son auxiliares de enfermería.

Necesitándose en nuestro país alrededor de 100 mil enfermeros más, para tener una relación de 6 o 7 cada 10.000 habitantes³.

Leandro Goroyesky, director del Instituto Nacional de Educación Tecnológica quien coordina el Programa Nacional de Formación de Enfermería (Pronafe), que se lanzó para intentar revertir la crisis, explica el problema que genera la escasez de enfermeros en la Argentina y la falta de incentivos para permanecer y profesionalizarse.

"La cantidad de enfermeros en relación con los médicos en la Argentina es muy baja. Estamos en un promedio de 0,58. Deberíamos duplicar la cantidad de enfermeros", remarcó para explicar que, en la actualidad, el número de médicos es casi el doble.

Mientras que en España hay 1,15 enfermeros por médico y en la Unión Europea 2,37 enfermeros por médico.

Refiriéndose al Pronafe dijo que *"busca aumentar la cantidad y calidad de egresados de la carrera de enfermería en las instituciones de educación superior. Continuando con la inercia actual, en cinco años se estarían egresando 50 mil enfermeros. Nosotros apuntamos a duplicar y tener 50 mil más"*.

Por otro lado el decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Argentina, basándose en los números que avalan este problema, plantea que debido a la falta de personal en los distintos hospitales y centros de salud muchos estudiantes prefieren comenzar a trabajar apenas consiguen su primer certificado, interrumpiendo así, sus estudios. En el año 2015 de los 72 mil estudiantes ingresados solo se egresaron menos del 10% de los que comenzaron en ese mismo período³.

En un análisis comparativo de la situación de enfermería en España y la Unión Europea del año 2015, por el Consejo General de Enfermería, basándose en las "Estadísticas Sanitarias mundiales" de la OMS y haciendo hincapié en aquellos enfermeros susceptibles de poder atender a la población, indica que en la Unión Europea hay un 70,35% de enfermeros y un 29,65 de médicos del total de profesionales que serían 5.973.338. Mientras que en España del total de profesionales que trabajan (466.524 profesionales) un 53,39% son enfermeros y un 46,61% son médicos, la escasez de profesionales enfermeros hace que el número de enfermeros existentes se acerque al porcentual de profesionales médicos existentes⁴.

Presentación del problema

Durante el siglo XX y el presente, el desarrollo de las ciencias ha sido objeto de un intenso perfeccionamiento con el objetivo de satisfacer las necesidades de la población mundial. Para lo cual se requirió un modelo de desarrollo de políticas sociales en el que la salud fue un factor y un resultado a tener en cuenta. En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, patrocinada y organizada conjuntamente por la OMS y la UNICEF, en Alma-Ata (1978) se adoptó “Salud Para Todos en el Año 2000”⁵ (SPT-2000) como meta universal y la Atención Primaria de Salud (APS) como estrategia para alcanzarla, convirtiéndose en las bases fundamentales para el desarrollo de la salud en el mundo. Esta visión integral de salud se apoya en un sistema de valores cuyos ejes orientadores son la **equidad**, la **solidaridad**, la **autodeterminación** y la **sostenibilidad**.

- ✓ Lograr equidad requerirá disminuir o eliminar diferencias que son innecesarias y evitables, pero que además se consideran injustas socialmente. Significa entonces, garantizar igual acceso de los ciudadanos a la información y a los servicios de salud, que el Estado y la sociedad puedan mantener económicamente.
- ✓ La solidaridad en su dimensión nacional es expresión de aquellas relaciones a escala individual, familiar, comunitario y social dirigidas a fortalecer las redes de apoyo hacia el bien común, con relación a la salud, esta incluye modalidades en las que una sociedad comparte y se hace responsable por el mantenimiento de la salud pública y de unidades de atención médica, lo que requiere un espíritu firme de solidaridad que demanda participación social y articulación intersectorial, involucrando a todos los actores de los diversos sectores con interés en salud.
- ✓ La autodeterminación es la expresión del derecho y el deber que tienen los países de definir soberanamente las políticas y estrategias que mejor convengan al desarrollo equitativo de la salud de sus pueblos; afirmando la autorresponsabilidad y dejando de lado los dictados, presiones y condicionamientos externos de cualquier orden.
- ✓ Por otra parte la sostenibilidad implicará poner en práctica estrategias para satisfacer las necesidades del presente, sin comprometer la capacidad de las

generaciones futuras para cubrir sus propias necesidades, así como, garantizar los cambios resultantes de la aplicación de una estrategia renovada de salud que mantenga la vigilancia y flexibilidad de adaptación, a los elementos que tienden a impedirlo⁶.

Este cambio de paradigma ha realizado cambios particulares en las instituciones de salud, transformando también la lógica en cómo se piensan los servicios en salud. Los diversos servicios han transitado de una organización cuantitativa a una organización que tiene en cuenta aspectos cualitativos en su forma de distribuir la tarea y al personal necesario para llevarla a cabo. Este cambio ha incluido también a los servicios de enfermería.

Hoy en día los prestadores de salud tienen la misión de contribuir a mejorar el estado de salud de la población, a mantener y preservar la salud, vinculando principios éticos y bioéticos con la economía de la prestación que ofrezcan, tanto en la realización de las acciones de promoción de salud y prevención de enfermedades, como en las acciones sanitarias de curación y rehabilitación. Cada acción en salud se debería realizar para mejorar la calidad de la prestación de los servicios⁷.

Este trabajo de investigación trata acerca de la distribución real del recurso humano enfermero en un hospital público, para analizar si dicha distribución es consonante con la distribución que define la clasificación de pacientes del Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica, según el grado de dependencia en los cuidados.

La Unidad de Cuidados Intensivos Neonatológicos del Servicio de Neonatología del Hospital de Niños de la ciudad de La Plata, es el espacio institucional efectivo donde se llevó a cabo la investigación. Teniendo como referencia el Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica, el capítulo dedicado a las *Normas de Organización y Funcionamiento de los Servicios de Enfermería en establecimientos de Atención Médica* (Resolución 194/1995), se analiza la distribución del recurso humano de enfermería que exige la legislación y la distribución real, obteniendo un resultado sobre la situación actual laboral de la enfermería en la realidad institucional.

La gestión del cuidado de enfermería supone la utilización de métodos y herramientas que de manera práctica permitan una aproximación a las necesidades de cuidado de los



UNR



pacientes y ayuden a planear los requerimientos humanos y técnicos para tal fin, y para ello será necesario proponer la implementación y puesta a prueba de un Sistema de puntuación para Intervención Terapéutica Neonatal a nivel local, para conocer y valorar la utilización del recurso humano, clasificando pacientes, a partir de nuestra realidad.

CAPITULO 1

Descripción de la Organización

1-1 Historia del Hospital.

El Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría (H.I.A.E.P) “Sor María Ludovica” está ubicado en la ciudad de La Plata en calle 14 N° 1631 entre 65 y 66.

Es una Institución pública de autogestión, que actúa en la jurisdicción del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Su historia data de 125 años durante los cuales el progreso fue una constante.

Surgió en 1889 para atender la demanda de atención pediátrica en una ciudad recién fundada; tuvo el privilegio de contar entre sus iniciadores a la Superiora Ludovica de Angelis, un manantial de virtudes puestas al servicio del prójimo - condición que impregnó los muros de la Institución y aún hoy se mantiene. El Hospital ha sido cuna de maestros ilustres de la pediatría, cirugía y neonatología nacional e internacional: Climent, Mazza, Lozano, Gorostiague, Blanco, Armendáriz, Sujov, Morano Baldizzone, Renteria, Cecchini, Silber, Spizirri, Hauri, Unchalo, Itarte, Brock y muchos más. Este espíritu de progreso puesto al servicio de los que más lo necesitan hizo que, con creatividad, deseos de superación, se instalaran en el hospital las salas de las cátedras de Medicina Infantil y Enfermedades Infecciosas.

El Hospital experimentó una gran transformación a partir de 1968, año en el que el Dr. Vicente Climent creó las residencias de clínica pediátrica siendo el encargado de Docencia e Investigación. Esta labor fue continuada por el Dr. Mario Renteria que con una gran visión estratégica permitió el desarrollo de subespecialidades pediátricas clínicas y quirúrgicas que se afianzaron en el tiempo.

La relevancia asistencial, docente de pre y post grado, de investigación le dieron al Hospital el prestigio que hoy posee.

Sin duda que el progreso edilicio debió acompañar este impulso de desarrollo, la evidencia de ello la constituyen el Centro Quirúrgico, en él se realizaron las adaptaciones edilicias para el funcionamiento del Servicio de Cirugía Cardiovascular y Transplante de Órganos Sólidos.

En el Hospital funcionan tres servicios de Cuidados Intensivos: Neonatal, Pediátrica Polivalente y Cardiovascular, y 2 servicios de Cuidados Intermedios: Clínica y Quirúrgica.

Conjuntamente con el crecimiento en los aspectos asistenciales, docentes y de investigación se incorporó un modelo de gestión que fortaleció las áreas técnica, contable y legal: la Oficina Técnica a cargo de un ingeniero; el Área Contable que incluye administración, compras y Sistema de Atención Médica Organizada (SAMO) estrechamente ligada a la Oficina de Asuntos Legales, integrada por dos abogados. Se constituyó también un grupo interdisciplinario, integrado por un técnico en Saneamiento, que se ocupa de Bioseguridad para analizar las numerosas situaciones que se presentan.

En este desarrollo institucional, la comunidad está presente a través de trece grupos de padres; son grupos que se apoyan mutuamente para afrontar las necesidades de la enfermedad de sus hijos y colaboran con el Hospital dentro de sus posibilidades. También el Voluntariado ayuda a sostener la integridad de este proceso que afecta a los pacientes y sus familias.

1-2 Misión, Visión y Valores.

Misión, que no es otra cosa que la razón de ser del hospital:

Es un hospital que asiste a niños de 0 a 14 años con una mirada integral centrada en la familia siendo un referente en mediana y alta complejidad con reconocimiento nacional e internacional.

Realiza acciones de asistencia, prevención, detección temprana, promoción y rehabilitación de la salud.

Es el referente por excelencia de la red pediátrica del sistema sanitario de la provincia de Buenos Aires.

Es un Centro de educación permanente de pre y post grado, abarcando la formación especializada en distintas disciplinas de la pediatría.

Realiza Educación Sanitaria para la comunidad e Investigación en todos los campos contribuyendo a la mejora del nivel de salud de los niños.

La **Visión** expresa lo que el hospital aspira a ser en un plazo a futuro:

Queremos ser el mejor hospital especializado en pediatría de la República Argentina para dar a nuestros pacientes una atención de excelencia tanto desde lo asistencial como desde lo social y lo humano.

Queremos ser referentes en los ámbitos asistencial, docente y de investigación, para la alta complejidad pediátrica, ejemplares por nuestros resultados y capacidad de respuesta, tanto para las redes regionales y provinciales como para el país y aún países vecinos.

Queremos que nuestros trabajadores de salud encuentren un ambiente laboral que facilite y estimule el trabajo en equipo, el crecimiento profesional y personal, la construcción de liderazgos, sintiéndonos orgullosos de pertenecer al hospital.

Valores

Compromiso de los trabajadores y de la institución con todos y cada uno de los usuarios.

Pertenencia en el sentido de generar una institución en la que todos sus trabajadores se sientan parte de ella.

Solidaridad en su accionar con los sectores sociales más vulnerables del entorno.

Cooperación no es posible trabajar en Red sin cooperar. Desalojar de la Salud Pública la competencia entre hospitales e instituciones de salud y en su lugar instaurar la cooperación.

Excelencia lograr el mejor resultado posible en cada una de las actividades que lleva adelante.

Mejora continua la excelencia no es un punto fijo: una vez que se la alcanza hay que trabajar para mejora Siempre valorar la honestidad la honradez...

Atender a los niños es un privilegio⁸.

1-3 Características del Servicio de Neonatología.

El servicio de Neonatología del Hospital asiste Recién Nacidos (RN), con la más variada problemática neonatal, desde pacientes de cuidados intermedios hasta patologías clínicas, quirúrgicas y cardiovasculares de muy alta complejidad.

Dicho servicio cuenta con:

Unidades de internación distribuidas por Cuidados Progresivos:

* Unidad de Cuidados Moderados o Autocuidado – Preparación para el alta SALA 50 (capacidad para 8 cunas).

* Unidad de Cuidados Intermedios SALA 11 (capacidad para 21 incubadoras).

* Unidad de Cuidados intensivos SALA 12 (capacidad para 16 incubadoras).

El servicio o unidad de neonatología deberá estar dotada del equipamiento necesario para otorgar un adecuado soporte vital del paciente neonato enfermo, recuperar su gravedad hasta lograr condición de estabilidad y mejoría, además poder dar el apoyo necesario de confort cuando no podamos curar. Se deben ir incorporando todos los avances tecnológicos que se requieran de acuerdo al nivel de complejidad correspondiente.

Deberá contar con el siguiente equipamiento:

General

- Carro de paro completo.
- Monitor desfibrilador con placas neonatales en unidades Nivel II y III.
- Fonendoscopio 1 por cada cupo.
- Laringoscopio 1 por cada 5-6 cupos de intermedio con hojas N° 00-0-1.
- 1 equipo de rayos x portátil.
- 1 ecógrafo-ecocardiógrafo con Doppler color en unidades Nivel III.
- Electrocardiógrafo con placas neonatales y precordiales sin succión.
- Incubadora de transporte con ventilador de transporte, 2 bombas de infusión y monitor con ECG y saturometría, todos con autonomía mínima de 2 hrs en centro de Nivel II y III. Este requerimiento se puede eliminar en centros Nivel II si existe adecuado y asegurado

Sistema de Rescate desde Nivel III.

- Incubadora de transporte básica para traslados locales o de baja complejidad. Siempre disponible en toda unidad neonatal independiente de la complejidad. Una incubadora simple en unidades con menos de 30 cupos, 2 unidades en servicios de 30-45 cupos y 3 en servicios con más de 45 cupos totales.
- Carro multiuso de material de fácil limpieza no poroso, una cada 3 cupos en intensivo, una cada 4-6 cupos en intermedio o básico.
- Portasueros. Tres portasueros de base amplia por cada cupo de UCI, 1 portasuero estándar por cada cupo de intermedio.

- Calentador de biberones termorregulado. Un equipo cada 20 cupos de hospitalización. Siempre debe existir un equipo de reposición.
- Refrigerador para medicamentos.
- Oto-oftalmoscopio, 1 por unidad.
- Balanzas digital gramo a gramo 1 por cada 10 cupos de hospitalizados.
- Negatoscopio.
- Reloj mural, 1 cada 6 cupos.
- Termómetro ambiental uno por cada 12-15 metros cuadrados de sala de atención.
- Equipo de emisiones otoacústicas.

El Servicio o Unidad de Neonatología debe tener una configuración tal que permita cumplir con los objetivos y metas para la cual ha sido creada para el nivel correspondiente de complejidad. Debe cumplir con los mínimos requeridos para equipamiento y disminuir riesgo de infecciones nosocomiales, accidentes y permitir el expedito flujo y estancia de pacientes, equipo de salud y padres. Debe disponerse de espacio para asistencia, bodegaje, equipos, capacitación y espacios administrativos y de gestión⁹.

CAPITULO 2

Marco Teórico.

2-1 Sistema de Salud Argentino

El Sistema de Salud Argentino se compone de tres subsistemas particulares: El subsistema Público, El subsistema Privado y, El subsistema de las Obras Sociales.

Siguiendo a Tobar¹⁰, hay tres dimensiones centrales para el análisis del sector salud en un país: a), la situación de salud de la población, b) sus políticas de salud y c) su sistema de salud.

a) La situación de salud de la población constituye una dimensión de la calidad de vida de los pueblos. Contrariamente a lo que parecería a primera vista, la salud de la población depende en pequeña medida de las políticas y de los sistemas de salud (González García & Tobar, 1997: 45-6). Es consecuencia de un conjunto de factores combinados, tales como las conductas y estilos de vida, el ambiente, la genética y, por último, el sistema de salud. La salud de la población puede ser medida a través de indicadores epidemiológicos.

b) Las políticas de salud constituyen un capítulo de las políticas sociales y pueden ser definidas como un esfuerzo sistemático para reducir los problemas de salud. Una Política de salud implica la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito. Definir políticas de salud es decidir qué rol desempeña el Estado en salud.

c) El sistema de salud engloba la totalidad de acciones que la sociedad y el Estado desarrollan en salud. Se trata de la respuesta social organizada para los problemas de salud de la población.

Distinguir las tres dimensiones es importante para analizar la salud en Argentina porque se podría afirmar que hay al menos una historia para cada una de las dimensiones. Por ejemplo, siempre hubo una situación de salud, esta puede ser más o menos buena dependiendo de con quién se nos compare.

Recién a finales del siglo XVII, con la primera revolución industrial se comienza a registrar un fuerte impacto sobre la salud que se traduce en una prolongación del promedio de vida media. En otros términos, la historia de la situación de salud es una

historia epidemiológica en la que adquieren gran protagonismo las condiciones ambientales y sociales, tales como los procesos de urbanización.

Tobar identifica cuatro etapas de Estado en relación a las políticas de salud, cada uno involucra un modelo particular de ciudadanía y privilegia ciertas acciones en desmedro de otras. Las etapas o fases de la evolución del sector salud son:

1. La policía médica.
2. El Estado de Bienestar.
3. El Modelo Desarrollista.
4. El Modelo Neoliberal.

En la actualidad el campo de la salud no es solamente de competencia médica sino que se amplía al quehacer de otras disciplinas y a la sociedad plena. Además adquiere importancia en la industrialización y exportación de bienes (medicamentos, alimentos y equipo médico) ampliando su clásico cometido de atender el cuidado de la salud y la reparación de la enfermedad en la población. En la actualidad mantener y mejorar la salud es una inversión indiscutible.

Siguiendo a Susana Belmartino¹¹, construye una mirada de largo plazo sobre el desarrollo de la atención médica en argentina. Expresa que "...la reconstrucción de los mismos procesos en el sistema de servicios, reside en dos características particulares: en primer lugar, el paralelo no es lineal, lo que permite hipotetizar la presencia de una dinámica sectorial que se mueve a partir de los impulsos del contexto macro social o macro económico, pero con sus propias características y su propio ritmo.

En segundo término, la reducción del foco, la consecuente ampliación del objeto de indagación y la utilización de la descripción densa propia de la historia permiten reconocer la dinámica específica que marca el agotamiento de determinadas formas organizativas y la búsqueda de nuevas reglas de juego, instituyendo nuevas relaciones entre los actores con protagonismo en el sector."

Analiza esos procesos conforme a una perspectiva política: "...como procesos históricos, situados, contingentes, de final abierto. Los procesos políticos de búsqueda de salidas para coyunturas críticas suponen siempre la presencia de un abanico de opciones, conforme la difundida expresión de Adam Pzeworski. El conflicto político entablado por la definición de nuevas reglas de juego coloca sobre la mesa de debate un rango de posibilidades inherentes a cada una de las situaciones, la afirmación de una de

tales posibilidades dependerá de las perspectivas defendidas, los recursos y estrategias a que pueden apelar los diferentes actores y el escenario institucional en el que el conflicto se desarrolla.”

Aborda las Instituciones como reglas de juego, conforme la acertada fórmula de Douglass North, y reconstruye los procesos que llevan a la definición de esas reglas – tanto explícitas como implícitas – y a la construcción de organizaciones normadas por ellas.

También se ocupa de precisar las representaciones que construyen tales agentes en relación a su posición en el sistema de servicios y en la sociedad en la que dicho sistema se inserta. Representaciones sobre las que sustentan relaciones recíprocas y dan contenido a las demandas canalizadas hacia el estado.

En cada uno de los sucesivos momentos de estabilidad, identifica las organizaciones dedicadas al financiamiento y provisión de atención médica, las ideas y representaciones que alimentan las estrategias de los diversos agentes involucrados en su operatoria, y la forma en que operan las agencias estatales responsables de su regulación.

En su texto expresa que “Si intentamos pensar el diseño institucional que construyen algunos de sus principales exponentes (Augusto Bunge y Angel Giménez son en este caso los referentes obligados) es posible asociarlo con la etapa que Rosanvallón identifica con la vigencia del Estado Protector, previa a la introducción del Estado Providencia. Subsistirían en esa etapa las condiciones de solidaridad orgánica, - incorporadas en el espesor del cuerpo social, encastradas, en la formulación de Rosanvallón, en las relaciones sociales más directas de vecindad, familia, parroquia - no habiéndose producido todavía la individualización completa que se registra con la vigencia de la solidaridad mecánica, vínculo social abstracto construido desde el estado que permite su identificación como Estado Providencia.

Pese a la fragmentación del debate doctrinario, considera posible sostener que en forma paulatina se va consolidando a lo largo de los años 30 una propuesta de mayor intervención del estado en la organización de los sistemas de servicios de salud, que articula supuestos técnicos – la unidad de organización – con formulaciones políticas – la integración de los trabajadores en una alianza solidaria con estado y empresarios, fundamento a futuro del sistema de seguridad social médica.

En la etapa postperonista, el subsistema público entrará en una lenta declinación, apenas interrumpida por algunos intentos parciales de recuperación y matizado por algunas experiencias provinciales; sin embargo mantendrá las formas organizativas heredadas y seguirá teniendo por función casi exclusiva la atención de la población indigente. Las obras sociales continuarán expandiéndose en los años 50 y 60, en las mismas condiciones de fragmentación y diferente capacidad de respuesta a las necesidades de sus beneficiarios. El impulso al desarrollo de capacidad instalada propia característico de los años 40 y primeros 50 se agotará paulatinamente y será parcialmente reemplazado por una modalidad de contratación de servicios con el sector privado. Se irá conformando un subsistema dotado de reglas propias, generalizado a la totalidad de la población en relación de dependencia en 1970 y que, en tanto bloquea de hecho sino de derecho las iniciativas tendientes a la organización de un seguro nacional de salud, ocupará el espacio institucional correspondiente a las organizaciones la seguridad social a cargo de la cobertura de atención médica.

Se agotará también la originariamente débil voluntad de regulación del estado, construyéndose un escenario donde la fragmentación de los servicios permite la afirmación de la regulación profesional en sus niveles meso y micro. Con la única limitación de la disponibilidad de recursos, será cada médico o equipo de atención el que decida qué recibirá cada paciente a su cargo. Tendrá por consiguiente en sus manos la principal fuente de asignación de los recursos técnicos y humanos disponibles en el interior del sistema.”

En el cuarto capítulo de su libro abre con lo que puede considerarse “...el momento de consolidación del nuevo sistema: la sanción de la ley 18610 en febrero de 1970, parte del agónico intento de Onganía de recuperar su autoridad tras las conmoción social y política generada por el cordobazo. En mi lectura, sin embargo, ese momento de consolidación marca también el inicio de las manifestaciones de agotamiento de las formas institucionales fundadas en el control sindical de las obras sociales y la intensificación de los límites en la capacidad de cobertura y la estratificación del acceso resultantes de la afirmación de la solidaridad grupal. Ese agotamiento no asume en un primer momento la apariencia de crisis financiera, ya que el sistema crecerá todavía a lo largo de los años setenta.”

A nivel del sistema político macro explica la “...falta de coherencia y unidad del estado a partir de la diferenciación entre Estado de Bienestar y Estado de Compromiso. El rasgo diferenciador se ubica a mi criterio en el precario carácter del Compromiso que connota a éste último: Estado débil, régimen escasamente institucionalizado, sistema político fuertemente corporativizado, escasa capacidad de sus núcleos dirigentes para consolidar una hegemonía estable. La ciudadanía que puede constituirse en ese tipo de régimen es también inestable y fragmentada: los derechos sociales no se conquistan de manera universal, se consolidan como privilegios o prebendas de los grupos o sectores con mayor capacidad de presión o mejores condiciones de acceso al nivel de las decisiones.”

En el texto Movimiento de Salud Irma Carrica¹² en un análisis del campo de la Salud Argentina se refiere a la “crisis del sistema de salud argentino”.

El texto refiere a que, “..entre el '45 y el '55, con el primer gobierno de Perón, se crearon las agencias estatales de salud y seguridad social, con una concepción de “unidad de comando” nacional. En la práctica, sin embargo, la unidad de acción de estas políticas estatales no se asentó en bases institucionales sólidas sino en la capacidad de conducción de los líderes del proyecto peronista. En el ámbito de la salud, hubo dos líderes con sus respectivos proyectos en pugna: Ramón Carrillo, designado en el '46 al frente de la flamante Secretaría de Salud Pública (antecedente del actual ministerio), y Evita, en la Fundación Eva Perón.

Hasta ese momento, los escasos efectores estatales eran considerados como “hospitales de beneficencia”, que albergaban tanto a personas enfermas como a indigentes. Carrillo proponía un modelo estatal, universal e integrado, con descentralización operativa pero centralización normativa, que incluyera dimensiones asistencial, sanitaria y social (con una visión intersectorial, contemplaba trabajo, vivienda, alimentación, salario, salud laboral) como constituyentes del sistema de salud a lo largo de sus diferentes niveles. Es decir, una visión que abarcaba las causas estructurales de las dolencias. Carrillo duplicó la capacidad instalada estatal y prácticamente eliminó el paludismo, como hecho destacado de su gestión.

Paralelamente, el Sindicato de Ferroviarios negociaba la conformación de su propia Obra Social, a lo que se fueron sumando otros rubros (como la carne, el vidrio, bancarios y de personal estatal), logrando que el Estado financie las instalaciones. Este

modelo de “salud por seguridad social”, vía afiliación a un sindicato, era el impulsado por la Fundación Eva Perón. Dicho organismo manejaba el doble de presupuesto que el mismo Ministerio de Salud.

Según Belmartino¹², la coexistencia de estos modelos manifestaba un choque entre definiciones técnico-doctrinarias (encarnadas por Carrillo) y las necesidades políticas del proyecto peronista (Fundación Eva Perón), a lo que se sumaba la concepción peronista del sujeto ciudadano como equivalente a “trabajador” (incluido su núcleo familiar). En el marco de un proyecto que aspiraba al pleno empleo, esto implicaba una apuesta por garantizar el acceso a los derechos sociales vía el trabajo.

En suma, el sistema de salud nació como un modelo fragmentado, con heterogeneidad normativa y estratificación de la atención; sufriendo un desmembramiento del proyecto original por las concesiones a sindicatos afines, la interferencia de la Fundación Eva Perón y por una lógica clientelar en la designación de las autoridades hospitalarias y de los recursos.

Con el golpe de estado del '55 continuó la declinación del sistema público, que se replegó entonces sobre las formas organizativas heredadas. Se impulsó una descentralización, pero entendida como achicamiento del estado y de sus funciones de garante. Al mismo tiempo, las Obras Sociales (OOSS) siguieron expandiéndose de forma desigual, con una tendencia hacia la contratación de servicios al sector privado en lugar del aumento de la capacidad propia; conformando un subsistema sui generis que bloqueaba de hecho cualquier iniciativa de armado de un seguro nacional.

En este contexto de debilidad estatal y fragmentación de los servicios, se afirmó la regulación profesional para los niveles micro y meso de decisión (decisiones sobre atención y recursos), y el sistema privado como principal regulador macro de los servicios de la seguridad social. Se constituyó entonces un pacto corporativo entre privados y gremios contra el sistema público; una alianza defensiva contra el Estado (aunque no por ello sin conflictos en su interior, según cómo se equilibrara la balanza en cada momento). También se creó la COMRA (Confederación Médica de la República Argentina) como entidad intermediaria entre privados y profesionales: fijando honorarios, gestionando el sistema de cobro y hasta funcionando como bolsa de trabajo. Surgieron las instituciones de autogobierno (los colegios) en las provincias, con un primer y breve momento de afinidad estatal.

El ministro de salud de Onganía aprobaría luego el proyecto de reforma del sistema hospitalario impulsado por Oñativia (basado en los ya mencionados hospitales de comunidad), aplicándolo en gran parte del territorio nacional, con resultados diversos. Belmartino¹² lo propone como un nuevo intento fallido de revitalización del sistema público, aunque considera que la inestabilidad política y la debilidad de las instituciones del postperonismo, colonizadas por intereses privados e ineficaces, impiden evaluar la real viabilidad de las reformas en el tiempo.

En 1970 el sistema de OOSS se generalizó por ley a la totalidad de trabajadores en relación de dependencia, al mismo tiempo que se limitó su control por parte de los sindicatos.

En 1978 la dictadura firmó la declaración de Alma Ata, adhiriendo formalmente a la propuesta de Atención Primaria de la Salud o APS.

Desde entonces y hasta la actualidad, hubo un único y aislado intento de retomar la idea de sistema único de salud: un proyecto de Seguro Nacional de Salud de Alfonsín, presentado al Congreso Nacional en 1986. Sin embargo, la situación de debilidad de este gobierno y un contexto de creciente crisis económica, terminaron provocando su fracaso. Las Leyes sancionadas en su lugar (23.660/88 de Obras Sociales y 23.661/88 de Seguro Nacional de Salud), reproducían la lógica corporativa del sector y la crónica debilidad regulatoria del Estado sobre el mismo. La primera fue el resultado del entramado de negociaciones entre Gobierno y Sindicatos en busca de gobernabilidad. La segunda dejó establecido un mecanismo de funcionamiento de difícil aplicación, por lo cual la nunca fue implementada.

En los años '90 el sistema comenzó a regirse abiertamente por una lógica de mercado, institucionalizando el relegamiento en el que venía el subsistema público. El objetivo neoliberal de disminuir costos para aumentar competitividad económica mundial redundó en una serie de medidas cuya lógica puede rastrearse hasta el día de hoy. Con el nombre de Reforma Sanitaria, se aplicaron recetas de los organismos financieros internacionales que desplazaron de ese papel a la OMS/OPS (ya que éstas no tenían la doble función de ser también financiadoras).

Según Belmartino¹², la forma particular que asumió la ruptura del pacto corporativo, fue a través del debilitamiento de los vínculos asociativos y del surgimiento de modalidades

de gestión empresarial, lo cual generó nuevas reglas de juego acordes a la Reforma Sanitaria.

La Reforma Sanitaria abarcó entonces tres grandes medidas enlazadas. El objetivo era asegurar un mínimo en atención, que actúe a la vez como piso y como techo, al menor costo posible (“eficacia mínima”). La forma fue mediante descentralización, focalización y desregulación.

La descentralización implicó, en gran parte, consolidar la ya existente. Por un lado, con el Primer Pacto Federal Fiscal de Cavallo (‘91), que lo hizo tanto para salud como para educación. Por otro, con propuestas como los Hospitales de Autogestión (modelo de hospital-empresa que tienda al autofinanciamiento).

La desregulación en el sistema de seguridad social implicó medidas como: libre elección de OOSS, plan médico obligatorio, libertad de contratación entre financiadores y prestadores (es decir, a través de una OOSS puedo acceder a los servicios de una prepaga, pagando un plus de bolsillo, por ejemplo) creación de la Superintendencia de Servicios de Salud.

En un contexto social de aumento de la desocupación, la miseria y el hambre, con un sistema público desmantelado y un sistema mixto de OOSS y privados desregulado, llegamos al estallido del 2001 y al recambio político que inauguró una nueva etapa. En el año 2004 se dio a conocer el Plan Federal de Salud, que diagnosticó “oficialmente” el fracaso de las políticas anteriores.

2-2 El Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica. Normas de organización y funcionamiento de servicios de Enfermería en establecimientos de atención médica. Res. 194/1995¹³.

Este programa surge en Buenos Aires el 13 de noviembre de 1995, luego de la aprobación de las Políticas Sustantivas e Instrumentales de Salud, en el marco de dichas políticas sanitarias, el Ministerio de Salud y Acción Social creó el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la atención médica. Considerando que éstas políticas tienen por objeto el Derecho a la Salud de la población, alcanzando la meta de Salud Para Todos que involucra los criterios de Equidad, Solidaridad, Eficacia, Eficiencia y Calidad.

En este programa se agrupan un conjunto de actividades destinadas a asegurar nivel de calidad, habilitación, categorización de los Establecimientos Asistenciales, control sanitario y acreditación de los Servicios de Salud.

Para ello se necesitan Normas de organización y funcionamiento, las cuales se encuentran en el citado Programa Nacional, creadas con la participación de Entidades Académicas, Universitarias y Científicas como la Dirección Nacional de Recursos de Atención Médica y Dirección de programas de Atención Médica, con el aporte de la Asociación de Escuelas Universitarias de Enfermería, la Federación Argentina de Enfermería y la Asociación Civil de Escuelas Terciarias de la República Argentina.

La lectura del contenido de dicho Programa Nacional, me sirvió para reflexionar acerca de la situación actual en el área de Enfermería del Hospital en el cuál realizaba mi labor diaria como Enfermera acerca de la Distribución del recurso humano de enfermería ideal vs. la distribución real; realizando un análisis comparativo para obtener un resultado global sobre la situación actual de enfermería.

La clasificación de pacientes en relación a la distribución del recurso humano enfermero, que se define en el programa, ha sido de interés para analizar lo que sucede en la realidad y cuánto de esto se aplica en las instituciones públicas. Las entrevistas realizadas en la UCIN del Servicio de Neonatología del Hospital de Niños “Sor María Ludovica”, de la ciudad de La Plata, ha generado un objeto empírico de interés para analizar nos sólo como se distribuye el recurso humano, sino a la vez, para escribir como se desarrolla la intervención de enfermería hacia el paciente y cuánto se

correlaciona esto con el grado de dependencia en los cuidados que estos pacientes requieren.

Es evidente la importancia de utilizar un sistema de clasificación de pacientes adecuado a la práctica de enfermería, ya que resulta en una estrategia de gestión que involucra a la mayoría de las cualidades asistenciales implementadas y la capacidad de prever las necesidades de cuidado individualizado del paciente. Además implica tener en cuenta los requerimientos propios del recurso humano y del tipo de cuidado que realiza enfermería.

Es importante para la gestión en la práctica de enfermería dentro del Servicio categorizar a los pacientes, a fin de asignar el recurso humano de acuerdo con los requerimientos de cada paciente y tratándose de una terapia, su grado de dependencia. Para ello es necesario conocer el presupuesto que requieren las intervenciones de enfermería y el tipo de calidad de la atención al que se aspira.

Siguiendo a García G¹⁴; en el artículo *Modelo de enfermería para la Categorización de pacientes en el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia*, de Costa Rica; el autor refiere la importancia de incluir un sistema de Atención Progresiva, que sirve para dar continuidad a la atención del paciente en función de la complejidad y la demanda de cuidados que presente.

Este Modelo se aplica actualmente en el Servicio de Neonatología del Hospital de Niños, universo de este estudio, lo que organiza el servicio en salas de internación de cuidados intensivos, intermedios y autocuidado o internación conjunta (madre-hijo), en función del nivel de complejidad que requiera la atención sanitaria.

La *Revista Latino-Am. Enfermagem*¹⁵, en su artículo “*Clasificación de pacientes según el grado de dependencia de los cuidados de enfermería*” refiere que el sistema de clasificación de pacientes es fundamental para la práctica administrativa, porque permite identificar el perfil asistencial de los pacientes, subsidiar la (re)distribución de los recursos humanos y materiales, reorientar la dinámica asistencial y determinar los costos de la asistencia de enfermería.

Se denomina recurso humano a las personas con las que una organización cuenta para desarrollar y ejecutar de manera adecuada las acciones, actividades, labores y tareas que deben realizarse y han sido solicitadas a dichas personas. Las personas son la parte

fundamental de una organización, junto con los recursos materiales y económicos conformarían el todo que dicha organización necesita¹⁶.

La enfermería es un proceso interpersonal mediante el cual se desarrollan acciones de cuidado con individuos, familias o la comunidad. Estas acciones se incluyen en todos los niveles de prevención abarcando desde el mantenimiento y la promoción de la salud hasta la recuperación y rehabilitación.

El enfermero que se desempeña en el área de Neonatología participa en el equipo de recepción, atención aguda y cuidados en general del RN, garantizando cuidados integrales, necesitando el mayor nivel de capacitación posible para atender a esta población que por lo general requiere de cuidados especiales o de máxima complejidad. En la actualidad el sistema de salud argentino no garantiza este perfil profesional debido a las falencias en la administración del recurso material y humano.

Categorización de pacientes según estado de salud y grado de dependencia.

Sistema de clasificación de pacientes

Una de las dificultades que se presentan en la distribución del personal de enfermería para la atención de pacientes en el área de internación, es conocer la carga de trabajo. Las variaciones de la misma se establecen en forma diaria y mensual, tanto en el número de pacientes, cómo en las condiciones de éstos¹.

Por lo tanto, es necesario establecer algún sistema de clasificación de pacientes de manera de lograr un equilibrio entre su número, sus condiciones y la cantidad de personal de enfermería necesaria para satisfacer la atención en forma diaria.

Un sistema de clasificación de pacientes es un instrumento que sirve para distribuir en categorías a los pacientes de acuerdo con ciertas necesidades asistenciales que pueden ser observadas clínicamente por la enfermera.

A partir de estos conceptos se sugiere un sistema de clasificación de pacientes teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Grado de dependencia de los pacientes.
- Necesidades individuales.
- Atención directa e indirecta.

¹ Se hace referencia a la complejidad del paciente, teniendo en cuenta su patología y de acuerdo a su categoría de cuidado (mínimo, moderado, intermedio, especiales e intensivos), sus necesidades de atención, y su grado de dependencia. En la UCIN hablamos de pacientes de cuidados intensivos.

- Características de la atención hospitalaria en nuestro medio.

El sistema de clasificación de pacientes adoptado para este trabajo, considera para su implementación en cualquier establecimiento asistencial, las siguientes adaptaciones:

- Característica de los pacientes de cada sector de trabajo.
- Modalidad de distribución de los pacientes en el establecimiento.
- División técnica del trabajo de enfermería.
- Implementación de un sistema de registros de enfermería que posibilite una clasificación.

Un sistema de clasificación de pacientes basado en necesidades y grado de dependencia de enfermería de pacientes se describe así:

- Categoría I: Cuidados mínimos (Cuidados básicos como alimentación, higiene, movilización y eliminación. El paciente no presenta riesgos potenciales. IAE: 1h.)
- Categoría II: Cuidados moderados (Presenta riesgos potenciales escasos, cuidados de medicación. IAE: 3hs).
- Categoría III: Cuidados intermedios (Presenta riesgos potenciales como caídas, infección, complicaciones, cuidados de medicación por vía EV, uso de instrumentos de compensación de impedimentos funcionales como sondas vesical, orogástrica o nasogástrica. Sometido a tratamientos específicos que requieren control, coordinación con otros profesionales para su atención. IAE: 5hs).
- Categoría IV: Cuidados especiales (Riesgos potenciales, apoyo permanente de enfermería. IAE: 6.30hs).
- Categoría V: Cuidados intensivos (Alimentación asistida, aporte de oxígeno intermitente o permanente, tratamientos especiales, control de balance hidroelectrolítico, riesgos potenciales inmediatos como descompensación renal, neurológica, respiratoria y cardíaca. Infección generalizada. IAE: 10hs.)

En las Unidades de Cuidados Intensivos como el universo de esta investigación, los pacientes presentan en general un grado de dependencia IV y V, lo que comprende:

- ✓ Grado de dependencia IV

Paciente que requiere cuidado completo, no participa en su autocuidado, con factores de riesgo de mediana a alta prioridad. Requiere valoración y monitoreo continuo, puede o no requerir de equipos especiales (ventilador mecánico).

Operacionalización:

Demanda de cuidado:

- ✚ Paciente hemodinámicamente estable. Con conexión a monitor.
- ✚ Paciente no colaborador. Desorientado. Dormido. Puede estar en coma.
- ✚ Control de signos vitales, presión venosa central, pupilas, varias veces en el turno según su evolución.
- ✚ Está sometido a tratamientos específicos que requieren controles (punciones, medicación riesgosa, estudios especiales).
- ✚ Aporte de oxígeno intermitente o permanente.
- ✚ Puede requerir asistencia respiratoria mecánica.
- ✚ Requiere manejo de tubo endotraqueal (TET), traqueostomía (TQ).
- ✚ Requiere de aspiración de secreciones.
- ✚ Requiere de fisioterapia respiratoria.
- ✚ Control electrocardiográfico en paciente cardiópata.
- ✚ Riesgos potenciales inmediatos (descompensación renal, neurológica, respiratoria, cardíaca. Infección generalizada).
- ✚ Apoyo permanente de enfermería.
- ✚ Paciente que puede o no requerir alimentación directa por el personal de enfermería que puede ser nutrición enteral continua (NEC), gastrostomías o vía oral.
- ✚ Incluye pacientes con nutrición parenteral total (NPT) o parcial.
- ✚ Riesgos potenciales (caídas, infección, requerimiento de oxígeno, escaras, complicaciones).
- ✚ Uso de instrumentos de compensación de impedimentos funcionales (sondas) y posturales (almohadas, arcos).
- ✚ Cuidado general de la piel.
- ✚ Requiere baño por el personal de enfermería.
- ✚ Coordinación con otros profesionales para su atención.

- ✚ Paciente que puede estar o no con sonda orogástrica (SOG), sonda vesical (SV), colostomía y/o ileostomía, drenajes.
- ✚ Requiere balance hidroelectrolítico estricto,
- ✚ Fluidoterapia continúa por más de una vía de acceso venoso periférico o central.
- ✚ Paciente que puede estar o no bajo efectos de sedación y/o analgesia.
- ✚ Paciente con medicación riesgosa.
- ✚ Paciente con tratamiento inhalatorio.

✓ Grado de dependencia V

Paciente de cuidado intensivo críticamente enfermo o inestable, con alto riesgo de muerte. Requiere intervención terapéutica de enfermería especializada en forma total y permanente. Aquí se ubican pacientes bajo efectos de drogas que necesitan monitoreo estricto y continuo. Incluye pacientes conectados a ventilación mecánica.

Operacionalización:

Demanda de cuidado:

- ✚ Paciente hemodinámicamente inestable. Con conexión a monitor.
- ✚ Paciente con asistencia respiratoria mecánica (ARM).
- ✚ Control de signos vitales, presión venosa central, pupilas, cada dos horas o con mayor frecuencia.
- ✚ Riesgos potenciales inmediatos.
- ✚ Con procedimientos invasivos complejos (ventilación mecánica, línea arterial, catéter venoso central, drenajes, TQ).
- ✚ Apoyo permanente de enfermería.
- ✚ Requiere manejo de TET, TQ.
- ✚ Requiere de aspiración de secreciones.
- ✚ Vigilancia del paciente y registros muy frecuentes.
- ✚ Apoyo emocional a la familia.
- ✚ Paciente con medicación riesgosa (inotrópicos, sedación, vasodilatadores, anticonvulsivos)¹⁷.

Como ya se dijera, el tipo de institución, el tipo de prestación en cuidados especiales o intensivos, los recursos institucionales, y la organización del cuidado, no alcanzan para

definir calidad en la atención del paciente. Para ello es necesario sumar al recurso humano, en este caso, de enfermería.

En Argentina, la Resolución 194/1995 del Ministerio de Salud de la Nación, por medio del Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica, se establecen las Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Enfermería en establecimientos de atención médica, y la Res. 306/2002 regula las normas de organización y funcionamiento de los Servicios de neonatología y Cuidados Intensivos Neonatales¹⁸.

Ambas normas tienen como objetivo orientar y regular la administración y funcionamiento de éstos establecimientos.

Para ello se considera: Planta física, Equipamiento, Recurso Humano, y Normas de funcionamiento.

- 1) Planta física: Norma 24 a 29 de la Res. 194/95: Los locales donde enfermería cumple sus tareas específicas deben reunir una serie de características que permitan el buen cuidado de los pacientes y el desempeño adecuado y económico de las tareas del personal. Los locales de trabajo y las áreas de circulación de pacientes y personal deberán cumplir las normas de control de infecciones hospitalarias. Cada local deberá poseer el equipamiento necesario y suficiente para las tareas que se deben realizar. Deberá contar con Office de enfermería con sector limpio y sucio delimitados, estación de enfermería para las actividades administrativas de la unidad, sanitario clínico, depósito de materiales y equipos.
- 2) Equipamiento: Norma 16 a 22 de la Res. 194/95: el servicio de enfermería dispondrá de un manual de especificación de los recursos materiales, insumos y equipos de uso habitual por el servicio.
- 3) Recurso Humano: Norma 10 a 15 de la Res. 194/95: el servicio de enfermería definirá la dotación de personal de conducción y de operación necesarios para la atención de enfermería de los pacientes en los sectores a su cargo. Tendrán en cuenta las categorías de personal de enfermería definidas para el país¹³.

Categorización de enfermería según el Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica Res. 194/95¹³

REQUISITO	NIVEL I - BAJO RIESGO	NIVEL II - MEDIANO RIESGO	NIVEL III - ALTO RIESGO
Ubicación Jerárquica	Sección/División	Departamento	Dirección
Niveles de Conducción	Jefe sección/División Supervisor de turno Supervisor de área programática Enfermero Jefe de Unidad	Jefe de Departamento Jefe División Asistencial Supervisor de turno Supervisor de área programática Supervisor de Quirófano Enfermero Jefe de Unidad Enfermero Epidemiológico	Director de Enfermería Jefe Departamento de Asistencia Jefe Departamento Gestión de Recursos Supervisor de área Supervisor de turno Jefe de Sector Jefe de Unidad
Sectores de Trabajo	Consultorios externos Emergencia Hospital de día Centro Quirúrgico y Obstétrico Internación Área programática	Consultorios externos Emergencia Hospital de día Centro Quirúrgico Obstétrico Cuidados Progresivos Tratamientos especiales Área programática	Atención Ambulatoria programada, de Urgencia y Hospital de día Centro Quirúrgico general y especial Centro de atención Perinatal Cuidados Progresivos Cuidados Intensivos de adulto, niño y neonato Tratamientos especiales

			Trasplante Área Programática
Dotación de personal Relación personal de Enfermería c/cama	1 Personal c/1 cama Ajuste en función de la demanda	1 Personal c/0,75 camas Ajuste en función de la demanda	1 Personal c/0,66 camas Ajuste en función de la demanda
Índice de horas de Atención de Enfermería	Cuidados Mínimos 1 hora Cuidados Moderados 3 horas	Cuidados Intermedios 5 horas Cuidados Especiales 6.30 horas	Cuidados Intensivos 10 horas
Unidad de Producción de Enfermería	Cuidados Mínimos 20 UPE Cuidados Moderados 60 UPE	Cuidados Intermedios 100 UPE Cuidados Especiales 130 UPE	Cuidados Intensivos 200 UPE
Registros	Unificado para la internación general Registro de derivación Informe de producción	Unificado para cuidados moderados y mínimos Diferenciado para cuidados especiales Registro de derivación Informe de producción	Unificado para cuidados mínimos y moderados Diferenciados para cuidados especiales e intensivos Específico para trasplante Informe de producción

4) Normas de funcionamiento:

- Normas del área fundadas en medicina basada en la evidencia evaluando resultados y modificaciones periódicas.
- Guías de atención de RN sano y patológico en sala de partos.
- Guías de estimulación madre/hijo y lactancia materna.
- Guías de atención de las principales patologías.

- Guías clínicas y protocolos.
- Normas escritas de control de infección nosocomial.
- Normas de bioseguridad.
- Normas de seguridad para evitar el robo/cambio de niños.
- Normas de pedidos y toma de muestras del laboratorio y otros exámenes complementarios.
- Normas de preparación de materiales y circulación del material limpio y sucio.
- Normas accesibles a toda hora.
- Normas de criterio de admisión y alta.
- Normas para la derivación de los pacientes.
- Sistema informativo (SIP, Epiinfo) para registrar datos de los pacientes internados y su resumen anual.
- Indicadores centinelas
- Capacitación continua del personal¹⁸.

La Subsecretaría de Salud y Desarrollo Social de la Nación ofrece la fórmula basada en índices diarios de atención de enfermería (de ahora en más I.D.A.E.). Esta fórmula es una de la más aplicada en nuestro medio y establece como promedio general un I.D.A.E. de 3hs. por paciente y por día. En el año 1998 el ex Ministerio de Salud Pública de la Nación a través del Programa nacional de Garantía de Calidad, actualiza los índices de atención y agrega la categorización de los servicios de enfermería en tres niveles de riesgo (bajo, mediano, alto), incorporando las Unidades de Producción de Enfermería (U.P.E) para cada nivel y elevando el promedio general de I.D.A.E. a 8hs. por paciente y por día. El consultor Luis E Garcia Fanlo ofrece tres criterios para el cálculo de plantas óptimas del sector enfermería y expresa que los mismos fueron considerados a partir de la experiencia recabada en las distintas jurisdicciones y el uso de estándares nacionales e internacionales, que ponderan la relación entre el recurso humano y la calidad de atención. En la revisión bibliográfica sobre este tema se accede a un material de la Cátedra de Administración de Enfermería -Universidad Nacional de Córdoba-, que ofrece una metodología para el cálculo de personal basada en el criterio de Equipos de trabajo y que también es compatible con uno de los criterios que propone



UNR



García Fanlo. Los distintos especialistas concuerdan en considerar a la demanda de los servicios como determinante fundamental de la oferta de personal. Es por ello que la caracterización concienzuda de la misma es de vital importancia.²¹.

Capítulo 3

Metodología

3-1 Características del estudio.

Tipo de estudio y diseño

Se trata de un estudio descriptivo, transversal de tipo Cualitativo que se realizó en el Servicio de Neonatología del Hospital de Niños “Sor María Ludovica” de la ciudad de La Plata, en el período de Mayo a Julio de 2017.

El modelo metodológico que guió la investigación fue cualitativo, aunque se requirió cuantificar algunas variables como edad, sexo, ocupación, antigüedad en el puesto, cantidad de horas totales que trabaja semanalmente, existencia de pluriempleo, y turno laboral, a fin de realizar una descripción de la población objeto de estudio.

Objetivos del estudio

Objetivo general: Analizar la situación actual del Recurso Humano de Enfermería en la UCIN del Servicio de Neonatología del H.I.A.E.P “Sor María Ludovica” de la ciudad de La Plata, en relación a lo que define el Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica, resolución 194/95, en el período de Mayo a Julio de 2017.

Objetivos específicos:

- Describir el perfil sociodemográfico del personal de la UCIN del Servicio de Neonatología según Edad, sexo, ocupación, antigüedad en el puesto, cantidad de horas totales que trabaja semanalmente, existencia de pluriempleo, y turno laboral.
- Determinar la distribución actual enfermero-paciente.
- Proponer una forma de Clasificación de pacientes según grado de dependencia que contemple la distribución actual del recurso de enfermería.

Descripción del ámbito de estudio

Descripción de la Población

Se realizaron entrevistas semi-estructuradas individuales al personal de la UCIN del Servicio de neonatología de todos los turnos (mañana, tarde, vespertino y noche). La muestra se definió por conveniencia y arrojó un total de 24 entrevistados.

Categorías de Análisis: Distribución del Recurso Humano de Enfermería.

Unidad de Análisis: Enfermeros de Sala de UCIN de los turnos mañana, tarde, vespertino y noche.

Unidad de Observación: Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal del Servicio de Neonatología del Hospital de Niños “Sor María Ludovica” de la ciudad de La Plata.

3.2 Metodología utilizada

Muestreo consecutivo: se intentó incluir a todos los sujetos accesibles como parte de la muestra.

Todos los participantes fueron voluntarios, y debieron prestar consentimiento informado para la realización de las entrevistas.

Selección de técnicas y plan de análisis

Las entrevistas semi-estructuradas se realizaron como técnica para la recolección de información, las cuáles fueron tomadas directamente y de manera individual a cada uno de los enfermeros de la UCIN del Servicio de Neonatología.

Las variables cualitativas fueron interpretadas de acuerdo con los conceptos descriptos en el marco conceptual.

Operacionalización de las variables y categorías

Se describen en la tabla 2.

Tabla 2.

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES
Clasificación de pacientes	Instrumento que sirve para distribuir en categorías a los pacientes de acuerdo con ciertas necesidades asistenciales que pueden ser observadas clínicamente por la enfermera ¹³ .	-Clasificación de pacientes en la UCIN	Tiempo que demora el personal de Enfermería en la atención.
RRHH	Se denomina recurso humano a las personas con las que una organización cuenta para desarrollar y ejecutar de manera correcta las acciones, actividades, labores y tareas que deben realizarse y han sido solicitadas a dichas personas ¹⁶ .	-Relación Enfermero-paciente en la UCIN.	Razón de Enfermeros por cama censable.
Especialización Profesional	Proceso por el que un individuo, un colectivo o una institución se centra en una actividad concreta o en un ámbito intelectual restringido en vez de abarcar la totalidad de las actividades posibles o la totalidad del conocimiento. Tales actividades o ámbitos restringidos se	-N° de Especialistas en Neonatología -N° de Licenciados -N° de Enfermeros Profesionales -N° de Auxiliares	Porcentaje de Especialistas en Enfermería Neonatal.

	denominan especialidades ¹³ .		
Grado de Dependencia	Necesidad de ayuda o asistencia importante para la realización de las actividades de la vida diaria o de una manera más precisa como “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de la autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes con el fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal ¹⁷ .	-Días estada	Pacientes con estancia prolongada en el Servicio de Neonatología.
Índice de Atención de Enfermería	Formula basada en índices diarios de atención de enfermería	-Actividades de Enfermería realizadas en 24 horas ²¹ .	Promedio general de I.D.A.E

3.3 Resultados

Matriz de datos

La Sala 12 del Servicio de Neonatología tiene una capacidad instalada de 16 incubadoras, y cuenta con una dotación de personal de 44 enfermeros, distribuyéndose estos en los 4 diferentes turnos:

- Turno mañana: 06 – 12hs.
- Turno tarde: 12 – 18hs.
- Turno vespertino: 18 – 24hs.
- Turno noche: 00 – 06hs.

A continuación se expresa el perfil de la muestra en las siguientes tablas:

Tabla 1. **Funciones de Enfermeros**

Función	Número (N)	Porcentaje (%)
Enfermero asistencial	40	90%
Enfermero jefe / referente	4	10%
Total	44	100%

La sala cuenta con un Enfermero Jefe, el cual es a su vez referente del turno mañana y en cada turno existe un enfermero referente que se encarga de distribuir el trabajo y realizar las gestiones administrativas en el turno (10%), el 90% restante realiza tareas asistenciales.

Tabla 2. **Distribución según sexo**

Sexo	N	%
Femenino	36	82%
Masculino	8	18%
Total	44	100

La sala cuenta con una mayoría (82%) de personal de sexo femenino y un escaso porcentaje de sexo masculino (18%).

Del total del personal de la sala (44 enfermeros) se logró entrevistar a 24. Los datos arrojados fueron:

Tabla 3. **Distribución según edad**

Edad	N	%
23 – 30	7	29%
30 – 40	6	25%
40 – 50	8	33%
+ 50	3	13%
Total	24	100

La mayoría ronda entre los 40 y 50 años de edad. Con una media de 40 (min. 23 – max. 55).

Tabla 4. **Grado de Capacitación Profesional**

Profesión	N	%
Enfermero profesional	13	54%
Licenciado en Enfermería	9	38%
Especialista en Neonatología	2	8%
Total	24	100

En lo referido a profesionalización, más del 50% son Enfermeros Profesionales, un 38% Licenciados en Enfermería y sólo un 8% realizó una Residencia en Neonatología y/o Curso de Especialización y actualización en Neonatología. Predomina la cantidad de Enfermeros profesionales.

Según datos oficiales del Sistema de Información Sanitario Argentino³, en la actualidad son 179.175 las personas matriculadas en el campo de la enfermería. De ese total, 19.729 (11,01 %) son licenciados, que es el grado mayor de formación; los técnicos ascienden a 73.373 (40,95 %); y los auxiliares son 86.073 (48,04 %).

Tabla 5. Distribución por antigüedad en el cargo

Antigüedad en el cargo	N	%
0 – 5 años	13	54%
5 – 10 años	6	25%
10 – 15 años	3	13%
15 – 20 años	2	8%
Total	24	100

La antigüedad en años tiene una media de $10 \pm 10,5$ (min. 0, 1, máx. 20).

3.4 Análisis de los datos

Se compararon las variables considerando diferentes puntos del programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, con los datos recaudados de las entrevistas.

Tabla 6. Comparación de variables cualitativas entre el Programa - Resultados de las entrevistas.

Variabes	Programa	Respuesta
Dotación de personal	1 enfermero cada 1 paciente	1 enfermero cada 2 a 3 pacientes
IAE	10hs	No se cumple
Distribución del recurso humano de enfermería en conducción y operación	Servicio de enfermería definirá la dotación de personal para los pacientes a su cargo	Si
Asignación de trabajo	Deberán hacerse por escrito y adecuarse a las necesidades de los pacientes, carga de trabajo y disponibilidad del personal	No
Presencia de coordinador	Si	Si

Sistema de clasificación de pacientes	Si	No
Conocimiento acerca del Grado de dependencia de los pacientes	Para un Sistema de Clasificación de pacientes se deberá tener en cuenta el Grado de dependencia de los mismo	No
Programas de capacitación permanente	Educación permanente en los niveles operativo y de conducción	No
Manual de especificación de los recursos materiales, insumos y equipos de uso habitual	Si	No tienen conocimiento acerca del manual
Existencia de normas en el servicio	Si	No
Sistema de Evaluación de desempeño	Si	No

3.5 Discusión

Al comparar la dotación de personal, respecto de lo que dice el programa vs. la realidad, se ve un aumento de camas por cada 1 enfermero.

Con respecto al Índice de Atención de Enfermería (I.D.A.E), que es el indicador para calcular el personal de enfermería según el tratamiento o grado de dependencia del paciente en 24hs, tampoco se correlaciona con lo que dice el Programa, siendo el ratio

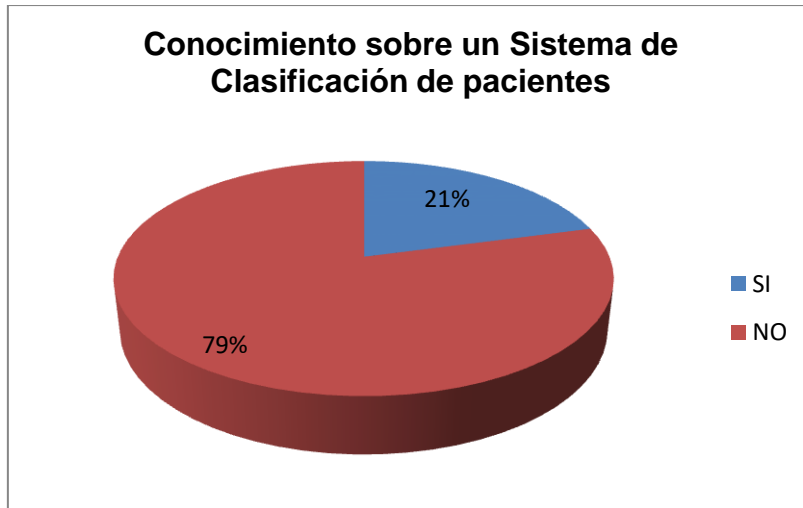
enfermero – paciente 1 en 1 para bajo riesgo, 1 en 0,75 para mediano riesgo y 1 en 0,66 para alto riesgo, el promedio que se encontró en la relación enfermero – paciente es de 1 cada 3 en pacientes de mediano y alto riesgo.

De acuerdo a la distribución del recurso humano de enfermería en conducción y operación, el Programa dice que el Servicio de Enfermería será quien defina la dotación de personal para los pacientes a su cargo; siendo esto de la misma manera en la realidad. El Servicio de Enfermería es quien elige por medio de concurso un coordinador de área, un referente de enfermería por turno y la cantidad de enfermeros para esa sala.

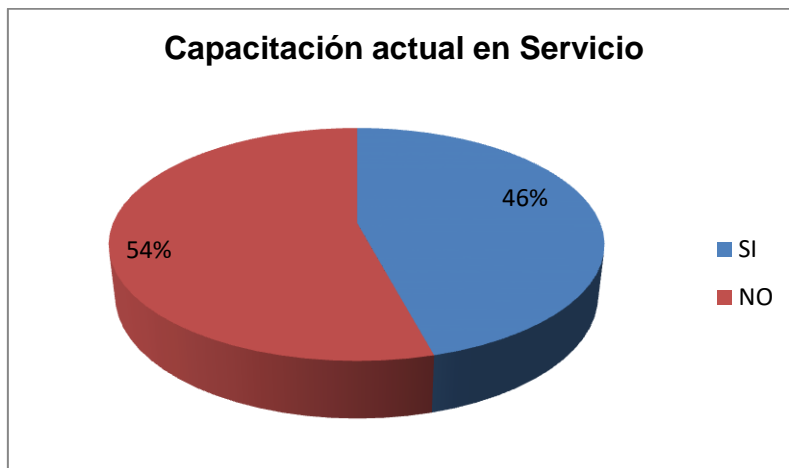
Con respecto a la asignación de trabajo al personal de enfermería, el Programa refiere que estas deberán hacerse por escrito y adecuarse a las necesidades de los pacientes, carga de trabajo y disponibilidad del personal, considerando los aspectos definidos acerca de la enfermería, sistema de cuidados, calificación del personal, puesto de trabajo que ocupa y criterios de agrupamientos de las actividades y de los pacientes en el establecimiento, en la actualidad se distribuye diariamente al personal disponible de acuerdo a la cantidad de pacientes, un 67% de los entrevistados asegura que la relación enfermero-paciente es de 1 cada 3 o más, y muchas veces sin ajuste a la demanda, lo cual afecta directamente al indicador I.D.A.E, la distribución del personal y su relación con el grado de dependencia de los pacientes. Los enfermeros de la sala 12 del servicio de Neonatología creen que debería llevarse un registro escrito de las asignaciones de trabajo por parte de la conducción del servicio considerando un sistema de clasificación de pacientes que permita lograr un equilibrio entre el número, condiciones y cantidad de personal de enfermería necesaria para satisfacer la atención diaria, permitiendo al enfermero poder desarrollar un plan de cuidados para cada paciente a cargo acorde a sus necesidades y su grado de dependencia, mejorándose así la relación enfermero-paciente a 1 a 1 o, 1 a 2, considerando su puesto de trabajo como enfermero de una unidad de cuidado intensivo y acercándose más a lo que establece el Programa. Desde lo analizado se encontró que se abandonó el criterio de cálculo de personal basado en el I.D.A.E. y se adoptó el criterio de Equipos de Trabajo o relación Enfermera-Cama, por ajustarse de manera singular a nuestra realidad local.

En comparación con lo encontrado, el 79% del personal no conoce algún sistema de clasificación de pacientes que sea utilizado por la conducción de servicio en la UCIN, y la mayoría refiere no tener conocimiento sobre alguna herramienta utilizada en su

servicio para la asignación del número necesario de enfermeros según el grado de dependencia de los pacientes.



Con respecto a lo que propone el Programa de la realización de programas de educación permanente para el personal operativo y de conducción refieren tener conocimiento acerca de los cursos y jornadas de actualización en servicio, pero la mayoría reconoce que actualmente no se está capacitando, siendo esto casi una obligación que exige el personal de conducción.



Un 54% no se ha capacitado actualmente en el Servicio.

El Programa dice que deberá estar establecido un Sistema de evaluación de desempeño del personal de enfermería que permita el crecimiento de cada persona y posibilite el cumplimiento de los objetivos del servicio de enfermería. En comparación con lo encontrado se ve un gran desconocimiento sobre dicho apartado. A la gran mayoría

nunca le realizaron una evaluación de desempeño, y en el caso de que el personal de conducción la hubiere realizado refieren no haber sido notificados.



Un 92% desconoce que haya un Sistema de Evaluación en el Servicio.

Con respecto al grado de conformidad sobre el uso de recurso material, el Programa establece que el Servicio de enfermería deberá disponer de un manual de especificaciones de los recursos materiales, insumos y equipos de uso habitual por el servicio y establecerá las cantidades requeridas según actividad y sector para periodos determinados, sin embargo la mayoría no tiene conocimiento ni acceso a dicho manual. Cuentan con un estoqueo semanal realizado por el referente de turno al área de dispensación de recursos materiales de la Institución. La mayoría de los entrevistados opinan que encuentran una falla en la gestión actual del material para uso en el servicio, ya que muchas veces no cuentan con él, y consideran que esto puede ser debido a una gran falta de insumos que proviene tanto como de la gestión directiva del Hospital, así también como del mal uso o ineficiente gestión del recurso por parte del personal de conducción de la UCIN.

Con respecto a la Normativa del Servicio, la mayoría desconoce tener accesibilidad a dicha normativa y un error de comunicación en cuanto a la implementación de nuevos protocolos y/o normas del servicio, al ser estos comunicados solo de forma verbal. Sugieren que la comunicación de la norma sea también en forma escrita y de control, para así lograr el cumplimiento de la misma y ver el cambio esperado. Consideran que la normativa existente puede regular de manera adecuada el comportamiento del personal de salud conforme lo requiere el servicio.



UNR



Del análisis realizado a la desgravación de las entrevistas realizadas a algunos informantes clave y en comparación con lo que dice el Programa, se observa que la mayoría del personal reconoce que este no se cumple en su servicio pero que sería de gran importancia poder aplicarlo y mejorar estas situaciones planteadas, pudiendo utilizar un sistema de clasificación de pacientes acorde a su servicio.

Capítulo 4

Conclusiones

4-1 La diferencia entre la letra escrita y los procesos reales de atención en Enfermería

La investigación descrita en la presente tesis, ha aportado información interesante y precisa a cerca de la manera en la que, actualmente, se distribuye el recurso humano de enfermería, en relación a lo que marca el programa normativo.

Por medio del estudio realizado y el análisis de los datos obtenidos, se concluye que no hay relación entre el contenido del programa y la realidad del servicio de UCIN.

La lectura del contenido de dicho Programa Nacional, colabora para reflexionar acerca de la situación actual en el área de Enfermería de un Hospital público, pero podría dar un caso testigo acerca de la distribución del recurso humano de enfermería ideal vs. la distribución real. A partir de ésta investigación en profundidad se puede realizar un análisis comparativo con otras instituciones públicas, para obtener un resultado global sobre la situación actual de enfermería. Dicho trabajo sería parte de una propuesta de posgrado futura.

La clasificación de pacientes en relación a la distribución del recurso humano enfermero, que se define en el programa, ha sido de interés para analizar lo que sucede en la realidad y cuánto de esto se aplica en las instituciones públicas. Las entrevistas realizadas en la UCIN del Servicio de Neonatología del Hospital de Niños “Sor María Ludovica”, de la ciudad de La Plata, ha generado un objeto empírico de interés para analizar no sólo como se distribuye el recurso humano, sino a la vez, para describir cómo se desarrolla la intervención de enfermería hacia el paciente y cuánto se correlaciona esto con el grado de dependencia en los cuidados que estos pacientes requieren. En la actualidad se distribuye diariamente al personal disponible de acuerdo a la cantidad de pacientes, un 67% de los entrevistados asegura que la relación enfermero-paciente es de 1 cada 3 o más, y muchas veces sin ajuste a la demanda, lo cual afecta directamente al indicador I.D.A.E, la distribución del personal y su relación con el grado de dependencia de los pacientes. Desde lo analizado se encontró que se abandonó

el criterio de cálculo de personal basado en el I.D.A.E. y se adoptó el criterio de Equipos de Trabajo o relación Enfermera-Cama, por ajustarse de manera singular a nuestra realidad local.

Es evidente la importancia de utilizar un sistema de clasificación de pacientes adecuado a la práctica de enfermería, ya que resulta en una estrategia de gestión que involucra a la mayoría de las cualidades asistenciales implementadas y la capacidad de prever las necesidades de cuidado individualizado del paciente. Además implica tener en cuenta los requerimientos propios del recurso humano y del tipo de cuidado que realiza enfermería.

Es importante para la gestión en la práctica de enfermería dentro del Servicio categorizar a los pacientes, a fin de asignar el recurso humano de acuerdo con los requerimientos de cada paciente y tratándose de una terapia, su grado de dependencia. Para ello es necesario conocer el presupuesto que requieren las intervenciones de enfermería y el tipo de calidad de la atención al que se aspira.

Actualmente la distribución de enfermeros no tiene correlación con el grado de complejidad de los pacientes internados en la UCIN del Hospital de niños “Sor María Ludovica”, ni con sus cuidados necesarios.

El plantel de enfermería se conforma considerando el número de enfermeros en relación a la cantidad de camas ocupadas. Siendo este plantel predominantemente mujeres de edad media, y con un nivel bajo de especialización (8%), en relación al área de atención. Con la valoración y el uso de un Sistema de Clasificación de pacientes según grado de dependencia, como lo expone el programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica; la conformación diaria del plantel consideraría la criticidad de los pacientes teniendo en cuenta sus cuidados, lo que ayudaría a realizar una distribución del personal de manera más equitativa y en relación al grado de profesionalización. Logrando optimizar el recurso y brindando calidad a la necesidad de los pacientes.

Una de las dificultades que se presentan en la distribución del personal de enfermería para la atención de pacientes en el área de internación, es conocer la carga de trabajo.

Como ya se dijera, el tipo de institución, el tipo de prestación en cuidados especiales o intensivos, los recursos institucionales, y la organización del cuidado, no alcanzan para definir calidad en la atención del paciente. Para ello es necesario sumar al recurso humano, en este caso, de enfermería.

La valoración de las cargas de trabajo de enfermería en las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) puede llegar a ser una herramienta útil para la mejor dotación/repartición de personal por turnos, lograr un menor coste económico junto a una mayor calidad y seguridad clínica y mejor así atención al paciente y su entorno.

Por otro lado, la aplicación de ésta estrategia o modalidad de trabajo, permitiría ampliar el nivel de satisfacción del personal de enfermería.

La carga de trabajo puede ser definida como aquellas actividades, tareas e intervenciones que tiene que realizar una enfermera en relación con el número de pacientes que dependen de su cuidado; como un conjunto de requerimientos psicofísicos a los que se ve sometido el trabajador a lo largo de su jornada laboral. Cuando la carga es excesiva aparece la fatiga, que es la disminución de la capacidad física y mental del individuo tras haber realizado un trabajo durante un periodo determinado de tiempo, pudiendo ser esta física, mental y/o psicoafectiva.

La asistencia ofrecida en unidades de cuidado intensivo neonatal (UCIN) se ha modificado significativamente, sobre todo por la utilización de nuevas tecnologías, lo que ha contribuido para el aumento de la sobrevida del recién nacido. Asociándose a esto, la necesidad de una asistencia estructurada y de calidad, lo que representa un estímulo para que más inversiones sean priorizados en esta área. En contrapartida las condiciones de trabajo han aumentado en proporción a las horas trabajadas, pero no en el nivel de remuneración o reconocimiento, lo que va en detrimento de la calidad, produciendo desgaste profesional.

La diferencia del grado de gravedad de los RN admitidos en la UCIN requiere una evaluación de su condición clínica y de la medición de las tecnologías e intervenciones adoptadas durante su internación. Ese conocimiento puede subvencionar la estimativa del pronóstico de cada RN, la planificación de la asistencia de enfermería, el dimensionamiento de personal y de la carga de trabajo del equipo de enfermería, las adquisiciones de equipamientos, medicamentos y materiales, con el objetivo de mejorar la asignación de recursos delante de los costos operacionales.

La gestión del cuidado de enfermería supone la utilización de métodos y herramientas que de manera práctica permitan una aproximación a las necesidades de cuidado de los pacientes y ayuden a planear los requerimientos humanos y técnicos para tal fin.

A partir de esa necesidad, fueron desarrollados sistemas objetivos de medición de la gravedad de pacientes y de métodos pronósticos específicos para la aplicación en Unidades de Terapia Intensiva (UTI). En 2005, en el Reino Unido se ha presentado una revisión de los métodos existentes de medición de la gravedad de la enfermedad en RN. De los 12 métodos referidos, el sistema que evaluó el mayor número de variables fue el Neonatal Therapeutic Intervention Scoring System (NTISS)¹⁹. El NTISS resultó de una adaptación del TISS - Therapeutic Intervention Scoring System - un sistema que mide gravedad de pacientes adultos internados en UTI y de carga de trabajo de enfermería.

Dado los resultados obtenidos en este trabajo de investigación en el que un 79% del personal no conoce algún sistema de clasificación de pacientes y la mayoría refiere no tener conocimiento sobre alguna herramienta utilizada en su servicio para la asignación del número necesario de enfermeros según el grado de dependencia de los pacientes y la bibliografía de apoyo, sería adecuado implementar y poner a prueba un Sistema de puntuación para Intervención Terapéutica Neonatal a nivel local, para conocer y valorar la utilización del recurso humano, clasificando pacientes, a partir de nuestra realidad.

La valoración de las cargas de trabajo, el cálculo de personal y la asignación de los pacientes mediante la escala Neonatal Therapeutic Interventions Score (NTISS) (Índice de Intervenciones Terapéuticas Neonatales), constituye una herramienta útil para la gestión en los servicios de enfermería como estrategia que permite tener una aproximación objetiva a la realidad y al rendimiento esperado en relación con las necesidades de los pacientes, la gravedad de los procesos mórbidos que cursan, y los recursos humanos y las tecnológicos de los que se dispone para su cuidado. El índice NTISS resultó de una adaptación hecha por Gray en 1992 (5), a partir del sistema de puntuación de intervenciones terapéuticas TISS (Therapeutic Intervention Scoring System) empleado para estratificar la gravedad en los pacientes en estado crítico. Esta herramienta evalúa indirectamente la severidad de la enfermedad en relación con la intensidad de las actuaciones terapéuticas realizadas a los pacientes tomando como referencia las 70 intervenciones que con frecuencia se llevan a cabo en una UCIN. La severidad de los problemas y la intensidad de las terapias recibidas por los pacientes analizados con la escala provee una información más amplia sobre el neonato, dando una aproximación al riesgo de mortalidad, el tiempo de estancia hospitalaria, los costos

de la atención, la planeación del trabajo, la medición de la carga laboral, el consumo de recursos y la evaluación de los estilos de trabajo²².

Sería necesario seguir esta corriente ya que es una importante herramienta para la planificación de la asignación de recursos materiales y humanos en la asistencia por revelar un diagnóstico situacional del contexto.

El NTISS es compuesto de ocho dimensiones de tipo de asistencia: respiratoria, monitorización, cardiovascular, medicamentos, metabólico/ nutrición, transfusiones, procedimientos y acceso vascular. Cada dimensión posee artículos que representan terapéuticas de uso en UCIN, y la cantidad de artículos entre las dimensiones es variada. Los artículos son puntuados con subpuntuaciones que pueden variar desde 1 hasta 4, siendo 1 el valor atribuido a la terapéutica menos invasiva, y 4 a más invasiva. Se atribuye el valor cero cuando el artículo no es utilizado en el paciente en aquel periodo.

Al identificarse los picos de demanda de cuidados en una UCIN y medirlas, se percibe la necesidad de una reorganización del proceso de trabajo, que debe ser hecha por medio del dimensionamiento de recursos humanos, especialmente en enfermería.

Las variaciones en las medias de las dimensiones del NTISS conforme el momento de hospitalización en la UCIN apuntan para una necesidad de reorganización de recursos humanos y materiales, direccionado para momentos específicos de la hospitalización que representan picos de demanda de cuidado. El NTISS puede ser utilizado tanto prospectivamente como retrospectivamente, y permite el establecimiento de un diagnóstico situacional completo de unidades neonatales, considerando tanto el perfil de gravedad de los pacientes en cuanto a la variación de las prácticas asistenciales y de las terapéuticas en el decorrer del tiempo y de los momentos de la hospitalización - admisión, internación, alta o muerte. Su utilización en las unidades neonatales permite, además de un acompañamiento longitudinal de la gravedad de los pacientes y de las terapéuticas utilizadas, una comparación equitativa entre diferentes servicios en diferentes contextos¹⁹.

Se encontraron pocas referencias y trabajos sobre la utilización del NTISS en la práctica, en el contexto latinoamericano. Tanto en Argentina como Chile y Brasil se utiliza más en investigaciones que como herramienta en la práctica usual de cuidado en las UCIN. A partir de los supuestos teóricos, la experiencia del equipo de investigadores y el interés en el área, se planteó la pregunta sobre la utilidad del NTISS en la

determinación de la carga de trabajo y el cálculo de personal de enfermería en la unidad neonatal. En tal sentido, se propone plantear como objetivos la caracterización de los neonatos ingresados, el cálculo de los índices de cada uno de ellos y, con base en estos datos, la estimación del número de enfermeras requerido, con el propósito de contribuir a la realización de una práctica de cuidado ajustada a las condiciones y necesidades reales de los recién nacidos mediante la utilización de herramientas objetivas para la gestión del cuidado, visibilizando el aporte de la enfermería al cuidado de la vida, y fortaleciendo el cuerpo de conocimientos propios. En síntesis, promoviendo la utilización de las competencias especializadas y del conocimiento de enfermería a fin de responder a las necesidades y expectativas de los pacientes y de la sociedad²².

Es necesario también hacer hincapié en la autonomía de la enfermera, como parte vital en la toma de decisiones para la distribución del recurso humano. La cual es una dificultad actual para ponerla en práctica, aunque éste aspecto merece ser investigado aparte.

La autora Simon Lorda²⁰, refiriéndose a la autonomía en enfermería señala que, “...*la Modernidad trajo consigo la conceptualización de las personas como seres intelectuales y moralmente autónomos, con capacidad de raciocinio, juicio y decisión, y con capacidad para decidir sus propias escalas de valores y sus propias ideas del bien y de la felicidad. Así pues, el discurso de la autonomía se asienta en la modernidad, en el reconocimiento de la dignidad humana y de la capacidad que la razón y la voluntad le confieren a una persona para hacer elecciones libres, para autodeterminarse.*

Sin embargo, la consideración del principio del respeto a la autonomía en enfermería es un tema polémico y es un problema importante desde la Bioética, que atiende a la necesidad de situar este principio en el escenario de las decisiones de los profesionales de salud.

La autonomía es uno de los principios que orientan la responsabilidad deontológica, en lo cotidiano en el ámbito hospitalario en ocasiones parece ser un discurso que, aunque conocido, es ajeno. Pero ¿de dónde proviene la dificultad para comprenderlo? ¿Por qué a los enfermeros se les presentan dificultades para ponerlo en práctica? Probablemente cuatro son las principales —aunque no las únicas— posibles explicaciones de estas dificultades. La primera de ellas obedece a que no hay claridad en relación con el significado y el alcance del principio.



UNR



En enfermería el principio de autonomía y el de beneficencia serían vistos como divergentes en razón a la historia misma de la profesión, y el respeto a la autonomía podría verse como contrario al deber que la profesión obliga: el deber de cuidar. Una tercera dificultad es que la falta de autonomía profesional se transfiere a la no consideración de la autonomía del paciente.

Por último, los sistemas de salud basados en las leyes del mercado imponen limitaciones al ejercicio no solamente de la autonomía profesional, sino también a la autonomía del paciente”.

La descripción de la situación real, los estándares que indican las guías internacionales y el trabajo sobre el personal de enfermería, colabora para una mejora en la calidad de la profesión, del paciente y de los sistemas de salud, sentido último de la realización de ésta Tesis de Maestría.

Referencias Bibliográficas

1. Buenas Tareas. [Online].; 2014 [cited 2016 Noviembre 10. Available from: <http://www.buenastareas.com/ensayos/Dotación-De-Personal/3781967.html>.
2. Salud UI. Enfermería, recurso humano crítico. I Salud Revista. 2013; 8(37): p. 8-10.
3. José María Costa TMdP. Diario La Nación. [Online].; 2017 [cited 2017 Octubre 26. Available from: <http://www.lanacion.com.ar>.
4. Enfermería CGd. Consejo General de Enfermería. [Online].; 2015 [cited 2017 Octubre 28. Available from: <http://www.consejogeneralenfermeria.org>.
5. Salud OMdl. Declaración Alma-Ata. In ; 1978; Ginebra.
6. Hadad DJ. Ilustrados. [Online]. Available from: <http://www.ilustrados.com/tema/6985/estrategia-salud-para-todos-atencion-primaria.html>.
7. Casals LJMP. Aplicación de los principios Bioéticos en la Calidad de la Atención de Enfermería..
8. Sor María Ludovica Hospital Interzonal de Agudos Especializado en Pediatría. [Online].; 2017 [cited 2017 Mayo 3. Available from: <http://www.ludovica.org.ar/historia F.html>.
9. José M. Novoa P. MMA,GVGJFB,yRRF. Recomendaciones de organización, característica y funcionamiento en Servicios o Unidades de Neonatología. Revista Chilena Pediátrica. 2009; 80(2): p. 168-187;178,180-181.
10. F. T. [Online].; 2005 [cited 2017. Available from: <http://www.files.factor-humano.webnode.com.ar>.
11. Susana B. La Atención médica argentina en el siglo XX. In Editores SX, editor. La Atención médica argentina en el siglo XX. Buenos Aires; 2005.
12. Irma C. Movimiento de Salud - Cartillas de Formación. 2003..
13. Garcia G MA. Modelo de Enfermería para la ategorización de pacientes en el Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia. Enfermería en Costa Rica. 2012; 33(2): p. 68.
14. Lima LB BDCSRE. Clasificación de pacientes según el grado de dependencia de los cuidados de enfermería y de la gravedad en una unidad de recuperación

- postanestésica. *Revista Latino-Am Enfermagem*. 2010 Sep.-Oct.; 18(5).
15. Definición Mx. Definición Mx. [Online]. [cited 2017 Mayo 8. Available from: <http://definicion.mx/recursos-humanos/>.
 16. Echegaray CdCdlUdHVL. Slideshare. [Online].; 2009 [cited 2016 Octubre 16. Available from: <http://es.slideshare.net/gueste1c96ed6/grados-de-dependencia>.
 17. Salud, Ministerio de. Normas de organización y funcionamiento de servicios de Enfermería en establecimientos de atención médica. In Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica. Res. 194/1995; 1995; Buenos Aires.
 18. Salud, Ministerio de. La Norma de organización y funcionamiento de los servicios de Neonatología y Cuidados Intensivos Neonatales. In Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica. Res. 306/2002; 2002; Buenos Aires. p. 16.
 19. Curan GRF RE. Scoring System for Neonatal Therapeutic Intervention: a Descriptive Study. *Braz J nurs*. 2014 Sep; 13(4): p. 622-33.
 20. P L. Problemas prácticos del Consentimiento Informado. Barcelona: Fundación Víctor Grífols i Lucas, Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas N°5; 2002.
 21. J.A B. Metodología para cálculo de planteles básicos funcionales para personal de Enfermería. [Online]. [cited 2019 mayo 31. Available from: <https://www.santafegovar/index.php/web/content/download/34043/174794/>.
 22. Juan Guillermo Rojas NAHMAQJ. Herramienta para el cálculo de personal de cuidado intensivo neonatal. *Aquichan*. 2011 Agosto; 11(2).



UNR



Anexos

Anexo 1

Plan de ejecución de la investigación

Cronograma

Actividades	Meses			
	1	2	3	4
Profundización del marco teórico	X	X	X	
Construcción de los instrumentos para la entrevista	X			
Prueba piloto	X			
Relevamiento de datos		X	X	X
Procesamiento de datos				X
Análisis de datos				X
Presentación de informe final				X

Anexo 2

Consentimiento informado

“Distribución del Recurso Humano de Enfermería según Clasificación de pacientes en la UCIN del Servicio de Neonatología del Hospital de Niños “Sor María Ludovica” de La Plata”.

El presente trabajo de investigación se enmarca en el desarrollo de una Tesis de Maestría perteneciente a la Universidad Nacional de Rosario, y que cuenta con autorización del Hospital de Niños de La Plata para llevarse a cabo en esta Institución. Tiene como objetivo profundizar acerca de la distribución actual del recurso humano enfermero, para analizarlo respecto de la clasificación de los pacientes según las normas especificadas en la Resolución 194/95 del Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica.

La información obtenida será anonimizada para uso exclusivo de esta investigación y estará alcanzada por la ley de protección de datos personales (Ley 25.326). Se le harán preguntas con la finalidad de describir en la UCIN del Servicio de Neonatología del H.I.A.E.P “Sor María Ludovica”, el perfil del personal y analizar el tipo de gestión que se desarrolla actualmente. También se le harán preguntas para que exprese su opinión acerca de las relaciones interpersonales tanto entre pares como con el superior inmediato. También es importante conocer su grado de conformidad o no acerca del proceso de planificación de tareas y la distribución del personal.

La entrevista tendrá una duración de aproximadamente treinta minutos y la misma será anónima, aunque se solicita su autorización para grabar la misma a fin de conservar la fidelidad de su respuesta.

Al firmar este consentimiento Ud. está aceptando participar de manera voluntaria y gratuita en este estudio, ya que el mismo no cuenta con ninguna fuente de financiación. Es decir que su participación no le generará ningún gasto ni tampoco recibirá ningún pago por su participación. Usted es libre de decidir participar o no, pero si no quiere hacerlo esto no le traerá ningún inconveniente, incluso puede retirarse del estudio cuando usted lo desee sin ninguna consecuencia.

Este Protocolo fue aprobado por el Comité Institucional de Revisión de Protocolos de Investigación (CIRPI).



UNR



Por cualquier duda puede comunicarse con el Comité o bien con Rosario Echandía, cel. 2213065311.

FIRMA del sujeto de la investigación.....

ACLARACIÓN:.....

DOCUMENTO:.....

LUGAR Y FECHA:.....

FIRMA del investigador.....

ACLARACIÓN:.....

DOCUMENTO:.....

LUGAR Y FECHA:.....

Anexo 3

Distribución del Recurso Humano de Enfermería según la Clasificación de pacientes en la UCIN del Servicio de Neonatología.

Entrevista al personal de salud de la UCIN del Servicio de Neonatología del hospital de Niños “Sor María Ludovica”.

Perfil:

Enfermero/a turno: Mañana

Tarde

Vespertino

Noche

Edad:

Sexo:

Antigüedad en el puesto:

Cantidad de horas totales que trabaja semanalmente:

Puesto que desempeña:

Existencia de pluriempleo:

Modalidad de contratación:

Conocimiento del Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la atención Médica Normas de organización y funcionamiento de servicios de Enfermería en establecimientos de atención médica. Res. 194/1995

1. ¿Conoce el Programa? SI NO

2. El programa dice que la dotación de personal es 1c/ 1 cama. ¿Cuál es la dotación de personal actualmente en la sala?

1 enfermero c/paciente/s

3. ¿Hay ajuste en función de la demanda? SI NO

4. De acuerdo al programa el IAE (Índice de Atención de Enfermería) en cuidados intensivos es de 10hs. ¿Se cumple el índice de atención de Enfermería? SI NO

5. ¿Conoce cuáles son las UPE (Unidad de Producción de Enfermería) en la sala?
SI NO

6. De acuerdo al programa el servicio de enfermería definirá la dotación de personal de conducción y operación necesarios para la atención de enfermería de los pacientes en los sectores a su cargo, ¿esto es así en su sala? SI NO ¿Cómo es la distribución del recurso humano de enfermería en la sala?
.....
.....
7. Según el programa las asignaciones de trabajo al personal de enfermería deberán hacerse por escrito y se adecuarán a las necesidades de los pacientes, carga de trabajo y disponibilidad del personal. ¿Cree que esto es así en su sala? SI NO ¿Cómo cree que debería ser?
.....
.....
8. El programa indica que se debe establecer un sistema de clasificación de pacientes con el fin de lograr un equilibrio entre su número, sus condiciones y la cantidad de personal de enfermería necesaria para satisfacer la atención en forma diaria. ¿Conoce si existe un sistema de clasificación de pacientes? SI NO ¿Cuál?
.....
.....
9. De acuerdo al programa, para un sistema de clasificación de pacientes, uno de los aspectos a tener en cuenta es el Grado de dependencia de los mismos. ¿Conoce las categorías de grado de dependencia que hay según la necesidad del paciente? SI NO ¿Conoce si hay alguna herramienta para la asignación del número necesario de enfermeras/os según el grado de dependencia de los pacientes?
SI NO ¿Cuál?
10. Conoce la Especialización Profesional de los enfermeros de su turno?
a. N° de especialistas en Neonatología
- b. N° de Licenciados

c. N° de Enfermeros Profesionales

d. N° de Auxiliares

e. No conoce

11. ¿Existe una forma de incentivos que reconoce?: Francos, días por estudio, días por comisión, día laboral con pago extra, horas extras.

SI NO

12. ¿Existen factores motivadores que reconoce?: Plan de carrera, plan de capacitación anual: SI NO ¿Los conoce? SI NO ¿La institución lo aplica? SI NO

Con respecto a la Formación en el área de Neonatología

1. ¿Posee formación acreditable en Neonatología? SI NO

2. De acuerdo al programa se deben realizar programas de educación permanente para el personal de los niveles operativo y de conducción. ¿Realizó algún tipo de actualización recientemente?

.....

3. ¿Considera que la Institución fomenta a capacitarse profesionalmente?

SI NO ¿Por medio de qué lo hace?

4. El programa dice que debe estar establecido un sistema de evaluación de desempeño del personal de enfermería para permitir el crecimiento de cada persona y posibilitar el cumplimiento de los objetivos del servicio de enfermería. ¿Existe un sistema de evaluación? SI NO ¿Le realizaron alguna vez una evaluación? SI NO ¿Lo han notificado alguna vez acerca de las evaluaciones del servicio? SI NO

5. Si contesta que sí, ¿qué opina respecto de dichas evaluaciones?
.....

6. ¿Quién evalúa su desempeño laboral?
.....



- 7. ¿Considera que esa persona está capacitada para realizar tal función? SI NO
- 8. ¿Conoce existencia de castigos?: Amenazas de cambio de servicio, realización de notas, etc. SI NO
- 9. ¿Se solicita con frecuencia que preste servicio en otro lugar del hospital por falta de personal? SI NO ¿Qué opinión tiene al respecto?
.....

Respecto al uso de material: (Grado de conformidad)

- 1. De acuerdo al programa el servicio de enfermería dispondrá de un manual de especificación de los recursos materiales, insumos y equipos de uso habitual por el servicio y establecerá las cantidades requeridas según actividad y sector para períodos determinados. ¿Esto es así en su servicio? SI NO
- 2. ¿Qué opina respecto de la gestión del material para uso en el servicio?
.....
.....
- 3. ¿Está conforme con la calidad del material? SI NO
- 4. ¿Está conforme con la suficiencia del material? SI NO

Normas de servicio:

- 1. ¿Conoce las normas del Servicio? SI NO ¿Qué normas conoce?
.....
- 2. ¿Estas normas se encuentran disponibles ante el requerimiento de cualquier profesional? SI NO
- 3. ¿Quién comunica la normativa?..... ¿Cómo la comunica?
.....
- 4. ¿Tiene alguna sugerencia en relación a la forma de comunicación de los protocolos, normativas a implementar?
.....
.....

5. ¿Considera que ello es adecuado para su cumplimiento? SI NO
6. ¿Cree que se aplican éstas normas? SI NO
7. ¿Cree que hay acatamiento de la normativa? SI NO
8. ¿Considera que las normas en su práctica cotidiana son comprensibles, claras, sin contradicciones? SI NO
9. ¿Considera que la normativa cuenta con aceptación y consenso por parte del personal de salud? SI NO
10. ¿Considera que la normativa existente puede regular de manera adecuada el comportamiento del personal de salud conforme lo requiere el servicio? SI NO
11. ¿Existe alguna normativa, disposición que le genera frustración o incomodidad? SI NO ¿Cuál?
12. Analizando lo respondido en comparación con lo que dice el Programa, ¿cree que se cumple dicho Programa en su servicio? SI NO
13. Si su respuesta es No, ¿cómo cree que se podría aplicar?

Gracias por su tiempo.