

Dotación de personal para los servicios de enfermería en hospitales de distrito para la atención primaria de salud

Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud



**DOTACION DE PERSONAL PARA LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA
EN HOSPITALES DE DISTRITO
PARA LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD**

Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud N° 32

por
Patricia Deiman M.N.A., M.P.H.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD
1994

*Programa de Desarrollo de Recursos Humanos
Programa de Desarrollo de Servicios de Salud*

Copyright © Organización Panamericana de la Salud 1994

ISBN 92 75 71046 5

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en ninguna forma y por ningún medio electrónico, mecánico, de fotocopia, grabación u otros, sin permiso previo por escrito de la Organización Panamericana de la Salud.

Publicación de la
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington D.C. 20037, E.U.A.

1994

Las opiniones que se expresan en este libro son las de los autores y no necesariamente las de la Organización Panamericana de la Salud.

CONTENIDO

CAPITULO I: EL HOSPITAL DEL SISTEMA LOCAL DE SALUD

| | |
|--|---|
| <i>Antecedentes</i> | 1 |
| <i>La Salud Local</i> | 1 |
| <i>El Hospital dentro del Sistema Local de Salud</i> | 3 |

CAPITULO II: ENFERMERIA Y EL METODO DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD

| | |
|---|----|
| <i>Introducción</i> | 8 |
| <i>El Método de Atención Primaria de Salud: Consecuencias para el Personal de Enfermería</i> | 8 |
| <i>El Enfoque de la Atención Primaria de Salud: consecuencias para la Organización de los Servicios de Enfermería de Distritos</i> | 10 |
| <i>El Enfoque de la Atención Primaria de Salud: Consecuencias para para los Líderes de Enfermería</i> | 12 |
| <i>El Enfoque de la Atención Primaria de Salud: Repercusión en la Dotación del Departamento de Servicios de Enfermería del Hospital</i> | 13 |

CAPITULO III: PERSONAL PARA EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ENFERMERIA

| | |
|---|----|
| <i>La Función de Administración de Personal</i> | 16 |
| <i>Factores que Afectan a la Dotación de Personal</i> | 21 |
| Apéndice I: Políticas y Procedimientos mas Necesarios para la Provisión y Programación de Personal | 25 |
| Apéndice II: Determinación de los Equivalentes de Tiempo Completo | 29 |
| Apéndice III: Normas para Determinar las Necesidades de Personal de Enfermería en Sectores de Corta Estadía | 31 |

CAPITULO IV: SISTEMAS DE CLASIFICACION DE PACIENTES Y DOTACION DE PERSONAL

| | |
|--|----|
| <i>Introducción</i> | 34 |
| <i>¿Qué es un Sistema de Clasificación de Pacientes?</i> | 34 |
| <i>Cuantificación de la Asistencia al Enfermo</i> | 38 |
| <i>Confiabilidad y Validez</i> | 39 |
| <i>Establecimiento de un Sistema de Clasificación de Pacientes</i> | 40 |
| <i>Empleo de un Sistema de Clasificación de Pacientes</i> | 41 |
| <i>Conclusión</i> | 44 |

| | |
|---|----|
| Apéndice I: Plan de Proyección Diaria de Personal | 46 |
| Apéndice II: Plan Diario de Personal | 48 |

**CAPITULO V: PROGRAMACION PARA ATENDER LAS NECESIDADES DE LOS
PACIENTES/CLIENTES**

| | |
|---|----|
| <i>Introducción</i> | 49 |
| <i>Programación de las Políticas y Procedimientos</i> | 49 |
| <i>Principios de la Programación</i> | 50 |
| <i>Programación Centralizada o Descentralizada</i> | 50 |
| <i>Programación Cíclica</i> | 52 |
| <i>Modalidades Alternas de Programación</i> | 56 |
| <i>Programación para el Dispensario o Puesto de Salud</i> | 56 |

**CAPITULO VI: MODOS DE ORGANIZACION PARA LA ATENCION EN LA UNIDAD
DE PACIENTES DEL HOSPITAL**

| | |
|--|----|
| <i>Introducción</i> | 58 |
| <i>La Necesidad de un Modo o Plan de Organización</i> | 58 |
| <i>Modos de Organización para la Prestación de Asistencia al Enfermo</i> | 59 |
| Glosario | 67 |

PREFACIO

El programa de trabajo determinado por los Gobiernos Miembros que constituyen la *Organización Panamericana de la Salud (OPS)*, dentro de sus actividades de desarrollo de la infraestructura y personal de salud, comprende la elaboración de un nuevos tipos de materiales educacionales aplicables fundamentalmente a la formación de personal técnico, auxiliar y de la comunidad.

En cumplimiento de lo señalado por los Gobiernos, se presenta a la consideración de los interesados, dentro del marco general del *Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción*, la **Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud**, de la cual forma parte este manual.

El *Programa Ampliado (PALTEX)*, en general, tiene por objeto ofrecer el mejor material de instrucción posible destinado al aprendizaje de las ciencias de la salud, que resulte a la vez accesible, técnica y económicamente, a todos los niveles y categorías de personal en cualquiera de sus diferentes etapas de capacitación. De esta manera, dicho material esta destinado a los estudiantes y profesores universitarios, a los técnicos y a los auxiliares de salud, así como al personal de la propia comunidad. Está orientado, Tanto a las etapas de pregrado como de postgrado, a la educación continua y al adiestramiento en servicio y puede servir a todo el personal de salud involucrado en la ejecución de la estrategia de la atención primaria, como elemento de consulta permanente durante el ejercicio de sus funciones.

El *Programa Ampliado de Libros de Texto (PALTEX)* cuenta con el financiamiento de un préstamo otorgado por el *Banco Interamericano de Desarrollo (BID)* a la *Fundación Panamericana para la Salud y Educación (PAHEF)*. La **OPS** ha aportado un fondo adicional para contribuir a sufragar el costo del material producido. Se ha encomendado la coordinación técnica del PALTEX a la oficina coordinadora del *Programa de Recursos Humanos* que tiene a su cargo un amplio programa de cooperación técnica destinado a analizar la necesidad y adecuación de los materiales de instrucción relacionados con el desarrollo de los recursos humanos en materia de salud.

El contenido del material para la instrucción del personal que diseña y ejecuta los programas de salud, se prepara con base en un análisis de sus respectivas funciones y responsabilidades.

La *Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud* se refiere específicamente a manuales y módulos de instrucción para personal de Ministerios y Servicios de Salud, siendo una selección de materiales que proporciona elementos para formulación y desarrollo de programas de atención primaria.

PROLOGO

Este manual ha sido elaborado como un elemento de apoyo para todas aquellas colegas enfermeras que se encuentran trabajando en hospitales que son parte de un sistema local de salud.

Pretende servir de guía para la dotación de personal de enfermería, pero es adaptable a otro tipo de personal. No sólo se refiere a dotación de personal a nivel hospitalario sino a la interrelación del mismo con los centros y puestos de salud, dándole un sentido diferente al término hospitalización y paciente.

Su finalidad es demostrar maneras de distribuir y utilizar personal eficientemente y de acuerdo con los recursos con que cuenta una determinada institución.

Al usar el manual, se podrán hacer las adaptaciones necesarias en función de la realidad concreta. No hay duda de que el manual se enriquecerá con el aporte que tengan a bien hacernos llegar sus lectores.

*Maricel Manfredi
Asesora Regional en Educación de Enfermería
Programa de Recursos Humanos*

*Sandra Land
Asesora Regional de Enfermería
Programa Desarrollo de Servicios de Salud*

*Humberto de Moraes Novaes
Asesor Regional en Administración de Hospitales
y Sistemas de Salud
Programa Desarrollo de Servicios de Salud*

CAPITULO I

EL HOSPITAL DEL SISTEMA LOCAL DE SALUD

ANTECEDENTES

La Conferencia de Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata, URSS, en 1978 cambió radicalmente el enfoque de los sistemas de prestación de servicios de atención de salud en todo el mundo. La Conferencia despertó las conciencias de los gobiernos, pues los estimuló a examinar a fondo sus sistemas de prestación de servicios de atención de salud y a determinar hasta que punto reflejaban la premisa de que la salud es un derecho humano básico común a todos y no el privilegio de unos pocos. La Conferencia se fijó la meta de salud para todos en el año 2000 y los propios gobiernos se comprometieron a hacer todo lo posible por alcanzarla. En sus deliberaciones, la Conferencia recalcó que la clave para lograr la salud para todos radicaba en la atención primaria de la salud.

La Declaración sobre Atención Primaria de Salud fue reafirmada en una reunión celebrada por la Organización Mundial de la Salud en Riga, URSS, en 1988, que es el punto medio entre la histórica Conferencia de Alma-Ata de 1978, y el año 2000. Los participantes llegaron a la conclusión de que el concepto de salud para todos había contribuido positivamente a la salud y el bienestar de las personas en todas las naciones. Observaron, sin embargo, que todavía persisten problemas que reclaman una mayor dedicación y medidas para asegurar la ejecución más eficaz de la atención primaria de salud.

Se admitió que, para promover la aplicación de la estrategia de atención primaria de salud y alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000, había que prestar más atención al desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de salud a nivel local.(1)

LA SALUD LOCAL

El propósito fundamental de este manual es examinar las necesidades en materia de recursos de enfermería de una institución específica de atención de salud, o sea, el hospital. Sin embargo, es esencial comenzar con una discusión sobre el sistema de salud local o de distrito, que incluye todas las instalaciones de atención de salud en un zona geográfica determinada, (los términos "local" y "distrito" se emplearán indistintamente en todo este manual). El término ha sido definido de la siguiente manera:

Un sistema de salud de distrito basado en la atención primaria de salud es un segmento más o menos integral del sistema nacional de salud. Primero que nada abarca a una población bien definida que habita en una zona administrativa y geográfica claramente delineada, ya sea urbana o rural. Incluye todas las instituciones e individuos que proporcionan servicios de atención de salud en el distrito, bien sean de índole gubernamental, el seguro social, no gubernamentales, privadas o tradicionales. Un sistema de salud del distrito, en consecuencia, consta de una gran variedad de elementos relacionados entre si que

2 △ Dotación de Personal para los Servicios de Enfermería

contribuyen a la salud en los hogares, las escuelas, los centros de trabajo y las comunidades, a través del sector salud y otros afines. Comprende la autoatención y todos los trabajadores de atención de la salud y las instalaciones del caso, incluido el hospital como primera palanca de referencia y el laboratorio correspondiente, así como otros servicios de diagnóstico y de apoyo logístico. Sus elementos componentes necesitan estar bien coordinados por un funcionario asignado a esta función, quien se encargará de aglutinar todos estos elementos e instituciones en una gama integral de actividades de promoción, preventivas, curativas y rehabilitadoras de la salud.(2)

Se deben destacar varios puntos en esta definición. El sistema de salud local o del distrito es la unidad de organización básica del sistema nacional de salud. El sistema local de salud está basado en la población, sirviendo a la totalidad de los habitantes dentro de una zona geográfica dada. Cuenta con una estructura administrativa que se encarga de coordinar todos los recursos de salud existentes (puestos y centros de salud, hospitales, sistemas de abastecimiento de agua y otros servicios de saneamiento y recursos extrasectoriales) para formar una red de servicios dentro de la población identificada.

El tamaño y la estructura del sistema local de salud dependerán de factores como el tamaño del país; la distribución de la población; los sistemas de comunicaciones y de transporte; y la distribución, complejidad y capacidad operativa de los recursos del sector salud. (3) Aunque la magnitud y la estructura del sistema local de salud pueden variar de un país a otro, su enfoque y método es la atención primaria de salud, y sus principios generales se basan en la Declaración de Alma-Ata. Incluyen la distribución equitativa; la participación comunitaria; el enfoque en la prevención; la tecnología apropiada, y un método multisectorial.

La aplicación de estos principios en el marco de los sistemas locales de salud significa que:

- los servicios de atención de salud están al alcance de todos por igual;
- hay participación individual y comunitaria máxima en la planificación y operación de los servicios de atención de salud;
- se emplea la tecnología apropiada, es decir, los métodos, los procedimientos, las técnicas y el equipo son científicamente válidos, adaptados a las necesidades locales y aceptables para los usuarios y para aquellos con quienes se emplean; y
- la atención de salud está considerada sólo como una parte del desarrollo total de la salud -- otros sectores como la educación, la vivienda y el transporte también son esenciales para el logro del bienestar.

De lo anterior se deducen dos características vitales para el sistema local de salud basado en la atención primaria de salud: 1) la participación de la comunidad en la planificación, ejecución y evaluación de los servicios de atención de salud, y 2) una relación de trabajo sólida entre los servicios de atención de salud y los diversos sectores que inciden en la salud y el bienestar de la población.

El sistema de salud local o del distrito promueve la participación comunitaria en todas las etapas de la prestación de servicios de atención de salud, desde la identificación inicial de las necesidades hasta la fundamental etapa de evaluación. En realidad, el sistema local de salud debe establecer e incentivar una relación de responsabilidad recíproca por el desarrollo de la salud con la población y la comunidad que sirve. "Se debe mantener esta relación recíproca en todos los aspectos referentes a la salud pública e individual en la definición de políticas y el establecimiento de prioridades, en el origen y distribución de los recursos, en la programación, la ejecución y la evaluación...". (4) Esta relación de responsabilidad mutua asegura aún más la responsabilidad que, a su vez, realza la conveniencia, la eficiencia y la efectividad de los servicios.

El sistema local de salud basado en la atención primaria de salud requiere una relación de trabajo sólida entre los diversos niveles de los servicios de salud y entre los múltiples sectores que afectan a la salud y el bienestar de la población. Estos vínculos requieren un sistema de comunicaciones bien desarrollado. Se deben establecer mecanismos y normas que promuevan y mantengan unas comunicaciones eficaces entre todos los elementos respectivos.

De particular interés en esta discusión es la vinculación entre el nivel de atención primaria en la comunidad y la línea de acción u hospital del distrito a nivel secundario. Uno de los medios de comunicación más importantes entre estos dos niveles es a través de un sistema de referencia. Se debe poder remitir a los pacientes de un nivel a otro, siendo tal vez lo más importante, del nivel de atención primaria a la secundaria. Además, una vez atendido el paciente remitido, se debe mantener informado el nivel que remitió al paciente. La ausencia de un sistema de referencia hace casi imposible operar el nivel de atención primaria. Por otro lado, un sistema de referencia eficaz mejora la prestación de una atención apropiada y continua.

EL HOSPITAL DENTRO DEL SISTEMA LOCAL DE SALUD

Tradicionalmente, el hospital era el lugar donde las personas iban cuando se sentían mal, con la esperanza de ser atendidas y curadas. El hospital se concentraba en el tratamiento del individuo enfermo o lesionado. Al ser dado de alta, el paciente a menudo regresaba al mismo ambiente o continuaba el mismo estilo de vida que dio lugar a su hospitalización. Durante el período de hospitalización, se incentivaba al paciente a depender del sistema y a aceptar el control profesional del tratamiento. En ese contexto, el hospital era en general una institución separada que operaba independientemente de lo que estaba sucediendo en la comunidad circundante.

4 ▽ Dotación de Personal para los Servicios de Enfermería

El hospital de primera referencia ya no se puede considerar por separado del nivel de atención primaria dentro del sistema local de salud. De acuerdo con el concepto de la atención primaria de salud, se debe hacer hincapié tanto en las poblaciones como en los individuos, y en los métodos sencillos de promoción y protección de la salud, amén de tratar la enfermedad y lesiones. Se debe animar a las personas a ser autosuficientes, empleando profesionales y demás trabajadores de salud como recursos. La meta de la salud para todos a través de la atención primaria de salud exige que el hospital forme parte integral del sistema y que opere en colaboración con ese sistema.

Sin embargo, la integración del hospital en el sistema local de salud no ocurre por sí sola. La mayoría de las situaciones requieren que se dedique una considerable cantidad de tiempo y energía a planificar específicamente la integración del hospital del distrito. Para materializar esta integración, el personal del hospital de distrito y una amplia variedad de representantes de la comunidad pueden realizar algunas de las actividades siguientes:

- examinar la función actual del hospital en el sistema de salud del distrito;
- identificar las actividades de atención primaria de salud que se puedan realizar en el hospital (ver Cuadro 1, donde se enumeran las actividades de atención primaria de salud que lleva a cabo un hospital);
- determinar cómo se puede originar la financiación y la asignación de recursos para satisfacer las necesidades de salud de toda la población del sistema local de salud;
- determinar cómo se puede hacer funcionar más eficazmente el sistema de referencia;
- identificar las maneras mediante las cuales el hospital puede mantener los puestos de salud y los centros de salud periféricos; y
- formular programas de orientación y capacitación que aumenten el interés y funciones de los empleados de hospitales en la atención primaria de salud.

Cuadro 1. Actividades de atención primaria de salud dentro y fuera del hospital (5)

| Desarrollo de la comunidad y proyectos de salud | | |
|---|--|---|
| Hospital | Puestos de Salud | Otros Sectores |
| <ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento de enfermedades y heridas comunes - Suministro de medicamentos esenciales - Atención ante y pos-natal - Clínicas para niños menores de 5 años - Inmunización - Educación en salud - Tratamiento y control de tuberculosis - Tratamiento y control de lepra - Salud dental | <p><i>Puestos de salud</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tratamiento simple - Suministro de medicamentos esenciales - Educación en salud - Inmunización <p><i>Subcentros de salud</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención pre y post-natal - Parto en el hogar - Inmunización - Supervisión del crecimiento <p><i>Actividades centrales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención de salud mental, oral y urbana - Capacitación de parteras tradicionales | <ul style="list-style-type: none"> - Educación no convencional: salud animal, salud humana, embarazo, alfabetismo, estufas sin humo. - Industrias rurales, v.g., telares - Agricultura: distribución de semillas, yerba para forraje, abono, secado de alimentos al sol. - Nutrición - Siembra de árboles - Abastecimiento de agua potable - Saneamiento |

La función de los hospitales en la atención primaria de salud fue el tema de una conferencia patrocinada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud y la Fundación Aga Khan en Karachi, Pakistán, en noviembre de 1981. Los participantes de la conferencia, todos ellos líderes mundiales en el campo de la salud, acordaron claramente que el hospital tiene una función muy importante en: "1) la promoción y el empleo de la participación comunitaria en el desarrollo de la atención primaria de salud; 2) la provisión de apoyo directo a actividades de atención primaria de salud; 3) la orientación de médicos y otros profesionales de salud hacia la atención primaria de salud; y 4) la realización y apoyo de investigaciones de los servicios de salud". (5)

La función del hospital local o de distrito necesariamente es configurada por las características geográficas, históricas, políticas, sociales y financieras del sistema de salud local respectivo. Como el hospital y los representantes de la comunidad estarían trabajando dentro de este marco mientras desempeñan las actividades sugeridas en los párrafos anteriores, podrían, al mismo tiempo, definir la función del hospital en cuestión. La función del hospital también se podría definir abordando específicamente los cuatro campos indicados previamente que fueron acordados por los participantes de la Conferencia en Pakistán.

6 ▽ Dotación de Personal para los Servicios de Enfermería

Sin embargo, el hospital del sistema local de salud basado en la atención primaria de salud tiene ciertas responsabilidades que variarán solo en la manera en que se llevan a cabo. El hospital tiene la responsabilidad, por ejemplo, de promover y alentar la toma de decisiones por la comunidad y la solución de problemas en todos los asuntos relativos a la salud. El hospital debe proporcionar los medios necesarios e información actualizada para ayudar a la comunidad en la identificación y la solución de sus problemas de salud de una manera apropiada y efectiva en función de los costos. El hospital debe guiar al sector salud de la comunidad para que funcione en colaboración con los demás sectores, especialmente los interesados en la educación, el transporte y el saneamiento ambiental.

El hospital debe servir de punto central para la remisión de pacientes. Los pacientes son atendidos en el hospital general o remitidos a una institución más especializada de acuerdo con las necesidades de cada uno de ellos. De cualquier modo, se proporciona seguimiento de casos después de que el paciente es dado de alta y regresa a su comunidad.

El hospital es responsable de supervisar a los proveedores de atención primaria y de ayudarlos a mantener las técnicas actuales y a aprender otras nuevas mediante una educación continua.

El hospital se encarga de brindar apoyo administrativo para la planificación y organización de la atención primaria de salud por las comunidades. Presta apoyo logístico a los servicios, es decir, los puestos y centros de salud, manteniéndolos abastecidos de los necesarios medicamentos, vacunas, suministros y equipo general y estableciendo y manteniendo los sistemas de comunicaciones y transporte para los trabajadores de salud y los pacientes.

El hospital cumple con sus responsabilidades educativas ofreciendo programas de educación básica y continúa para todas las categorías de trabajadores de salud, tanto los basados en hospitales como en la comunidad. Sin embargo, contrario a los programas del pasado, todos los trabajadores de salud están preparados con técnicas para el fomento de la salud, la prevención de enfermedades y la rehabilitación, y no tan solo con la aptitud para cuidar al enfermo. Debido al énfasis dado con anterioridad a la atención curativa, también se deben ofrecer programas destinados a reorientar al personal de salud previamente adiestrado, hacia una perspectiva de atención primaria de la salud y permitirle desempeñarse eficazmente en un sistema integrado de atención de salud.

Como parte de sus actividades de promoción de la salud, el hospital también debe hacer planes y ejecutar programas educativos para el público en general (por ejemplo, programas relacionados con nutrición o la prevención de accidentes) y para grupos específicos con necesidades comunes (por ejemplo, programas para escolares o para los empleados de un sitio de trabajo específico). El tema específico de cualquiera de los dos tipos de programa sería determinado por las necesidades y las prioridades de la comunidad respectiva.

Por último, el hospital apoya la atención primaria de salud por medio de las investigaciones que lleva a cabo. Sin embargo, para que sean pertinentes, las investigaciones por necesidad deben abordar las necesidades, los problemas y las inquietudes de la comunidad. Las respuestas a las preguntas de las investigaciones luego pueden ayudar a la comunidad a mejorar continuamente la eficiencia, la efectividad y la conveniencia de los servicios de atención primaria de salud.

El énfasis en la estrategia de la atención primaria de salud para alcanzar la meta de salud para todos, inevitablemente impone nuevas expectativas sobre el hospital. Las consecuencias para los funcionarios del hospital son inherentes, ya que estos, en efecto, llevan a cabo la función del hospital.

Las consecuencias para el personal de enfermería y, a su vez, para dotar al departamento de servicios de enfermería, es el tema de los capítulos siguientes. Debido a la importante relación entre los niveles primario y secundario de la atención, las deliberaciones se concentrarán en habilitar de personal los servicios de enfermería del hospital local o de distrito, o sea, el que apoya activamente el nivel de atención primaria.

REFERENCIAS

1. Development and Strengthening of Local Health Systems. Resolución XV, "Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud", adoptada por la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS, 1988. (Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 1989), pp. vi-vii.
2. Organización Mundial de la Salud, "The Challenge of Implementation: District Health Systems for Primary Health Care" (Documento WHO/SHS/DH/88.1/Rev. 1), (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1988).
3. Development and Strengthening of Local Health Systems, op.cit., p. 15.
4. Ibid., p. 14
5. J. G. Dickinson, "Primary Health Care in Hospitals", World Health Forum. Vol. 8, número 1, p.81.
6. Mayor General Iqbal Chaudhri; Director General, Ministerio de Salud, Pakistán, Discurso sobre La función de los hospitales en la atención primaria de salud. Informe de una conferencia patrocinada por la Fundación Aga Khan y la Organización Mundial de la Salud, en Karachi, Pakistán, del 22 al 26 de noviembre de 1981 (Londres: Mendham Bowen Ltd., 1981), p.15

CAPITULO II

ENFERMERIA Y EL METODO DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD

INTRODUCCION

Los servicios de enfermería de distrito son una parte integral de cualquier sistema de salud local o de distrito. Abarcan todos los servicios que suministra el personal de enfermería bajo la dirección de una enfermera graduada. Incluyen todos los servicios de enfermería dentro del distrito, tanto dentro de las instituciones como fuera de ellas. Por consiguiente, el personal de enfermería está sirviendo a toda la población de la región designada, tanto en los hogares, clínicas, escuelas y centros de trabajo como en el hospital.

La función específica de la enfermería variará según el contexto sociopolítico, cultural y económico de cada país. Sin embargo, huelga decir que el personal de enfermería del sistema local de salud que emplea un método de atención primaria de salud desempeña una función en el suministro de servicios de promoción de salud, preventivos, terapéuticos y de rehabilitación, y de atención de casos terminales. En verdad, las enfermeras en muchos países han definido sus funciones respectivas y han introducido algunas, si no todas, de las estrategias requeridas para permitir al personal de enfermería ponerlas en práctica.

Aunque se reconoce que muchas enfermeras ya han tomado las medidas para producir el cambio, todavía vale la pena examinar las consecuencias del método de atención primaria de salud en diversos aspectos de los servicios de enfermería de distrito.

EL METODO DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD: CONSECUENCIAS PARA EL PERSONAL DE ENFERMERIA

El personal de enfermería que funciona dentro de un sistema local de salud puede ser asignado a trabajar en los servicios de enfermería de hospitales o en una instalación físicamente separada del hospital, como un centro de salud, una escuela o una industria. Sin embargo, el foco en la atención primaria de salud acarrea consecuencias para el personal de enfermería, independientemente del lugar específico del hospital o la comunidad a la cual sea asignado.

Básicamente, todo el personal de enfermería debe reconocer las limitaciones de la tradicional orientación individual y sobre enfermedades que han regido la prestación de los servicios de enfermería, y adoptar una orientación sana y hacia la comunidad, más conducente a la salud y el bienestar social. En general, esto requiere un cambio en los valores y las actitudes y la adquisición de nuevos conocimientos y técnicas, todo lo cual se refleja en la práctica (ver el Apéndice 1).

Desde un punto de vista práctico, los cambios de esta magnitud sólo se puede esperar que ocurran gradualmente. Aún durante el proceso de cambio, sin embargo, podría observarse una mayor participación del personal de enfermería, tanto de hospitales como de la comunidad, en: la educación en salud de la comunidad; la identificación de problemas de salud, incluyendo su

origen; la identificación de grupos de alto riesgo; y la atención y seguimiento de los pacientes y sus familias.

Entre los ejemplos de las actividades que reflejan el cambio de actitud anterior figuran:

- la enfermera de la unidad pediátrica del hospital y el nutricionista de la comunidad que colaboran en la presentación de un programa educativo relacionado con la atención y la alimentación del niño;
- la enfermera de hospital que brinda apoyo moral reuniéndose con subgrupos de la comunidad que tienen problemas comunes, como la diabetes o la hipertensión, y enseñándoles las medidas para mantener la salud y reducir los riesgos de hospitalización;
- la enfermera de la unidad pediátrica del hospital, el asistente social, el nutricionista, el médico y los trabajadores de salud de la comunidad que examinan el historial de cualquier niño que muere siendo menor de 1 año de edad, para determinar juntos, como trabajadores de salud, cómo pueden haber prevenido la muerte; y
- el personal de enfermería de la sala de emergencias del hospital que colabora en la identificación de los problemas de salud al revisar sistemáticamente el porqué, quién, cuándo y dónde (lugar de origen) de aquellos que se presentan a recibir tratamiento de emergencia, y empleando luego los resultados como base para planificar los programas de prevención.

El enfoque de la atención primaria implica que el personal de enfermería estará completamente al tanto del hecho que el paciente es un miembro de una familia y de una comunidad. Ese reconocimiento se manifestará en parte en la asistencia dada a los miembros de familias y la comunidad, lo que les permite ser colaboradores absolutos en la atención del paciente, en lugar de tan solo espectadores. Podrán colaborar de manera práctica en la atención del paciente tanto durante su hospitalización como después de ella.

Cuando proceda, el personal de enfermería se mantendrá al corriente de los pacientes recién dados de alta del hospital, ya sea en el hogar o en el establecimiento de salud que tengan más accesible. Si son remitidos o no para recibir atención adicional en la instalación de atención primaria, la información referente a todos los pacientes dados de alta será entregada al trabajador de salud comunitario o de otro tipo que haya remitido originalmente al paciente a la instalación de nivel secundario.

El personal de enfermería participará en el adiestramiento, la supervisión y la educación continua de los trabajadores de salud comunitarios que prestan servicios en las instalaciones de atención primaria del distrito. En aras de la utilización eficaz del tiempo y los recursos, la visita de la enfermera al puesto de salud puede tener varios fines: el adiestramiento en el trabajo y la supervisión del trabajador de salud comunitario; el tratamiento y el seguimiento de los

pacientes, y la participación en las actividades destinadas a promover la salud y el bienestar de la comunidad, incluyendo la planificación, ejecución y evaluación de esas actividades con líderes de la comunidad.

Finalmente, todas las enfermeras que trabajen dentro del sistema local de salud podrán funcionar eficazmente como miembros del equipo interdisciplinario. Con anterioridad, el personal de enfermería de hospital en particular, ha tratado en su mayor parte con pacientes individuales y sus familias. En un sistema integrado basado en el enfoque de la atención primaria de salud, sin embargo, no solo deben trabajar con otros miembros del equipo del hospital sino también con personal de salud pública, con trabajadores de salud comunitarios y con las diversas disciplinas representadas en los otros sectores.

EL ENFOQUE DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD: CONSECUENCIAS PARA LA ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA DE DISTRITOS

El enfoque de la atención primaria de salud requiere la integración de los servicios de enfermería dentro y fuera de las instituciones del distrito. Del mismo modo que el hospital debe formar parte integral del sistema de prestación de servicios de atención de la salud del distrito, el departamento de servicios de enfermería del hospital también debe formar parte integral de los servicios de enfermería del distrito.

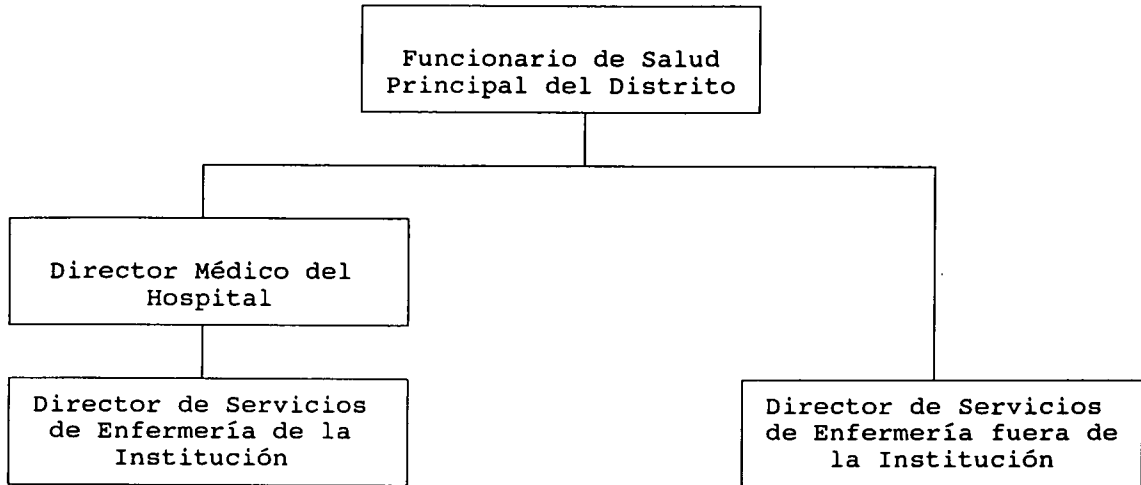
El proporcionar una administración unificada de los servicios de enfermería de distrito es una estrategia a la que se debe dar seria consideración. Según se ha indicado en otra parte, la "separación de las responsabilidades de los servicios curativos y preventivos,.....da lugar a desperdicio, y en última instancia, a un suministro inadecuado de servicios preventivos y para promover la salud." (1)

La separación de las responsabilidades entre los servicios de enfermería curativos (institucionales) y primordialmente preventivos (fuera de las instituciones), tal como se muestra en la Figura 1-1a, es común a muchos países. No se puede decir que la integración de los servicios es imposible cuando hay directores separados para los servicios de enfermería en el hospital y los servicios de enfermería de las comunidades. Sin embargo, la experiencia ha demostrado que, en general, los servicios están divididos en lugar de integrados.(2)

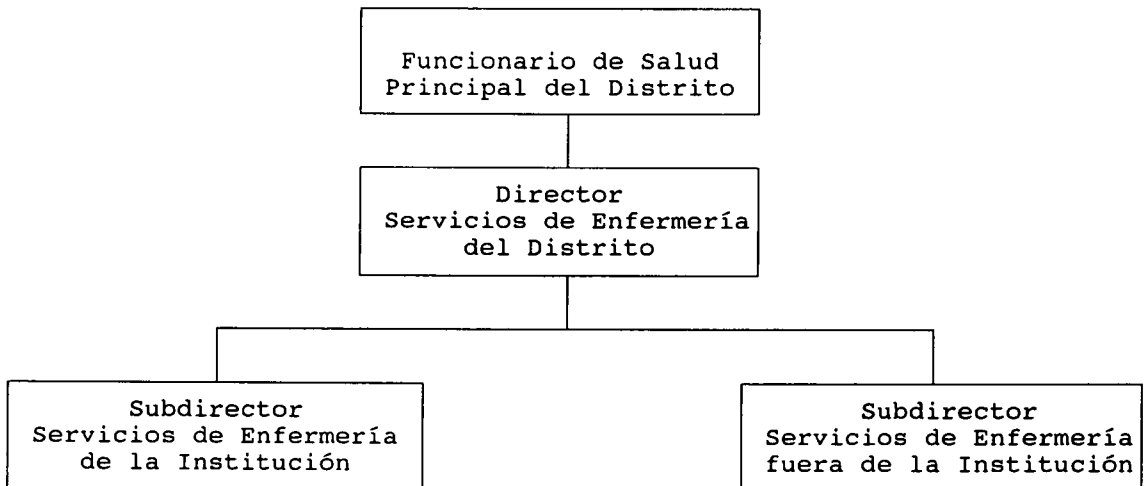
La responsabilidad total de los servicios de enfermería dentro y fuera de las instituciones del distrito, según se indica en la Figura 1-1b, beneficiaría la integración debido a que los servicios son atendidos en su conjunto y no como entidades separadas. Esto facilita las comunicaciones y la colaboración entre el personal de enfermería asignado a las distintas instalaciones dentro del distrito.

**Figura 1. Responsabilidad de los servicios de enfermería de distrito
Dos alternativas**

1a. Dos directores de enfermería



1.b: Un director de enfermería



Una administración unificada aumenta el potencial para determinar las prioridades, metas y objetivos de los servicios de enfermería; para formular políticas y definir las funciones del personal para que se ajusten a las de un sistema de atención de la salud concentrado en la atención primaria. Así se evita más fácilmente la fragmentación de los servicios y el énfasis en los servicios preventivos o en los curativos, excluyéndose uno u otro.

12 △ Dotación de Personal para los Servicios de Enfermería

Según las circunstancias individuales, el director de los servicios de enfermería de distrito puede necesitar asistencia en el manejo diario de los servicios respectivos. En último término, sin embargo, el director de enfermería es el responsable de los servicios de enfermería proporcionados en el distrito. Las enfermeras en todo los demás niveles son responsables de los servicios de enfermería prestados en las zonas respectivas a su cargo.

Es comprensible que una administración unificada, es decir, un solo director de los servicios de enfermería de distrito, quizás no sea idónea o factible en todas las situaciones. Cualquiera que fuesen las circunstancias, siempre se deber dar la mayor consideración a organizar los servicios de enfermería de la manera que más beneficie a la integración de los servicios, lo que a su vez le permitirá al personal de servicios de enfermería maximizar su potencial para contribuir al logro de la meta de la salud para todos.

EL ENFOQUE DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD: CONSECUENCIAS PARA LOS LIDERES DE ENFERMERIA

La aptitud del personal de enfermería para aportar su contribución máxima a la meta de la salud para todos la determinan considerablemente los líderes de enfermería existentes en el sistema local de salud. Aunque la enfermera miembro del equipo administrativo del distrito está encargada de proporcionar una dirección eficaz, esta también es responsable de todas las administradoras de enfermeras en los servicios de enfermería del hospital y de la comunidad por igual. El enfoque en la salud primaria significa que parte del conocimiento y técnicas que poseían con anterioridad adquiere mayor importancia, de lo contrario se indicaría la adquisición de nuevos conocimientos y técnicas.

La administradora de enfermeras desempeña varias funciones, y al llevarlas a cabo hace una contribución única y valiosa a la ejecución total de los programas del sistema local de salud. Es administradora, miembro del equipo, supervisora, educadora y proveedora de atención directa. Es una planificadora, coordinadora, colaboradora, evaluadora y de mucha iniciativa, así como funcionaria de relaciones públicas. En el cumplimiento de cada una de estas funciones, sirve de ejemplo para el resto del personal de enfermería.

Tiene aptitudes de comunicación, no solo para su trabajo con colegas y el personal a su cargo, sino también para trabajar con individuos o grupos de la comunidad. Puede facilitar las contribuciones de otros, ya sean del personal de enfermería o de la comunidad, a la planificación, ejecución y evaluación de cualquier programa o servicio en consideración. En verdad, la administradora de enfermeras del distrito y/o del hospital podría crear un Comité Asesor de Enfermería, constituido principalmente por los representantes de la comunidad. Tal órgano participaría sistemáticamente en la administración de los servicios de enfermería. Al incluir eficazmente a este grupo, la administradora de enfermeras le comunicará que el hospital es de ellos y no de los médicos y las enfermeras.

La administradora de enfermeras conoce los valores, las actitudes y las normas de la población del distrito según son dictadas por las costumbres locales, la cultura y la religión. Prevé nuevas necesidades, reconociendo que las poblaciones de hoy son dinámicas, pues responden a selecciones socio-económicas. Reconoce que tal vez ya no se necesite un servicio establecido o que quizá se requieran nuevos métodos para atender las necesidades más eficazmente. Es consciente de que estos hechos y otros similares tienen consecuencias importantes para una mayor cobertura de los servicios, para su demanda y suministro.

EL ENFOQUE DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD: REPERCUSION EN LA DOTACION DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL

Parece razonable esperar que la prestación de atención primaria de salud afectará a la tasa de ocupación de hospitales. El foco en el fomento de la salud y esfuerzos más intensos y extensos para la detección adelantada de casos son precisamente dos de los factores que, durante un periodo de tiempo, debe contribuir a una reducción en el número de hospitalizaciones. Además, las personas que no se sienten bien tendrían más probabilidades de presentarse por sí mismas a recibir atención debido a la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de atención primaria, en lugar de postergar el tratamiento hasta que tengan que ser hospitalizadas. Es posible que se requiera menos personal de enfermería si, efectivamente, se reduce el censo de pacientes hospitalizados.

Sin embargo, al mismo tiempo que se registran menos hospitalizaciones, aquellos pacientes que son hospitalizados pueden estar más enfermos que con anterioridad. Tener pacientes más enfermos, a su vez, puede indicar una necesidad de aumentar la proporción entre personal profesional y no profesional. El principio orientador es que la aptitud de los funcionarios debe corresponder al nivel de gravedad de la enfermedad de los pacientes, o de su grado de dependencia en el personal de enfermería para su atención; en consecuencia, debe concordar con la proporción de pacientes clasificados como agudamente enfermos. La aplicación de esta norma se describe en el Capítulo IV, Sistemas de Clasificación de Pacientes y Provisión de Personal.

REFERENCIAS

1. Bogdan M. Kleczkowski; Milton I. Roemer; y Albert Van Der werff, National health systems and their reorientation towards health for all, Public Health Papers 77, (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1984), p. 48
2. Education and training of nurse teachers and managers with special regard to primary health care, op. cit., p. 18

Comparación de la orientación tradicional y de la salud de la comunidad con la práctica de enfermería

Enfoque educacional

| Características del Currículum | - Enfermería tradicional | - Enfermería de la comunidad |
|--|--|---|
| Enfoque primario | - Persona enferma (basada en el modelo curativo) | - Salud comunitaria (basada en el modelo de salud socioeconómica para la autosuficiencia en salud) |
| Población beneficiada | - Enfermos y minusválidos que buscan atención | - Población total, especialmente los grupos mal atendidos y de alto riesgo |
| Entornos primarios para el aprendizaje | - Hospitales, otras instituciones, hogares | - Comunidades, hogares, escuelas, industrias, hospitales y otras instituciones |
| Función de la enfermería | - Especializada e interdependiente dentro del sector salud | - Generalizada e interdependiente dentro del sector salud y sectores afines al de la salud |
| Intereses de la enfermería | - Estados que requieren hospitalización | - Problemas de salud prevalentes y necesidades de la comunidad |
| Práctica de enfermería | - Atención primaria (atención de individuos por enfermeras) - Participación del paciente/familia | - Enfoque de la atención primaria de la salud. - Participación de la comunidad/familia/paciente en la atención - Identificación y seguimiento de grupos vulnerables |
| | - Cierta seguimiento de paciente a través del departamento de consulta externa del hospital | - Enfoque del equipo de salud hacia la atención. |
| Proceso para resolver problemas | - Evaluación de necesidades y recursos del individuo y su familia - Intervención por medio del individuo y la familia | - Necesidades y recursos de la comunidad/grupo/familia/individual - Comunidad/grupo/familia/dual |

Comparación de la orientación tradicional y de la salud de la comunidad con la práctica de enfermería

Enfoque educacional

| | | |
|---|--|---|
| <p>Objetivos de la práctica: prevención terapéutica</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Enfoque en la prevención secundaria/terciaria - Paciente bien como para darlo de alta | <ul style="list-style-type: none"> - Enfoque en la prevención primaria. - Salud mejorada del paciente, la familia y la comunidad; auto-atención, autosuficiencia. |
| <p>Sistema de prestación de salud</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Atención de pacientes individual y en instituciones | <ul style="list-style-type: none"> - Atención primaria de salud para todos; participación de otros sectores que influyen en la salud; método de equipo de salud. |
| <p>Evaluación de la práctica de enfermería</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Número de pacientes dados de alta de atención por categoría de diagnóstico. - Frecuencia e intensidad del contacto con pacientes. | <ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de la cobertura de salud de la población. - Tasas de utilización de servicios por grupos de alto riesgo. - Tasas de cambio en el estado de salud de grupos/comunidades de alto riesgo. - Tasas de respuesta en grupos "tratados", es decir, inmunización, terapia completa, longitud media de la hospitalización, aptitud para autoatención y cambios en el comportamiento relativo a la salud. |

Fuente: A Guide to Curriculum Review for Basic Nursing Education, (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1985), p. 11.

CAPITULO III

PERSONAL PARA EL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ENFERMERIA

LA FUNCION DE ADMINISTRACION DE PERSONAL

El propósito general del Departamento de Servicios de Enfermería de cualquier hospital es atender las necesidades de atención de enfermería de la población paciente/cliente. De acuerdo con este fin, una de las responsabilidades principales de la administradora de enfermería de alto nivel consiste en reunir la cantidad y categorías de personal de enfermería apropiadas para satisfacer las necesidades en materia de atención de los pacientes las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y las 52 semanas del año.

La provisión del personal de enfermería para dotar de manera adecuada y correcta el Departamento de Servicios de Enfermería comprende una serie de actividades interdependientes. Las actividades son de naturaleza secuencial y cíclica, según el proceso administrativo de la planificación, organización, ejecución y evaluación (ver la Figura 2).

Figura 2. Actividades de dotación de personal según el proceso Administrativo

| <u>Proceso administrativo</u> | <u>Actividades de dotación de personal</u> |
|-------------------------------|---|
| Planificación | <ul style="list-style-type: none">- Evaluar las necesidades de atención de pacientes y clientes |
| Organización | <ul style="list-style-type: none">- Formular políticas y procedimientos para la provisión de personal- Diseñar el modelo maestro de dotación de personal |
| Ejecución | <ul style="list-style-type: none">- Contratar, entrevistar y seleccionar personal- Asignar personal- Programación |
| Evaluación | <ul style="list-style-type: none">- Calidad de la atención- Satisfacción en el trabajo- Ausentismo y rotación- Costo |

Planificación

Es esencial determinar las necesidades en materia de atención de enfermería del paciente/cliente antes de hacer cualquier predicción con respecto a las necesidades de personal. Asimismo, se deben identificar las necesidades de atención para cada entorno, en particular debido a las variables sociales y culturales, que traen consigo consecuencias serias para la cantidad y el tipo de atención que se necesita. Un enfoque ordenado y sistemático de la identificación de las necesidades de atención pacientes/clientes, a saber, mediante el desarrollo de un sistema de clasificación de pacientes, se describe en el Capítulo IV, Sistemas de Clasificación de Pacientes y Provisión de Personal.

Organización

Las políticas y procedimientos claramente definidos son cruciales para la efectividad de todas las actividades de provisión de personal. Una política define el quién, qué, cuándo y dónde para un conjunto dado de circunstancias y, por consiguiente, sirve como una norma para la acción. Un procedimiento, por otro lado, describe cómo se ha de llevar a cabo una actividad. En consecuencia, la declaración que define la responsabilidad de hacer el cronograma mensual es una política, y la declaración que describe cómo el empleado puede solicitar unos días libres, es un procedimiento.

Ciertas políticas que necesita el departamento de enfermería son comunes a todos los empleados del hospital; por ejemplo, el número de días de vacaciones al año permitidos a cada empleado y el número de horas de trabajo por semana. Las políticas de esta naturaleza son establecidas por la administración del hospital. Las políticas relativas al personal que se aplican específicamente al de enfermería, deben ser definidas por la administración de enfermería. Independientemente de quién sea responsable de establecerlas, las políticas deberán tener las características siguientes: 1) estar escritas con claridad y concisión para que se comprendan fácilmente y no den lugar a malas interpretaciones; 2) estén a la disposición de todo el personal; 3) ser revisadas periódicamente y actualizadas según sea necesario; y 4) ser aprobadas por las autoridades correspondientes. En el Apéndice 1 se enumeran las políticas y procedimientos para la provisión y programación de personal por parte del Departamento de Servicios de Enfermería.

Se debe diseñar un modelo maestro de provisión de personal para representar el número de empleados de cada categoría de personal de enfermería requerido para atender las necesidades de atención de los enfermos en cada unidad del departamento de enfermería. La cantidad de personal de enfermería se expresa mejor en función de equivalentes de tiempo completo (FTE). El método para determinar este número se describe en el Apéndice 2. Además de las unidades de hospitalización, el modelo de provisión de personal debe especificar el personal de enfermería necesario para la administración, supervisión y gestión, la educación en el servicio y otros campos de atención de pacientes, como la sala de operaciones, la sala de emergencias, las salas de trabajo de parto y de partos y las clínicas de pacientes ambulatorios. En el Apéndice 3 se

proporcionan normas para la determinación de las necesidades de dotación de personal de enfermería en estos últimos campos mencionados de estadía corta en el hospital.

Deben prepararse descripciones de cargos para cada puesto en cada modelo de provisión de personal. Tal vez solo se requiera una sola descripción de cargo para aquéllos que son sumamente homogéneos, como la enfermera jefe de la mayoría de las unidades de pacientes internos. Sin embargo, las responsabilidades de la enfermera jefe en la sala de operaciones son suficientemente diferentes como para requerir una descripción de cargo separada. Otro ejemplo de un cargo que puede requerir una sola descripción, es el del trabajador de salud comunitario que es asignado a trabajar en el dispensario o el puesto de salud.

En último caso, la preparación de las descripciones de cargos es responsabilidad del administrador de enfermería. Sin embargo, los supervisores de enfermería y las enfermeras jefe deben colaborar en la preparación de las descripciones de los cargos del personal de enfermería. Del mismo modo, los miembros correspondientes de la comunidad deben participar en la preparación de las descripciones para cargos como el del trabajador de salud comunitario. Esa contribución a la determinación de las responsabilidades del trabajador de salud comunitario es esencial para asegurar su adecuación a la situación local. Los elementos básicos de cualquier descripción de cargo son: 1) el título del puesto; 2) las funciones y/o las responsabilidades; 3) el título del cargo de la persona responsable, generalmente designado como supervisor; 4) conocimientos y cualificaciones específicas requeridas; y 5) la experiencia de trabajo y preparación académica requerida.

Ejecución

La contratación de personal para llenar las vacantes está frecuentemente a cargo de la oficina de personal de los hospitales que tienen tal oficina. La divulgación de las vacantes por métodos apropiados al lugar es responsabilidad de la oficina de personal y se debe designar como tal siempre que sea posible. Sin embargo, el personal de enfermería no se debe abstener de participar en ciertas actividades de reclutamiento, aún cuando esta función no corresponde al departamento de servicios de enfermería. Los miembros de la comunidad que forman parte del Comité Asesor de Enfermería descrito en el Capítulo II y los Servicios de enfermería de distrito también pueden proporcionar una ayuda valiosa en la identificación y contratación de aquellas personas que tengan las cualificaciones pedidas en la vacante respectiva.

Tanto la entrevista de aspirantes potenciales para los puestos de enfermería como la selección final de la persona que ocupará cada vacante son responsabilidad del departamento de enfermería. La enfermera asignada a realizar estas tareas en el proceso de empleo la determina el tipo de vacante a llenar. Por ejemplo, el administrador de enfermería probablemente entrevistaría y seleccionaría al individuo que va a llenar el cargo de supervisor de enfermería, mientras que la enfermera jefe entrevistaría y seleccionaría a las enfermeras que serían asignadas a la unidad de pacientes bajo su dirección. Aunque la decisión final no la tome la enfermera jefe, es aconsejable para esta participe en la selección de por lo menos el personal profesional.

La enfermera jefe y las enfermeras de plantilla deben trabajar muy unidas, y la compatibilidad o la falta de ella con toda seguridad se reflejará en la atención proporcionada a los pacientes.

El salubrista de la comunidad que estará trabajando en el puesto de salud o el dispensario debe ser seleccionado por representantes de su comunidad. Estos son los funcionarios principales que toman las decisiones en todos los asuntos relacionados con los trabajadores de salud comunitarios, al igual que las administradoras de enfermeras son los funcionarios principales que deciden con respecto al personal de enfermería que trabaja en las unidades de pacientes del hospital.

La asignación del personal se refiere a la designación de los empleados disponibles a todas las unidades del Departamento de Servicios de Enfermería, como lo prescribe el modelo de dotación de personal. Para tener funcionarios suficientes para satisfacer las necesidades de servicio y, al mismo tiempo, ajustarse al presupuesto, es esencial vigilar continuamente las asignaciones de personal y que las reasignaciones estén justificadas.

Una vez que se haya asignado el personal a la unidad, se deben preparar calendarios para asegurar que cada turno esté cubierto por las enfermeras apropiadas para prestar los servicios requeridos. Los calendarios son preparados para abarcar un período de por lo menos una semana, pero generalmente son por un mes o más. La programación del personal es discutida a fondo en el Capítulo V, Programación para atender las necesidades de pacientes/clientes.

Evaluación

Todos los aspectos de la administración de personal deben ser evaluados periódicamente para determinar su conveniencia, adecuación y efectividad. Algunos de los indicadores críticos son la calidad de la atención que se está proporcionando, el grado de satisfacción del personal en su trabajo, la incidencia del ausentismo, la tasa de rotación y el costo. Se deben examinar cuidadosamente los resultados del estudio para determinar la necesidad de cambiar o modificar cualquier parte del sistema de dotación de personal. Un estudio de los resultados de la asistencia prestada al paciente, por ejemplo, puede indicar la necesidad de aumentar la proporción de personal profesional a no profesional o de crear un nuevo cargo. Un estudio de los resultados de la atención de la salud en la comunidad puede indicar la necesidad de un nuevo programa, incluidos nuevos puestos, o quizás la eliminación de otros por no necesitarse más. Un estudio del ausentismo del personal puede indicar la modificación de las políticas de programación. En cualquier caso, la evaluación debe ser un proceso continuo que contribuya a una planificación sensata, el siguiente paso en el proceso de gestión.

Responsabilidades (Personal ejecutivo y empleados)

En los últimos años más hospitales, incluyendo el hospital de distrito menos complejo, han establecido departamentos y cargos destinados a servir al personal ejecutivo. Ejemplo de ello son los departamentos de personal, adquisición y educación. Actividades como la

20 △ Dotación de Personal para los Servicios de Enfermería

contratación de personal y la compra de equipos están centralizadas, y el departamento respectivo lleva a cabo una tarea específica para todos los demás departamentos del hospital y sus instalaciones de extensión.

Con anterioridad se hizo referencia a que ciertas actividades de dotación de personal pueden ser responsabilidad del departamento de personal mientras que otras son claramente responsabilidad del departamento de enfermería. En el desempeño de sus deberes, los empleados del departamento de personal están a la par con las administradoras de enfermeras del departamento de enfermería, que son puestos ejecutivos. Las administradoras de enfermeras se encargan de la atención de enfermería de los pacientes en una o más unidades y desempeñan cargos como los de enfermera jefe, supervisora, coordinadora o directora de enfermería. Las enfermeras responsables de la atención proporcionada en la comunidad también ocupan cargos ejecutivos, independientemente del título del cargo.

Es la responsabilidad de los resultados o de la atención de enfermería proporcionada lo que determina la autoridad de la administradora de enfermeras en lo que a tomar decisiones se refiere. Los empleados le proporcionan a las administradoras de enfermeras en puestos ejecutivos hechos e información que les permiten tomar decisiones sensatas. Esencialmente, los que ocupan cargos como empleados ayudan a los ejecutivos a lograr los mejores resultados. Su asistencia o criterio, sin embargo, puede ser aceptado o rechazado por el administrador con autoridad ejecutiva.

Las responsabilidades de administración de personal del departamento de enfermería pueden ser centralizadas o descentralizadas. La dotación y programación de personal la pueden llevar a cabo uno o más individuos para todo el Departamento de servicios de enfermería, en cuyo caso es centralizada. La persona encargada de las actividades de dotación y programación de personal, (a menudo llamado coordinador de dotación de personal) mantiene una relación de empleado frente a las administradoras de enfermeras, al igual que los del departamento de personal. La dotación y programación del personal es descentralizada cuando cada enfermera jefe es responsable de llevar a cabo estas actividades para su unidad o servicio específico. Los pros y los contra de la centralización y la descentralización son discutidos en el Capítulo V, Programación para atender las necesidades de pacientes/clientes.

Es esencial que las administradoras de enfermeras en puestos ejecutivos sean responsables de ciertas actividades de dotación de personal, ya sea que la dotación y programación del personal estén centralizadas o no. Estas actividades son:

1. Establecer y controlar el presupuesto para el personal de enfermería;
2. Diseñar el modelo maestro de dotación de personal;
3. Formular políticas y procedimientos sobre dotación y programación de personal;

4. Preparar descripciones de cargos;
5. Capacitar empleados para que cumplan los requisitos del cargo, evaluar su desempeño; y
6. Seleccionar, ascender, disciplinar y cesar empleados.¹

Todas estas actividades se deben llevar a cabo en consulta con los líderes o grupos correspondientes de la comunidad cuando afecten al dispensario o el puesto de salud.

FACTORES QUE AFECTAN A LA DOTACION DE PERSONAL

Una variedad de factores forman un marco dentro del cual las administradoras de enfermeras llevan a cabo las actividades de dotación de personal ya descritas. Estos factores representan parámetros y limitaciones que determinan, en diversos grados, muchas de las decisiones relacionadas con la dotación de personal para el Departamento de servicios de enfermería. Los factores son externos e internos a la enfermería y son, respectivamente, aquéllos sobre los que la enfermería tiene poco o ningún control y sobre los que la enfermería puede ejercer considerable influencia.

Factores externos a la enfermería

Tipo de hospital

Los servicios a ofrecer y el tipo de paciente a atender se determinan en su mayor parte en función de si el hospital es una institución especializada, nacional, regional o de distrito. En las grandes instituciones regionales y nacionales se ofrecen servicios especializados, como unidades de cuidados intensivos, neonatología y trauma. El hospital del distrito, por otro lado, normalmente solo presta servicios médicos, quirúrgicos, obstétricos y pediátricos básicos, pero ofrece muchos servicios directos de apoyo a la atención primaria de salud.

Instalación física

El tamaño y el diseño arquitectónico de la instalación física tienen consecuencias importantes para las distancias que el personal de enfermería debe caminar dentro de la misma en el proceso de prestación de atención. Esto explica en parte por qué el número total de empleados requeridos para cuidar el mismo número de pacientes es mayor en un hospital grande que en uno pequeño.² El tipo de habitación de pacientes, es decir, en pabellones abiertos, privada o semi-privada, dicta las distancias a caminar y el tiempo disponible para la atención directa de los pacientes. El pabellón de forma rectangular permite estar más cerca de los pacientes y observarlos de manera más continua que los de habitaciones privadas o semi-privadas. Los estudios han revelado que la unidad de pacientes de forma radial o circular es superior a la unidad angular. Las distancias a caminar son más cortas, se pasa menos tiempo

22 △ Dotación de Personal para los Servicios de Enfermería

en la cabecera del paciente, hay menos ausentismo y una utilización mejor del personal de enfermería en la unidad circular abierta que en la angular (de corredor doble o sencillo).³

Disponibilidad de los servicios de apoyo

El número de enfermeras requeridas para brindar atención es afectado significativamente por la disponibilidad de los servicios de mantenimiento, alimenticios, de mensajeros y transporte de pacientes. Con demasiada frecuencia es necesario que el personal de enfermería realice tareas que no le pertenecen. Se debe reconocer que esto no solo da lugar a una utilización deficiente del personal de enfermería, sino que también priva a los pacientes del tiempo de enfermería que de otro modo tendrían a su disposición. Se debe esperar que las enfermeras dediquen su tiempo, por ejemplo, a la enseñanza de pacientes y sus familiares, en lugar de a labores de lavandería y mantenimiento que pueden ser realizadas adecuadamente por personal menos calificado.

El modo de viajar y la disponibilidad de transporte constituyen otra forma del servicio de apoyo. La cantidad de tiempo empleado en viajes varía enormemente, dependiendo de si la enfermera debe caminar, usar transporte público, o ir en automóvil, bote, a caballo, etc., cuando desempeña sus actividades en la comunidad. Además de la disponibilidad del tipo de transporte que se utilice, estos factores afectan al número de empleados requeridos para satisfacer las necesidades de enfermería de las comunidades.

Disponibilidad y colocación de los suministros

La disponibilidad y la colocación de los suministros y el equipo, los medicamentos, las historias clínicas de pacientes, etc., tienen consecuencias en cuanto a limitar o prolongar el tiempo que el personal puede dedicar a la atención directa de pacientes y para su efectividad en la provisión de la atención. Parece seguro decir que la disponibilidad de los suministros y el equipo y la facilidad del acceso a estos elementos desde la cabecera del paciente, determinarán la cantidad de tiempo que se puede dar a la atención directa de pacientes y, hasta cierto punto, su efectividad.

Políticas de personal

Las políticas de personal relacionadas con la duración de las vacaciones, el número de días feriados con paga, la licencia por enfermedad y el uso del personal a tiempo parcial, constituye la información esencial en la determinación de equivalentes de tiempo completo, que es un elemento básico para diseñar el modelo de dotación de personal y, posteriormente, la programación.

Necesidades de atención de pacientes/clientes

Las necesidades de atención de pacientes/clientes en este contexto se refieren a las creencias y prácticas sobre salud y a la participación de los miembros de la familia y la comunidad en la atención de los pacientes, en lugar de a la necesidad de atención de enfermería debido a la gravedad de la enfermedad. Aunque anteriormente esta no haya sido la práctica, se debe incentivar a los miembros de la familia y de la comunidad a que colaboren en la atención de los pacientes, pues su asistencia puede ser valiosa. Estos factores ayudan a determinar el número y el tipo de personal de enfermería necesario, así como a definir la función de la enfermería. Por ejemplo, a medida que más personas laicas toman parte en la prestación de atención, la función didáctica de la enfermera se hace cada vez más importante.

Afiliación a una facultad de medicina y/o de enfermería

Se debe considerar la afiliación del hospital a una facultad de medicina o escuela de enfermería, o ambas. En general, la presencia de estudiantes en la unidad de pacientes aumenta, en lugar de disminuir, las exigencias sobre el personal del servicio de enfermería.

Factores internos a la enfermería

Función de la enfermería

Según se indicó previamente, la función de la enfermería es reflejo de la función del hospital. En el hospital de referencia de primera línea, por lo general se espera que las enfermeras graduadas participen en las actividades de promoción de la salud y programas de educación de la comunidad; en la supervisión y la educación continua de los trabajadores de salud de la comunidad, y en el seguimiento de los pacientes después de ser dados de alta del hospital. Al calcular el número de enfermeras necesarias se debe tener en cuenta la cantidad de tiempo que se espera que la enfermera trabaje, tanto dentro como fuera del hospital.

Disponibilidad del personal de enfermería

La disponibilidad de los recursos de enfermería en la zona geográfica es un fuerte factor determinante de la proporción de personal de enfermería profesional a no profesional que se puede establecer. También se pueden adoptar estrategias que afecten de manera positiva al personal disponible. La provisión de vivienda u otros beneficios de empleo son ejemplos de las estrategias que a veces se emplean para atraer a las enfermeras a una zona determinada.

Preparación del personal de enfermería

Los resultados de estudios y encuestas indican que la preparación académica del personal de enfermería no tiene consecuencias importantes para la determinación de las necesidades de la dotación de personal, pero se debe considerar al armonizar los recursos de enfermería con las

necesidades de los pacientes/clientes.⁴ Sin embargo, es importante, al determinar el número de supervisores. Se necesitarán más supervisores si una proporción elevada del personal de enfermería cuenta solo con una preparación mínima. Esta es, quizás, la situación más común. No obstante, se debe indicar que hay mucho menos necesidad de supervisores si una proporción muy alta del personal tiene capacitación profesional.

Modos de organización para la prestación de atención en la unidad de pacientes

Los cuatro modos de organización básicos para la prestación de atención en la unidad de pacientes son: 1) el método de casos; 2) el método funcional; 3) la enfermería en equipo; y 4) la enfermería primaria. En el Capítulo VI, Modos de Organización para la Prestación de Atención en la unidad de pacientes, se definen estos modos de organización y sus repercusiones para la dotación de personal. El modo empleado para la prestación de atención es un factor esencial que se debe tener en cuenta al determinar la proporción de personal profesional a no profesional, y el número requerido de personal con cada nivel de aptitud y preparación.

En la identificación de las necesidades y en la determinación de los requisitos de dotación de personal se deben considerar todos los factores externos e internos a la enfermería. Cada factor es caracterizado de manera diferente en cada entorno y los efectos de cada uno varía en consecuencia. Por este motivo, las actividades de dotación de personal son eficaces y apropiadas en la medida en que se lleven a cabo para cada tipo de establecimiento de salud que forme parte de un sistema de atención de salud dentro de un contexto sociocultural, político y económico determinado.

REFERENCIAS

1. Adaptado de Gloria Swanberg, R.N., M.N.A. y Eunice Lawrenz Smith, R.N., B.S.N.E., "Centralized Scheduling: Is it Worth the Effort?" Nursing Administration Quarterly, Vol. 1, número 4 (Verano de 1977), pp. 55-56.
2. Clara Arndt, R.N., M.S. y Loucine M. Daderian Huckabay, R.N., Ph.D., F.A.A.N., Nursing Administration - Theory for Practice with a Systems Approach, (Londres: The C.V. Mosby Company, 1980), p. 230.
3. John P. Young; Phyllis Giovanetti; Dana Lewison; y Mary L. Thomas, Factors Affecting Nurse Staffing in Acute Care Hospitals: A Review and Critique of the Literature, DHEW Publication No. HRA 81-10, (Washington, D.C.: Imprenta del Gobierno de los EE.UU., 1981), p. 191.
4. Young, et al., op. cit., p. 48

APENDICE I
POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS MAS NECESARIOS PARA LA
PROVISION Y PROGRAMACION DE PERSONAL

1. Categorías de empleados

1.1 A tiempo completo

- ¿Cuántas horas por semana debe trabajar el empleado?
- ¿Cuáles son los beneficios del empleo a tiempo completo?

1.2 A tiempo parcial

- ¿Cuáles son las horas mínimas y máximas a trabajar por semana?
- ¿Cuáles son los beneficios para el empleo a tiempo parcial?

1.3 Personal flotante

- ¿Cómo se programa el personal flotante?
- ¿Quién es responsable del personal flotante?
- ¿Cómo se asigna el personal flotante?

1.4 Personal de guardia

- ¿Qué se considera estar de guardia?
- ¿Quién se espera que trabaje de guardia?
- ¿Cómo se programa el personal de guardia?
- ¿Cómo se le paga al personal por las horas trabajadas de guardia?

2. Programación

2.1 Horarios de trabajo

- ¿Quién prepara los horarios de trabajo?
- ¿Qué período de tiempo cubre cada horario?
- ¿Dónde y cuándo se anuncian los horarios de trabajo?
- ¿Quién aprueba los horarios de trabajo?
- ¿Cómo se ajustan los horarios de trabajo diariamente?

2.2 Tiempo de trabajo y libre

- ¿Qué día comienza la semana de trabajo?
- ¿Cuál es el período de tiempo de cada turno?
- ¿Cuál es la política en lo que se refiere a la rotación de los turnos?
- ¿Cuál es la norma seguida con los turnos permanentes o directos?
- ¿Cuál es que la norma seguida con los fines de semana libres?
- ¿Qué se considera como fin de semana para el personal en el turno de noche?
- ¿Cómo solicita un empleado tiempo libre específico?
- ¿Cuál es el número máximo de días que un empleado puede trabajar en secuencia?

2.3 Días feriados

- ¿Cuáles son los días feriados con paga?
- ¿Cómo se programan los días feriados?
- ¿Cuántos veces se puede asignar a un empleado para que trabaje en días feriados?

2.4 Días de vacaciones

- ¿Cuántos días de vacaciones se conceden a cada empleado?
- ¿Cuándo y cómo se programan los días de vacaciones?
- ¿Cómo y cuando solicita un empleado días específicos de vacaciones?

2.5 Permisos de ausencia y por enfermedad

- ¿Cómo y cuando se debe notificar que está enfermo el empleado?
- ¿Cuántos días de licencia se permiten por enfermedad? ¿Para otras razones, como licencia para maternidad?
- ¿Cómo solicita un empleado un permiso de ausencia?
- ¿Quién aprueba/niega las solicitudes de permisos de ausencia?

2.6 Ausencia no notificada

- ¿Qué acción disciplinaria se toma cuando un empleado no se presenta a trabajar?

3. Puestos/dispensarios de salud

3.1 Normas sobre dotación y programación de personal

- ¿Qué normas y procedimientos de los enumerados arriba se aplican a los puestos de salud/dispensarios?

3.2 Calendarios

- ¿Quién prepara el calendario?
- ¿Cómo se comunica el calendario a los individuos interesados?

4. Normas que inciden en la dotación y programación de personal

4.1 Programa de orientación

- ¿Cuándo y a quién se ofrece orientación?
- ¿Cuánto dura el programa de orientación?
- ¿Cuáles son los beneficios de empleo concedidos al empleado durante el período de orientación?

4.2 Programa de capacitación en el trabajo

- ¿Se proporciona al empleado capacitación durante el tiempo de trabajo o en su tiempo libre? Si es lo primero, ¿cómo se compensa al empleado por su participación durante el tiempo libre?

APENDICE II
DETERMINACION DE LOS EQUIVALENTES DE TIEMPO COMPLETO

El modelo maestro de dotación de personal para el departamento de servicios de enfermería da el número de cada categoría de personal de enfermería requerido para responder a las necesidades de asistencia a los enfermos de cada unidad. Este número se expresa mejor en función de equivalentes de tiempo completo (FTE), que se pueden determinar por la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Total de horas requeridas por año}}{\text{Horas trabajadas por año por empleado}}$$

El cálculo siguiente demuestra los FTE necesarios para tener un empleado trabajando en la unidad de pacientes las 24 horas del día, 7 días a la semana:

A. Determinando el total de horas requeridas por año:

$$\begin{aligned} 7 \text{ días} \times 24 \text{ horas} &= 168 \text{ horas por semana} \\ 168 \text{ horas} \times 52 \text{ semanas} &= 8,736 \text{ horas al año} \end{aligned}$$

B. Determinando las horas trabajadas por año por empleado a tiempo completo:

Las horas que trabajará cada empleado por año se determinan restando de 365 todos los días del año que se espera que no trabajarán, por ejemplo:

*Días libres previstos por año**

| | | |
|----------------------------|----------|----|
| 2 días libres x 48 semanas | 96 | |
| Vacaciones | 30 | |
| Permiso por enfermedad | | 12 |
| Días feriados | 7 | |
| | ---- | |
| | 145 días | |

$$365 - 145 = 220 \times 8 \text{ horas/día} = 1,760 \text{ horas al año}$$

30 △ Dotación de Personal para los Servicios de Enfermería

C. Determinando los equivalentes a tiempo completo (FTE):

$$\frac{8,736 \text{ horas requeridas por año}}{1,760 \text{ horas trabajadas por año por empleado}} = 4,9 \text{ FTE}$$

Se debe observar que algunos de los FTE tendrían que estar divididos en puestos a tiempo parcial para tener el número correcto de empleados y ceñirse a los FTE presupuestados.

El número de días libres previstos por año se debe determinar conforme al tiempo libre dado en cada país.

APENDICE III
NORMAS PARA DETERMINAR LAS NECESIDADES DE PERSONAL
DE ENFERMERIA EN SECTORES DE CORTA ESTADIA

1. SALA DE OPERACIONES

1.1 Determinar el número y el tipo de personal de enfermería necesario en una sala de operaciones durante una intervención quirúrgica.

Ejemplo: 1 enfermera circulante (enfermera graduada)
 1 enfermera instrumentadora (enfermera graduada)
 1 técnico de sala de operaciones (asistente de enfermería)

Este grupo constituye un equipo quirúrgico.

1.2 Multiplicar el número de equipos quirúrgicos necesarios por el número de salas de operaciones normalmente en uso por turno.

Ejemplo: El hospital con 4 salas de operaciones.
 4 equipos de 7-3
 2 equipos de 3-11
 1 equipo de 11-7

Se requieren 7 equipos (14 enfermeras graduadas y 7 asistentes de enfermería)

1.3 Generalmente se requiere un equipo adicional para suplir al personal que está de vacaciones, enfermo o ausente por otras causas. Quizá se necesite más personal, según las actividades que haya que llevar a cabo, por ejemplo, la transferencia de pacientes a la sala de operaciones y de vuelta.

2. Sala de emergencias

2.1 En el Apéndice 2 de este mismo Capítulo se observa que se necesitan 4.9 empleados para contar por lo menos con una persona disponible en todo momento. Esta cifra puede ser multiplicada por 2 si se necesitan dos empleados por turno.

2.2 Si la demanda es tal que se necesitan más de dos empleados por turno, se puede usar la fórmula siguiente:

32 △ Dotación de Personal para los Servicios de Enfermería

| | | | | | | |
|--|---|---|---|--------------------------|---|--|
| Cantidad promedio de tiempo de enfermería necesario por paciente | X | Número promedio diario de pacientes de emergencia | X | Días por Año | = | Horas de tiempo de enfermería necesarias por año |
| Horas de tiempo de enfermería necesarias por año | - | Horas trabajadas por empleado por año | = | Número de FTE requeridos | | |

3. Salas de trabajo de parto

- 3.1 Se puede emplear la metodología descrita en 2.1, supra, si solo se necesitan uno o dos empleados por turno.
- 3.2 Se puede usar la misma fórmula indicada en 2.2, supra, si la demanda es tal que se necesitan más de dos empleados por turno. En este caso, sin embargo, se emplea el número medio diario de nacimientos (en vez de emergencias). La cantidad media de tiempo de enfermería requerido por paciente es también el tiempo total requerido para cuidar al paciente durante el trabajo de parto, el parto y después de éste.

4. Clínicas de pacientes ambulatorios

- 4.1 La fórmula descrita en 2.2 se puede emplear también para la determinación de las necesidades de personal de enfermería en las clínicas de pacientes ambulatorios. En este caso se usa el número promedio diario de pacientes atendidos en la consulta externa (en lugar de emergencias).
- 4.2 A menudo, la determinación del número requerido de FTE se debe hacer por separado para los funcionarios profesionales y no profesionales. Es necesario, por ejemplo, cuando enfermeras graduadas atienden a una población específica, como mujeres embarazadas o niños sanos. Por otro lado, se pueden asignar auxiliares de enfermería a clínicas donde no se necesiten enfermeras graduadas. En estos casos, se debe calcular por separado el número de FTE, en lugar de tomar un porcentaje del número total de FTE para cada categoría.

REFERENCIAS

1. Adaptado de Gloria Swanberg, R.N., M.N.A. y Eunice Lawrenz Smith, R.N., B.S.N.E., "Centralized Scheduling: Is it Worth the Effort?" Nursing Administration Quarterly, Vol. 1, número 4 (Verano de 1977), pp. 55-56.

2. Clara Arndt, R.N., M.S. y Loucine M. Daderian Huckabay, R.N., Ph.D., F.A.A.N., Nursing Administration - Theory for Practice with a Systems Approach, (Londres: The C.V. Mosby Company, 1980), p. 230.
3. John P. Young; Phyllis Giovanetti; Dana Lewison; y Mary L. Thomas, Factors Affecting Nurse Staffing in Acute Care Hospitales: A Review and Critique of the Literature, DHEW Publication No. HRA 81-10, (Washington, D.C.: Imprenta del Gobierno de los EE.UU., 1981), p. 191.
4. Young, et al., op. cit., p. 48

CAPITULO IV

SISTEMAS DE CLASIFICACION DE PACIENTES Y DOTACION DE PERSONAL

INTRODUCCION

El enfoque epidemiológico para la dotación de personal para los servicios de salud de la comunidad es conocido. Durante años, el primer paso en el proceso de dotación de personal ha sido la identificación de las necesidades de atención de salud de las poblaciones a servir. Estos datos han sido usados para determinar tanto el número como las categorías de proveedores de atención de salud necesarios para atender las necesidades identificadas. Los datos, en particular los referentes a las poblaciones de mucho riesgo de enfermedad o las consecuencias del proceso de la enfermedad, fueron utilizados después para establecer las prioridades para prestar los servicios.

Una metodología similar para determinar las necesidades de dotación de personal en el hospital es el sistema de clasificación de pacientes. El concepto de la clasificación de pacientes significa separar estos por categorías o grupos, conforme a sus necesidades percibidas de atención de enfermería durante un período específico.¹ Al igual que en la salud de la comunidad, las necesidades de atención sirven de base para determinar el número y los niveles de aptitud del personal necesario para proporcionar atención de enfermería.

El uso de un sistema de clasificación de pacientes difiere significativamente del método a veces empleado en los hospitales, a saber, un número fijo de horas de atención por día-paciente. El número de horas puede variar de un servicio a otro, por ejemplo, de los servicios médicos/quirúrgicos al servicio pediátrico, pero todos se basan en la suposición de que las necesidades de atención de enfermería de todos los pacientes en un zona clínica determinada son idénticas. A diferencia de las horas fijas de atención por día-paciente, el sistema de clasificación de pacientes es una función de las variaciones entre instituciones y entre pacientes individuales. Cuando se formula y ejecuta correctamente, el sistema de clasificación de pacientes proporciona al administrador del servicio de enfermería un medio, objetivo y científico, de identificar las necesidades de atención de enfermería de los pacientes, que se traducen en categorías de atención, y en las necesidades de dotación de personal para proyectos.

¿QUÉ ES UN SISTEMA DE CLASIFICACION DE PACIENTES?

Un sistema de clasificación de pacientes abarca el proceso de identificación de las categorías según las necesidades de atención de enfermería (por ejemplo, autocuidado, intermedio e intensivo) y la cuantificación de las categorías según el tiempo de atención de enfermería incluido.² La identificación o agrupación de pacientes en categorías según las necesidades de atención de enfermería, generalmente se determina mediante el uso de un instrumento de clasificación de pacientes. En los párrafos siguientes se discuten los diferentes tipos de instrumentos de clasificación de pacientes. La cuantificación se basa generalmente en el tiempo de enfermería incluido en la prestación de asistencia directa al enfermo. Las

enfermeras experimentadas pueden calcular el tiempo requerido para proporcionar esta atención, o se puede obtener la información de un estudio de actividad.

Los instrumentos de clasificación de pacientes son los medios empleados para clasificarlos conforme a los requisitos de atención de enfermería. En general, permiten hacer una clasificación del tipo descriptivo o por lista de control.^{3,4}

El instrumento del tipo descriptivo contiene explicaciones breves y narrativas que definen ampliamente el grado de dependencia del paciente o la gravedad de la enfermedad de cada categoría. El paciente es asignado a la categoría que mejor describe sus necesidades de atención de enfermería. La Figura 3 es un ejemplo de un estilo descriptivo del instrumento de clasificación de pacientes.

Figura 3. Estilo Descriptivo de la Clasificación de Pacientes

CATEGORIA I

La atención de enfermería mínima es proporcionada principalmente por los miembros de la familia y/o las asistentes de enfermería bajo la supervisión general de una enfermera graduada.

1. Ambulatorio
2. Se alimenta bien
3. Se puede bañar solo
4. Tratamientos mínimos, preparación preoperatoria, etc.
5. Medicaciones mínimas
6. Ninguna desviación de los patrones de comportamiento aceptables

CATEGORIA II

La atención de enfermería moderada es proporcionada principalmente por las asistentes de la enfermera graduada, bajo su supervisión general.

1. Camina con ayuda
2. Necesita ayuda para comer
3. Necesita ayuda para basarse
4. Cantidad moderada de tratamiento, preparación preoperatoria y/o supervisión del auto-tratamiento
5. Cantidad moderada de medicación, terapia intravenosa de rutina
6. Atención postoperatoria de rutina
7. Aislamiento
8. Cierta desviación de los patrones de comportamiento aceptables

CATEGORIA III

La atención de enfermería aguda es proporcionada parcialmente por la enfermera graduada y siempre bajo su estrecha supervisión.

1. Descanso completo en cama.
2. Observación constante
3. Requiere medidas para mantenerlo vivo
4. Tratamientos frecuentes, signos vitales, succionamiento, etc.
5. Medicaciones frecuentes, terapia intravenosa intensiva, hiperalimentación, etc.
6. Inconsciencia
7. Totalmente dependiente del personal de enfermería
8. Complicaciones postoperatorias y de postanestesia
9. Desviación considerable de los patrones de comportamiento aceptables

El instrumento del tipo de lista de control incluye factores relacionados con la capacidad del paciente para alimentarse y basarse; su estado de movilidad; las medicaciones; los procedimientos y tratamientos prescritos; y sus necesidades psicosociales y de instrucción. La Figura 4 muestra un ejemplo de instrumento del tipo de lista de control para la clasificación de pacientes. Obsérvese que cada área de atención (comer, arreglarse, excreción, etc.) comprende varios grados de necesidad y cada grado tiene un valor numérico. Al clasificar a un paciente con este tipo de instrumento, se debe expresar una opinión para cada área. Simplemente se suman los puntos y el número total determina la categoría a la que se asigna al paciente.

En cualquiera de los sistemas de clasificación, generalmente hay de tres a cinco categorías de atención que van desde un mínimo o autocuidado hasta la terapia intensiva. El número apropiado de categorías para cualquier situación dependería del grado de precisión requerida y la diversidad de los requisitos de atención de los pacientes.⁵ Por lo tanto, tres categorías podrían bastar para un hospital de distrito que ofrezca únicamente servicios básicos (médico, quirúrgico, de maternidad y pediátrico), mientras que se podrían necesitar cinco categorías en un hospital regional que tenga una variedad de servicios especializados.

Figura 4. Estilo de Lista de Control para la Clasificación de Pacientes

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---------------------|------------------|--------|---|---------|----|-----------|-----|------|----|----------|--|--|--|--|--|
| Unida: _____ Turno: _____ Fecha: _____ Evaluación: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Instrucciones Ponga una marca () en la línea correspondiente a cada clasificación en la columna perteneciente al paciente. Sume el total de puntos para situar al paciente en una categoría. | | Habitación | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;"><u>Total Puntos</u></td> <td style="text-align: center;"><u>Categoría</u></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0 - 11</td> <td style="text-align: center;">I</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">12 - 21</td> <td style="text-align: center;">II</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">22 + - 30</td> <td style="text-align: center;">III</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">30 +</td> <td style="text-align: center;">IV</td> </tr> </table> | | <u>Total Puntos</u> | <u>Categoría</u> | 0 - 11 | I | 12 - 21 | II | 22 + - 30 | III | 30 + | IV | Paciente | | | | | |
| <u>Total Puntos</u> | <u>Categoría</u> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 0 - 11 | I | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 12 - 21 | II | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 22 + - 30 | III | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 30 + | IV | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | Nivel de Gravedad | | | | | | | | | | | | | | | |
| Comidas | Se atiende solo | | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| | Requiere ayuda para prepararlo | | 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| | Alimentación - por tubos | | 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| | Se alimenta con problema Alimentación frecuente con tubos | | 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| Arreglo | El mismo baño de cama | | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| | Atención completa | | 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| | Problemas con atención completa | | 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| Excreción | Se atiende solo | | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| | Necesita ayuda | | 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| | Necesita ayuda frecuente | | 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| | Incontinente | | 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| Actividad | Ambulatorio | | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ambulatorio con ayuda | | 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ambulatorio o se da vuelta con dos | | 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ambulatorio frecuente con ayuda Aparatos complicados | | 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| Comportamiento | Alerta-orientado | | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ligeramente confundido | | 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| | Restricciones-confundido | | 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| | Exigente/psicótico | | 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| Educación | Rutinaria | | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| | Refuerzo | | 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| | Apoyo emocional nuevo detallado | | 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| | Barrera de comunicacion | | 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| Tratamiento | Equipo de cabecera rutinario | | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| | Catéteres | | 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| | Compresas húmedas | | 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| | Tracción, atención de decúbito Succión frecuente - tubos Irrigación de heridas (varias) | | 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| Medicación | Rutinaria | | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| | Ungentos tópicos | | 2 | | | | | | | | | | | | | | |
| | IV OP/KVO preoperatorio | | 3 | | | | | | | | | | | | | | |
| | IV/VPB Muchas medicaciones postoperatorias | | 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| Total Control Paciente | | | | | | | | | | | | | | | | | |

En su mayor parte, el mismo instrumento de clasificación de pacientes se puede emplear en todos los servicios. Esto se aplica en particular a aquellas instituciones que proporcionan el mismo nivel de atención. Por consiguiente, el instrumento de clasificación de pacientes mostrado en la Figura 4 se podría usar en todas las unidades, incluyendo la unidad pediátrica del hospital de referencia de primera línea del sistema local de salud.

CUANTIFICACION DE LA ASISTENCIA AL ENFERMO

Es esencial conocer la cantidad de tiempo necesario para cuidar a los pacientes de cada categoría, si se quiere que el sistema de clasificación sirva de instrumento útil para predecir las necesidades en materia de dotación de personal.

Cuantificación - Tipo descriptivo

En cuanto al sistema del tipo descriptivo, es necesario determinar el tiempo medio requerido para cuidar al paciente en cada categoría. Como se indicó previamente, las enfermeras experimentadas pueden hacer esta apreciación. De ser posible, sin embargo, el tiempo se debe determinar observando a las enfermeras y tomándoles el tiempo que dedican a atender a un número representativo de pacientes característicos de cada categoría. Esta cifra, junto con una estimación del tiempo promedio total de atención indirecta (tiempo de atención de enfermería invertido por el personal de enfermería que no está en contacto con el paciente, por ejemplo, juntando suministros, llevando la hoja clínica del paciente, tiempo personal, etc.) da el tiempo total medio de atención de enfermería requerido para un grupo específico de pacientes.⁶

Podríamos considerar, como ejemplo, el tiempo requerido para cuidar a los pacientes en la Categoría II, según se describe en la Figura 5. El tiempo medio de atención directa posiblemente podría ser de 1.6 horas por día y el tiempo medio de atención indirecta podría ser de 0.6 hora por día. En este caso, el número estándar de horas por paciente por día sería de 2.2 horas para los pacientes de la Categoría II. Este número estándar de horas es multiplicado por el número total de pacientes de la Categoría II en cualquier día dado, para obtener el número total de horas de atención requeridas. La fórmula completa para calcular las necesidades de dotación de personal será suministrada más adelante en este capítulo.

Cuantificación - Tipo de lista de control

Es preciso determinar la cantidad de tiempo necesario para llevar a cabo las actividades de enfermería relacionadas con cada campo de atención en el tipo de clasificación de pacientes por lista de control. Esto se puede hacer tomándole el tiempo a las enfermeras o a las asistentes de enfermería, según el caso, en el desempeño de sus actividades y luego calculando un tiempo estándar para cada actividad. El tiempo total de atención directa se determina multiplicando el número de veces que ocurre cada actividad, por el tiempo estándar apropiado. El tiempo total

de atención luego se determina sumando el tiempo medio de atención indirecta, igual que en el tipo descriptivo de clasificación de pacientes.⁷

En el sistema del tipo descriptivo o en el de lista de control, el tiempo de atención directa se debe determinar observando al personal con el nivel mínimo de habilidad requerida para llevar a cabo la actividad. Si solo enfermeras graduadas pueden realizar la cateterización de la vejiga, entonces se le debe tomar el tiempo a estas cuando llevan a cabo el procedimiento. Lo mismo se aplica a aquellas actividades que solo requieren la habilidad de un asistente de enfermería. De esta manera, la información referente al número de pacientes en cada categoría, con sus necesidades en cuanto al tiempo de atención de enfermería, ayudará en la determinación de las necesidades de dotación de personal, tanto en función del número como de los niveles de habilidad.

Aunque en muchos hospitales se puede utilizar un instrumento idéntico para la clasificación de pacientes, conviene cuantificar la asistencia al enfermo en cada institución. La razón de esto es que el tiempo requerido para proporcionar atención es afectado por varios factores, como el diseño de la instalación física, el grado de habilidad del personal de enfermería, las modalidades de tratamiento y el tipo de equipo en uso.

CONFIABILIDAD Y VALIDEZ

El instrumento empleado para clasificar o categorizar a los pacientes debe ser examinado para detectar su confiabilidad y validez a fin de asegurar su exactitud en la predicción de las necesidades de dotación de personal. Un instrumento de clasificación de pacientes sin comprobar podría ser muy subjetivo. Como ya se indicó, el mismo instrumento de clasificación de pacientes se podría usar en todos los hospitales del mismo sistema de atención de salud. Esto se aplica en particular a aquellos hospitales que ofrecen el mismo nivel de atención, como los de distrito. En consecuencia, la comprobación del instrumento de clasificación de pacientes que se vaya a utilizar en los hospitales del país, podría estar a cargo de aquellas enfermeras que trabajan en el Ministerio de Salud a nivel nacional. Este esfuerzo conjunto entre las enfermeras de los sistemas locales de salud y las enfermeras a nivel nacional bien podría mejorar el uso satisfactorio del sistema de clasificación de pacientes.

Confiabilidad

La confiabilidad se refiere a la uniformidad o grado de dependencia del uso del instrumento de clasificación de pacientes, aunque el grado de confiabilidad entre clasificadores es de particular interés con respecto a los sistemas de clasificación de pacientes. La confiabilidad entre clasificadores se puede determinar comparando los resultados de dos o más enfermeras que estén clasificando simultáneamente al mismo paciente. Mientras mayor sea la frecuencia con que las distintas enfermeras clasificadores identifican la misma categoría, mayor será la confiabilidad entre clasificadoras. Se quiere que no se considere confiable el

instrumento a menos que las clasificadoras estén de acuerdo con la clasificación del paciente por lo menos el 80 por ciento del tiempo.

Una vez lograda la fiabilidad, el instrumento de clasificación de pacientes debe ser verificado periódicamente para asegurar que sigue siendo fiable. La prueba se puede hacer con un esfuerzo mínimo comprobando ocasionalmente a los pacientes de las categorías que requieren el mayor tiempo de atención de enfermería. Como en estas categorías hay menos pacientes, se agiliza la prueba; sin embargo, es preciso tener cuidado porque una clasificación errónea en estas categorías tiene las mayores repercusiones en las necesidades de dotación de personal.

La manera más eficaz de lograr una alta fiabilidad entre clasificadores es mediante un programa de educación en el servicio para todos los empleados de enfermería que clasificarán pacientes. La capacitación en el uso del instrumento de clasificación de pacientes mejora la homogeneidad en la interpretación y aplicación.

Validez

La validez se refiere al grado con que un instrumento mide lo que se supone que tiene que medir. En el caso de la clasificación de pacientes, el fin principal del instrumento es determinar las necesidades de atención de enfermería cuantificadas anteriormente. Su propósito, en consecuencia, también podría decirse que consiste en determinar el tiempo de atención del personal de enfermería. El punto a observar es que un instrumento de clasificación de pacientes no mide las necesidades de atención de enfermería, sino más bien agrupa a los pacientes en función de la cantidad de atención de enfermería a recibir según sus necesidades percibidas de atención de enfermería. ⁸

Un método de comprobar la validez consiste en clasificar a un grupo de pacientes en categorías de atención, y determinar hasta que grado reciben la cantidad media de atención de enfermería establecida para sus respectivas categorías. Si resulta que los pacientes en la categoría de autocuidado, por ejemplo, requieren mucho más tiempo de atención de enfermería que el establecido previamente para esa categoría, se deben hacer ajustes antes de que se pueda considerar válido el instrumento.

Un segundo método es reunir periódicamente a un grupo de enfermeras que tengan conocimientos y pericia específicos en cada uno de los campos clínicos básicos, con objeto de revisar las horas de atención establecidas para cada categoría. En este caso, la determinación de la validez se basa en el "criterio de enfermería profesional que se haya demostrado que proporciona información útil y exacta." ⁹

ESTABLECIMIENTO DE UN SISTEMA DE CLASIFICACION DE PACIENTES

Como ya se indicó, el mismo instrumento de clasificación de pacientes se puede emplear en varios hospitales. Es correcto emplear el mismo instrumento en los hospitales con servicios

similares que pertenezcan al mismo sistema de atención de la salud, como los hospitales de distrito en los sistemas locales de salud de un país determinado.

Sin embargo, en caso de que las administradoras de enfermería decidan establecer su propio sistema de clasificación de pacientes, el paso inicial sería formar un comité (preferiblemente interdisciplinario) que se encargaría de elaborar el sistema. Para llevar a cabo su labor, el comité debe determinar el número de categorías de pacientes, las características de los pacientes en cada categoría, el tipo y número de procedimientos de atención que necesitará un paciente típico en cada categoría; el tiempo necesario para realizar estos procedimientos, para dar apoyo emocional y para proporcionar educación en salud en cada categoría; ¹⁰ y el tiempo requerido para la atención indirecta. Antes de poner el instrumento de clasificación de pacientes en uso general, se debe examinar para confirmar su validez y confiabilidad.

EMPLEO DE UN SISTEMA DE CLASIFICACION DE PACIENTES

El sistema de clasificación de pacientes se usa principalmente para predecir las necesidades de personal, o sea, el número y tipo de empleados de enfermería requeridos para brindar atención directa en la unidad de pacientes. Esta información luego se puede emplear para predecir las necesidades de dotación de personal sobre una base diaria, mensual y anual.

Diaria

La determinación de las necesidades de dotación de personal generalmente se hace todos los días. La enfermera jefe clasifica los pacientes una vez al día y calcula las necesidades de personal para el siguiente período de 24 horas. La evaluación de las necesidades de atención de enfermería de los pacientes preferiblemente se hace después de que los médicos han hecho sus visitas, de modo que la evaluación refleje las órdenes más recientes de los médicos, así como la información sobre ingresos y altas. Al hacer el cálculo, la enfermera jefe emplea la siguiente información como apropiada para el caso en consideración: el número de pacientes en cada categoría; el tiempo de atención estándar (directo e indirecto) por categoría; el número de horas trabajadas diariamente por cada empleado; y el porcentaje de horas que trabajará el personal profesional y no profesional.

A continuación aparece un ejemplo del cálculo diario para una unidad médica con 30 pacientes y un personal compuesto en un 45 por ciento de profesionales y un 55 por ciento de no profesionales, cada uno trabajando 8 horas por día:

Figura 5. Personal necesario de acuerdo a categorías

| Categoría | Número de Pacientes | x | Número Estándar de Horas por día | = | Horas de Atención: 8 Requeridas | = | Personal Necesario |
|-----------|---------------------|---|----------------------------------|---|---------------------------------|---|--------------------|
| I | 8 | | 1,8 | | 14,4 | | 1,8 |
| II | 7 | | 2,2 | | 15,4 | | 1,9 |
| III | 12 | | 3,6 | | 43,2 | | 5,4 |
| IV | 3 | | 5,4 | | 16,2 | | 2,0 |
| Total | 30 | | | | 89,2 | | 11,1 |

El personal requerido de 11 (5 profesionales y 6 no profesionales) podría ser asignado durante los 3 turnos subsiguientes, o sea,:

| Personal | Tarde (3-11) | Noche (11-7) | Día siguiente (7-3) |
|---------------------------|--------------|--------------|---------------------|
| Enfermeras Graduadas (5) | 2 | 1 | 2 |
| Asists. de Enfermería (6) | 2 | 2 | 2 |

Debe recordarse que este personal hace falta para proporcionar atención directa a los pacientes y no incluye personal administrativo o de oficina, como la enfermera jefe o la secretaria de pabellón. Además, el cálculo anterior se hace cuando el personal ya fue programado. En consecuencia, es práctica común que cada enfermera jefe presente sus cálculos de las necesidades de personal a la oficina de enfermería dentro de un plazo que permita hacer los ajustes necesarios. El personal programado con anterioridad puede ser transferido de una unidad a otra de acuerdo con las necesidades de atención de enfermería de los pacientes de cada una de ellas. En el Apéndice 1 se muestra un ejemplo de un plan de proyección diaria de personal. Esta planilla ha sido llenada con la información del ejemplo descrito en la página anterior. Ver el Apéndice 1a.

En el Apéndice 2 aparece un plan diario de dotación de personal para todas las unidades de pacientes. La información para este plan se debe compilar en un lugar central, como la oficina del director de enfermería, y mantenerse archivado como referencia cuando se preparen los planes mensuales y anuales de dotación de personal.

Mensual

La información empleada diariamente también se usa para calcular las necesidades todos los meses, con excepción de los datos del censo de pacientes. Los 48 datos de censos de años anteriores, en lugar del censo realizado, se usan para calcular las necesidades de personal de una unidad de pacientes durante un mes específico. Se puede observar, por ejemplo, que 75 por

ciento de los pacientes ha estado en las Categorías III y IV durante el mes de julio de los tres últimos años. Esto se ha atribuido a la alta incidencia de las infecciones de las vías respiratorias superiores hacia el final de la estación lluviosa. Tal información se emplea en la planificación del personal durante el mes de julio siguiente. Reconociendo que durante ese mes se necesitará más personal que en cualquier otro, se podría decidir que, en lugar de contratar más empleados, solo a un número mínimo de los empleados regulares se le permitiría tomar vacaciones durante julio.

Anual

Los datos del censo de pacientes de los años anteriores también se emplean para predecir las necesidades de personal para una unidad de pacientes sobre una base anual. Se puede usar la fórmula siguiente para calcular el número de horas de atención de enfermería necesarias por año:

$$\begin{array}{rcccl} \text{No. promedio diario de} & & \text{Promedio} & & \text{Días} & & \text{Horas de atención} \\ \text{horas de atención de} & & \text{diario} & & \text{por} & = & \text{de enfermería} \\ \text{enfermería necesarias} & \times & \text{Censo de} & \times & & & \\ \text{por paciente por día} & & \text{pacientes} & & & & \end{array}$$

Con un promedio diario de 3,2 horas de atención de enfermería necesarias por paciente por día, y un censo diario medio de 28, las horas de atención necesaria por año serían 32.704.

Las horas que deberá trabajar cada empleado por año se determinarían restando de 365 todos los días libres previstos por año, por ejemplo:

Días libres previstos por año

| | |
|----------------------------|----------|
| 2 días libres x 48 semanas | 96 |
| Vacaciones | 30 |
| Enfermedad | 12 |
| Días feriados | 9 |
| | ----- |
| | 147 días |

$$365 - 147 = 218 \times 8 \text{ horas/día} = 1.744 \text{ de atención proporcionada por empleado por año.}$$

El número de puestos equivalentes de tiempo completo que se deben presupuestar para la unidad de pacientes se obtiene dividiendo el número de horas de atención de enfermería necesarias por año, por el número de horas de atención proporcionada por empleado por año. La información arriba descrita produciría los siguientes resultados:

44 △ Dotación de Personal para los Servicios de Enfermería

| | | |
|--|--|----------------------------|
| 32.704 horas de atención necesarias: por año | 1.744 horas de atención proporcionadas por el empleado por año | 18,7 cargos a presupuestar |
|--|--|----------------------------|

Al igual que en el ejemplo anterior, 45 por ciento u 8,4 de los puestos equivalentes a tiempo completo serían para el personal profesional y 55 por ciento o 10,3 para el personal no profesional. Cabe repetir aquí que el porcentaje de funcionarios profesionales y no profesionales se determina de acuerdo con las necesidades y recursos de cada situación.

CONCLUSION

Nunca se ponderarían demasiado los méritos de un sistema de clasificación de pacientes bien desarrollado; no obstante, no se deben ignorar sus limitaciones. Principalmente, se debe reconocer que lo que se identifica es el nivel de atención requerida por el paciente, y no las necesidades verdaderas del paciente. Además, la dotación de personal para la unidad según la clasificación de los pacientes, no significa que cada paciente recibe automáticamente la atención que se estima que requiere. El sistema de clasificación de pacientes no es, en consecuencia, sinónimo de atención de calidad. La determinación de la calidad de la atención requiere una metodología conexas a la clasificación de pacientes, pero distinta de ella.

El beneficio principal de un sistema de clasificación de pacientes bien desarrollado es su uso en la determinación a largo plazo y asignación a corto plazo de los recursos de enfermería--una ventaja que excede con creces las limitaciones.

REFERENCIAS

1. Phyllis Giovannetti, R.N., B.N., Sc.D. y Margaret Thiessen, R.N., B.Sc.N., Paciente Classification for Nurse Staffing: Criteria for Selection and Implementation (Edmonton, Alberta: Alberta Association of Registered Nurses, 1983), p. ii.
2. Phyllis Giovannetti, Patient Classification Systems in Nursing, DHEW Publication No. (HRA) 78-22 (Hyattsville, Maryland: Departamento de Salud, Educación y bienestar de los EE.UU., Servicio de Salud Pública, Administración de Recursos de Salud, Oficina de Personal de Salud, División de Enfermería, 1978), p. 10
3. Ibid., pp. 3-4.
4. Elizabeth nancy Lewis y Patricia Vince Carini, Nursing Staffing and Patient Classification (Rockville, Maryland: Aspen Systems Corporation, 1984) p. 52.
5. Giovannetti, Patient Classification Systems in Nursing, p. 4.

6. Phyllis Giovannetti, "Understanding Patient Classification Systems", Journal of Nursing Administration, (Febrero, 1979), pp. 5-6.
7. Ibid., p. 6.
8. Giovannetti, Patient Classification Systems in Nursing, p. 89.
9. Giovannetti y Thiessen, op. cit., p. 22.
10. Dee Ann Gillies, R.N., M.A., Ed. D., Nursing Management - A Systems Approach (Londres: W.ñ. Saunders Company, 1982), p. 221.

APENDICE I
PLAN DE PROYECCION DIARIA DE PERSONAL*

Fecha: _____
Unidad de Pacientes: _____

1. Horas de atención de enfermería necesarias:

| <u>Categoría</u> | <u>No. de pacientes por categoría</u> | <u>No. estándar de horas por día</u> | <u>No. total de horas requeridas por categoría</u> |
|------------------|---|--|--|
| I | _____ | _____ | _____ |
| II | _____ | _____ | _____ |
| III | _____ | _____ | _____ |
| IV | _____ | _____ | _____ |
| Total (Censo) | _____ | Total (Hrs aten.) = | _____ |

2. Divida el número total de horas de atención por 8 para obtener el número total de empleados necesarios: _____.

- a. ___ % X No. total de empleados necesarios = _____ enfermeras graduadas
 b. ___ % X No. total de empleados necesarios = _____ asistentas de enfermería

3. Asigne los empleados necesarios a los tres turnos siguientes:

| | Tarde | Noche | Día |
|--------------------------|-------|-------|-------|
| Enfermeras graduadas | _____ | _____ | _____ |
| Asistentas de enfermería | _____ | _____ | _____ |

4. Personal programado para los tres turnos siguientes:

| | Tarde | Noche | Día |
|--------------------------|-------|-------|-------|
| Enfermeras graduadas | _____ | _____ | _____ |
| Asistentes de enfermería | _____ | _____ | _____ |

5. Número de personas por debajo (-) y por encima (+) del número necesario por turno:

| | Tarde | Noche | Día |
|--------------------------|-------|-------|-------|
| Enfermeras graduadas | _____ | _____ | _____ |
| Asistentes de enfermería | _____ | _____ | _____ |

Enfermera jefe/Enfermera a cargo

* Esta planilla debe ser llenada y presentada a la Oficina del Director de Enfermería antes del mediodía.

PLAN DE PROYECCION DIARIA DE PERSONAL*

Fecha: _____
 Unidad de Pacientes: _____

1. Horas de atención de enfermería necesarias:

| <u>Categoría</u> | <u>No. de pacientes por categoría</u> | <u>No. estándar de horas por día</u> | <u>No. total de horas requeridas por categoría</u> |
|------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|--|
| I | <u>8</u> | <u>1,8</u> | <u>14,4</u> |
| II | <u>7</u> | <u>2,2</u> | <u>15,4</u> |
| III | <u>12</u> | <u>3,6</u> | <u>43,2</u> |
| IV | <u>3</u> | <u>5,4</u> | <u>16,2</u> |
| Total (Censo) | <u>30</u> | Total (Hrs aten.) = | <u>89,2</u> |

2. Divida el número total de horas de atención por 8 para obtener el número total de empleados necesarios: 11,1.

a. 45 % x No. total de empleados necesarios = 5 enfermeras graduadas
 b. 55 % x No. total de empleados necesarios = 6 asistentes de enfermería

3. Asigne los empleados necesarios a los tres turnos siguientes:

| | Tarde | Noche | Día |
|--------------------------|----------|----------|----------|
| Enfermeras graduadas | <u>2</u> | <u>1</u> | <u>2</u> |
| Asistentes de enfermería | <u>2</u> | <u>2</u> | <u>2</u> |

4. Personal programado para los tres turnos siguientes:

| | Tarde | Noche | Día |
|--------------------------|----------|----------|----------|
| Enfermeras graduadas | <u>2</u> | <u>1</u> | <u>3</u> |
| Asistentes de enfermería | <u>2</u> | <u>2</u> | <u>2</u> |

5. Número de personas por debajo (-) y por encima (+) del número necesario por turno:

| | Tarde | Noche | Día |
|--------------------------|----------|----------|----------|
| Enfermeras graduadas | <u>2</u> | <u>1</u> | <u>3</u> |
| Asistentes de enfermería | <u>2</u> | <u>2</u> | <u>2</u> |

 Enfermera jefe/Enfermera a cargo

* Esta planilla debe ser llenada y presentada a la Oficina del Director de Enfermería antes del mediodía.

CAPITULO V

PROGRAMACION PARA ATENDER LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES/CLIENTES

INTRODUCCION

La programación es crucial para atender las necesidades del paciente/cliente de una manera oportuna y apropiada. Es la organizar de los recursos de enfermería disponibles en cada turno de trabajo para responder a la demanda de personal en una unidad dada durante un período específico. Todo empleado es programado para trabajar horas específicas de modo que los servicios de enfermería sean prestados por el personal más apropiado disponible en el momento indicado.

La programación es una actividad particularmente compleja debido a que la administradora de enfermeras trata con personas y no con números. Mientras asigna prioridades para satisfacer las necesidades de atención de los pacientes, la administradora de enfermeras también debe preocuparse por el bienestar de cada empleado. La administradora enfermeras experimentada es plenamente consciente de la relación entre una programación justa y equitativa y la satisfacción del empleado en su trabajo y su productividad.

La programación comprende una serie de tareas: 1) la preparación del calendario; 2) la verificación del calendario para detectar errores u omisiones; 3) la obtención de la aprobación necesaria; 4) la distribución del calendario aprobado a las personas indicadas; 5) la colocación del calendario en el lugar indicado y en la fecha prescrita; y 6) la realización de ajustes necesarios según lo indiquen las fluctuaciones en el volumen de trabajo de atención de pacientes o en el número y/o tipo de recursos de enfermería disponibles.¹

PROGRAMACION DE LAS POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS

Las políticas y procedimientos de programación son definidos y caracterizados en el Capítulo III, Provisión de personal para el Departamento de Servicios de Enfermería. Además, en el Apéndice 1 del mismo capítulo se enumeran las normas y procedimientos que más se necesitan.

Las normas y procedimientos de programación son mencionados aquí principalmente para reiterar su importancia. Proporcionan pautas a la administradora de enfermeras para terminar las tareas de programación e informar al personal de enfermería lo que puede esperar en una serie determinada de circunstancias. Como se indicó anteriormente, el personal será más productivo y tendrá mayor potencial para la satisfacción en el trabajo cuando no esté afligido del mayor desmoralizador de todos: la incertidumbre abrupta de cómo serán tratados".² Unas normas y procedimientos bien definidos seguidos por las administradoras de enfermeras y comprendidos por el personal son la mejor garantía para eliminar la incertidumbre y promover un sentido de seguridad.

PRINCIPIOS DE LA PROGRAMACION

Al programar el personal se deben seguir cuidadosamente las normas y procedimientos de programación. El personal debe ser programado para trabajar un número específico de horas cada semana; el calendario debe estar preparado para un período dado, y así sucesivamente. Sin embargo, las normas y procedimientos de programación pueden variar de un hospital a otro dentro del mismo sistema de atención de salud. No obstante, la programación se debe basar en un conjunto de principios, independientemente del hospital, las normas o los procedimientos. Estos principios son:

1. Se deben aplicar las mismas normas y procedimientos a todos los empleados. No se deben hacer excepciones para ciertos individuos.
2. Los calendarios deben ser comunicados al personal con la mayor antelación posible al momento en que van a entrar en vigencia;
3. El tiempo libre deseable, como días de vacaciones y feriados, deben ser distribuidos equitativamente entre todo el personal.
4. No se debe esperar la misma productividad del empleado asignado temporalmente a una unidad de pacientes que del asignado regularmente a esa unidad.
5. Se debe proporcionar al empleado tiempo suficiente entre los turnos de trabajo para que pueda tomar una cantidad razonable de descanso; y
6. Los cambios en el calendario se deben mantener a un mínimo absoluto. Los cambios que se requieran deben causar la menor interrupción posible a la atención de pacientes y al menor número de personal.

PROGRAMACION CENTRALIZADA O DESCENTRALIZADA

Programación descentralizada

La programación es descentralizada cuando la enfermera jefe prepara el calendario para el personal de enfermería de la unidad de pacientes bajo su dirección. Cada enfermera jefe prepara el calendario independientemente de las otras enfermeras jefe. Sin embargo, generalmente es necesario coordinar la programación con el individuo de la oficina del director de enfermería designado para proporcionar personal para atender las necesidades de los pacientes/clientes y, al mismo tiempo, evitar que haya falta o exceso de personal.

Mientras más difusas sean las responsabilidades de la programación, más perentoria es la coordinación entre las unidades y la oficina del director de enfermería. Esto se puede lograr a través de un sistema de comunicación eficaz.

Una ventaja importante de programar los horarios de trabajo en forma descentralizada, es que los miembros individuales de la unidad tienen, por lo general, un mayor sentido de responsabilidad en asegurarse que el personal sea asignado adecuadamente, que si la preparación del horario fuera centralizada. Sin embargo, existe la gran desventaja del tiempo excesivo que frecuentemente dedica cada enfermera jefe a las tareas de programación de horarios de trabajo. Muchos consideran esta práctica como un uso inapropiado del tiempo de las enfermeras. En muchos casos, ese tiempo podrá ser mejor aprovechado si fuera dedicado a actividades tales como la educación continua del personal o la enseñanza de pacientes y sus familias o de grupos comunitarios.

Programación centralizada

La programación centralizada la hacen una o más personas en una oficina central bajo la dirección de un coordinador de dotación y programación de personal. Este último generalmente es responsable ante el director de enfermería y se encarga de la gestión, operación y coordinación de todas las actividades de dotación de personal, incluida la programación. Los calendarios para todo el personal de enfermería son preparados por las mismas personas que, en su mayoría, no son enfermeras.

Se ha determinado que la programación centralizada es muy factible con base en: 1) la disponibilidad de un modelo maestro de dotación de personal diseñado para cada unidad, en el que se especifica el número de empleados por categoría y turnos para el volumen medio de trabajo diario; y 2) la clara definición y entendimiento de las normas de programación vigentes.³ Según se indicó antes, estas dos actividades son responsabilidad de las administradoras de enfermeras, que son quienes toman las decisiones. Sus decisiones, en este caso, son ejecutadas por el personal de programación. Las empleadas de programación no necesitan ser enfermeras, pero, seanlo o no, se debiera dar atención especial a su selección y orientación. Además, se les debe proporcionar espacio y privacidad adecuados para que puedan concentrarse en los calendarios sin interrupción.

Lo que es una ventaja para la programación descentralizada es obviamente lo contrario para la programación centralizada, es decir, el sentido de responsabilidad de la dotación de personal por empleados individuales. Cuando los calendarios son preparados en una oficina central, la cobertura adecuada tiende a convertirse en "su" responsabilidad, en lugar de la "nuestra", como sucede cuando la enfermera jefe prepara los calendarios.

La programación centralizada tiene dos ventajas importantes: más seguridad de equidad para todos los empleados, y reducción de los costos debido a la mejor utilización de los recursos. El mejor uso de los recursos incluye, en general, una reducción del personal excesivo o escaso; una reducción del tiempo extraordinario trabajado; y menos horas dedicadas por la enfermera jefe a tareas de programación. Debido a que la programación centralizada generalmente da lugar a una mejor utilización de los recursos, es a menudo el método

seleccionado por los hospitales que se caracterizan por un tamaño limitado y/o pocos recursos disponibles.

PROGRAMACION CICLICA

La discusión anterior de la programación centralizada y descentralizada aboca en la cuestión de "quién" prepara los calendarios. La discusión de la programación cíclica se interesa por el aspecto "cómo". Es una manera de simplificar lo que generalmente es una tarea innecesariamente lenta. La programación cíclica ha sido definida como una "técnica por la que diversos horarios pueden ser distribuidos equitativamente entre el personal; las horas se saben con antelación; y los calendarios se pueden repetir indefinidamente."⁴ En otras palabras, se prepara un calendario maestro para un número fijo de semanas. Cada empleado trabaja todo el tiempo indicado en calendario y simplemente comienza de nuevo cuando lo termina.

En la Figura 6 se muestra un ejemplo de calendario de cuatro semanas para los tres turnos. En cualquier momento determinado, cuatro personas están programadas para trabajar las semanas 1, 2, 3 y 4 respectivamente. El empleado que está trabajando la semana 2 del calendario, trabajará la semana 3 la siguiente semana, luego la semana 4 y así sucesivamente.

Figura 6. Calendario maestro para cuatro semanas y tres turnos

| | Lunes | Martes | Miér. | Jueves | Viernes | Sábado | Dom. |
|----------|-------|--------|-------|--------|---------|--------|-------|
| Semana 1 | T | T | T | Libre | N | N | N |
| Semana 2 | N | N | N | N | Libre | Libre | Libre |
| Semana 3 | D | D | D | D | D | T | T |
| Semana 4 | Libre | Libre | D | D | D | Libre | Libre |

D* = turno de día
 T = turno de la tarde
 N = turno de la noche

En el ejemplo (Figura 6) se observa que hay una persona por turno, con excepción del turno de noche del jueves y el viernes, y el turno de día del sábado y el domingo. Costaría menos programar personal a tiempo parcial para que trabaje estos turnos, que tener más de cuatro empleados a tiempo completo. Esto es cierto, por supuesto, siempre y cuando solo se necesite una enfermera por turno.

En el mismo ejemplo (Figura 6) se han programado dos empleados para trabajar durante el turno de día del miércoles, jueves y viernes. Para estos días se deben planear actividades que requieran retirar una enfermera de la unidad. Ejemplos de estas actividades son: la participación en los programas de extensión, programas de educación en el trabajo y los comités

del hospital y departamento de enfermería; y el seguimiento en el hogar y dispensarios o centros de salud, de los pacientes que han sido dados de alta.

En la Figura 7 aparece un ejemplo de calendario de cuatro semanas para solo dos turnos. Este calendario maestro es apropiado para la unidad de pacientes que tiene un personal nocturno permanente y donde se necesitan dos enfermeras en el turno de día de lunes a viernes, y una en el turno de la tarde.

Figura 7. Calendario maestro para siete semanas y un turno*

| Semana I | | | | | | | |
|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| | D | L | M | M | J | V | S |
| Empleado 1 | x | | | | | | x |
| " 2 | | | | | | x | x |
| " 3 | | | | | x | x | |
| " 4 | | | | x | x | | |
| " 5 | | | x | x | | | |
| " 6 | | x | x | | | | |
| " 7 | x | x | | | | | |
| No. de empleados de guardia | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |

| Semana II | | | | | | | |
|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| | D | L | M | M | J | V | S |
| Empleado 1 | x | x | | | | | |
| " 2 | x | | | | | | x |
| " 3 | | | | | | x | x |
| " 4 | | | | | x | x | |
| " 5 | | | | x | x | | |
| " 6 | | | x | x | | | |
| " 7 | | x | x | | | | |
| No. de empleados de guardia | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |

| Semana III | | | | | | | |
|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| | D | L | M | M | J | V | S |
| Empleado 1 | | x | x | | | | |
| " 2 | x | x | | | | | |
| " 3 | x | | | | | | x |
| " 4 | | | | | | x | x |
| " 5 | | | | | x | x | |
| " 6 | | | | x | x | | |
| " 7 | | | x | x | | | |
| No. de empleados de guardia | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |

| Semana IV | | | | | | | |
|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| | D | L | M | M | J | V | S |
| Empleado 1 | | | x | x | | | |
| " 2 | | x | x | | | | |
| " 3 | x | x | | | | | |
| " 4 | x | | | | | | x |
| " 5 | | | | | | x | x |
| " 6 | | | | | x | x | |
| " 7 | | | | x | x | | |
| No. de empleados de guardia | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |

Figura 7. Calendario maestro para siete semanas y un turno*

| Semana V | | | | | | | |
|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| | D | L | M | M | J | V | S |
| Empleado 1 | | | | x | x | | |
| " 2 | | | x | x | | | |
| " 3 | | x | x | | | | |
| " 4 | x | x | | | | | |
| " 5 | x | | | | | | x |
| " 6 | | | | | | x | x |
| " 7 | | | | | x | x | |
| No. de empleados de guardia | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |

| Semana VI | | | | | | | |
|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| | D | L | M | M | J | V | S |
| Empleado 1 | | | | | x | x | |
| " 2 | | | | x | x | | |
| " 3 | | | x | x | | | |
| " 4 | | x | x | | | | |
| " 5 | x | x | | | | | |
| " 6 | x | | | | | | x |
| " 7 | | | | | | x | x |
| No. de empleados de guardia | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |

| Semana VII | | | | | | | |
|-----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|
| | D | L | M | M | J | V | S |
| Empleado 1 | | | | | | x | x |
| " 2 | | | | | x | x | |
| " 3 | | | | x | x | | |
| " 4 | | | x | x | | | |
| " 5 | | x | x | | | | |
| " 6 | x | x | | | | | |
| " 7 | x | | | | | | |
| No. de empleados de guardia | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |

/X/ = día libre programado

* El turno puede ser cualquier periodo de tiempo durante el cual cinco empleados tengan que atender las necesidades de los pacientes/clientes los siete días de la semana.

Los ejemplos anteriores representan únicamente tres de los innumerables calendarios maestros posibles. Un principio básico de la programación cíclica es que el calendario debe cumplir con todas las leyes laborales y las normas del hospital y los departamentos. Cada departamento de servicio de enfermería de hospitales, en consecuencia, debe diseñar un calendario maestro apropiado para su situación y necesidades únicas. Una vez establecido, todo departamento de servicios de enfermería del hospital derivará los mismos beneficios siguientes:

- Se reduce la cantidad de tiempo que profesionales sumamente capacitados dedican a labores de programación. Una vez formulado un plan maestro de rotación, el personal capacitado de oficina puede preparar y mantener los calendarios--dejando libre el tiempo de enfermería para funciones más directas de atención de pacientes.
- Los días libres "buenos" y "malos" se distribuyen equitativamente entre todos los empleados. Las premisas de la programación cíclica requieren una rotación uniforme de días libres--distribuyendo los días "buenos", como los fines de semana, equitativamente entre todos.
- Los empleados pueden ver los calendarios con antelación (casi ad infinitum). Esto contribuye a la satisfacción del personal al facilitarles los planes para su vida privada. También se reduce el número de ausencias debidas a eventos sociales. Al conocer su calendario por adelantado, las enfermeras pueden planificar muchas de sus actividades sociales para que coincidan con sus días libres.
- Se simplifica la programación del número y combinación correcta de empleados de guardia cada día. Una vez establecido un calendario maestro que proporcione la cantidad y combinación correcta de personal, se puede volver a copiar prácticamente para cada periodo de tiempo. Desaparece la necesidad de contar y ajustar continuamente al preparar un calendario.
- De lograr la continuidad en la atención minimizando la "flotación". Si se establecen el número y la combinación correcta en los horarios diarios en cada unidad, el proceso de "tapar agujeros" queda prácticamente eliminado.
- Los grupos que trabajan juntos desarrollan una sinergia de equipo al estabilizar la programación de días libres y disminuir la flotación. Un horario de trabajo maestro provee la cobertura de días libres por el mismo personal de tiempo parcial o tiempo completo, permitiendo así que evolucionen las ventajas que ofrecen los grupos de trabajo estables. Este aspecto es frecuentemente ignorado al programa de los horarios, lo que resulta en una selección al azar de enfermeras que tienen que trabajar con grandes desventajas"(5).

MODALIDADES ALTERNAS DE PROGRAMACION

Durante varios años, la influenciabilidad ha caracterizado la manera en que se ha programado el trabajo del personal de enfermería. Sólo recientemente algunos servicios de enfermería en los hospitales han experimentado y/o modificado las modalidades del pasado. Casi invariablemente los resultados han sido positivos. El romper con la tradición y el uso de modalidades alternas han aumentado, en distinta medida, la satisfacción con el trabajo, ha mejorado la calidad de la atención al paciente, y reducido el absentismo y el uso de la licencia por enfermedad(6).

La flexibilidad y la experimentación en la manera de enfocar la preparación de horarios de trabajo son imperativos en un departamento de servicios de enfermería o un hospital de distrito que apoye activamente sus instalaciones de servicios al público. La experimentación debe ser fomentada y facilitada tanto por el hospital como por la administración de enfermería. Debería incluirse a todo el personal de enfermería que será afectado por la programación, ejecución y evaluación de los nuevos enfoques en la preparación de los horarios de trabajo. Su participación a lo largo del proceso tendrá un impacto positivo en el personal mismo e incrementará su habilidad para satisfacer las necesidades de salud de la población del distrito y del sistema local de salud.

PROGRAMACION PARA EL DISPENSARIO O PUESTO DE SALUD

La programación para el nivel de atención primaria, es decir, el dispensario o el puesto de salud, merece mención especial. Los principios de la programación señalados previamente también se aplican a la preparación del calendario para el trabajador de salud comunitario. En este caso, sin embargo, el calendario debe ser preparado por la enfermera responsable de ese trabajador. Además, tanto el trabajador de salud comunitario como el representante correspondiente de la comunidad deben tener la oportunidad de participar en su preparación. Solo después puede darse la consideración debida a las necesidades y prioridades de la comunidad y el trabajador individual.

El calendario para el nivel de atención primaria preferentemente se prepara para un período de un año a la vez. El calendario semanal generalmente es fijo, o sea, se apartan ciertas horas y días de la semana para prestar servicios en el dispensario, para visitar hogares y para participar en las actividades de la comunidad y capacitación.

Estas horas fijas no figuran en el calendario anual, sino más bien se apuntan los períodos de ausencias del dispensario, tal como vacaciones, fiestas oficiales y programas de educación continua que duren varios días o semanas.

Los calendarios semanales y anuales se deben colocar en lugares donde puedan verlos todos los clientes, el personal de salud y todas las demás partes interesadas. Los cambios en los calendarios se deben mantener a un mínimo absoluto, pero si fuera necesario, se deberán hacer

con la mayor antelación posible. Además, cualquier modificación debe ser anotada en el calendario respectivo por medio de una flecha, un lápiz de color brillante o de otra manera que llame la atención.

La programación para el nivel de atención primaria es por necesidad un esfuerzo conjunto. El grado de colaboración entre el personal de salud (el trabajador comunitario de salud y el supervisor de enfermeras) y los representantes de la comunidad es un factor determinante importante de la oportunidad de los servicios al nivel de atención primaria.

REFERENCIAS

1. Dee Ann Gillies, RN, MA, EdD, Nursing Management - A Systems Approach, (Londres: W. B. Saunders Company, 1982), p. 227.
2. Robert L. Hanson, ed., Management Systems for Nursing Service Staffing, (Rockville, Maryland: Aspen Systems Corporation, 1983), p. 133.
3. Gloria Swanberg, RN, MNA y Eunice Lawrenz Smith, RN, BSNE, "Centralized Scheduling: Is it Worth the Effort?" Nursing Administration Quarterly, Vol. 1, No. 4 (Verano, 1977), p. 54.
4. Elmina M. Price, RN, EdD, Staffing for Patient Care, (New York: Springer Publishing Company, Inc., 1970), p.66.
5. Patricia L. Eusanio, "Effective Scheduling - The Foundation for Quality Care," Management Systems for Nursing Service Staffing, editado por Robert L. Hanson, (Rockville, Maryland: Aspen Systems Corporation, 1983), p. 176.
6. Hanson, op. cit., pp. 180-224.

CAPITULO VI

MODOS DE ORGANIZACION PARA LA ATENCION EN LA UNIDAD DE PACIENTES DEL HOSPITAL

INTRODUCCION

El derecho a recibir atención de salud es un concepto que ha ganado aceptación universal en los últimos años y es válido tanto para los pacientes hospitalizados como para los ambulatorios. Una persona tiene el mismo derecho a recibir atención, por consiguiente, cuando esté ingresada en el hospital como cuando se presente a que la atiendan en el puesto o centro de salud.

La enfermera jefe de la unidad de pacientes del hospital es responsable de asegurar que cada paciente reciba la atención a que tiene derecho. La simple consideración del número de pacientes generalmente asignados a una unidad indica que la enfermera jefe debe llevar a cabo esta responsabilidad con ayuda de otros. Esto, a su vez, requiere la formulación y ejecución de un modo o plan de organización para suministrar esa atención. El plan incluye la asignación de responsabilidad para atender a cada paciente de la unidad, así como la responsabilidad de realizar aquellas actividades que puedan estar relacionadas tan solo indirectamente con el cuidado de los pacientes, pero que son esenciales para suministrar una atención segura y apropiada.

LA NECESIDAD DE UN MODO O PLAN DE ORGANIZACION

Las circunstancias en que por lo general se encuentran las enfermeras jefe en todo el mundo merecen una discusión breve de la necesidad de un plan específico para proporcionar esa atención. Las unidades de pacientes del hospital tienen unas 30 camas, como mínimo, pero generalmente no más de 60. Esta capacidad de camas a menudo representa un volumen excesivo de trabajo para los limitados recursos de enfermería. Con demasiada frecuencia, la escasez de empleados es la razón mencionada para no asignar responsabilidades específicas de atención de pacientes. Nunca se exagera demasiado la necesidad de designar las responsabilidades en cuanto a las actividades de atención directa e indirecta. Las responsabilidades se deben asignar independientemente del número de pacientes a cuidar y del número de recursos disponibles para proporcionar ese cuidado. Sin embargo, puede argumentarse que mientras menos recursos haya, mayor será la necesidad de que la enfermera jefe planee y asigne las responsabilidades. Cada empleado deberá saber no solo sus propios deberes, sino también los de sus compañeros de trabajo. De esta manera se le asegura mejor a todo el personal que se está alcanzando la meta común de una asistencia adecuada a los pacientes.

Es igualmente importante que el paciente y su familia sepan qué enfermera es responsable de la atención que les están proporcionando. Esto es muy importante cuando gran parte de la atención la suministra algún otro empleado (como el auxiliar de enfermería) que no sea la enfermera graduada, que en última instancia es la responsable de esa atención.

MODOS DE ORGANIZACION PARA LA PRESTACION DE ASISTENCIA AL ENFERMO

El modo de organización para la prestación de asistencia al enfermo se refiere al tipo de plan o metodología empleada para designar la responsabilidad de la atención del enfermo a funcionarios específicos. A continuación se describirán brevemente los cuatro modos más conocidos. Aunque en la vida real con frecuencia se usan adaptaciones de los modos, aquí los describiremos todos en su forma clásica.

El *Método de casos* es uno de los modos de organización reconocidos más antiguos para prestar atención en la unidad de pacientes. Se originó con la enfermería privada, en la que una enfermera era responsable de proporcionar toda la atención de enfermería a un paciente, conocido como su "caso", mientras estuviese de guardia. Este método se emplea especialmente en la unidad de terapia intensiva y también para hacer las asignaciones a estudiantes durante su práctica clínica. La enfermera es responsable de proporcionar toda la atención necesaria a cada uno de los pacientes asignados a ella. Esto significa que la misma enfermera administrará las medicaciones, realizará los tratamientos prescritos y atenderá las necesidades de higiene personal del paciente durante sus turnos de trabajo. El método de casos mejora la capacidad de la enfermera para satisfacer las necesidades individuales de los pacientes y tiene el potencial para aumentar la satisfacción del paciente y de la enfermera.

El *Método funcional* fue introducido en la década de los años 20 y se basó en los principios de la ingeniería industrial de la división del trabajo y la producción en masa.¹ Las técnicas de la línea de montaje fueron aplicadas a las actividades de enfermería. De ese modo, cada empleado es responsable de llevar a cabo una tarea específica para un gran número de pacientes. Ejemplos de esas tareas son: administrar las medicaciones, bañar a los pacientes, cambiar los vendajes y tomar los signos vitales. Generalmente, las tareas más complejas son asignadas a aquellos individuos que tienen un nivel más alto de preparación, de modo que la enfermera administre las medicaciones y el auxiliar de enfermería de los baños, tarea esta que algunos erróneamente consideran simple y rutinaria.

En el método funcional, tiende a hacer hincapié en que se haga el trabajo, en lugar de en atender las necesidades de los pacientes. Cada paciente puede recibir una parte de su atención de hasta cuatro o cinco personas diferentes en un período de 24 horas, lo que hace que su atención sea más dividida que integral y continua. En consecuencia, lo que se gana en nombre de la eficiencia, se pierde en calidad de la atención proporcionada.

El modo de *Enfermería en equipo* fue introducido poco después de la Segunda Guerra Mundial en respuesta a mayores demandas de atención de salud y a la necesidad de utilizar al máximo las aptitudes profesionales de un número limitado de enfermeras. El personal auxiliar es capacitado con conocimientos técnicos para trabajar bajo la dirección y supervisión de las enfermeras graduadas, que actúan como líderes del equipo. Utilizando este método, la enfermera jefe de la unidad de pacientes organiza su personal en uno o más equipos y asigna a cada uno de ellos la responsabilidad de cuidar a un grupo de pacientes. En vista de que el

equipo está constituido por personas con una variedad de aptitudes y preparación académica, se espera que, como equipo, satisfaga todas las necesidades de los pacientes que le han asignado. El líder del equipo, en lugar de la enfermera jefe, es quien dirige y guía a los miembros del equipo en el desempeño de sus tareas y es responsable de la atención brindada a los pacientes durante su turno de trabajo.

El último modo de organización se conoce como *Enfermería Integral o Primaria*. En este modo, la atención total de un paciente es responsabilidad de una enfermera, la enfermera primaria. Es de lamentar el nombre dado a este modo --enfermería primaria-- debido a la confusión inevitable con la atención primaria (de salud). Son dos conceptos muy diferentes. Para distinguir entre los dos, podríamos recordarnos que la atención primaria de salud se define como "la atención esencial de salud... universalmente aceptable por los individuos y familias en la comunidad.... Es el primer nivel del contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud."²

La enfermería primaria es una innovación de fines de los años sesenta, creada para superar la frustración e insatisfacción que muchas enfermeras sentían hacia la enfermería en equipo. En la enfermería primaria, la enfermera es responsable de atender a un grupo de pacientes durante toda su estadía en el hospital. A diferencia del método de casos descrito anteriormente, la enfermera primaria es responsable de cuidar al paciente durante toda su estadía y no tan solo mientras dure su turno específico de trabajo. La enfermera primaria hace planes, dirige, coordina y evalúa la atención de sus pacientes y es quien predomina para atenderlos durante su turno. El plan de atención que prepara lo ponen en práctica otras enfermeras cuando ella no está de guardia. Cuando la enfermería primaria está en efecto, el paciente y su familia saben perfectamente cuál de las enfermeras es su enfermera primaria, es decir, quién es responsable de su atención durante toda su estadía en el hospital, incluyendo los preparativos para darlo de alta. Después de que del paciente sale el hospital, la enfermera primaria se mantiene al tanto del paciente en el dispensario o en su casa, o lo remite si es necesario. La responsabilidad del seguimiento se determina, según se indica en el Capítulo II, Servicios de Enfermería de Distritos, por la manera en que están organizados los servicios de enfermería.

La manera de trabajar de la enfermería primaria puede variar de una unidad a otra dentro del mismo hospital. En una unidad, por ejemplo, la enfermera jefe puede asignar cada paciente a su enfermera primaria, armonizando las necesidades del paciente con la enfermera considerada más capacitada para satisfacerlas. En otra unidad, cada enfermera de plantilla puede seleccionar a sus pacientes en lugar de que les sean asignados a ella. El modo en efecto, sin embargo, sigue siendo la enfermería primaria que tiene las siguientes características:

1. método de asignación de casos - una enfermera es responsable de la atención total de los pacientes;
2. comunicaciones entre enfermeras - la enfermera que cuida al paciente en un turno informa directamente a la que cuidará al paciente durante el turno siguiente;

3. descentralización de la autoridad - la enfermera primaria tiene autoridad absoluta para tomar decisiones en lo referente a la atención de enfermería de sus pacientes;
4. responsabilidad las 24 horas - la enfermera primaria es responsable de la atención de sus pacientes las 24 horas del día mientras estén hospitalizados.

Cabe observar que la enfermería primaria difiere levemente, o nada, del modo de organización generalmente empleado para prestar atención fuera del hospital. Cuando una enfermera de salud de la comunidad es responsable de la atención de una población específica las 24 horas del día, los 7 días de la semana, el modo de organización en efecto se basa en los mismos principios que la enfermería primaria.

Diferenciación de las características de cuatro modos de organización

La enfermería primaria, la enfermería de equipos, los métodos funcionales y los métodos de casos, son obviamente distintos unos de otros. En la Figura 7 se presentan las características que diferencian a los tres primeros modos de organización. No se ha incluido el método de casos, pues el periodo de tiempo durante el cual la enfermera es responsable de atender al paciente es la característica principal que lo distingue de la enfermería primaria. Según se indicó antes, en el método de casos la enfermera es responsable de la atención del paciente durante su turno de trabajo, pero en la enfermería primaria, es responsable las 24 horas del día mientras el paciente se encuentre hospitalizado.

Figura 8. Diferenciación de las características de tres modos de organización para la prestación de asistencia al enfermo

Modos de organización de la atención de pacientes

| Características | Enfermería primaria | Enfermería de equipos | Método funcional |
|--|--|---|--|
| Mezcla de enfermeras graduadas y auxiliares de enfermería | Predominan las enfermeras graduadas | Predominan las auxiliares de enfermería | Predominan las auxiliares de enfermería |
| Función de la enfermera jefe | Administra la unidad, sirve de experta para asesorar al personal, y plantea y ejecuta el programa para capacitar al personal | Administra la unidad y dirige a los líderes de equipos en la prestación de atención a los pacientes | Administra la unidad y dirige al personal en la prestación de atención a los pacientes |
| Función de la enfermera graduada | Presta atención; lleva a cabo un proceso de enfermería completo para pacientes específicos | Administra la atención; orienta y dirige a los miembros del equipo en la prestación de atención a un grupo de pacientes. | Termina las tareas que requieren cierto grado de especialización |
| Función del auxiliar de enfermería | Ayuda a la enfermera graduada a brindar atención al paciente | Actúa como miembro del equipo, ayuda a cuidar a los pacientes, y termina tareas de naturaleza rutinaria | Ayuda a cuidar a los pacientes y termina las tareas de naturaleza rutinaria que le asigne la enfermera jefe o la enfermera a cargo |
| Responsabilidad de los pacientes | La enfermera primaria es responsable de atender pacientes específicos mientras estén hospitalizados | El líder del equipo es en última instancia el responsable de la atención de un grupo de pacientes | La enfermera jefe es en última instancia la responsable de cuidar a todos los pacientes de la unidad |
| Foco de la misión encomendada | Orientada hacia el paciente | Orientado hacia los pacientes/tareas | Orientado hacia las tareas |
| Responsabilidad | Las 24 horas del día | Durante las horas de guardia | Durante las horas de guardia |
| Coordinador de la atención | Enfermera primaria | Líder del equipo | Enfermera jefe |
| Prestación de atención | Completa | Moderadamente fragmentada | Muy fragmentada |
| Método para comunicar la atención que se va a proporcionar | Conferencia durante la cual la enfermera primaria explica/discute el plan de atención, en particular con la enfermera asociada; esta conferencia también brinda una oportunidad para hacer consultas | Conferencia del equipo durante la cual el líder del equipo planea y coordina la atención de los pacientes con los miembros del equipo | Los tratamientos/deberes de la atención son explicados a la persona asignada para llevar a cabo la actividad respectiva |

Figura 9. Ilustración de asignaciones para los modos básicos de organización

| A. Método de Casos | | | B. Método Funcional | | |
|--------------------------|-----------|---------------|------------------------|-----------|--------------------------------------|
| Turno | EG o AE | Paciente | Turno | EG o AE | Asignaciones |
| 7 a 3 | | | 7 a 3 | | Medicaciones baños - cuartos |
| | | | 1 a 2 | | baños - cuartos |
| | | | 21 - 40 | | Tratamientos Signos vitales |
| | | | 3 a 11 | | Reponer carrito de vendajes, etc. |
| 11 a 7 | | | 11 a 7 | | |
| C. Enfermería de Equipos | | | D. Enfermería Primaria | | |
| Turno | EG o AE | Pacientes | Cuarto/Cama | Pacientes | Enfermera Primaria |
| 7 a 3 | Equipo I | | | | |
| | EG | Cuartos 1-20 | 101 | | |
| | AE | | 102 | | |
| | Equipo II | | | | |
| | EG | Cuartos 21-40 | 104 | | |
| | AE | | Cama 1 | | |
| | | | Cama 2 | | |
| 3 a 11 | Equipo I | | Cama 3 | | |
| | EG | Cuartos 1-20 | Cama 4 | | |
| | AE | | Cama 5 | | |
| | Equipo II | | 105 | | |
| | EG | Cuartos 21-40 | Cama 1 | | |
| | AE | | Cama 2 | | |
| | | | Cama 3 | | |
| 11 a 7 | Equipo | | Cama 4 | | |
| | EG | Cuartos 1-40 | Cama 5 | | |
| | AE | | 106 | | |
| | | | Cama 1 | | |
| | | | Cama 2 | | |
| | | | 107 | | |
| | | | Cama 1 | | |
| | | | Cama 2 | | |
| | | | etc. | | |

EG = Enfermera Graduada
 AE = Auxiliar de enfermería

En la enfermería de equipos, una enfermera graduada y varias auxiliares prestan distintos tipos de atención a grupos de pacientes. El líder del equipo, generalmente una enfermera graduada, es responsable de los pacientes durante las horas que esté de guardia. La atención es moderadamente dividida, en la mejor de las circunstancias, debido a que las necesidades de los pacientes son atendidas por varias personas en la mayoría de los turnos, sino en todos.

En el método funcional, una enfermera graduada, que también puede ser la enfermera jefe, supervisa la prestación de atención por las auxiliares a todos o casi todos los pacientes de la unidad. La enfermera graduada es responsable de la atención proporcionada, pero al igual que en la enfermería de equipos, solo durante su turno de trabajo. Las asignaciones son orientadas hacia tareas, por lo que la atención tiende a dividirse mucho.

En el método de casos, una sola enfermera proporciona toda la atención a varios pacientes. Sin embargo, a esta quizá no le asignen el mismo paciente en días sucesivos ni necesariamente será responsable de planificar y evaluar la atención de todos sus casos.

El método de asignación de casos es un ingrediente esencial de la enfermería primaria. Sin embargo, a diferencia del método de casos u otros modos de suministro de atención de enfermería, la enfermera primaria es responsable de la atención de todos sus pacientes las 24 horas del día durante todo el tiempo que estén en el hospital. Cuanto antes después de ingresar el enfermo en la unidad del hospital, se le asigna una enfermera primaria, quien planifica la asistencia que se le brindará durante todo el tiempo que va a estar hospitalizado y, con la mayor frecuencia posible, es la proveedora de esa atención. Obviamente, el modo de enfermería primaria tiene el mayor potencial para prestar una atención concentrada en el paciente, o sea, integral, continua y coordinada.

Las hojas de asignación mostradas en la Figura 9 ilustran mejor las diferencias entre los cuatro modos de prestar atención. Cabe observar que en los métodos de casos y funcional, y en la enfermería de equipos, primero se enumeran las enfermeras y después sus asignaciones respectivas durante cada turno de trabajo, refiriéndose a menudo a los números de las camas en lugar de los nombres de los pacientes. Solo en la enfermería primaria es el paciente quien aparece primero, seguido del nombre de su enfermera primaria. Además, la enfermera primaria es responsable de la atención que reciben sus pacientes las 24 horas del día, los 7 días de la semana, y no tan solo cuando ella está de guardia.

Consecuencias para la dotación de personal

Hay una interdependencia muy fuerte entre la dotación de personal para servicios de enfermería y el modo de prestar la atención en la unidad de pacientes. El número y la mezcla total del personal de enfermería se determinan principalmente por el modo de suministro de atención considerado más deseable por una práctica específica. Al mismo tiempo, las dificultades encontradas para conseguir personal con niveles de aptitud apropiados, a menudo dictan el modo de prestación de atención más factible.³

Suponiendo que se tiene información sobre la disponibilidad de los recursos de enfermería para un ambiente dado, se deben estudiar los cuatro modos de organización y sus variaciones, para determinar cuál es el más idóneo para ese ambiente. Al hacer esa apreciación, sin embargo, se debe responder la pregunta, "¿Cómo podemos organizarnos para atender mejor las necesidades del paciente y su familia?", en lugar de, "Cómo podemos organizarnos para hacer mejor el trabajo"? En esta deliberación se deben considerar cuidadosamente tanto la eficiencia como la efectividad en función del costo.

Generalmente, en el método de casos y en los modos de enfermería primaria, el personal de enfermería de una unidad de pacientes está constituido por una mayor proporción de enfermeras graduadas, y en los métodos funcional y de enfermería de equipos, por una mayor proporción de personal auxiliar. Las adaptaciones de los modos de organización básicos es más probable que modificarían la proporción de profesionales a no profesionales y/o el número total de enfermeras requeridas.

Una de las adaptaciones más comunes es la combinación de los métodos de casos y funcional. En este caso, la enfermera es responsable del cuidado de varios pacientes, así como de realizar algunas de las actividades de atención indirecta, por ejemplo, la limpieza y reposición de los materiales del carrito de vendajes. Este método es ventajoso en el sentido que una sola persona es responsable de atender al paciente. Esta combinación quizás no afecte a la proporción entre personal profesional y no profesional, pero aumentaría el número total de personal de enfermería requerido.

La enfermería de equipo-primaria es una alternativa al modo de enfermería primaria. Empleando esta modificación, se asigna una o más auxiliares de enfermería para trabajar con una enfermera graduada determinada y cada grupo de estos se conoce como un equipo primario. El equipo, en contraposición a una sola enfermera primaria, es responsable de atender un grupo de pacientes durante todo el tiempo que estén hospitalizados. Esta modificación permite utilizar más personal auxiliar que el método de enfermería primaria tal como fue diseñado originalmente.

Otra adaptación de la enfermería primaria a veces es designada como enfermería modular. La enfermera es asignada a varias habitaciones de pacientes o camas del pabellón y automáticamente se convierte en la enfermera primaria de los pacientes que ocupan esas habitaciones/camas. Es de esperar que la enfermera ahorre tiempo al trabajar en la misma zona general, reduciéndose así el número de enfermeras requeridas. Sin embargo, la enfermería modular no le permite a la enfermera jefe armonizar las aptitudes de la enfermera con las necesidades del paciente.

La enfermería de equipo se puede modificar teniendo menos equipos durante el turno de noche, cuando la mayoría de los pacientes están dormidos y hacen menos llamadas de atención directa. Por ejemplo, en los turnos de día y de la tarde pueden necesitarse dos equipos, mientras que para el turno de noche solo se necesitaría uno.

Se han descrito solo unas pocas de las adaptaciones posibles de los modos de organización básicos para la prestación de atención en la unidad de pacientes. Sin embargo, es evidente que tanto los modos básicos como sus modificaciones tienen sus ventajas y desventajas, las cuales se deben identificar y sopesar al determinar el modo de organización más apropiado para suministrar atención en cualquier unidad de pacientes. El método que al final se seleccione siempre debe ser aquél que le permita al personal disponible brindar la mejor atención de enfermería a los pacientes y sus familias. Independientemente del modo que se adopte, la responsabilidad definitiva para satisfacer sus necesidades de atención de enfermería recae sobre la enfermera.

Participación de la familia

A la par que se hace hincapié en la necesidad de utilizar algún tipo de plan para designar la responsabilidad de la atención del paciente a empleados específicos, se debe observar la contribución de la familia del paciente a la provisión de atención. Aunque la participación activa de la familia en administrar atención al miembro hospitalizado sea una expectativa cultural común, el personal de enfermería no solo debe incentivarla, sino también solicitarla.

Sin duda alguna, el paciente es el principal beneficiario cuando su familia está presente e últimamente interesada en el proceso de brindar atención. La presencia y participación de la familia también proporcionan a la enfermera singulares oportunidades para la educación oportuna y apropiada en cuestiones de salud. Aprovechando esas oportunidades, la enfermera del hospital lleva a cabo sus responsabilidades de tal modo que la meta de "Salud Para Todos" cada vez más se puede convertir en realidad.

REFERENCIAS

1. John P. Young, et al. Factors Affecting Nurse Staffing in Acute Care Hospitals: A Review and Critique of the Literature, Publicación No. HRA 81-10 del DHEW (Washington, D.C., Oficina de la Imprenta del Gobierno de los EE.UU., 1981), p. 4
2. OMS/UNICEF. Atención Primaria de Salud, Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 septiembre, 1978 (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1978), p. 3.
3. John P. Young, op. cit., p. 8.

GLOSARIO

Responsabilidad (rendición de cuentas)

la obligación de revelar, explicar y justificar lo que uno hace o cómo desempeña sus obligaciones.

E. Leslie Normanton, "Public Accountability and Audit: A Reconnaissance," *THE DILEMMA OF ACCOUNTABILITY IN MODERN GOVERNMENT*, editado por Bruce L.R. Smith y D.C. Hague. (Nueva York: Macmillan Co., 1971), pp. 311-345.

Método de casos

el modo de organización en que el mismo empleado proporciona toda la atención a cada uno de los pacientes que le han sido asignados durante su turno de trabajo.

Zona de captación

una zona geográfica con fronteras determinadas por las autoridades de salud; determinado personal es responsable de proporcionar servicios de salud a la población que habita dentro de esas fronteras, generalmente por razón de residencia, trabajo o asistencia al colegio.

Programación centralizada

la programación de personal de enfermería la hacen personas específicas para la mayoría, sino todas, de las unidades del departamento de servicios de enfermería.

Trabajador de salud comunitario

una persona seleccionada por la comunidad y capacitada para brindar servicios de atención primaria; realiza tareas relacionadas con: atención materno-infantil, incluido nutrición y planificación familiar; vigilancia epidemiológica e inmunización, atención mínima de enfermedades prevalentes en la zona; primeros auxilios; saneamiento ambiental; estadísticas vitales y promoción de la comunidad.

Programación cíclica

método para establecer horarios para un periodo de tiempo determinado que se puede repetir indefinidamente; cada empleado trabaja todo el ciclo antes de comenzar de nuevo.

68 △ Dotación de Personal para los Servicios de Enfermería

Programación descentralizada

la programación del personal de enfermería la hace una persona distinta para cada unidad del departamento de servicios de enfermería.

Tiempo de atención directa del paciente

se refiere al tiempo dedicado por el personal de enfermería en presencia del paciente y su familia; esto ocurre generalmente a la cabecera del paciente, pero puede tener lugar en otra parte (por ej., educación u orientación del paciente/familia, que tiene lugar en una sala de conferencias).

Distrito

una zona administrativa claramente definida con una población entre 50,000 y 500,000 habitantes, donde cierta forma de gobierno o administración local se hace cargo de muchas responsabilidades de sectores o departamentos del gobierno central, y donde existe un hospital para remisión primaria.

Servicios de enfermería de distrito

se refiere a todos los servicios dentro del distrito o provincia y que, bajo la dirección de una enfermera graduada, son suministrados por personal de enfermería; comprenden los servicios de enfermería dentro y fuera de instituciones.

Equivalentes de tiempo completo (FTE)

expresión numérica del personal requerido, que se calcula dividiendo el número total de horas de atención necesarias en un periodo dado de tiempo, por el número de horas que ha de trabajar cada empleado durante el mismo período (día, semana o año).

Método funcional

el modo de organización en que se asigna a los empleados la responsabilidad de llevar a cabo una o más actividades o funciones.

Enfermero(a) graduado(a) (EG)

una persona que ha terminado un programa académico de enseñanza básica en enfermería y que está calificada y autorizada en su país para brindar el servicio responsable de enfermería para la promoción de salud, la prevención de enfermedades e incapacidades, y el cuidado de los enfermos. (Basado en una definición aprobada por el Consejo Internacional de Enfermeras).

Servicios de enfermería en el hospital

entidad orgánica del hospital que está bajo la dirección de una enfermera graduada y que comprende aquellas unidades/servicios que tienen como propósito principal la prestación de atención de enfermería, o en que la atención de enfermería es esencial para el bienestar del paciente/cliente.

Tiempo indirecto de atención de pacientes

se refiere al tiempo dedicado por el personal de enfermería a realizar actividades alejadas del paciente, pero en preparación o conclusión de la atención de enfermería directa (por ej., preparando medicaciones y planeando la atención del paciente) y en la administración de la unidad (por ej., programando la capacitación en el trabajo).

Fiabilidad entre clasificadores

la consistencia con que las personas clasifican al mismo paciente en la misma categoría.

Descripción de cargo

la delineación de deberes/responsabilidades, supervisor inmediato, conocimiento y aptitudes requeridas, experiencia de trabajo y preparación académica de un cargo determinado.

Niveles de atención

se refiere al diseño de un sistema de atención de salud en que el primer nivel normalmente es el punto inicial de contacto entre el sistema y el paciente o cliente, donde se proporciona la atención primaria de salud; el tipo de atención, la especialización de los recursos humanos, y las instalaciones de atención de salud se hacen cada vez más complejos en los niveles subsiguientes.

Modelo maestro de dotación de personal

la especificación del número, expresado en FTE, de cada categoría de personal de enfermería necesario para trabajar en cada unidad del departamento de servicios de enfermería.

Asistente (auxiliar) de enfermería (AE)

una persona calificada mediante un programa académico para realizar tareas específicas y no complicadas de atención de pacientes bajo la guía y supervisión de una enfermera graduada.

70 △ Dotación de Personal para los Servicios de Enfermería

Modo de organización

la manera en que las responsabilidades para atender a los pacientes y llevar a cabo actividades relacionadas con esa atención son distribuidas entre el personal de enfermería.

Instrumento para la clasificación de pacientes - Lista de control

instrumento de clasificación que comprende una serie de factores o indicadores conforme a los cuales se clasifica al paciente independientemente; las clasificaciones individuales son combinadas para obtener una clasificación global que, cuando se compara con una serie de reglas, identifica la categoría adecuada de atención.

Instrumento de clasificación de pacientes - Tipo descriptivo

instrumento de clasificación que contiene exposiciones narrativas breves que definen ampliamente el grado de dependencia o gravedad de la enfermedad del paciente para cada categoría; el paciente es asignado a la categoría de atención que más se aproxime a su grado de dependencia o nivel de gravedad de enfermedad.

Instrumentos de clasificación de pacientes

los instrumentos usados para clasificar pacientes conforme a los requisitos en materia de atención de enfermería; la información sobre esta clasificación se utiliza para determinar el personal necesario.

Sistema de clasificación de pacientes.

abarca la identificación de categorías conforme a los requisitos de atención de enfermería y la cuantificación de las categorías conforme al tiempo de atención de enfermería necesario.

Normas

una declaración escrita que define el quién, qué, cuándo y dónde de un determinado conjunto de circunstancias; las normas del servicio de enfermería generalmente son de naturaleza administrativa o técnica y, por tanto, sirven de pautas para la administración de servicios de enfermería o la provisión de atención al paciente.

Atención primaria de salud

la atención esencial de salud a la cual tienen acceso universal los individuos y familias de la comunidad, por medios aceptables a ellos, mediante su participación total y a un costo que la comunidad y el país pueden pagar".

ATENCION PRIMARIA DE SALUD, Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978 (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1978), p. 34.

Enfermería primaria

el modo de organización en que la enfermera es responsable de cuidar un grupo de casos de pacientes durante todo el tiempo que estén hospitalizados.

Procedimiento

una descripción escrita de los pasos que hay que tomar en secuencia para terminar una actividad; los procedimientos de enfermería principalmente se relacionan con técnicas utilizadas en la atención de pacientes; aunque menos en número, algunas tienen que ver con las técnicas administrativas.

Cuantificación de la atención de pacientes

la determinación y designación de un valor en tiempo o ponderación a cada categoría de pacientes con el fin de calcular las necesidades de personal.

Atención cuaternaria

atención sumamente especializada brindada a pacientes de grupos de edad específicos (por ej., niños) o pacientes con un diagnóstico similar (por ej., tuberculosis, cáncer, desórdenes psiquiátricos) generalmente en una institución central o nacional.

Regionalización

un sistema de organización descentralizada que incluye la infraestructura administrativa y técnica para planear, poner en práctica y controlar la red de instalaciones de atención de salud para una zona geográfica específica, así como la determinación del alcance y gama de actividades para cada instalación; realiza la prestación de una atención de salud coordinada e integrada.

Adaptado de b.M. Kleczkowski y R. Pibouleau, editores, APPROACHES TO PLANNING AND DESIGN OF HEALTH CARE FACILITIES IN DEVELOPING AREAS, Vol. 1, Publicación Offset No. 29 de la OMS. (Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1976), p. 44.

72 △ Dotación de Personal para los Servicios de Enfermería

Fiabilidad

se refiere a la consistencia o repetición de un instrumento o dispositivo de medición; un instrumento de clasificación de pacientes es fiable en la medida que los pacientes sean clasificados dentro de la misma categoría por diferentes clasificadores.

Responsabilidad (ejecutivos y empleados)

ejecutivos: connota el rendir cuentas sobre los servicios de la organización y la autoridad para tomar decisiones en la prestación de esos servicios;

empleados: proporcionan un servicio, información y/o asesoramiento al personal ejecutivo.

Programación

la asignación de personal para trabajar períodos de tiempo específicos, tal como un turno, una semana, mes o más tiempo.

Atención secundaria

"comprende la atención brindada por servicios especializados a pacientes remitidos por servicios primarios de atención"

Registros oficiales de la OMS, No. 206, p. 113 (Observado en B.M. Kleczkowski y R. Pibouleau, editores, *Approaches to Planning and Design of Health Care Facilities in Developing Areas*, vol. 3, Publicación Offset No. 45 de la OMS, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1979, p. 41).

Dotación de personal

un proceso integrado para determinar el número y categorías de personal de enfermería requerido para ofrecer un nivel determinado previamente de calidad de la atención a una población específica de pacientes/clientes.

Enfermería de equipos

el modo de organización según el cual los empleados son agrupados en equipos y a cada uno de estos se le asigna la responsabilidad de cuidar a un grupo de pacientes.

Atención terciaria

"incluye servicios sumamente especializados y, en definitiva, superespecialidades, como cirugía plástica, neurocirugía y cirugía cardíaca".

Registros Oficiales de la OMS, No. 206, p. 113 (observado en B.M. Kleczkowski y R. Pibouleau, editores, APPROACHES TO PLANNING AND DESIGN OF HEALTH CARE FACILITIES IN DEVELOPING AREAS, vol. 3, Publicación Offset No. 45 de la OMS, Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 1979, p. 41).

Validez

se refiere a la capacidad de un instrumento o dispositivo de medición para medir lo que está destinado a medir; un instrumento de clasificación de pacientes es válido en la medida en que el tiempo de atención de enfermería establecido para cada categoría concuerde con el nivel de gravedad de la enfermedad.

PXE 32
ISBN 92 75 71046 5
ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

