

Queda prohibida la reproducción total o parcial de este documento, bajo cualquiera de sus formas, electrónica u otras, sin la autorización por escrito de IFSSA.



INSTITUTO DE
FORMACIÓN
SUPERIOR

APUNTES DE CATEDRA

ASIGNATURA: ORGANIZACIÓN Y GESTION EN ENFERMERIA

PROGRAMA DE LA MATERIA

UNIDAD I:

Organizaciones: concepto, clasificación características, fines. Sistema de salud en la Argentina. Centralización y descentralización de servicios de salud públicos y privados. Conceptos de calidad, seguridad en las organizaciones de salud.

UNIDAD II:

La comunicación: Proceso, principios, sistema, tipos, barreras, el rumor en la comunicación. Comunicación con personas difíciles. Mejoras en la comunicación.

UNIDAD III

Los servicios de enfermería: características y funcionalidad. EL PNGCAM: pautas y normativas para el funcionamiento de los servicios de salud; los manuales de procedimientos, normas instructivas: características, clasificación y diseño. El ITAES y su intervención en las instituciones de salud privada.

UNIDAD IV

Gestión y liderazgo: Liderazgo, definición, modelos de liderazgo. Poder, definición, tipos, fuentes, uso del poder. Grupos: características de los grupos, dinámica. Que observar en un grupo. Grupos comunes en enfermería.

UNIDAD V:

Departamentos de enfermería: estructura organizativa y jerárquica. Organización interna de los servicios de enfermería. Planificación, organización, motivación, control. Gestión del cuidado. Capacitación y educación continua en enfermería. El cuidado enfermero: indicadores para medir la carga de trabajo en enfermería y el ratio enfermero/paciente.

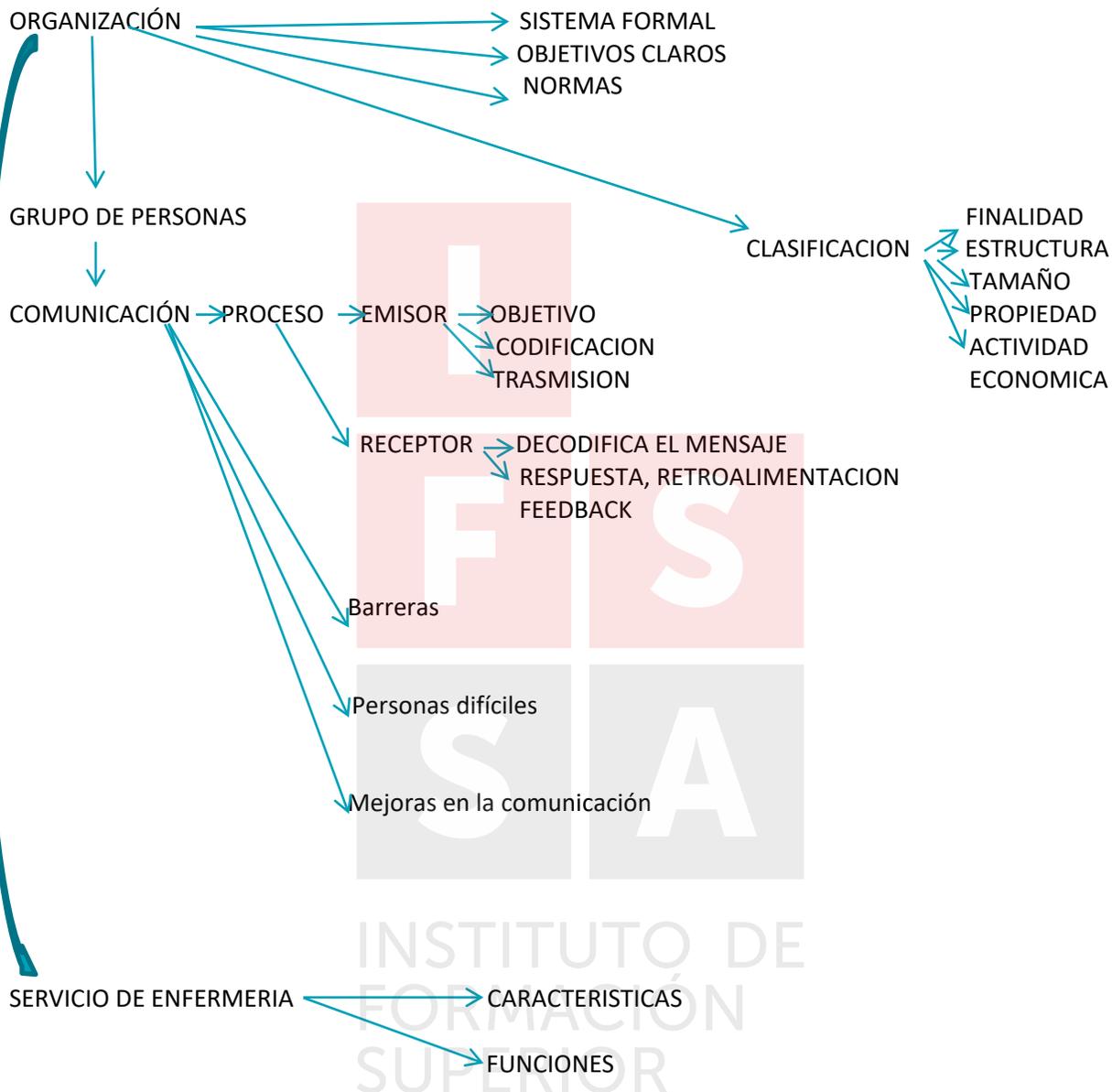
UNIDAD VI:

Administración del recurso humano, físico material en enfermería: la importancia de la comunicación interna. Coordinación y supervisión conceptos teóricos y operativos de la función. Diagramación y planificación del personal de enfermería: características particulares y generales. Sistemas de evaluación de rendimiento del nivel operativo.

BIBLIOGRAFÍA:

- IFSSA Apuntes de Gestión recopilación bibliográfica.
- Gestión y dirección de enfermería. Octava edición. Ann Marriner Tomey.
- Dirección y administración en enfermería. Un enfoque práctico. Mosby/ Doyma libros.
- Programa nacional de garantía de calidad de la atención médica. Calidad de los Servicios de Salud. Dr. Guillermo L. Willians.

ORGANIZACIÓN Y GESTION EN ENFERMERIA



DESARROLLO DEL PROGRAMA:

UNIDAD I

ORGANIZACION

Una organización es un sistema social, formado con el fin de alcanzar un mismo objetivo en común. Como todo sistema, éste puede contar con subsistemas internos, que tengan asignados tareas específicas.

La organización, consta de un grupo de personas enfocadas en un objetivo en común a lograr. Esta organización sólo puede funcionar y ser real si, entre las personas que la componen, si existe la comunicación y la intención de actuar coordinadamente hacia las metas u objetivos a cumplir. Se plantean normas, las cuales la organización adopta y ayudan a lograr la misión.

Es muy importante que las organizaciones cuenten con determinados recursos para poder alcanzar los objetivos planteados de la manera más satisfactoria. Éstos pueden ser recursos económicos, recursos humanos, recursos tecnológicos, los recursos inmuebles, los naturales o los intangibles.

Las organizaciones cuentan con características específicas. El grupo humano, para funcionar, debe establecer reglas explícitas y claras, aportar un cierto grado de formalidad y presentar conductas recurrentes.

Básicamente, las organizaciones son un orden que se dan en un tiempo, espacio y cultura determinados. Con su vista en un objetivo concreto, se crean en un punto temporal específico, creando consecuencias en el ambiente.

Como la gran característica de las organizaciones es el orden, sus miembros se ordenan jerárquicamente, estableciendo normas y reglas, todo apuntado al objetivo previsto. Las organizaciones crean poder, lo poseen y lo transmiten. No sólo generan trabajo, sino que también generan una cultura propia. A través de sus símbolos, imágenes y de su prestigio se crea un camino por el cual se inician, conservan y reproducen conocimientos.

CLASIFICACION:

Según su finalidad:

Con fines de lucro

Sin fines de lucro (ONG).

Con fines administrativos, representativos, de resolución o servicios (organismos gubernamentales).

Según su estructura:

Formal: Estructura planeada que intenta de manera deliberada establecer un patrón de relaciones entre sus componentes, el que conducirá al logro eficaz del objetivo en común de los individuos.

Informal: Comprende aquellos aspectos del sistema formal pero que surgen espontáneamente en las actividades e interacciones de los participantes.

Según su tamaño:

Dentro de las diferentes maneras de clasificación se encuentran las de tamaño, ya sea por la producción, capital, volumen de ventas y principalmente personal ocupado. La más común es la que se basa en el número de empleados:

Micro: 1-10 empleados (Industrial), 1-10 empleados (comercial), 1-10 empleados (servicios).

Pequeña: 11-50 empleados (Industrial), 11-30 empleados (comercial), 11-50 empleados (servicios).

Mediana: 51-250 empleados (Industrial), 31-100 empleados (comercial), 51-100 empleados (servicios).

Grande: 251 empleados en adelante (Industrial), 101 empleados en adelante (comercial), 101 empleados en adelante (servicios).

Según su propiedad:

Esta clasificación depende del propósito por el que fueron creadas además del origen de las aportaciones a su capital:

Privadas: Estas empresas igualmente pueden ser:

Nacionales: Inversionistas nacionales.

Extranjeras y transnacionales: Los inversionistas son originarios de algún otro país y las utilidades que se generan regresan a los países de origen.

Globalizadas: Empresas que tienen presencia en todo el mundo, o sea carácter mundial.

Controladoras: El grupo de inversionistas controla diferentes empresas de diversos giros aunque tienen relación entre ellas.

Franquicias: Empresas que venden su marca o manera de organización a otros inversionistas.

Familiares: Los principales socios o directivos de la sociedad pertenecen a una familia.

Públicas: El capital le pertenece al Estado y, principalmente su objetivo es satisfacer necesidades de la sociedad o proporcionar servicios a una comunidad. Dentro de éstas están las *centralizadas* o *descentralizadas*, así como las *mixtas*.

Según su actividad económica:

Dependiendo de su influencia económica:

Industriales:

Produce bienes mediante la extracción o la transformación de materias primas. De éstas se puede hacer otra clasificación en:

Extractivas: Explotación de recursos naturales, sin importar si sean renovables o no renovables, por ejemplo las industrias petroleras, mineras, agropecuarias, etc.

Manufactureras o de transformación: Se dedican a transformar las materias primas ya sea para crear bienes de consumo (alimentos, calzado, etc.) o de producción (materiales, herramientas, productos químicos, etc.).

Comerciales:

Son las empresas que actúan como intermediarias entre el productor y el consumidor. Su objetivo es la compra-venta de productos ya fabricados y su distribución. Estas se clasifican en:

Autoservicio: Empresas grandes que venden al consumidor productos para el consumo. Por ejemplo los supermercados, almacenes o tiendas departamentales.

Comercializadoras: Se dedican a la venta y distribución de productos de diferentes productores, ya sean nacionales o internacionales.

Minoristas: Se dedican a la venta del producto al menudeo.

Mayoristas: Hacen grandes ventas a empresas minoristas.

Comisionistas: Venden productos que los fabricantes les dan, y por eso reciben alguna comisión.

Servicios:

La finalidad de las empresas de servicios es brindar un servicio con o sin fines de lucro. Por ejemplo: salud, transporte, educación, etc.

SISTEMAS DE SALUD

Un sistema es un conjunto de elementos organizados y relacionados que interactúan entre sí para lograr un objetivo.

El concepto de sistema de salud, hace referencia a la estructura existente en un determinado territorio para brindar asistencia sanitaria a la población.

Engloba la totalidad de las acciones que la sociedad y el Estado emprenden en salud o sea es la respuesta social a los problemas de salud.

Un sistema de salud comprende todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo principal objetivo es llevar a cabo actividades encaminadas a mejorar la salud.

Un sistema de salud necesita personal, financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y una dirección generales.

Un buen sistema debe ser universal es decir que todos tengan acceso a él, debe ser integral es decir que brinde respuestas a diversos problemas, debe ser equitativo, privilegiando a los que más necesitan y debe mejorar la vida cotidiana de las personas de forma tangible.



El principal responsable por el desempeño global del sistema de salud de un país es el gobierno nacional, pero también resulta fundamental la buena dirección por parte de las provincias, los municipios y cada una de las instituciones sanitarias.

COMPONENTES DE UN SISTEMA DE SALUD

El término "sistema de salud" incluye todas las funciones que el Estado y la sociedad desempeñan en salud. Todo sistema de salud se puede pensar como la articulación de tres componentes:

- Político, que llamaremos modelo de gestión

- Económico, que llamaremos modelo de financiamiento; y
- Técnico, que llamaremos modelo de atención o modelo asistencial.

MODELO DE GESTIÓN

Modelo de gestión es la forma como se organizan y combinan los recursos con el propósito de cumplir las políticas, objetivos y regulaciones.

Un modelo de gestión depende de la definición que se dé a las prioridades del sistema.

En el análisis de los sistemas de salud se pueden distinguir dos aspectos centrales respecto del modelo de gestión: los valores que guían al sistema ¿universalidad de la cobertura o efectividad de las acciones? y las funciones del Estado en Salud (informar a la población, proveer directamente servicios, financiar servicios y regular el mercado).

MODELO DE FINANCIACIÓN

Hace referencia a quién y cómo se deben financiar las acciones en salud, dando respuesta a:

¿Cuánto se debe gastar en salud? Se ha comprobado que aumentar el gasto en salud no siempre significa mejor salud para la gente. Además es posible afirmar que está ligado al rol que el Estado desempeña en salud.

¿De dónde provendrán los recursos? Es posible afirmar que muchos países expandieron sus sistemas de salud con la incorporación de las contribuciones sociales basadas en el trabajo (impuesto al trabajo)

¿Cómo se asignarán los recursos? En este punto se discute como financiar sistemas locales y como pagar la compra de servicios médicos.

MODELO DE ATENCIÓN

Es una cuestión médica sanitaria. Define qué tipo de acciones, prestaciones y servicios se deben brindar a la población o sea ¿qué cubrir?

También se definen criterios de inclusión en el sistema o sea ¿A quién cubrir?

¿Cómo y dónde prestar servicios? O sea qué prestadores y cómo distribuir la oferta de servicios.

TIPOS DE SISTEMAS DE SALUD

En ningún país existe un sistema de salud de un solo tipo pero pueden describirse tipos o modelos ideales

Modelo Universalista

Se caracteriza por tener financiación pública con recursos procedentes de impuestos y acceso universal a los servicios que, generalmente, son suministrados por proveedores públicos. Los trabajadores profesionales y no profesionales dependen del Estado, que tiene una gran responsabilidad en la conducción y gestión del sistema. Este modelo privilegia al Estado como proveedor de servicios.

Modelo del Seguro Social

Es un esquema de protección social cuya principal característica es su vinculación al mundo del trabajo. Implica un seguro del cual los participantes no se pueden substraer, es decir donde la participación es compulsiva. Este modelo se caracteriza por un menor protagonismo estatal, una gestión mucho más descentralizada y una organización basada más en la regulación que en la planificación. El financiamiento es por aportes y contribuciones de los empresarios y de los trabajadores. Estos aportes son por lo general obligatorios y los administran los propios interesados. La gestión de los recursos y la organización de los servicios la efectúan entidades intermedias no gubernamentales que contratan servicios con proveedores privados o públicos. Por definición, sólo cubren a los aportantes y su grupo familiar aunque en los últimos

años han tendido a universalizar su cobertura. Las obras Sociales en la Argentina corresponden a este modelo.

Modelo de Seguros Privados

En la actualidad cuando se habla de seguros privados o Entidades Prepagas de salud, se hace referencia a un esquema de protección en salud de elección y financiación individual. En este modelo hay ausencia del sector público tanto en las funciones de financiador como de prestador. Tiene una organización típicamente fragmentada, descentralizada y con escasa regulación pública. El país donde el sistema de seguros privados de salud ha alcanzado el mayor desarrollo es Estados Unidos de Norteamérica donde hay más de 1.500 seguros privados, lo que revela la característica organizacional de la fragmentación.

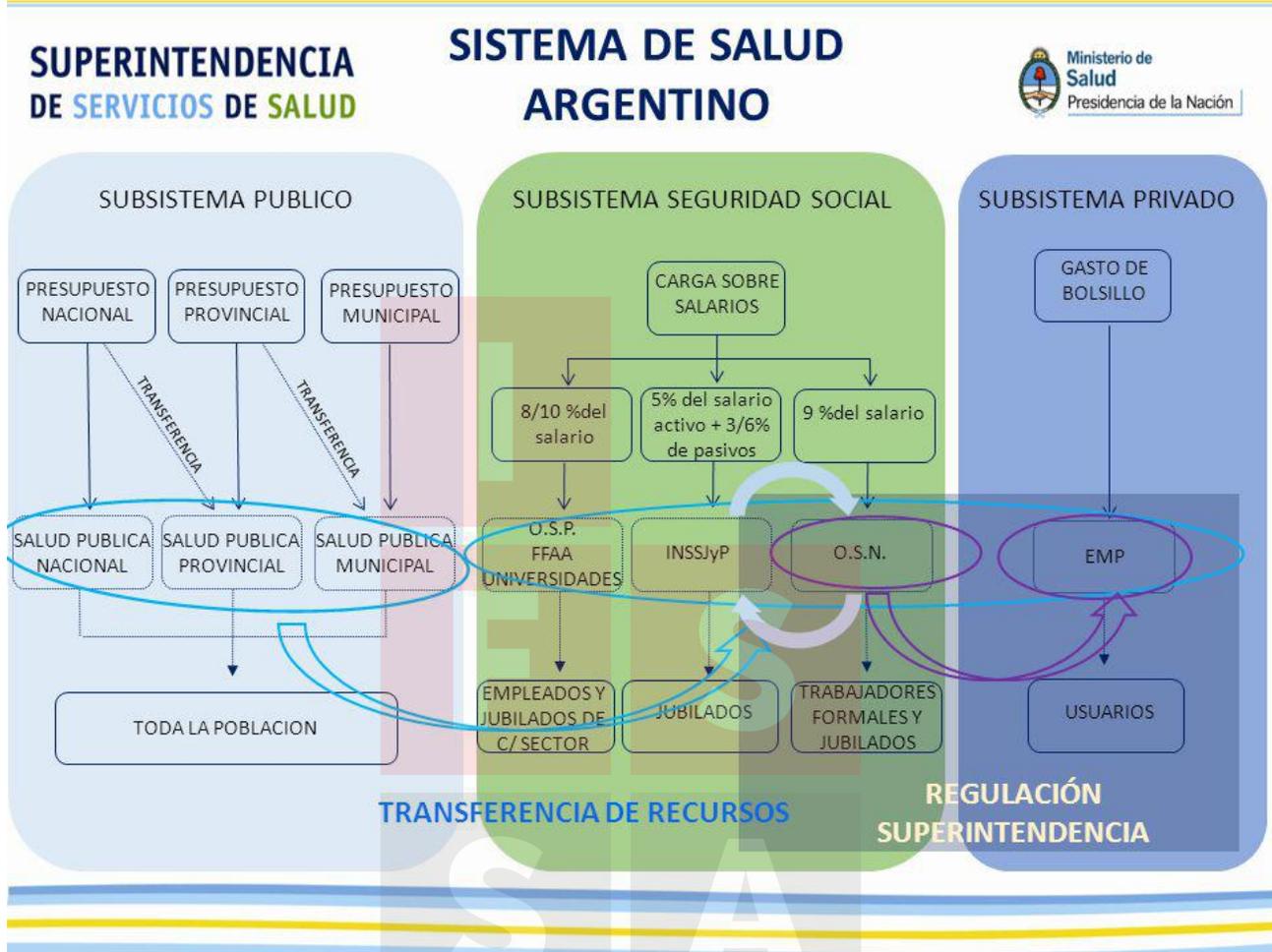
Modelo Asistencialista

Refiere un esquema de protección social focalizado en los excluidos o sectores más vulnerables.

La concepción liberal clásica plantea a la salud como cuestión individual. A partir de ella no corresponde al Estado asumir funciones relativas ni a la prestación, ni al financiamiento ni a la regulación sectorial.

De forma inversa que en el modelo universalista, desde esta óptica la salud no es un derecho del pueblo sino una obligación de los ciudadanos. Por este motivo, el denominado "Estado Mínimo" sólo se ocuparía de brindar asistencia a aquellas personas incapaces de asumir la responsabilidad individual de cuidar de su salud. Las acciones estarían, entonces, totalmente focalizadas hacia los grupos más vulnerables y necesitados. A su vez, por definición, las acciones de salud serían limitadas en su variedad y cantidad, puesto que, de lo contrario, el simple acto de su provisión por parte del Estado podría constituir un incentivo para que las personas no se hagan responsables por su propia salud.





ADMINISTRACIÓN DE SISTEMAS DE SALUD

En todos los países se aprecia una mayor demanda de la población para recibir servicios de salud. Este fenómeno no es nuevo pero, conforme el tiempo pasa, el incremento se hace evidente, tanto en volumen como en complejidad, representando un reto constante para las instituciones, y en especial para los gobiernos.

Los sistemas de salud son una interrelación de recursos, finanzas, organización y administración que culminan en el suministro de servicios de salud a la población.

Los sistemas de salud y sus instituciones clínicas, hospitales, unidades médicas, etc., deben contar con una administración eficiente, con el objeto de poder cumplir las metas que contemplan sus diferentes programas de salud, y con ello dar respuesta a las necesidades que la sociedad les demande.

El desafío de los sistemas de salud en nuestro tiempo, consiste en desarrollar capacidades administrativas en las personas encargadas de dirigirlos.

ORGANIZACIÓN DE SISTEMAS DE SALUD

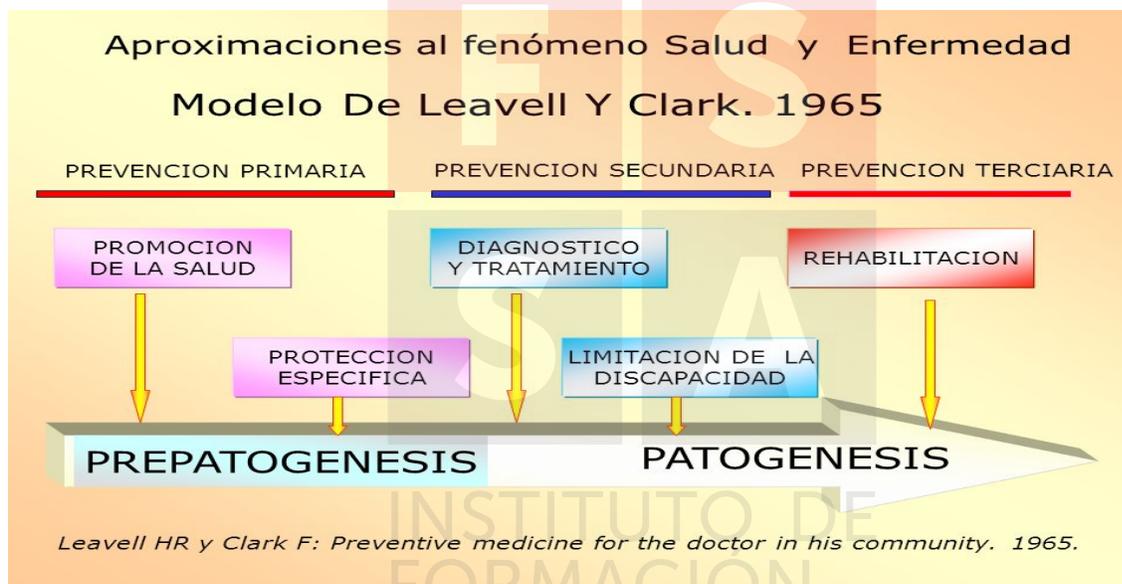
Los sistemas de salud están compuestos por establecimientos que se organizan en distintos niveles de complejidad, de acuerdo con un modelo de atención definido. Estos establecimientos se relacionan entre sí a través de sistemas de referencia y contra referencia de pacientes, conformando lo que se denomina "red de atención o de servicios de salud".

Niveles de atención

Es una forma de organización en la cual se relacionan los servicios con la magnitud y severidad de las necesidades de salud de la población

Es decir dependen de la complejidad de los casos de enfermedad a atender y de los recursos necesarios para poder resolver los problemas que dichas patologías presentan.

- Primer nivel de atención: son los centros que se ocupan de las acciones para prevenir enfermedades, atienden las patologías más frecuentes y menos graves y tienen una relación directa con la comunidad. Ejemplos de primer nivel: Centros de Salud, Caps, Centros Comunitarios, Salas de Primeros Auxilios. En este nivel se atiende entre el 70 y el 80% de la población que resuelve sus problemas con una atención de menor complejidad.
- Segundo nivel de atención: hospitales generales -con áreas programáticas- que atienden pacientes derivados de los “Centros del Primer Nivel de atención” o que concurren espontáneamente y se ocupan del diagnóstico y del tratamiento de patologías que no pueden ser solucionadas en el primer nivel. Exige mayor complejidad.
- Tercer nivel de atención: hospitales o centros especializados en donde se tratan patologías más complejas que exigen técnicas de diagnóstico y tratamiento y equipos sofisticados.



Niveles de complejidad

Las características de los establecimientos se clasifican según las pautas nacionales de la “Guía para la Clasificación de los Establecimientos de Atención Médica por niveles de complejidad”.

Esta normativa define el nivel de los establecimientos asistenciales teniendo en cuenta la diversificación de las actividades que realizan y, por ende el grado de diferenciación de sus servicios.

- NIVEL I: Atención exclusivamente ambulatoria. Visita periódica programada de médico generalista y atención permanente de enfermería.
- NIVEL II: Similar al anterior, a lo que se agrega visita periódica de odontólogo, laboratorio e imágenes elemental.
- NIVEL III: Cuenta con médico generalista en forma permanente, lo que permite agregar la atención de pacientes internados. Brinda medicina general y obstétrica y posee laboratorio y radiología elementales.

- NIVEL IV: Posee diferenciación en las cuatro clínicas básicas: clínica médica, cirugía, pediatría y toco ginecología, tanto en consultorio como en internación y odontología en forma permanente. Se realiza cirugía como actividad regular.
- NIVEL V: atención ambulatoria diferenciada en las especialidades básicas. Cuenta con Laboratorio y Radiología.
- NIVEL VI: A las cuatro clínicas básicas se agregan otras especialidades quirúrgicas, tanto en consultorio como en internación. Los servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento se hacen más complejos y aparecen anatomía patológica y electrodiagnóstico.
- NIVEL VII: Servicios Ambulatorios especializados y con prácticas quirúrgicas.
- NIVEL VIII: Amplia gama de especialidades médicas y quirúrgicas apoyadas por servicios auxiliares de gran complejidad, que incluyen servicios como radioterapia, medicina nuclear y terapia intensiva. El espectro de especialidades que cubre le permite resolver por sí mismo la mayor parte de los problemas médicos.
- NIVEL IX: Se agrega docencia e investigación.

CENTRALIZACION Y DESCENTRALIZACION O REGIONALIZACION DE LOS SISTEMAS DE SALUD PUBLICOS Y PRIVADOS:

Por otra parte, la centralización implica que la autoridad que rige el Estado monopoliza, junto con el cuidado del bien público en todos los lugares y en todos los aspectos, el poder de mando y el ejercicio de las funciones que caracterizan a la potestad pública.

La descentralización es un acto político jurídico y administrativo mediante el cual se transfieren niveles de decisiones, funciones, facultades, programas y recursos a un ente de derecho público de otra jerarquía.

La descentralización significa una redistribución de poder, ya que el nivel central transfiere autoridad y recursos.

Regionalización implica la división de un territorio extenso en áreas geográficas menores, llamadas regiones o zonas sanitarias, y a partir de ello lograr la organización y coordinación de los servicios sanitarios para su mejor utilización.

Se basa en la descentralización hacia las zonas o regiones buscando facilitar el acceso y ofrecer servicios de calidad dando una respuesta rápida.

La división de un territorio en regiones se basa en criterios geográficos, epidemiológicos y sociales.

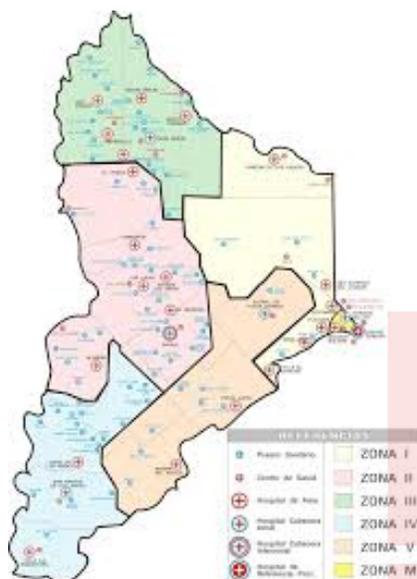
Área Programática

Son zonas geográficas con una población definida que está a cargo de un hospital general.

En cada Zona Sanitaria, hay un Hospital Cabecera Zonal, de mediana complejidad con el cual se vinculan a través de interconsultas y derivaciones, otros hospitales de baja complejidad, ubicados en localidades vecinas. Existe un Hospital de Referencia Provincial (máxima complejidad del sistema), que es el Hospital Dr. Castro Rendón, en la ciudad de Neuquén.

Por ejemplo el Hospital Héller tiene influencia en su área programa que tiene una delimitación geográfica precisa, comprende determinados barrios y realiza en ellos acciones preventivas, de asistencia y educación para la salud. Es decir actividades integradas e integrales de salud, para la población residente y en tránsito, de cualquier edad y sexo, y también tareas de conservación y mejoramiento del medio ambiente.

Se trata de una estrategia sanitaria que tiende a satisfacer las demandas de salud del vecino, especialmente aquellas que se producen fuera de los muros del Hospital, con acciones orientadas a promover la salud y prevenir la enfermedad, siendo verdadero puente hospital-comunidad.



REDES SANITARIAS - SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

Red es “una forma de organización social que permite a un grupo de personas potenciar sus recursos y contribuir a la solución de problemas reales”.

Es decir, su objetivo fundamental es la construcción de vínculos para la resolución de problemas y la satisfacción de necesidades.

En salud es necesario crear una “red de instituciones organizados en forma escalonada por niveles de complejidad creciente, que prestan servicios de salud a una población definida, y que están dispuestas a rendir cuentas por sus resultados y por el estado de salud de la población a la que sirven”. A esto responde la iniciativa de la OPS de crear Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), basadas en la Atención Primaria de Salud.

Del concepto de red sanitaria surge el de Referencia y Contra referencia que es un procedimiento médico administrativo entre unidades operativas de los tres niveles de atención para facilitar el envío-recepción y regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna e integral.

Es una herramienta clave para lograr un sistema de salud regionalizado y descentralizado, basado en la estrategia de la Atención Primaria de la Salud. Para lograrlo es necesario definir y aprobar criterios y normas de derivación entre hospitales de distinto nivel de complejidad.

Referencia es la remisión de pacientes por parte de una institución de salud a otra con un grado mayor de complejidad, para dar continuidad a la atención, de acuerdo a normativas establecidas.

Contrareferencia es la respuesta de los prestadores que recibieron el paciente a quien se los remitió.

Remisión es el procedimiento por el cual se transfiere la atención de salud transfiriendo la responsabilidad legal.

Interconsulta es la solicitud elevada por el profesional responsable de la atención del usuario a otros profesionales para que den una opinión diagnóstica y terapéutica sobre las conductas a seguir sin transferir la responsabilidad legal directa del manejo del paciente

COBERTURA UNIVERSAL

La cobertura universal de salud implica que todas las personas tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, de acuerdo con las necesidades, así como a medicamentos de calidad, seguros, eficaces y asequibles, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras, en particular los grupos en situación de vulnerabilidad.

La cobertura universal se construye a partir del acceso universal, oportuno, y efectivo, a los servicios. Sin acceso universal, oportuno y efectivo, la cobertura universal se convierte en una meta inalcanzable. Ambos constituyen condiciones necesarias para lograr la salud y el bienestar.

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud requieren la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar.

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud son el fundamento de un sistema de salud equitativo.

LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA, INCLUYENDO LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

La calidad, incluyendo la seguridad del paciente, es una cualidad de la atención sanitaria esencial para la consecución de los objetivos nacionales en salud, la mejora de la salud de la población y el futuro sostenible del sistema de atención en salud. Sin embargo, y a pesar de los esfuerzos de los Estados Miembros, aún persisten importantes desafíos en materia de calidad tanto en los países más desarrollados como en los países en vías de desarrollo. Este documento propone cinco líneas estratégicas de acción para el mejoramiento de la calidad de la atención sanitaria y la seguridad del paciente, con énfasis en los grupos poblacionales más vulnerables. Igualmente, propone la creación de un observatorio regional de calidad que acompañe a la formulación consensuada de una estrategia regional en materia de calidad

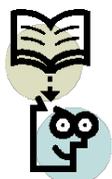


CALIDAD:

La Calidad es aquella cualidad de las cosas que son de excelente creación, fabricación o procedencia, Calidad describe lo que es bueno, por definición, todo lo que es de calidad supone un buen desempeño. Todo lo que posee un cualitativo de calidad supone que ha pasado por una serie de pruebas o referencias las cuales dan la garantía de que es óptimo. Sin embargo esta es la definición directa, producto de la generalización de lo bueno y bonito que la sociedad ha categorizado, la mirada indirecta nos arroja una definición más general.

La calidad es aquella condición del producto ya realizado la cual nos indica que tan bueno o malo puede ser La atención sanitaria de calidad deficitaria impone una carga negativa muy significativa a la sociedad y a los sistemas sanitarios. La falta de calidad se manifiesta de múltiples formas incluyendo:

- a) Servicios de salud inefectivos, es decir, que no alcanzan el resultado esperado en salud. Este problema se expresa en términos de injustificada variabilidad de la práctica clínica, aplicación de cuidados inoportunos o innecesarios, y un alto porcentaje de cuidados no consistentes con el conocimiento profesional actual. En el caso más extremo, la falta de calidad hace al servicio de salud inseguro ocasionando daño material o humano, situación que ha motivado un aumento de las demandas legales contra profesionales y servicios de salud, así los prestadores de servicios se sienten atacados y adoptan prácticas de medicina defensiva. A nivel regional, son ejemplos de lo anterior el excesivo número de casos de mortalidad materna y neonatal, de infección nosocomial, de uso irracional de medicamentos, y de fallos quirúrgicos.
- b) Servicios de salud ineficientes, es decir, con costes superiores a los necesarios para obtener el mismo resultado. Este fenómeno contribuye a un aumento excesivo del gasto en salud sin el correspondiente mejoramiento del desempeño de los servicios de salud. Ello supone un costo de oportunidad para el servicio sanitario, retrayendo recursos que podrían invertirse, por ejemplo, en incrementar la cobertura de los servicios a las poblaciones más desprotegidas. La baja capacidad resolutive del primer nivel de atención es un paradigma de ineficiencia por su repercusión en la presión sobre urgencias hospitalarias o en consultas en niveles de atención de mayor complejidad.
- c) La mala calidad se expresa también en limitada accesibilidad, con barreras administrativas, geográficas, económicas, culturales o sociales, e indiferencia respecto a la perspectiva de género en la provisión de servicios de salud. Esta situación se manifiesta en largas listas de espera, horarios de atención incompatibles con las posibilidades de consulta del usuario, distancias excesivas al centro de atención sanitaria, falta de medicamentos en los centros de atención, y oferta de servicios no adecuada al contexto/preferencias culturales y sociales del ciudadano.
- d) Finalmente, otra expresión de la falta de calidad corresponde a la insatisfacción de los usuarios y de los profesionales de salud con los servicios de salud. Los ciudadanos se quejan, por ejemplo, de maltrato, falta de comunicación e inadecuación de instalaciones de salud. Por otra parte los profesionales y trabajadores de salud sufren de desmotivación, sobrecarga de trabajo, y en los casos más extremos el síndrome de “burnout”, lo que contribuye aún más al deterioro de la calidad del servicio prestado.



Trabajo Práctico unidad I:

- Realizar primera lectura del material bibliográfico.
- Leer nuevamente el material, y marcar las partes que le parecen más relevantes o que determinan las ideas principales.

Responda:

1. Defina organización y cuál es su fin fundamental-
2. Enumere los distintos tipos de organizaciones.
3. Que se define como sistema de salud.
4. Cuáles son los eslabones fundamentales de un sistema de salud.
5. Cuáles son los modelos de atención o subsistemas en el sistema de salud de la argentina.
6. Que entiende como equidad, igualdad, universalidad, y accesibilidad sanitaria.
7. Cuáles son los niveles de atención de un sistema de salud, que acciones corresponde a cada uno de ellos y con qué parte del proceso de salud enfermedad lo relaciona.
8. defina calidad.
9. Cuáles son las acciones básicas de la calidad sanitaria y la seguridad del paciente.
10. Como está dividido el subsistema de salud pública de la provincia de Neuquén.

UNIDAD II

La comunicación: Proceso, principios, sistema, tipos, barreras, el rumor en la comunicación. Comunicación con personas difíciles. Mejoras en la comunicación.

COMUNICACIÓN:

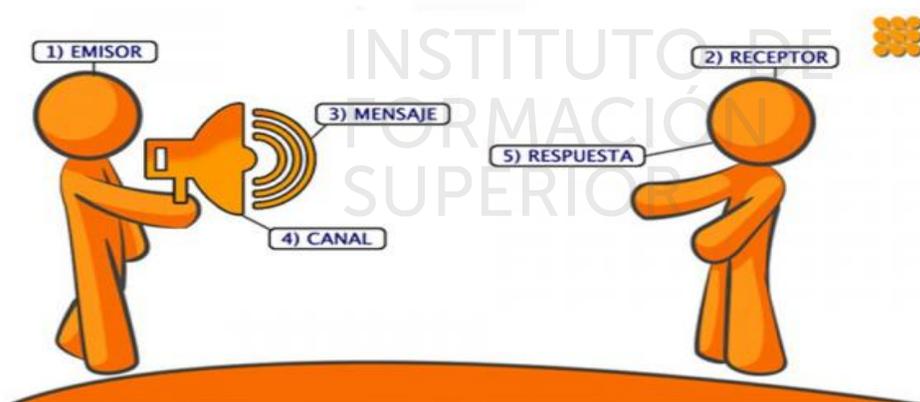
El término comunicación procede del latín “communicare” que significa “hacer a otro partícipe de lo que uno tiene”. La comunicación es la acción de comunicar o comunicarse, se entiende como el proceso por el que se transmite y recibe una información. Todo ser humano y animal tiene la capacidad de comunicarse con los demás. Pero, para que un proceso de comunicación se lleve a cabo, es indispensable la presencia de seis elementos: que exista un emisor; es decir, alguien que transmita la información; un receptor, alguien a quien vaya dirigida la información y que la reciba; y un canal de comunicación, que puede ser oral o escrito.



ELEMENTOS DE LA COMUNICACIÓN:

- Emisor
- Receptor
- Mensaje
- Canal
- respuesta

Los Elementos





Aporte de Cátedra

<https://www.youtube.com/watch?v=j-MtfYfxW9M>

PROCESO DE LA COMUNICACIÓN:

El proceso de comunicación presupone 6 pasos:

Ideación: inicia cuando el emisor decide compartir un mensaje con alguien, desarrolla una idea. Puede ser informar, persuadir, ordenar, interrogar, entretener. El emisor necesita tener un objetivo y pensar con claridad. En caso contrario, el mensaje será confuso.

Codificación: es exponer lo que se quiere comunicar en forma simbólica: escrita, hablado, o a través de conducta no verbal como gestos.

La trasmisión: debe superar interferencias como expresiones confusas, frases largas, ruido de fondo, escritura ilegible.

Recepción del mensaje: los sentidos del receptor se activan conforme recibe el mensaje transmitido. Existe la percepción selectiva, es decir que oyen las partes que quieren oír por ejemplo. La escucha deficiente es uno de los obstáculos más grandes en el proceso de la comunicación.

Decodificación: es decir la interpretación del mensaje por parte del receptor.

Respuesta o retroalimentación o feedback: es muy importante para el emisor, porque es la forma de transmitir que el mensaje fue interpretado adecuadamente y con exactitud.

PRINCIPIOS DE LA COMUNICACIÓN:

Personal: Este principio es uno de los más importantes para entender la comunicación humana, ya que incide en la diferencia existente entre cada persona. Así, cada uno se comunica desde su propia mentalidad, valores, creencias e intereses.

Omnipresente, inevitable e irreversible Se considera omnipresente porque todo el mundo está continuamente comunicándose, no importa si lo hace conscientemente o de manera no verbal. En cada momento se está transmitiendo información. Igualmente, esto hace que sea inevitable. No es posible existir sin que se esté produciendo este proceso comunicativo. Por último, es también irreversible, ya que una vez que se produzca la comunicación no se puede retirar, sino que sus efectos permanecen para siempre.

Predecible: Aunque en ocasiones es invisible, incluso para el propio emisor, la comunicación humana siempre tiene un propósito. En el momento en el que se interactúa, siempre se hace por algún motivo, ya sea conseguir algún beneficio, alguna amistad, solicitar algo, etc...Es por eso por lo que se dice que es predecible, ya que no existe la comunicación sin objetivos.

Es continua, dinámica y transaccional: La comunicación nunca empieza de cero, sino que tiene unos antecedentes y, a la vez, servirá para la siguiente comunicación. Ese es el motivo por el que se considera que es continua. Precisamente esta continuidad también la convierte en dinámica, ya que está siempre funcionando y evolucionando, sin detenerse nunca. Para terminar, todo ese proceso continuo y dinámico hace que sea también transaccional, con todos los elementos presentes relacionados entre sí.

Verbal y no verbal: En muchas ocasiones solo prestamos atención a la comunicación verbal, esto es, a lo que decimos con palabras. Pero existen otras señales que ofrecen mucha información sobre nosotros, comunicando nuestro estado de ánimo o lo que queremos en cada momento. Se trata de la comunicación no

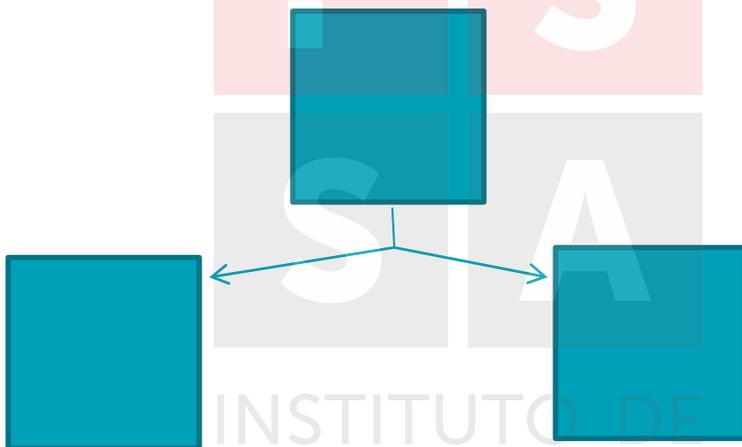
verbal. Se puede dar a través de gestos, de la posición que adoptemos con nuestro cuerpo o, incluso, de la ropa que nos pongamos. Todo ofrece información que se da y se recibe inconscientemente.

Contenido y relaciones interpersonales: Estos dos conceptos están totalmente relacionados. En resumen, el contenido de las conversaciones está muy marcado por la relación que se tenga con los sujetos con los que se comunique. No será lo mismo lo que se habla con un amigo que con un desconocido, ni lo que se diga a un hijo que a una madre.

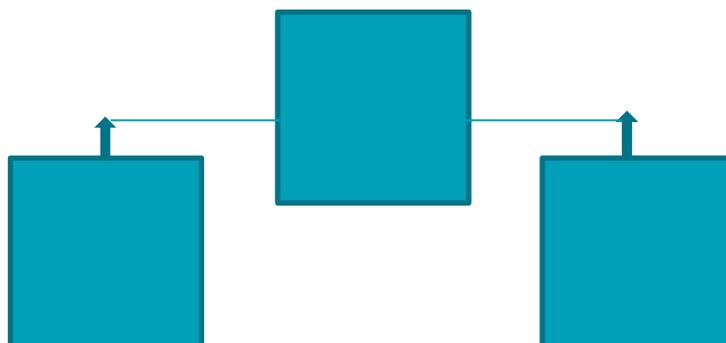
Inteligibilidad: Este principio es otro de los más importantes a la hora de que la comunicación sea efectiva. De esta forma, todos los que participen en el proceso deben ser capaz de entenderse. Para ello necesitan compartir una serie de signos para que lo que se expresa llegue a cada parte. El ejemplo más claro es el idioma. Si no se entiende la lengua en la que el emisor está hablando, la comunicación no será efectiva. Otro ejemplo serían los signos que se realizan en algunos juegos de cartas para decirle al compañero que jugada se va a realizar. Es necesario que ambos conozcan el significado de esos signos, porque si no la comunicación se rompe.

SISTEMA DE COMUNICACIÓN: o redes de comunicación.

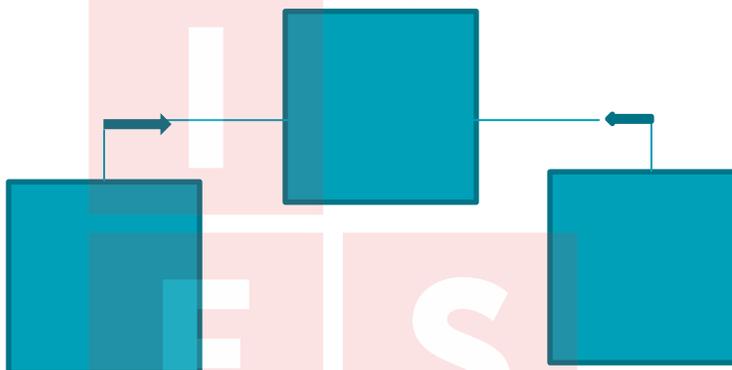
Comunicación descendente: es decir desde el director, jefe, líder hacia abajo.



Comunicación ascendente: las técnicas de gestión más actuales incentivan a la delegación de la autoridad, con lo que aumenta el número de personas que participan en la toma de decisiones y se crea la comunicación ascendente.



Comunicación lateral: se establece entre departamentos o personal del mismo nivel jerárquico.



Trasmisión de rumores: comunicación informal: las técnicas informales de comunicación, coexisten con los canales formales, y se conocen como trasmisión de rumores. Es generalmente rápida, y está sometida a una considerable distorsión. Progresan en todas las direcciones.

BARRERAS PARA LA COMUNICACIÓN:

Primera barrera: Confundir la cantidad con la calidad de la información. No saber dosificar la información y pensar que comunicar es contar todo a todos en todo momento, inundando y saturando todos los canales y a todos los receptores. Trasladar todo un conjunto de datos no significa que se informe adecuadamente.

Segunda barrera: En los hospitales es muy frecuente que los profesionales sanitarios se identifiquen más con su Servicio o Unidad que con el hospital. Esto hace que el sentido de la comunicación interna sea distinto cuando hablamos dentro de un Servicio o Unidad que cuando hablamos del hospital en su conjunto. Esto tiene diferentes implicaciones, la más importante que las informaciones que proceden de fuera son tamizadas por la desconfianza hacia el exterior

Tercera barrera: La falsa confianza en que ya tenemos en el hospital canales adecuados y útiles de información. Confundir tener un canal con que este canal sea el adecuado es muy frecuente. Normalmente los directivos están mucho más satisfechos de los estilos canales y resultados de la comunicación que el resto de profesionales del hospital, especialmente de los médicos. El principal problema de esto es que a juicio de los profesionales la información “no les llega”.

Cuarta barrera: Las propias habilidades de quien comunica. No es fácil comunicar y menos hacerlo de forma efectiva. Directivos y staff rara vez se designan por sus habilidades comunicativas. La comunicación entre profesionales y con pacientes aunque es objeto de formación también sabemos que debemos esforzarnos por mejorarla.

Quinta barrera: Generar y generar canales y canales de comunicación sin un plan concreto, objetivos, fines, análisis del contexto, pensando que de esta forma se mejora la comunicación en el hospital. Al final se

genera más confusión en un paradigma del gestor bien intencionado que finalmente actúa mal queriéndolo hacer bien.

Sexta barrera: Informar de planes, de actividades, etc. pero olvidarse de informar de lo que se logra, de los resultados que entre todos se han ido alcanzado. Muchas veces se olvida lo importante que es para cohesionar al grupo hacerle partícipe de los logros que como colectivo alcanza.

Séptima barrera: Comunicar sin pensar en qué condiciones, en qué momento, desde qué perspectiva el receptor/es recibirá esta comunicación. Muchas veces aunque se critica cuando uno es el receptor se olvida de este sencillo aspecto cuando es emisor y no se tienen en cuenta preferencias, costumbres y necesidades de información y canales por los cuales un receptor/es recibe información

Octava barrera: Comunicar tarde y mal. Contar lo que todos ya saben no crea conciencia de grupo. La comunicación efectiva intenta “adelantarse” a situaciones que van a ir produciéndose y, por tanto, debe sumar innovación y utilidad para seguir “resultando atractiva”. Si lo que se comunica ya se conoce, el canal y el informador pierden relevancia

COMUNICACIÓN CON PERSONAS DIFICILES:

Hostiles, agresivas
Explosiva
Demandantes.
Pensadores negativos.
Pasivas.
Excesivamente complacientes.

La Comunicación Interna en el hospital

Toda organización o institución está permanentemente trasladando información de cómo es a distintos tipos de públicos tanto externos como internos. Si tenemos un propósito en la comunicación y la planificamos, podremos orientar su sentido. Los hospitales son fuentes inagotables de información. La comunicación interna en estas instituciones se apoya en dispositivos de gestión orientados a dar respuesta organizacional a las relaciones en el ámbito laboral, a la vez que promover la identificación, integración y cohesión del personal que genere un clima de confianza mediante el funcionamiento de un buen sistema de gobierno institucional. En este trabajo, se plantean los potenciales beneficios de instaurar un apropiado sistema de comunicación interna, sus objetivos, finalidad y alcance para difundir los valores de la cultura de la organización, reforzando la estrategia, afianzando el compromiso profesional e impulsando el proyecto de gestión a nivel meso y micro institucional.

Hablamos de comunicación interna para referirnos a la comunicación que se genera y se consume dentro del propio hospital. La diferenciamos de la comunicación externa tanto en el origen de la comunicación como en el destinatario de la misma.

Canales y estrategias de comunicación interna

Cuando pensamos en comunicación interna debemos pensar en una doble dirección. De dirección y staff hacia otros colectivos y de estos diferentes colectivos hacia la dirección y staff.

Reuniones.
Circulares.
Asambleas.
Carteleras.
Revista cooperativa.

Asambleas.
Encuestas.
Buzón de sugerencias.
Sistema de notificación de incidentes.
Sitio web institucional y la intranet.
Correo electrónico.
Redes sociales.

MEJORAS EN LA COMUNICACIÓN:

Establecer un equipo de trabajo multidisciplinar, para identificar y centrarse en objetivos concretos, entre los que podrían encontrarse los siguientes:

Identificar destinatarios del plan de comunicación

Definir alcance de la estrategia de comunicación

Identificar y poner a punto canales de comunicación efectivos

Conocer el punto de vista de los profesionales sobre la comunicación en el departamento y sobre temáticas de su interés Como ejemplo de grupos de interés en el hospital para un plan de comunicación interna podríamos considerar:

1. Pacientes ingresados y sus familiares o cuidadores
2. Profesionales sanitarios del hospital
3. Profesionales no sanitarios del hospital
4. Residentes de especialidades con acreditación docente en el hospital
5. Empleados de empresas con contrato vigente en el hospital
6. Sociedades Científicas y colegios profesionales vinculados con los profesionales del hospital
7. Estudiantes universitarios que realizan sus prácticas en el hospital
8. Servicios Centrales de la Comunidad Autónoma
9. Staff y directivos del hospital

Cada uno de estos grupos puede requerir de un tipo distinto de contenidos de comunicación y, casi seguro, de canales para recibir esas informaciones. La actual evolución de las tecnologías de la información, sumado a la reducción presupuestaria y las perspectivas derivadas de la actual crisis económica y financiera, invitan a una profunda revisión de los canales que podemos incluir en nuestro plan de comunicación buscando asegurarnos de su efectividad a un coste razonable.

Por otro lado, hay algunas situaciones especiales que deben considerarse o que pueden asociarse a este plan:

- Plan de Formación interno,
- Plan de recepción a nuevos profesionales
- Indicaciones sobre cómo comunicar malas noticias a los pacientes o sus familiares
- Cómo unificar estilos para la difusión científica de resultados



TRABAJO PRACTICO N°2

A Partir de la lectura del material, responda las siguientes consignas.

Defina comunicación.

Enumere los elementos necesarios para que haya comunicación.

Une con flechas, relacionando los principios básicos de la comunicación.

Personal	se comunica permanentemente
Omnipresente	existen muchas señales que comunican
Predecible	se comunica desde la individualidad
Continua	sin ella no es efectiva la comunicación
Verbal/ no verbal	es distinto según el interlocutor
Contenido y relaciones interpersonales	siempre tiene un objetivo
Inteligibilidad	tiene antecedentes.

De un ejemplo de comunicación ascendente, descendente y lateral en el ámbito áulico.

UNIDAD III

Los servicios de enfermería: características y funcionalidad. EL PNGCAM: pautas y normativas para el funcionamiento de los servicios de salud; los manuales de procedimientos, normas instructivas: características, clasificación y diseño. El ITAES y su intervención en las instituciones de salud privada.

LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA:

Los servicios de enfermería hospitalaria en América Latina se enfrentan con el problema de tratar de satisfacer la creciente demanda de servicios y conocimientos técnicos exigidos por la medicina moderna. La escasez de personal debidamente formado, la insuficiencia de recursos económicos para obtener equipo, suministros y buenas condiciones de trabajo, y la falta de instalaciones físicas adecuadas son problemas ampliamente conocidos en el mundo.

INTEGRANTES DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA:

El servicio de enfermería es el de mayor cantidad de integrantes de los servicios de una institución de salud, ya sea pública o privada.

Cuenta con:

1. Nivel profesional de enfermería: licenciadas y enfermeras
2. Nivel auxiliar: auxiliares de enfermería.
3. Especialistas.

FUNCIONES DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA:

En cualquier medio donde desempeñe su trabajo una enfermera se da la combinación de estos tipos de funciones. Así mismo las enfermeras/os desempeñan actividades:

1. Asistenciales
 - En Atención Primaria
 - En Atención Especializada
 - En los Servicios de Urgencias
2. Docentes
3. Administrativas
4. Investigadoras

MODELOS ORGANIZATIVOS EN UNIDADES ASISTENCIALES. DISTRIBUCIÓN DE ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA. LA NORMALIZACIÓN DEL PROCESO ASISTENCIAL.

En la literatura relacionada con gestión de servicios de Enfermería se encuentran distintos sistemas de organización en la prestación de cuidados. A continuación detallamos los más significativos.

- Por distribución de tareas o modelo funcional: Se trata de un sistema de prestación de cuidados centrado en los aspectos técnicos del cuidar. Las enfermeras se organizarían en función de su nivel de competencias. En general, hay una enfermera de nivel universitario para un número elevado de pacientes y el resto de cuidados, los administran enfermeras de menos cualificación o personal auxiliar. En este modelo, la supervisora, adopta un rol como autoridad responsable de la organización, decisión y asignación de las tareas.
- Modelo de prestación de cuidados en equipo. El liderazgo y prestación de cuidados se centran en el paciente tratando de responder a las necesidades de cuidados reduciendo la variabilidad y la fragmentación del cuidado. El equipo lo integran una enfermera universitaria y una de menor cualificación.
- Modelo de prestación de cuidados por paciente. También conocido como modelo primario, se centra en la gestión de cuidados y en la prestación profesional de los mismos. La atención parte de las necesidades del mismo paciente y desde la perspectiva de que la enfermera facilitara al paciente las herramientas que el cuidado.
- Modelo enfermera de referencia. En este modelo, la enfermera se responsabiliza del cuidado del paciente desde su llegada a un centro hospitalario hasta el retorno a su medio de vida habitual, con un enfoque educacional, de prestación en equipo, investigador e innovador. La enfermera de referencia se convierte en la responsable de un número de pacientes no superior a 6, dando respuesta a todo lo relacionado con el cuidado de su salud, educación, familia y entorno. Para llevar a cabo la completa puesta en práctica de este modelo de prestación, es necesario un rediseño de la organización ya que va más allá de la mera atención o asignación enfermera/paciente.

También encontramos:

- Enfermera en control de infecciones (ECI)
- Enfermeras especialistas en neonatología y/ o terapia intensiva.
- Enfermera clínica, especialista en diabetología.

PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MÉDICA

El decreto 1.269/92 establece las Políticas Sustantivas e instrumentales de la Secretaría de Salud del Ministerio de Salud y Acción Social, la primera de las mismas se propone lograr la plena vigencia del Derecho a la Salud para la población para alcanzar la meta de Salud Para Todos, con la implementación de un sistema basado en criterios de equidad, solidaridad, eficacia, eficiencia y calidad. La segunda política sustantiva propone mejorar la accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención médica mediante la extensión de la cobertura. La tercera se propone disminuir los riesgos evitables de enfermar y morir, mediante acciones

sanitarias de promoción y protección de la salud, especialmente dirigidas a poblaciones en situación de riesgo. La última plantea redefinir y orientar el rol del Sector Salud del Estado, fortaleciendo el proceso de federalización y descentralización. En el marco de este decreto se dicta la Resolución 432/92 SS, a fin de cumplimentar la política sustantiva que consiste en mejorar la accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención médica, se crea el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica, que cuenta entre sus objetivos:

1. La categorización con criterio de riesgo, la habilitación según categoría de los establecimientos de salud y la acreditación de los mismos.
2. La certificación y recertificación de los distintos integrantes del Equipo Salud.
3. La elaboración de normas de organización y funcionamiento y de manuales de procedimientos de los Servicios de Salud.
4. La elaboración de algoritmos y guías diagnósticos y terapéuticos de los problemas sanitarios más frecuentes, basados en criterios de especificidad, sensibilidad y costobeneficio.
5. La elaboración de estándares de producción y rendimiento de los Servicios de Salud.
6. El asesoramiento y cooperación técnica a las jurisdicciones, a los establecimientos asistenciales y a las entidades que colaboren en el diseño de las normas y en los distintos aspectos relacionados con la implementación y desarrollo del Programa.
7. Establecimiento de los mecanismos de fiscalización que permitan evaluar el cumplimiento del Programa.
8. El análisis del impacto de los resultados alcanzados y del grado de satisfacción del usuario.

Acorde con estos objetivos, en el presente trabajo se ha ordenado la normativa en función de tres criterios:

- Normas de organización y funcionamiento.
- Normas de Diagnóstico y Tratamiento.
- Normas de Procedimiento.

Algunas de estas normas son anteriores a la implementación del Programa, y se incorporan posteriormente al mismo como una nueva resolución.

La resolución 149/93 MSAS del 1 de junio de 1993 implementa el Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica a partir del día del dictado de la resolución. En cumplimiento de la primer Política Sustantiva de Salud, el decreto 578/93 considera la necesidad de definir el rol del Hospital Públicos a fin que pueda cumplir con las funciones de promoción, prevención, asistencia, docencia e investigación de le son propias. Por ello se crea el Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA). La resolución 855/93 MSAS establece la obligatoriedad de la observación de los cuerpos normativos incorporados al Programa Nacional de Calidad de la Atención Médica por parte de las Obras Sociales pertenecientes a la Administración Nacional de Seguro de Salud, obligación que se extiende mediante el decreto 1424/97 a todos los establecimientos nacionales de salud, los sistemas nacionales de seguro de salud y de obras sociales, el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados, los establecimientos incorporados al Registro Nacional de Hospitales Públicos de Autogestión y los establecimientos dependientes de las distintas jurisdicciones provinciales y de la ciudad Autónoma de Buenos Aires y las entidades del sector salud que adhieran al mismo.

En el año 2000 se deroga el decreto 1269/92 mediante el decreto 455/2000, que aprueba el Marco Estratégico-Político para la Salud de los Argentinos cuyo propósito es lograr la efectiva aplicación y materialización del Derecho a la Salud satisfaciendo las necesidades de la comunidad a partir de los principios de Equidad, Solidaridad y Sustentabilidad de las acciones encaradas. Las estrategias delineadas en el decreto son dos: por un lado contribuir al desarrollo y fortalecimiento del sistema federal de salud, a partir

de un accionar basado en la concertación, y por el otro afianzar la Atención Primaria de la Salud y el sistema de Médicos de Cabecera en el ámbito nacional como una estrategia fundamental para mejorar la eficiencia de la asignación del gasto. Mediante este decreto se proponen nuevas Políticas Sustantivas. Ellas son:

Política Sustantiva Uno: UNIVERSALIDAD CON EQUIDAD.

Política Sustantiva Dos: FORTALECIMIENTO INSTITUCIONAL.

Política Sustantiva Tres: SALUD SOCIAL SOLIDARIA. Acorde con las estrategias delineadas, el decreto 436/2000 establece el Programa Nacional Médicos de Cabecera, con carácter de programa piloto, y dirigido a quienes no posean cobertura de salud de ningún tipo y no cuenten con otra posibilidad de atención.

INSTITUTO TÉCNICO PARA LA ACREDITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Es una asociación civil sin fines de lucro, fundada en diciembre de 1993, dedicada a todos los aspectos relacionados con la calidad y la atención de la salud de las personas.

Fue creada por las inquietudes de representantes de establecimientos de salud de todo el país, asociaciones de prestadores, entidades financiadoras de servicios de salud, sociedades científicas y expertos en calidad y seguridad en la atención.

Se propone brindar a la sociedad -y al sector salud en particular- un instrumento objetivo de evaluación externa conocido como acreditación hospitalaria, con el fin de garantizar la presencia de condiciones básicas de calidad y seguridad en los servicios, para satisfacer la confianza de los usuarios y de las entidades que les dan cobertura, a través de la verificación de estándares.

MISIÓN

Promover la calidad, la seguridad y el respeto por los derechos del paciente en el cuidado de la salud brindado por las organizaciones sanitarias, a través de la acreditación, estandarización, evaluación, investigación y capacitación.

VISIÓN

Ser una organización reconocida y referente para la acreditación de establecimientos de salud, en los ámbitos nacional e internacional en base a estándares propios y adaptados a la realidad regional.

VALORES

- * ÉTICA
- * HONESTIDAD
- * INTEGRIDAD
- * TRANSPARENCIA
- * INDEPENDENCIA
- * COMPROMISO
- * EXCELENCIA
- * INNOVACIÓN

ORGANIZACIÓN

Su órgano superior de gobierno es la Asamblea Anual, constituida por Miembros Institucionales o Personales, que establece las políticas de la institución, elige la Comisión Directiva, esta a su vez designa a los Comités de Dictámenes, Ejecutivo, Promoción y Dirección General.

El Staff de apoyo a la gestión está formado por: Dirección Técnica, Relaciones Institucionales, Administración, Secretaría General, Asesoría Legal y Auditoría Contable e Impositiva.

El ITAES de acuerdo a la RESOLUCIÓN MINISTERIAL 1924/06 forma parte de la Comisión Nacional de Evaluación Externa creada con el objetivo de:

- * Generar y efectuar un seguimiento de los registros de instituciones de evaluación externa y de Establecimientos y Servicios de Salud que hayan sido evaluados.
- * Determinar los requerimientos y/o estándares básicos indispensables en los procesos de evaluación externa.
- * Asesorar al Ministerio de Salud en la autorización y reconocimiento de entidades de evaluación externa en Servicios de salud.
- * Supervisar el funcionamiento general del sistema y efectuar las actualizaciones que se consideren pertinentes



TRABAJO PRÁCTICO 3

- Leer el material.
- Confeccionar en grupo no más de 6 integrantes, un instrumento de recolección de datos, tendientes a obtener información acerca de los servicios de enfermería de las instituciones de salud públicas y o privadas de la ciudad o de la ciudad que el grupo elija.
- Debe contar una breve descripción de la institución de salud que elija el grupo. Reconociendo el nivel de complejidad (unidad I).
- El instrumento debe preguntar: cantidad de camas, cantidad de lic. En enfermería. Enfermeras y auxiliares de enfermería. Canales de comunicación que poseen. Modelo de atención de pacientes.

UNIDAD IV

Gestión y liderazgo: Liderazgo, definición, modelos de liderazgo. Poder, definición, tipos, fuentes, uso del poder. Grupos: características de los grupos, dinámica. Que observar en un grupo. Grupos comunes en enfermería.

GESTION Y LIDERAZGO:

LA GESTIÓN Y LIDERAZGO EN ENFERMERA EN LOS SERVICIOS DE SALUD



<https://www.grin.com/document/423557>

La administración es un proceso de planificar, organizar, dirigir, controlar todos los recursos que pertenecen a una organización con la finalidad de alcanzar los objetivos propuestos.

La gestión se utiliza para referirse a un conjunto de acciones que permite la realización de cualquier actividad. Es decir, se llevan a cabo con la finalidad de resolver una situación. Se debe de llevar una buena organización de acuerdo con las actividades a desarrollar del personal de enfermería sean enfocados principalmente a las necesidades de cada paciente para ofrecer una atención de calidad. La enfermera que practica cuidados directos a los enfermos es responsable de ellos a través de la delegación de algunas actividades con otros trabajadores auxiliares, teniendo como resultado un trabajo con eficacia y eficiencia.

Estos cuidados van desde la práctica más sencilla hasta las técnicas más sofisticada, siendo su incumbencia la mayoría de la atención que recibe directamente un usuario tanto a nivel hospitalizado como en el de atención primaria. La enfermera es la principal fuente de información directa acerca de la situación del paciente en los servicios de salud.

Por otra parte desempeñan en la institución sanitaria actual varios papeles de forma simultanea: subordinados, superiores, representantes del servicio o de la empresa y en tres condiciones demuestran distintos grados y aspectos de responsabilidad, que requieren conocimientos, habilidades y destrezas y variados. Las enfermeras que ocupan puesto de gestión deben de cumplir ciertas reglas, cumplir con las metas de la organización y de la división de enfermería, mantener la calidad de la atención al usuario de acuerdo con las condiciones existentes , potenciar la motivación de los trabajadores del servicio, incrementar las capacidades de los colegas y de los subordinados , desarrollar un espíritu de trabajo en equipo y una alta moral de trabajo, responder a las necesidades de cambio de la organización y del personal, impulsándolas cuando sea necesario.

Otra de las tareas de los gestores es elaborar normas para el personal, y también para la realización del proceso de atención y de protocolos, con el propósito de ayudar a organizar de manera uniforme el trabajo de los enfermeros, de igual manera marcar un lineamiento para que los demás trabajadores sigan lo señalado y ofrecer un trabajo de calidad al usuario. Una vez redactado, deben ser difundidos para su conocimiento y aceptación por parte de todo el personal relacionado con su cumplimiento y el grupo de normalizador debe mantenerse trabajando en la observación del seguimiento de la norma o estándar y, si fuera preciso en su revisión o reformulación. El gestor define cuales son los recursos adecuados a la prestación establecida como idónea, tanto los materiales como los recursos humanos y reducción de costos con los mantenimientos de un servicio adecuado. En relación con el personal, el gestor de enfermería debe de atender varios aspecto entre ellos está la dotación de personal adecuado para los procesos asistenciales diseñados y las tareas a desempeñar, creación de un ambiente de trabajo favorable y asegurar la calidad de los cuidados, de la misma manera defiende los derechos de los usuarios que será respetada dependiendo de sus valores, creencias, confidencialidad etc.ndo sea necesario.

EL LIDERAZGO EN ENFERMERÍA:



<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2013/ene132f.pdf>

El liderazgo es un componente esencial de la gestión. Preparar a enfermeras líderes para la Enfermería comprende las actividades de instruir a otras personas, crear un entorno y condiciones para el perfeccionamiento constante y la calidad de los cuidados. El liderazgo a través de las asociaciones

profesionales de enfermeras mejora la profesión y la sitúa estratégicamente para influir en la planificación y en la política de salud. El liderazgo en Enfermería debe fomentar la realización de las tareas y cuidados, minimizando los riesgos y obstáculos ante metas previstas en los planes operativos, y, de igual manera, ayudar al equipo de enfermería a evaluar las necesidades reales y potenciales a las que se exponen en su desempeño profesional, así como la búsqueda de alternativas que permitan dar soluciones gremiales e institucionales para generar trabajos más productivos dentro del contexto costo-beneficio y la globalización de la economía.

CLASIFICACIONES DE LOS ESTILOS DE LIDERAZGO



<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2013/ene132f.pdf>

Se han usado muchos términos para definir los estilos de liderazgo, pero tal vez el más importante ha sido la descripción de los tres estilos básicos:

- Líder autócrata. Se caracteriza por tomar decisiones sin consultar a sus subalternos manteniéndose alejado del grupo.
- Líder participativo. Incorpora al grupo en las decisiones y en las actividades.
- Líder de rienda suelta o despreocupado. De acuerdo con la percepción de los subalternos, es fundamentalmente pasivo.



CUALIDADES DE UN LÍDER SANITARIO

Son muchas las características y habilidades que se pueden nombrar y definir para un líder sanitario, enfermero. De entre todas ellas destacamos.

- Brillante. Destaca de entre los demás.
- Visión de futuro.
- Innovador.
- Activo.
- Proactivo.

- Comunicador.
- Convincente.
- Exigente consigo mismo y con lo demás.
- Carismático.
- Asume la crítica.
- Gestiona el fracaso.
- Toma decisiones.
- Adecua los riesgos.
- Gestiona los miedos propios y los de los demás

PODER:

El poder y la autoridad están íntimamente relacionados y muchas veces se confunden, poder es la capacidad para influenciar en el otro, mientras que autoridades el derecho a dirigir a otros. El poder de una persona puede ser mayor o menor que la autoridad de su cargo.



FUENTES Y USO DEL PODER:

- Poder de recompensa: incluyen dinero, pautas de trabajo deseadas, asignaciones o reconocimiento de los logros.
- Poder de coerción: se basa en el miedo, en el castigo.



- Poder legítimo: es el poder que se le confiere por el cargo.
- Poder referente: es espontaneo, cuando se identifica alguien como líder por admiración, por sentimiento.
- Poder de experto: por la experiencia, la información.
- Poder de conexión: dentro y fuera de la organización.
- Poder carismático: creado por una persona popular, poderosa, amable.
- Poder personal: están relacionadas las fuentes de poder con lo personal y no con el poder de la posición. La educación, la experiencia, el impulso, las cualidades.
- Poder interpersonal: es el poder de las conexiones, de la información, es el poder de los grupos.
- Poder y sexo



GRUPO:

La palabra grupo deriva del concepto italiano gruppo y hace referencia a la pluralidad de seres o cosas que forman un conjunto, ya sea material o mentalmente considerado. El término se utiliza en distintos ámbitos, como en las matemáticas, la astronomía, la química, la sociología, la informática y la música.

El conjunto de, por lo menos dos individuos, que interactúan entre sí y comparten objetivos en común se denomina grupo. **GRUPOS PRIMARIOS**: La característica principal de este tipo de grupos es la forma en la que interactúan sus miembros. Los grupos secundarios están compuestos, a su vez, por varios grupos primarios.

ETAPAS DE UN GRUPO



https://www.gerza.com/articulos/aprendizaje/todos_articulos/28_trabajo_observacion.html

Son todos los estados por los que transita un grupo. Pichón Rivière decía que todos los grupos atraviesan por las siguientes etapas:

- Formación del grupo: uno unos objetivos comunes
- Conflicto de intereses entre los miembros del grupo
- Organización interna, diferenciando las tareas, responsabilidades y derecho
- Integración de los miembros del grupo.

Etapas de Formación

Es la etapa inicial del grupo, cuando aún estos no poseen bien definido un objetivo o tarea común.

Etapa de Conflicto

Es la etapa en la cual cada miembro del grupo define su rol al interior del mismo y las tareas que deberán cumplir. Es en esta etapa de conflicto, producto del choque de intereses, en donde se manifiestan los pares contradictorios, que son sensaciones opuestas que percibe el individuo. Los pares contradictorios más comunes son:

Lo nuevo, lo viejo

Proyecto, resistencia al cambio

Cooperación, competencia

Individuo, grupo

Necesidad, satisfacción

Lo latente Lo manifiesto

Los dos últimos pares, no dependen solo de uno mismo, sino también de los otros.

Organización Interna

Es la etapa en la cual los roles ya se encuentran distribuidos, los conflictos de intereses se encuentran mas o menos resueltos y aparecen las primeras sensaciones de que para poder sobrevivir hay que buscar intereses comunes y actitudes de solidaridad. Para que este rol solidaria sea operativo, deben darse en conjunto las siguientes orientaciones para la acción:

- Si puedo
- Si quiero
- Si me dejan

Integración

Es la etapa en la cual nace el sentido del "nos", donde el grupo ya se ha consolidado como tal, y se logra realizar la tarea que posibilita alcanzar el objetivo.

DINAMICA DE LOS GRUPOS:

La dinámica de grupo, es una designación sociológica para indicar los cambios en un grupo de personas cuyos participantes buscan poder afianzar sus relaciones mutuas, ya que son importantes, hallándose en contacto los unos con los otros, y con actitudes colectivas, continuas y activas.

Como todo hecho de la realidad, un grupo se presenta en un encuadre (o contexto). El encuadre está compuesto por Tiempo, Espacio, y Objetivos / Función. Es lo que relaciona al grupo con la tarea; ella se activa bajo las constantes espaciales, temporales y funcionales.

DINÁMICA DE GRUPOS. GUÍA DE OBSERVACIÓN GRUPAL: QUÉ OBSERVAR

1. Las unidades de medida suelen ser:

- Ocurrencia: Si el fenómeno se da o no.
- Frecuencia: Cuántas veces se da.
- Latencia: Tiempo entre el estímulo y la respuesta.
- Duración: Tiempo que dura el fenómeno.
- Intensidad: Fuerza del fenómeno.

2. En cuanto a la evaluación de las técnicas grupales también destaca:

- Participación: Distribución de la participación, cómo acepta el grupo las ideas de cada miembro, interrupciones, quiénes, cuándo, por qué, tipos de silencio en el grupo... ¿quién participa más? ¿Quién participa menos? ¿Cómo interpreta el grupo su silencio? ¿Quién habla con quién?.

- Patrones de comunicación: Claridad de las ideas, valores y sentimientos, quiénes hablan, a quiénes se dirigen, tono de las intervenciones, comunicación no verbal (postura, gestos, miradas), se expresa lo que realmente se piensa o se siente, existe sinceridad.
- Cohesión del grupo: Espíritu de grupo, existe unión, metas del grupo antes que metas personales, existencia de subgrupos y cómo afecta al grupo.
- Subgrupos: Existencia de subgrupos, criterios de formación de subgrupos (afinidad, proximidad geográfica y convivencia, intereses comunes), permeabilidad de los subgrupos, motivos de enfrentamiento entre subgrupos.
- Clima del grupo: Libertad para expresar lo que se siente, ambiente socio-emocional, grado de aceptación, expresividad de ideas, sentimientos.
- Normas del grupo: Modos de comportarse del grupo, interrupciones, pueden discutirse los temas, el sentido de la responsabilidad.
- Procedimientos del grupo: Manera de lograr los objetivos, cómo fija el grupo las tareas, quiénes preparan las decisiones, cómo se preparan, estilo de toma de decisiones, modo de evaluar el trabajo.
- Liderazgo: Quiénes y cómo se ejerce el poder en el grupo: Tipo de liderazgo, personas a quienes se presta más atención, influencia del líder en las decisiones del grupo.
- Conductas de los miembros: Modo de compartir responsabilidades del grupo, relativo a la tarea y al mantenimiento de la unidad.
- Modos de relación de los miembros entre sí: Quién rechaza a quién, grado de ayuda mutua, grado de reconocimiento, reducción de la tensión en el grupo.
- Conflictos: Modo de resolver los conflictos que surgen en el grupo, se cambia de tema cuando es conflictivo, hablar mucho para convencer a los demás, gritar, hacer chistes, tomárselo a broma, votar.

UNIDAD V:

Departamentos de enfermería: estructura organizativa y jerárquica. Organización interna de los servicios de enfermería. Planificación, organización, motivación, control. Gestión del cuidado. Capacitación y educación continua en enfermería. El cuidado enfermero: indicadores para medir la carga de trabajo en enfermería y el ratio enfermero/paciente.

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA:

El Departamento de Enfermería es la estructura organizativa que tiene la responsabilidad de administrar la enfermería en todos los niveles de atención. Está integrado por todo el personal de enfermería profesional y auxiliar.

- Presta atención los 365 días del año.
- Tiene la mayor cantidad de personal de una institución.
- Absorbe un alto presupuesto.
- Integra las acciones de salud en la atención de un paciente.

En la organización se aplican los principios de la administración en forma clara y precisa. De su debido cumplimiento depende el éxito de un departamento, estos son:

1. División del trabajo.
2. Autoridad y responsabilidad.
3. Disciplina.
4. Unidad de mando.
5. Unidad de dirección.
6. Subordinación de intereses individuales en general.
7. Remuneración.
8. Centralización.
9. Cadena de mando.
10. Orden.
11. Equidad.
12. Estabilidad en la permanencia del personal.
13. Iniciativa.
14. Espíritu de equipo.

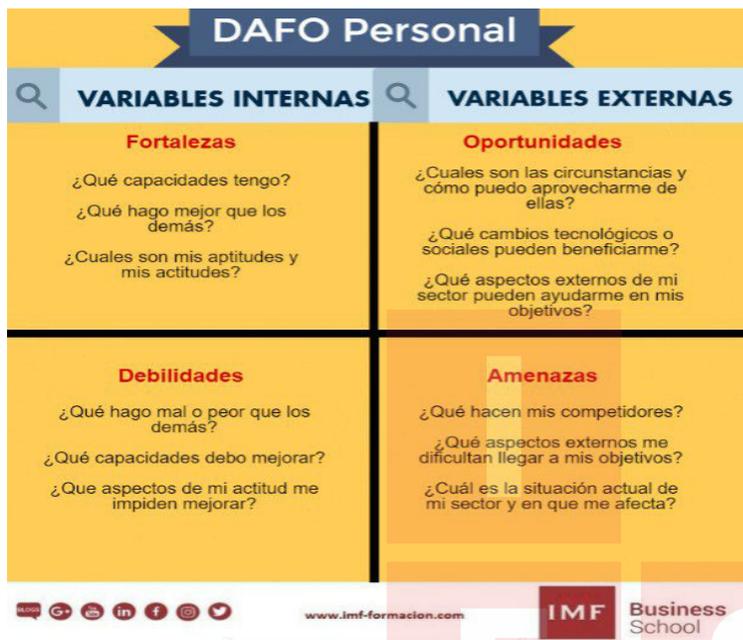
JERARQUIA EN ENFERMERIA

Jerarquía En general, el concepto de jerarquía designa una forma de organización de diversos elementos de un determinado sistema, en el que cada uno es subordinado del elemento posicionado inmediatamente por encima. El concepto de jerarquía también es ampliamente aplicado a la gestión de las organizaciones para designar la cadena de mando que comienza con los gestores de alta dirección y sigue hasta los trabajadores no gestores, pasando, sucesivamente, por todos los niveles de la estructura organizacional.

PLANIFICACION:

Existen 2 tipos de planificación organizativa:

- La planificación estratégica que abarca un periodo de 3 a 5 años, comienza con el análisis en profundidad de los puntos fuertes y débiles de (FODA) del entorno interno de la organización, así como de las oportunidades y amenazas externas



- La planificación operativa: a corto plazo.es habitual que el personal de enfermeria intervenga más en la planificación operativa, establece las necesidades para el funcionamiento de servicio o unidad y los objetivos para mejorar la calidad del año que está a punto de empezar, generalmente basada en el presupuesto anual.

“Mantén siempre los ojos en las estrellas y los pies en la tierra”
Anónimo

PLANIFICACION ESTRATÉGICA

Es importante que los administradores de más alto nivel se comprometan con la planificación estratégica, para que todos los departamentos lo sientan como una necesidad y no como una carga más de trabajo. Se debe conocer la misión, visión de la institución, para poder establecer los objetivos y los proyectos basados en ellos.

Ambos conceptos juegan un papel importante como aspectos psicológicos y organizativos en cualquier estrategia a largo plazo, sea esta empresarial, política, personal, etc.

Una vez que se tiene un objetivo determinado, ambos conceptos permiten situarse en el presente (misión) y proyectarse hacia el futuro (visión) desde el plano racional, ya que permite vincular medios y fines, y también desde el emocional, ya que permite inspirar e incentivar a actuar incluso en situaciones desfavorables.

MISION



<https://concepto.de/mision-y-vision/#ixzz5iArRImGf>

La misión de una empresa, depende de la actividad que la organización realice, así como del entorno en el que se encuentra y de los recursos de los que dispone. Si se trata de una empresa, la misión dependerá del

tipo de negocio del que se trate, de las necesidades de la población en ese momento dado y la situación del mercado.

VISION

Depende de la situación presente, de las posibilidades materiales presentes y futuras tal y como las perciba la organización, de los eventos inesperados que puedan ocurrir y de la propia misión que ya se haya planteado.

PROCESO DE PLANIFICACION:

Se debe comenzar con la evaluación del entorno externo para identificar las oportunidades y amenazas, mientras que con la evaluación del entorno interno de la organización, se pretende identificar los puntos fuertes y débiles de esta.

Pasos del proceso de planificación:

- Evaluación externa: oportunidades y amenazas.
- Evaluación interna: puntos fuertes y débiles de la organización.
- Prioridad de temas y programas estratégicos: visión: valores, misión: filosofía.
- Metas: estratégicas: de organización.
Operativas: de división/ departamento, o de unidad.
- Objetivos.
- Estrategias: fechas y responsabilidades concretas de cada persona.
- Planes
- Procedimientos.
- Puesta en práctica.
- Evaluación.

FODAS PARA EL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

FORTALEZAS	DEBILIDADES	OPORTUNIDADES	AMENAZAS
Desarrollo de la gestión.	Escasez del personal	Posibilidad de contratar a nuevas enfermeras	Disminución del grado de satisfacción de los pacientes
Cualificación profesional del personal.	Situación económica	Normas para referir a los pacientes.	Escasez de enfermeras
Experiencia del personal.	Esfuerzo para realizar el marketing	Diversificación	Disminución de la demanda de servicios
instalaciones		Mejora de las tecnologías	competencia
Calidad de los servicios		Nuevas instalaciones y propiedades	Demandas judiciales
Ubicación de la organización			Actividad de los sindicatos
			Perdida de la acreditación.

METAS Y OBJETIVOS:

Sirven para establecer las acciones que han de realizarse.

Cuanto más cuantificable sea la meta, más probabilidad hay que el personal de la organización quiera llegar a su consecución y existen menos probabilidades de que sea distorsionado o mal interpretado.

PROCEDIMIENTOS:

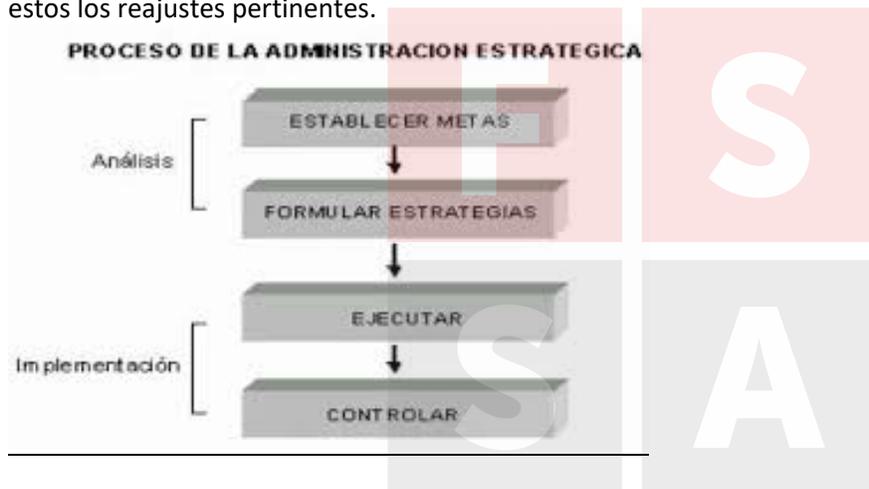
Los procedimientos constituyen una guía para la acción específica. Ayudan a conseguir un mayor grado de regularidad. Pueden ser intradepartamentales o interdepartamentales.

Evita errores en la implementación. Disminuye costos

EVALUACION O CONTROL:

Como parte fundamental de la planificación, se debe evaluar el recurso humano, el recurso material, para poder implementar los cambios o mejoras en la planificación.

Implica establecer mecanismos de evaluación continua, el control se logra mediante retroalimentaciones periódicas y exámenes de seguimiento que permitan comparar los resultados con los planes e introducir en estos los reajustes pertinentes.



GESTION DEL CUIDADO ENFERMERO

Función propia de la enfermería. Para ella la enfermería es: “Ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyan a su salud y su bienestar, recuperación o a lograr una muerte digna. Actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios.

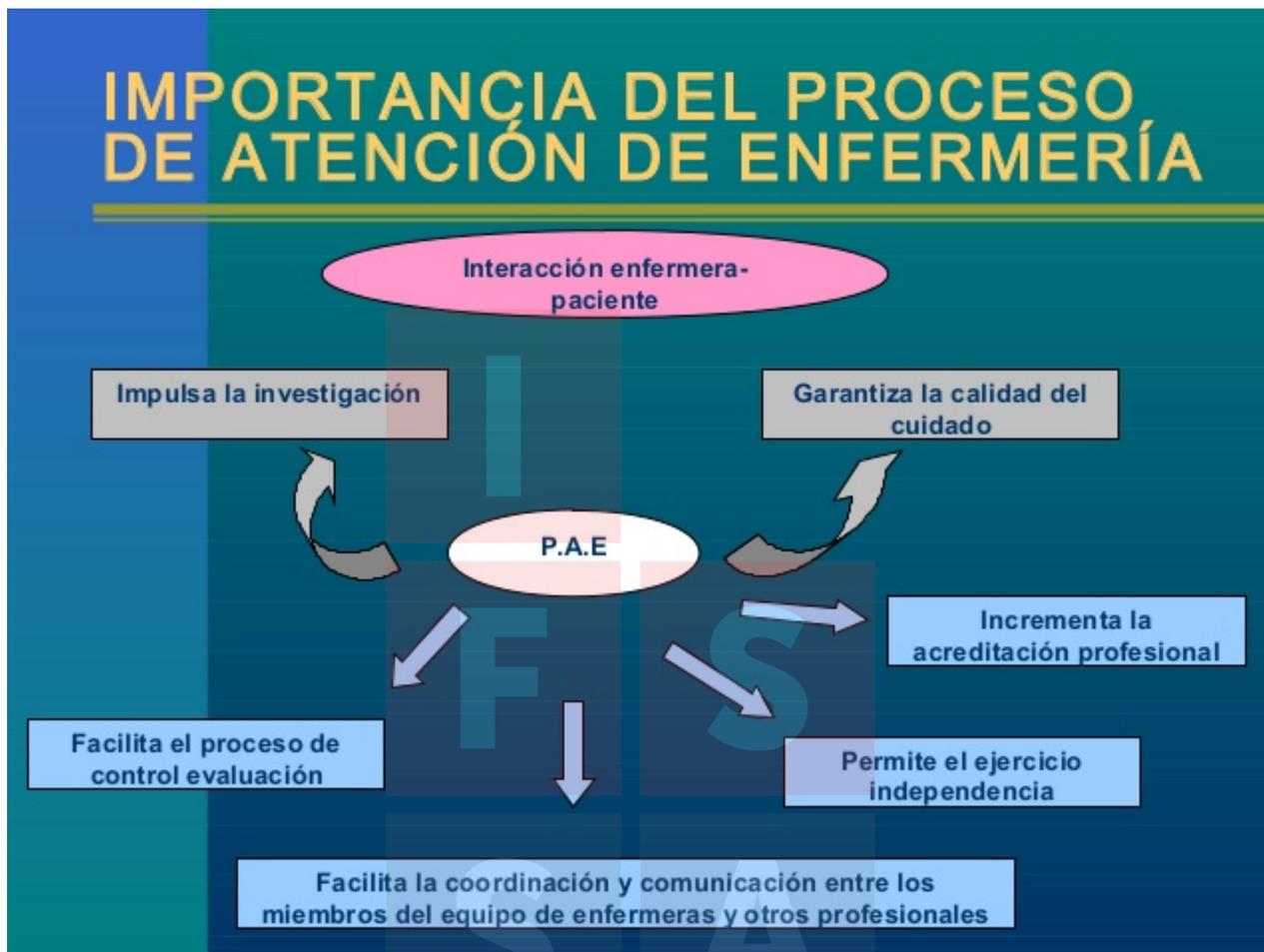
(Virginia Henderson)

La enfermera como cuidadora, debe gestionar el cuidado a través del proceso de atención de enfermería (PAE)



Se entiende la gestión del cuidado como “el ejercicio profesional de la enfermera sustentada en su disciplina, la ciencia del cuidar, se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales.





INDICADORES PARA MEDIR LA CARGA DE TRABAJO EN ENFERMERÍA Y LA RELACION ENFERMERO /PACIENTE.

La evaluación de la carga de trabajo del personal de enfermería ha sido siempre un tema de habitual polémica, matizada por elementos subjetivos y objetivos. Han existidos intentos de estratificar de forma cuantificable dicho problema.

Existen varias escalas para medir el tiempo de los cuidados enfermero, y otros miden la complejidad de los pacientes para poder diagramar el personal de enfermería correctamente.

- El TISS-28 http://bvs.sld.cu/revistas/mie/vol7_1_08/mie05108.htm
Es un método para medir la intensidad del tratamiento cuantificado de las intervenciones médicas que sirven para vigilar la carga de trabajo y establecer asignación enfermera-paciente adecuada. Indirectamente el TISS 28 mide la gravedad de la enfermedad así como los costos hospitalarios.
- APACHE II: <https://www.merckmanuals.com/medical-calculators/ApacheScore-es.htm>

Es un score para calcular aproximadamente la mortalidad de un paciente. Se lo denomina sistema de clasificación de enfermedades agudas y crónicas

- **UNIDAD DE PRODUCCION DE ENFERMERIA**

Registro de enfermería mediante códigos, en donde se puede identificar las UPE (Unidad de Producción de Enfermería) lo que significa el tiempo real de cada prestación que se realiza por paciente. 1UPE: 3 minutos

- **SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES ; resolución 194/95 del ministerio de salud y acción social**



www.buenosaires.gob.ar/areas/salud/regulacion/files/Resoluciones%20de%20Organismos%20Nacionales/Resolucion%20194-95%20del%20Ministro%20de%20Salud%20y%20Accion%20Social.pdf

Un sistema de clasificación de pacientes es un instrumento que sirve para distribuir en categorías a los pacientes de acuerdo con ciertas necesidades asistenciales que pueden ser observadas clínicamente por la enfermera. A partir de estos conceptos se sugiere un sistema de clasificación de pacientes teniendo en cuenta los siguientes aspectos: a) Grado de dependencia de los pacientes. b) Necesidades individuales. c) Atención directa e indirecta. d) Características de la atención hospitalaria en nuestro medio.

A continuación se presenta un sistema de clasificación basado en necesidades y grado de dependencia de enfermería en pacientes adultos.

- CATEGORÍA I – CUIDADOS MÍNIMOS.
- CATEGORÍA II – CUIDADOS MODERADOS.
- CATEGORÍA III – CUIDADOS INTERMEDIOS.
- CATEGORÍA IV – CUIDADOS ESPECIALES.
- CATEGORÍA V – CUIDADOS INTENSIVOS.

DESARROLLO:

1) **CATEGORÍA I – CUIDADOS MÍNIMOS.**

- Observación y control de la alimentación, higiene, movilización y eliminación.
- Paciente colaborador.
- Control de signos vitales una vez al día.
- Medicación por vía oral o parenteral.
- Riesgos potenciales: ninguno.
- Arreglo de la unidad.
- Apoyo emocional.
- Información al paciente.
- Observación de la evolución y registros una vez por turno.
- Índice de horas de Atención de Enfermería = 1 hora.
- Unidades de Producción de Enfermería = 20 U.P.E.

2) **CATEGORÍA II – CUIDADOS MODERADOS.**

- Ayuda en la higiene, movilización y eliminación.
- Paciente poco colaborador.
- Puede comer solo.
- Control de signos vitales una vez por turno.
- Medicación por diferentes vías cada 8 horas.
- Puede estar con venoclisis.
- Riesgos potenciales escasos.

- Arreglo de la unidad más de una vez por día.
- Información al paciente.
- Observación de la evolución y registro dos veces por turno.
- Puede requerir pruebas especiales.
- Índice de horas de Atención de Enfermería = 3 horas.
- Unidades de Producción de Enfermería = 60 U.P.E.

3) CATEGORÍA III – CUIDADOS INTERMEDIOS.

- Necesitan ser alimentados.
- Baño en cama o higiene parcial por turno.
- Colocación de chata u orinal (control de eliminación).
- Traslado acompañado o en silla de ruedas. Dificultad en la movilización.
- Cuidado de la piel en puntos de presión.
- Control de signos vitales una vez o más por turno.
- Medicación por venoclisis y vía oral.
- Poco colaborador.
- Cambios importantes en su estado general.
- Riesgos potenciales: caídas, escaras, infección, complicaciones.
- Arreglo de la unidad varias veces en un turno. Uso de instrumentos de compensación de impedimentos funcionales (sondas) y posturales (almohadas, arcos).
- Apoyo emocional al paciente y la observación familia de la evolución y registro más de tres veces por turno.
- Está sometido a tratamientos específicos que requieren controles (punciones, medicación riesgosa, estudios especiales). Coordinación con otros profesionales para su atención.
- Índice de horas de Atención de Enfermería = 5 horas.
- Unidades de Producción de Enfermería = 100 U.P.E.

4) CATEGORÍA IV – CUIDADOS ESPECIALES.

- Puede alimentarse por sí solo, con ayuda o por alimentación asistida.
- Dificultad para moverse por reposo o requerimiento postural.
- Baño en cama. Aseo perineal frecuente.
- Uso de chata, orinal o sonda vesical conectada a bolsa colectora.
- Venoclisis. Plan de hidratación.
- Control de signos vitales varias veces en el turno según evolución.
- Colocación de drenajes. Control.
- Procedimientos invasivos para diagnóstico.
- Curaciones complejas.
- Cuidado general de la piel.
- Uso de colchón de aire.
- Cambios de decúbito frecuentes.
- Riesgos potenciales: caídas, infección, requerimiento de oxígeno, escaras, complicaciones.
- Toma de muestras para cultivos. Análisis cualitativos. Apoyo permanente de enfermería. Información a la familia.
- Observación de la evolución y registro más de cuatro veces por turno.
- Requerimiento de asistencia de kinesiología y psicología.
- Arreglo de la unidad y posible aislamiento.

- Índice de horas de Atención de Enfermería = 6.30 horas.
- Unidades de Producción de Enfermería = 130 U.P.E.

5) CATEGORÍA V – CUIDADOS INTENSIVOS.

- Alimentación asistida (parenteral o por sonda).
- Higiene en cama con cambios frecuentes de ropa.
- Movilización cada dos horas. Masajes en zona de apoyo.
- Paciente no colaborador. Desorientado. Dormido. Puede estar en coma.
- Fluido terapia continúa por más de una vía de acceso venoso o arterial. Periférico o central.
- Medicación riesgosa. Requiere controlar las dosis, formas de administración y efectos.
- Sonda vesical y nasogástrica. No controla esfínteres.
- Control de signos vitales. Presión Venosa Central, pupilas cada dos horas o con mayor frecuencia.
- Conexión a monitor. Aporte de oxígeno intermitente o permanente. Puede requerir Asistencia Respiratoria Mecánica.
- Control electrocardiográfico diario.
- Muestras para cultivos y análisis cualitativos.
- Procedimientos invasivos (punciones, traqueotomía).
- Tratamientos especiales (diálisis).
- Arreglo de la unidad con frecuencia.
- Apoyo de kinesioterapia.
- Vigilancia del paciente y registros muy frecuentes.
- Control de balance hidroelectrolítico muy frecuente.
- Apoyo emocional al paciente y a la familia estableciendo formas de comunicación de acuerdo a las circunstancias. Informes de enfermería muy frecuente.
- Aplicación de medidas de estimulación a los pacientes.
- Riesgos potenciales inmediatos: descompensación renal, neurológica, respiratoria, cardíaca. Infección generalizada.
- Índice de horas de Atención de Enfermería = 10 horas.
- Unidades de Producción de Enfermería = 200 U.P.E

ENFERMERA POR ESPECIALIDAD, ESTABLECIMIENTO HORA

El próximo paso a establecer es la hora–enfermera por especialidad en base a índices de atención de enfermería, estandarizados, que guarden relación con la problemática y necesidades de cada provincia y/o municipio.

- Clínica Médica 2,30
- Clínica Quirúrgica 4
- Obstetricia 2,30
- Pediatría 4
- Neonatología 10
- Terapia Intensiva 10
- Unidad Coronaria 10
- Terapia Intermedia 6

- Unidades de Trasplantes sólidos y líquidos 6
- Nefrología 4
- Infectología 4
- Servicios de Emergencia 9
- Psiquiatría Agudos 6
- Psiquiatría Crónicos 2,30



UNIDAD VI:

Administración del recurso humano, físico material en enfermería: la importancia de la comunicación interna. Coordinación y supervisión conceptos teóricos y operativos de la función. Diagramación y planificación del personal de enfermería: características particulares y generales. Sistemas de evaluación de rendimiento del nivel operativo.



El éxito de cualquier organización depende de la correcta gestión de todos los tipos de recursos mencionados. Es importante señalar que para el correcto funcionamiento y desarrollo de una empresa, es necesario que exista un equilibrio entre las proporciones de sus recursos, dado que el exceso puede ser tan contraproducente como la escasez.

GESTION DEL RECURSO MATERIAL:

- Selección y Utilización del Equipamiento:

Los recursos materiales son los medios físicos y concretos, que ayudan a concretar algún objetivo.

Implica el asesoramiento en cuanto a las funciones y características operativas del mismo, en lo referente al empleo adecuado de las distintas tecnologías en particular, así como la evaluación del costo - beneficio de la implementación de determinadas prácticas dentro de la organización.

- Asesoramiento Técnico - Metodológico:

Constituye un servicio permanente orientado hacia el correcto funcionamiento y desarrollo del equipamiento.

GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO

En la gestión del recurso humano de un servicio debemos considerar los distintos aspectos que se presentan para la cobertura del servicio que estemos organizando, para ello evaluaremos distintas situaciones que se nos pueden presentar en esta organización, entre ellos podemos citar:

- Cantidad de horas de atención (diarias y semanal, teniendo en cuenta lo visto en el capítulo anterior)
- Demanda
- Oferta
- Cantidad de horas laborables por cada agente (cantidad máxima de horas diarias y semanales), según la función
- Legislación laboral vigente
- Ausentismo previsto (descansos semanales y Licencias anuales obligatorias).

DIAGRAMA DE TRABAJO:

Es el patrón para organizar el trabajo, teniendo en cuenta las 24 horas del día, la demanda.



TRABAJO PRACTICO FINAL

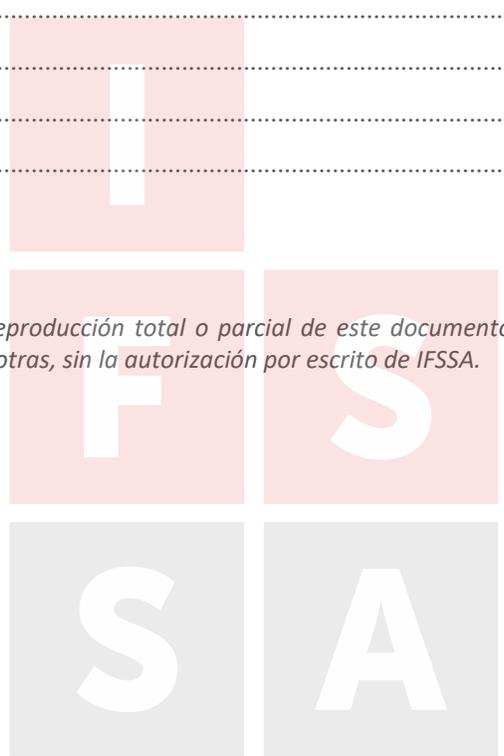
- 1) Leer el material de la unidad V y VI
- 2) Determinar la cantidad de enfermeros que necesitaría para poder brindar atención a los pacientes, seleccionando a su criterio alguno de los sistemas de clasificación de pacientes/ demanda de cuidados.
- 3) Confeccionar un diagrama de trabajo para un servicio de enfermería, con la siguiente clasificación de pacientes y camas.
 - 20 camas de internación adultos, de las cuales 10 son de clínica médica 10 de clínica quirúrgica
 - De las camas asignadas para clínica médica hay 4 unidades que están destinadas a pacientes de Infectología y 2 a pacientes oncológicos.
- 4) Fundamente.



Contenido

PROGRAMA DE LA MATERIA	1
ORGANIZACIÓN Y GESTION EN ENFERMERIA	2
UNIDAD I.....	3
UNIDAD II.....	14
UNIDAD III.....	21
UNIDAD IV	25
UNIDAD V:.....	31
UNIDAD VI:	41

Queda prohibida la reproducción total o parcial de este documento, bajo cualquiera de sus formas, electrónica u otras, sin la autorización por escrito de IFSSA.



INSTITUTO DE
FORMACIÓN
SUPERIOR