

REPUBLICA DE CUBA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA NACIONAL DE LA SALUD PÚBLICA

Título: La organización de los servicios hospitalarios de enfermería en
Cuba. Una nueva alternativa.

Autoras:

Dra. C. Maricela Torres Esperón¹
MsC. Anahy Velázquez Aznar²
MsC. Nelcy Martínez Trujillo³
MsC. Omayda Urbina Laza⁴
MsC. Marta Otero Ceballos⁵

Ciudad de La Habana. 2007

¹ Licenciada en Enfermería. Doctora en Ciencias de la Salud. Master en Atención Primaria de Salud. Profesora Auxiliar de la ENSAP.

² Licenciada en Enfermería. Master en Salud Pública. Funcionaria de la Dirección Nacional de Enfermería.

³ Licenciada en Enfermería. Doctora en Ciencias de la Salud. Master en Salud Pública. Profesora Instructora de la ENSAP.

⁴ Licenciada en Enfermería. Master en Atención Primaria de Salud. Profesora Auxiliar de la ENSAP.

⁵ Licenciada en Enfermería. Master en Atención Primaria de Salud. Profesora Auxiliar de la ENSAP.

RESUMEN:

Se realizó un estudio descriptivo para analizar cómo ha evolucionado la concepción de las modalidades de atención de enfermería en los servicios hospitalarios y su aplicación en Cuba, además se detallan los primeros resultados de un proyecto de investigación que propone una nueva organización de los servicios de enfermería con la integración de varias modalidades y los criterios para evaluar dichos servicios. Se utilizaron los métodos teóricos, como el análisis, la síntesis, el histórico-lógico y el meta-análisis. Se considera que los resultados de la investigación que se desarrolla contribuirán a hacer una utilización eficiente del capital humano, consolidar la identidad profesional ya que permitirán que cada integrante de este equipo realice las funciones correspondientes a su preparación, para poder demostrar la importancia de la labor que cada uno ejerce, respetar la profesionalidad, los derechos y valores de cada uno de sus miembros y se podrá elevar la calidad de la atención que ofrece el personal de enfermería y solucionar mayor cantidad de problemas de salud que demande la población.

Palabras claves: Organización de los servicios de enfermería, modalidades de atención de enfermería, criterios e indicadores de evaluación.

INTRODUCCIÓN

Según estimaciones del Concilio Internacional Enfermería existen en el mundo más de 12 millones de este personal, sin embargo no es suficiente para las demandas de salud de las poblaciones y los nuevos cambios de los sistemas de salud, pues varios estudios y declaraciones de organizaciones mundiales y regionales de salud hacen referencia a ello. En este sentido se pudiera decir que existen dos problemas fundamentales para la enfermería mundial; el déficit de personal y la desigualdad en la distribución geográfica, ambos muy relacionados entre si y las principales causas obedecen a:

- ✓ Desequilibrios entre la oferta y la demanda.
- ✓ Migración de personal de países en desarrollo a desarrollados.
- ✓ Migración hacia otras profesiones.
- ✓ Las reformas y reorganizaciones ineficaces del sector salud.
- ✓ Discriminación basada en el género -*"trabajo de mujeres"*.
- ✓ Violencia contra los trabajadores de la salud.
- ✓ Las repercusiones del VIH/SIDA.

Evidencia de ello se observa en las siguiente figura, que muestra los promedios del coeficiente de enfermería x 100 000 habitantes, según principales regiones de la Organización Mundial de la Salud.



Figura 1. Coeficiente de enfermería x 100 000 habitantes, según continentes

Estos problemas de la enfermería mundial han sido enfrentados por los países de diferentes maneras y en algunos aún ni se han trazado estrategia para su solución. Cuba por su parte se ha visto beneficiada por las políticas sociales de desarrollo y dignificación de la mujer y por las estrategias de perfeccionamiento continuo del capital humano que lleva a cabo el sistema de salud, lo que ha permitido mantener el coeficiente en 75. No obstante aún queda un camino por andar, pues los avances de la ciencia y la proliferación de nuevos servicios con mayor accesibilidad que responden a los principales problemas de salud de la población, influyen cada día más en la necesidad de personal calificado de la profesión y de organizar los servicios con mayor eficiencia.

Todo ello ha llevado a los profesores de Cátedra de Gestión de Enfermería de la ENSAP ha desarrollar investigaciones conjuntas con la Dirección Nacional de Enfermería del MINSAP sobre esta temática. El propósito de este artículo es abordar el tema de la organización de los servicios de enfermería hospitalario en el mundo y en Cuba desde la perspectiva científica en tanto ya se tienen resultados de dichas investigaciones.

HOSPITALES, ALGUNOS ANTECEDENTES.

Los hitos en la evolución histórica de los hospitales comienzan 3000 años A.N.E en Grecia, posteriormente en Roma que tenían como función primordial la atención a esclavos, gladiadores, soldados enfermos o heridos.

Los primeros centros monográficos resultaron ser los lazaretos, con su finalidad defensiva, básicamente empírica, ante las epidemias de enfermedades transmisibles que asolaban las poblaciones de la época. Posteriormente se continúa el desarrollo en N.E este tipo de instituciones hasta la denominación con la que en la actualidad los designamos "Hospitales" que proviene de la palabra latina "Hosped" cuya traducción es huésped¹.

En la Edad Media aparecieron los hospitales religiosos debido a las pandemias, en las rutas de peregrinación, estos hospitales tenían una distribución peculiar ya que distribuían a los pacientes por sexos, patologías y aparecen los primeros servicios generales¹.

En 1885 por el actuar perentorio en el sitio de ocurrencias de enfermedades graves de aparición súbita en Inglaterra se determinó la apertura del servicio de urgencias, que radicó inicialmente en las estaciones de bomberos, posteriormente se fue extendiendo a todo el territorio europeo, la efectividad de sus acciones y el ordenamiento de las causas de muerte en naciones desarrolladas determinó el surgimiento de sistemas análogos en las capitales y principales ciudades de países capitalistas industrializados, con alta calidad técnica y equipos sofisticados y en las regiones del tercer mundo se crearon sistemas parecidos con primacía de personal paramédico entrenado, sobre todo en funciones de cardioreanimación ¹.

Por su parte el surgimiento de la enfermería moderna es a partir de Florence Nightingale en la Guerra de Crimea, del siglo XIX, quien instituyó reformas centrándose en la higiene, limpieza y nutrición. Asimismo fue la primera educadora, investigadora y administradora en enfermería. El modelo Nightingale se transportó a Estados Unidos y de este a América Latina ^{2, 3 y 5}

Nightingale fue la primera en identificar la necesidad de agrupar a los heridos graves durante la guerra, es por ello que se dice que es la madre histórica de los cuidados intensivos. Además introdujo el concepto de cuidados progresivos durante este período que se aplica hasta hoy en los hospitales militares².

ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA.

MODALIDADES DE ATENCIÓN MÁS USADAS.

Se conocen seis modalidades principales de atención en la historia de la enfermería: iniciativa privada, funcional, de equipo, primaria, manejo de casos y tipos que surgen en la actualidad (Lee, 1993)⁵. De estas seis, cuatro se relacionan con el ejercicio hospitalario de enfermería: *el funcional, el de equipo, el primario y el manejo de casos*. La práctica privada, llamada después de casos o manejos de casos, fue la manera original en que se ofrecía el servicio, luego se convirtió en fundamento para la enfermería en salud pública y la prestación de servicios en enfermería comunitaria⁴.

La enfermería privada es la modalidad en que una persona cuida a un solo paciente. Es la modalidad en que el cuidado completo y total a un paciente es brindado por una sola enfermera. Es la modalidad más antigua en Estados Unidos⁴.

Antes la enfermera iba a un domicilio, cocinaba, limpiaba, curaba las heridas y organizaba las tareas del hogar fungiendo básicamente como una administradora del hogar. En la práctica estadounidense de enfermería, el ejercicio privado era la manera típica en que las enfermeras graduadas encontraban empleo, aunque algunas tenían puestos administrativos en hospitales y otras laboraban en salud pública(Reverby, 1987). El tipo de enfermería hospitalaria de casos surgió entre 1900 y 1930, cuando la Depresión. La mayoría de las familias eran demasiado pobres para costear una enfermera privada y las enfermeras se quedaron sin empleo, con lo que los hospitales empezaron a emplear enfermeras graduadas⁴.

Reverby (1987) notó que durante los años de la depresión se modificó bastante la práctica privada de la enfermería: desde la práctica privada hasta el empleo en hospitales. Cuando entraron a los hospitales, las enfermeras graduadas de práctica privada querían reproducir en ambientes hospitalarios el tipo de modalidad de la atención que acostumbraban dar. La práctica privada se transportó a los hospitales y el paciente pagaba los honorarios de la enfermera en el rubro de "especiales". Cuando las enfermeras se convirtieron en empleadas de hospitales, el tipo de cuidado al paciente que la práctica privada permitía no era posible en el campo hospitalario. En los hospitales la organización del trabajo se enfocaba en las tareas, no en los pacientes (Reverby, 1987)⁴.

Se considera que la práctica privada tuvo algunos aspectos positivos ya que el enfoque integral de la enfermera estaba en las necesidades de un solo paciente, esto permitía que la relación enfermera – paciente fuera estrecha, los pacientes se sentían satisfechos, así como el personal de enfermería. Sin embargo también tuvo aspectos negativos ya que esta práctica es muy costosa, poco eficiente, sin seguridad laboral y no permite el intercambio activo entre las enfermeras.

La enfermería funcional es una modalidad de atención que utiliza la división de labores según las tareas específicas y los aspectos técnicos del trabajo. Se define como asignación por tareas o funciones, como la administración de medicamentos, baños o toma de signos vitales ^{7,8, 9 y 10}.

En la enfermería funcional la enfermera identifica las actividades a realizarse por turno. El trabajo se divide y asigna al personal, que se centra en cumplir las tareas asignadas. Esta modalidad puede ser eficiente para cumplir las tareas relacionadas con el cuidado de gran número de pacientes⁴.

A juicio de los investigadores este modelo de atención de la enfermería funcional se centra en la realización de tareas y no en la atención integral al paciente, se pierde el enfoque holístico de la atención, la visión de la persona como ser biopsicosocial, pues las mismas se atiende en "partes", esto provoca que el personal de enfermería no pueda identificar y solucionar las necesidades de sus pacientes y por tanto solucionarlas y por tanto generar insatisfacciones en los mismos.

La enfermería de equipo es una modalidad de atención que utiliza a un grupo de personas dirigidas por un líder con conocimiento. Es un enfoque de prestación donde bajo la supervisión de una enfermera, llamada jefe de equipo, se coordina a enfermeras tituladas, con licencia y auxiliares para la atención de un grupo de pacientes (Glandon, Colbert y Thomasma, 1989; Hegyvary, 1977). La enfermería de equipo se define como la asignación de un pequeño grupo de pacientes a un pequeño grupo de trabajadores, bajo la dirección de un líder de equipo⁴.

La enfermería en equipo tiene ventajas ya que cada miembro del equipo puede desarrollar sus habilidades desde su nivel de formación brindando así una atención integral a los pacientes,

permite además fortalecer los sentimientos de contribución y la comunicación entre sus miembros. Este modelo de atención mejora la productividad del equipo y fomenta el desarrollo profesional de sus integrantes.

La enfermería primaria surgió en 1970 como una manera de sobrellevar el descontento con los modelos de equipos y funcional que se proyectaban hacia las tareas y las funciones discretas y que enfocaban la atención de la enfermera lejos del cuidado holístico del paciente. Esto marcó una tendencia social hacia el profesionalismo y la responsabilidad que surgían en la disciplina. La enfermería primaria es un enfoque en el cual la enfermera tiene responsabilidad y responde por la orientación continua de pacientes específicos desde la admisión hospitalaria hasta el alta. La enfermería primaria se define como la asignación en un hospital de una enfermera primaria para cada paciente, quien planea, brinda y vigila la atención como responsable durante las 24 horas desde que ingresa hasta que egresa (McCloskey, Blegen y Gardner, 1991). Cuando la enfermera no está literalmente cuidando a los pacientes, un asistente brinda el cuidado. Sin embargo, la enfermera primaria cuida y toma las decisiones para la coordinación del tratamiento, supervisando la estancia hospitalaria integral 24 horas por día. Esto aumenta la continuidad de la atención y la consistencia en las tareas. A la enfermería primaria se le ha denominado el primer modelo profesional formal en la enfermería hospitalaria ^{11,12}.

La enfermería primaria es altamente sensible a la distribución de los recursos humanos, a la combinación de habilidades, a los niveles de competencia de personal y a las necesidades de atención al paciente, por lo que fue difícil mantener esta modalidad de atención cuando se limitaba el presupuesto, se acortaban las estancias, se incrementaba la gravedad del paciente y las presiones de limitación en costos golpearon a los hospitales a finales de 1980 y principios de 1990 en Estados Unidos y otros países desarrollados ¹³.

El manejo de casos en general se define como un sistema de evaluación de la salud, planeación, procuración de servicios, desempeño en la atención, coordinación del servicio y vigilancia mediante el cual se pueden satisfacer las necesidades múltiples de servicio para los pacientes ^{14,15 y16}.

Según Reverby, Colbert, Thomasma y Hegyvary sobre este tema de que el manejo de casos es la continuación de la enfermería privada ya que su esencia es que una enfermera cuida a un solo paciente, además tiene la limitación de que solo puede ser aplicada en hospitales.

Los modelos de atención de enfermería en muchos países se modifican debido a presiones para reducir los costos del cuidado a la salud, es por ello que tratan de combinar el personal con el empleo de los asistentes de enfermería los cuales, por la gran carga de trabajo que representa la atención a pacientes, se desempeñan en el apoyo a los profesionales aún y cuando en ocasiones no cuentan con licencias para hacerlo. Es un sistema de reconfiguración que impacta en varias áreas del ejercicio de enfermería. En los equipos de enfermería del mundo en general se incluye este tipo de personal ^{17,18}.

Los sistemas de prestación de servicios siguen evolucionando, ya sea que se utilice enfermería primaria, de equipo o funcional, es importante que se evalúe (dentro de un proceso continuo) la efectividad y calidad de los sistemas de prestación de servicios. Crear un nuevo diseño de atención requiere tiempo, iniciativa, participación, apoyo e innovación. Este proceso puede alcanzarse mediante planeación, ejecución y evaluación cuidadosas. La consistencia de la información, el desarrollo del personal y la participación de todos los involucrados son factores esenciales para el éxito del programa ⁴.

En esencia, los sistemas de atención influyen en la calidad de la atención brindada y en su costo. A través del tiempo los métodos de servicio de enfermería han cambiado y se han adaptado para ajustarse mejor a las fuerzas externas y equilibrar las necesidades de los pacientes y de las organizaciones que contratan estos servicios. Con los cambios surgieron variantes en los sistemas de asignación, combinación de habilidades y de función de la enfermera. El cuidado de enfermería se ha vuelto más complejo, las enfermeras han evolucionado a modelos de práctica profesional. Las tendencias futuras apuntan a una mayor integración y modelos multidisciplinarios de colaboración en equipo para la prestación de servicios ⁴.

MODALIDADES DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN CUBA

En Cuba a partir del siglo XVI comienzan a surgir los hospitales, los cuidados eran brindados fundamentalmente por las religiosas, durante la intervención norteamericana las religiosas volvieron a sus conventos y otras regresaron a su país, por lo que el cuidado de enfermería fue asumido por las enfermeras norteamericanas. En 1899 se comienzan a formar enfermeras en la clínica particular "La Habana" para mejorar los intereses de las enfermeras, enaltecer la profesión, fomentar un sistema general de instrucción para adquirir conocimientos teóricos-prácticos en la asistencia a enfermos y otorgarles un título que les garantizara el ejercicio de la profesión y la obtención de trabajo ¹⁹.

Alrededor de 1914 con la remodelación del Hospital Calixto García, se construyen pabellones de mampostería y se separan los servicios de medicina y cirugía, el personal de enfermería se nombraba de manera general y sólo eran personal fijo de estos servicios las jefas de los mismos.¹⁹.

La labor de enfermería en los cuidados quirúrgicos tiene sus inicios mucho antes de la creación de dichos servicios, algunas literaturas la remontan a las guerras independentistas ya que las cubanas brindaban cuidados especiales a los heridos de guerra ^{20y21}.

Hasta el triunfo revolucionario en el año 1959 existían escasos Hospitales, los cuales podían ser Hospitales Públicos con condiciones pésimas para la atención a los pacientes y los Hospitales Privados a los que sólo podían acceder las personas que pudieran pagar los servicios que allí se brindaban. Según referencias de enfermeras de esa época y criterios de expertos se continuaron nombrando a las enfermeras de forma general, trabajaban con grandes números de pacientes en las salas, con disímiles patologías y criterios de gravedad, se ubicaba una enfermera en una o más salas con alumnos de enfermería en turnos 6 u 8 horas, esto era en los Hospitales Públicos. En cuanto a las Clínicas Privadas se trataba de que una sola enfermera cubriera la mayor cantidad de servicios, y en los casos de que las instituciones fueran pequeñas esta tenía a su cargo todos los pacientes que se encontraban ingresados. Las administraciones hacían esto con el objetivo de tener contratados a pocos enfermeros y de esta manera pagar pocos salarios, independientemente de la carga de trabajo que realizaran.

Con el triunfo revolucionario se crea en el año 1961 el Ministerio de Salud Pública y como parte de las transformaciones que se realizaron en ese momento se establecieron instituciones sanitarias en todo el territorio nacional para priorizar la atención al paciente grave y crítico mediante la construcción de unidades de cuidados intensivos e intermedios, así como servicios de urgencias intrahospitalarios y extrahospitalarios ².

En los inicios de los servicios de terapia no existía en Cuba personal con formación especializada, por lo que sus funciones eran las de mantener los cuidados a pacientes con enfermedades graves, bajo las órdenes médicas y es en 1970 que se inician los cursos de especialización para perfeccionar la labor en esta área ².

A principios del siglo pasado no existía en el país personal de enfermería especializado en los cuidados quirúrgicos, esta labor era realizada por enfermeras generales, y aún cuando no contaban con esta formación sus funciones eran las de mantener los cuidados antes, durante y después de la cirugía, siempre bajo órdenes médicas. Es en este momento se inicia la especialización mediante el curso post básico de Unidad Quirúrgica para perfeccionar al actuar en estos servicios de cirugía ⁸.

En la década del 70 que surge la Licenciatura en Enfermería para técnicos con el objetivo de elevar la formación de personal con nivel universitario, los cuales eran incorporados en su mayoría en las Unidades de Cuidados Intensivos ².

A partir de ese momento en el país quedan establecidas varias modalidades de graduación para enfermería: Auxiliar, Técnico y Licenciado, a finales de esta década se inicia la conversión de los auxiliares en técnicos y termina a finales de la década del 80.

En el año 1984 se actualizó la metodología para determinar las plantillas de personal en las unidades hospitalarias, vigente hasta la actualidad (Resolución No. 185/81 del Ministro de Salud Pública sobre la nomenclatura por tipos y categorías de la red de instituciones del Sistema Nacional de Salud), el cálculo de la cantidad de enfermeros necesarios en un hospital se realiza

mediante la utilización de normativas de cantidad de personal según las áreas existentes teniendo en cuenta el tipo de servicio a brindar²².

Es por ello que para calcular la cantidad de enfermeros para la atención estacionaria se utilizó la normativa de número de camas por cargo de enfermería aplicándose la siguiente fórmula:

No. de camas de la especialidad x tres turnos de trabajo

No. de camas por cargo de enfermera

En el caso de los servicios de Medicina y Cirugía se establece 1 enfermera para 13 camas y en los servicios de Cuidados Intensivos 1 enfermera para 1 cama.

De ahí que las modalidades de atención de enfermería utilizadas son:

- Funcional: La división de labores según las tareas específicas y los aspectos técnicos del trabajo (asignación por tareas o funciones), es usada en unidad quirúrgica.
- De equipo: Un grupo de personas dirigidas por un líder con conocimiento (asignación de un paciente por cada enfermera, bajo la dirección de un líder de equipo). Utilizada en cuidados intensivos.
- Por asignación de pacientes: Establecer un número fijo de pacientes por enfermera/o. Utilizada en los llamados servicios abiertos (cirugía, medicina interna, entre otros).
- Enfermería comunitaria: Sistema organizado de atención integrado al equipo de salud, que incluye promoción, prevención, curación y rehabilitación a personas, familias y comunidad.

Para esta organización y distribución de personal no se tiene en cuenta las funciones según los niveles de formación establecidos (técnico y universitario) y por tanto la distribución del personal no respondía a su calificación. Es por ello que en el presente siglo se realizó una investigación

que permitió delimitar las funciones del personal de enfermería según su nivel de formación²³, y que sirvió de base al diseño de un Modelo Pedagógico para la carrera, con salidas intermedias; un primer momento de formación básica, un segundo momento de formación técnica y un tercero como universitario, formación que se desarrolla en la actualidad.

En el área de enfermería el perfeccionamiento sistemático del capital humano es determinante para la mejora de la práctica y contribuye a elevar la calidad de los servicios que se ofrecen a la población, de ahí que en Mayo del año 2005 por orientaciones de la Dirección del país en una reunión sobre los Hospitales de Excelencia, se realiza un análisis de la sobrecarga de trabajo de enfermería y se decide formar una nueva figura, los asistentes de los servicios de enfermería, que responden a los intereses de la profesión con funciones definidas, incluidos en el calificador de cargo en la última reforma salarial.

Teniendo en cuenta las características del Sistema de Salud Cubano, las proyecciones que tiene el Ministerio de Salud Pública y la Dirección del país hacia los Hospitales están dirigidas a la reestructuración del ambiente laboral para que los enfermeros y los pacientes se encuentren más satisfechos, pueda ofrecerse un servicio de enfermería a menor costo, más eficiente, con mayor calidad y; asumiendo los aspectos antes mencionados; se está en condiciones de proponer un nuevo modelo de organización de los servicios de enfermería, con algunos aspectos del modelo de la enfermería en equipos, pero con la diferencia que estos equipos estarán conformados en correspondencia con la complejidad de los cuidados a los pacientes, el tipo de servicios y las funciones según el nivel de formación^{24,25}, lo que permitirá establecer una verdadera pirámide de trabajo para el desempeño de enfermería.

De esta manera los niveles de cualificación* de los equipos de trabajo de enfermería, serán licenciado, técnico, básico y asistentes. Sin embargo, aún en los servicios hospitalarios, la organización del trabajo de esta profesión sigue siendo por asignación de pacientes con una norma fija según el tipo de servicio. Esto trae consigo que el personal de enfermería realice las mismas funciones, independientemente de los niveles de cualificación antes mencionados, influyendo en la motivación y en el desempeño de estos recursos humanos.

Esto ha sido identificado por la Dirección Nacional de Enfermería como un problema a solucionar para la utilización eficiente del capital humano y por tanto mejorar la calidad de los cuidados. Por ello se hizo necesario establecer una propuesta de organización del trabajo en equipos de enfermería por funciones, complejidad de los cuidados y tipo de servicios, iniciando por los servicios más generales de atención (Cirugía, Medicina Interna y Cuidados Intensivos) cuyas funciones son transferibles al resto de los servicios y posteriormente extenderla a las unidades especializadas. Todo lo cual se está realizando mediante un proyecto de investigación nacional que se desarrollará entre los años 2007 al 2009 y que fue aprobado por el comité de expertos del Programa Ramal de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública Cubano.

Como parte de dicho proyecto se realizaron tres talleres de trabajo con grupos de expertos integrado por personal de enfermería y médicos de los tipos de servicios incluidos en el estudio, los cuales llegaron a consenso en la propuesta que se presenta a continuación y que será puesta en práctica en un hospital seleccionado de cada provincia del país, a manera de pilotaje.

*Se entiende por niveles de cualificación a la descripción del nivel educativo y/o de la cantidad de experiencia usualmente presente en el ejercicio de la ocupación de que se trate, también incluye una descripción de las atribuciones de la ocupación en términos de autonomía, complejidad, responsabilidad por materiales o valores y por el trabajo de terceros, entre otras. Vargas Z, Fernando: Competencias Claves y aprendizaje permanente. Ginebra: OIT/CINTERFOR, 2004

Para lograr el rigor científico de la propuesta de organización de los servicios, se realizará una evaluación antes de iniciar el pilotaje y después otra cada tres meses, por lo que hubo que diseñar los criterios, indicadores y estándares para evaluar la calidad de los servicios. Los mismo también fueron diseñados y validados con criterio de experto y con una evaluación práctica en tres servicios de cada provincia, que suman 45. A continuación se describen dichas propuestas.

PROPUESTA DE ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO DE ENFERMERÍA POR EQUIPOS Y FUNCIONES EN SERVICIOS DE MEDICINA, CIRUGÍA Y CUIDADOS INTENSIVOS EN HOSPITALES. (POR TURNOS DE TRABAJO)

Área de quirófano.

1. De 6 y más salones:

- 1 Jefe de Salón. (Licenciado en Enfermería).
- 1 Subjefe. (Licenciado en Enfermería).
- 1 Enf Circulante por cada salón. (Licenciado)
- 1 Instrumentista. (Licenciado, Técnico o Posbásico)
- 1 Enfermero Anestesista. (Licenciado entrenado, Posbásico)
- 1 asistente de los servicios de enfermería.

2. De menos de 6 salones

- 1 Jefe de Salón. (Licenciado en Enfermería).
- 1 Enfermera Circulante por cada salón. (Licenciado)
- 1 Instrumentista. Licenciado, Técnico o Posbásico)
- 1 Enfermero Anestesista. (Licenciado entrenado, Posbásico)

Salas de cirugía de mayor complejidad (cardiovasculares, neurocirugía, torácica, columna, hepatoileopancreática, lesionados complejos, neurocirugía)

Hasta 22 camas

- 1 Jefe De Sala. (Licenciado en Enfermería, Master, Especialista)
- 1 Subjefe. Licenciado en Enfermería)
- 1 Licenciado En Enfermería.
- 1 Enfermero Técnico.
- 2 Enfermeros Básicos.
- 3 Asistentes de los Servicios de Enfermería en la Mañana y 1 en el resto de los Turnos.

Salas de cirugía de menor complejidad.

Hasta 22 camas

- 1 Jefe De Sala. (Licenciado en Enfermería, Master, Especialista)
- 1 Subjefe. (Licenciado en Enfermería, Master, Especialista)
- 1 Licenciado En Enfermería.
- 1 Enfermero Técnico.
- 1 Enfermeros Básicos.
- 2 Asistentes de los Servicios de Enfermería en la Mañana y 1 en el resto de los Turnos.

Servicio de cuidados intensivos. (Polivalente, ictus y coronario)

- 1 Jefe De Sala.
- 1 Subjefe. Licenciado en Enfermería)
- 1 Jefe de Equipo
- 1 enfermero por paciente) Licenciado, o posbásico en UCI, o Técnico que es encuentre estudiando la Licenciatura o el posbásico con tutoría.
- 1 Asistente de los servicios de enfermería por cada 4 pacientes.

*En Unidades Especiales de Ventilados: 1 ½ enfermero por cada paciente con los mismos requisitos y el resto del equipo de la sala se mantiene igual.

Requisitos que debe reunir el Jefe y Subjefe de las Unidades de Cuidados Intensivos:

- Especialista en Cuidados Intensivos o Licenciado en Enfermería con 3 años de experiencia en el servicio, o Master en Urgencias Medicas con 3 años de experiencia en el servicio.

Requisitos para el Jefe del Equipo de las Unidades de Cuidados Intensivos:

Además de los requisitos antes descritos para el jefe y el subjefe se incluye que puede ser: Posbásico con 5 años de experiencia en el servicio.

Salas de medicina de mayor complejidad (Oncohematología en adultos y en pediatría, geriatría, cerebrovascular, infecciosos, respiratorio en pediatría).

Hasta 22 pacientes

- 1 Jefe De Sala. (Licenciado en Enfermería, Master, Especialista)
- 1 Subjefe. Licenciado en Enfermería)
- 1 Licenciado en Enfermería.
- 1 Enfermero Técnico.
- 2 Enfermeros Básicos.
- 2 Asistentes de los Servicios de Enfermería en la Mañana y 1 en el resto de los Turnos.

Salas de medicina de menor complejidad

Hasta 22 pacientes.

- 1 Jefe De Sala. (Licenciado en Enfermería, Master, Especialista)
- 1 Subjefe. Licenciado En Enfermería)
- 1 Licenciado En Enfermería.
- 1 Enfermero Técnico.
- 1 Enfermeros Básicos.
- 2 Asistentes de los Servicios de Enfermería en la Mañana y 1 en el resto de los Turnos.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD QUE SON APLICABLES EN LOS SERVICIOS CLÍNICOS, QUIRÚRGICOS Y DE CUIDADOS PROGRESIVOS.

ESTRUCTURA.

No.	CRITERIOS	INDICADORES	ESTANDAR ACEPTABLE	ESTANDAR OPTIMO	CRITERIOS DE EXCEPCIÓN
1	Completamiento de la plantilla de enfermería.	$\frac{\text{Plantilla Cubierta}}{\text{Plantilla Aprobada}} \times 100$	85%	93%	-
2.	Estabilidad del personal de enfermería	$\frac{\text{Total de enfermeros que no han causado baja del servicio en 6 meses}}{\text{Plantilla Cubierta}} \times 100$	85%	95%	-
3.	Capacitación en la especialidad.	$\frac{\text{Total de enfermeros que han recibido capacitación de la especialidad.}}{\text{Total de enfermeros del servicio}} \times 100$	85%	95%	-

PROCESO.

No.	CRITERIOS	INDICADORES	ESTANDAR ACEPTABLE	ESTANDAR OPTIMO	CRITERIOS DE EXCEPCIÓN
1	Pacientes con higiene y confort adecuado.	$\frac{\text{Total de pacientes con higiene y confort adecuado en el servicio}}{\text{Total de pacientes ingresados}} \times 100$	85%	99%	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes vomitados, orinados, defecados después del baño y cambio de ropa y que estos hechos estén ocurriendo en el momento de la evaluación. - Camas sucias y desorganizadas en la inmediatez del alta. - Camas mal vestidas en espera de ropa limpia.
2.	Recogida de ingresos y egresos de líquidos y fluidos(diuresis, alimentación e hidratación.)	$\frac{\text{No. de pacientes con registro de ingresos y egresos completo}}{\text{No. de pacientes con Balance Hidro mineral.}} \times 100$	85%	99%	<ul style="list-style-type: none"> - Cuando se movilice el paciente en función de alguna intervención diagnóstica – terapéutica. - Cuando aparezcan lesiones en la región que limite la recogida de los fluidos.

3.	Recepción completa en la Historia Clínica del paciente en el servicio.	No. de pacientes con recepción de <u>enfermería completa escrita en la HCl</u> X 100 No. de ingresos en el servicio.	85%	99%	-
4	Entrega y Recibo de Turno por enfermería.	1. No de entregas y recibos de turnos <u>realizados en el servicio en el mes.</u> X 100 Total de turnos de trabajo del mes	85%	99%	-
		2. No de entrega y recibo que se realizan de <u>forma personalizada con los pacientes</u> X 100 Total de entregas y recibos realizados.	85%	99%	
		3. No de entregas y recibos en los que se entregan los materiales y <u>equipos del servicio de forma personalizada</u> X 100 No de entregas y recibos realizadas	85%	99%	

RESULTADOS

No.	CRITERIOS	INDICADORES	ESTANDAR ACEPTABLE	ESTANDAR OPTIMO	CRITERIOS DE EXCEPCIÓN
1	Pacientes encamados sin úlceras por presión.	Total de pacientes <u>encamados sin úlceras por presión</u> X 100 Total de pacientes encamados	85%	99%	-
2.	Pacientes con venipuntura sin flebitis química	Total de pacientes <u>con venipuntura sin flebitis química</u> X 100 Total de pacientes con venipunturas	85%	99%	- Hipersensibilidad al polietileno del trocar o catéter. - Hipersensibilidad a medicamentos altamente tóxicos, esto debe estar registrado de manera bien justificada en la Historia Clínica por el médico.
3.	Pacientes con venipuntura sin flebitis infecciosa.	Total de pacientes <u>con venipuntura sin flebitis infecciosa</u> X 100 Total de pacientes con venipunturas	85%	95- 99%	-

4.	Pacientes con cateterismo vesical realizado en el servicio sin infecciones urinarias asociadas al proceder.	Total de pacientes sin infecciones urinarias por <u>cateterismo vesical realizado en el servicio</u> X 100 Total de pacientes con cateterismo vesical realizados en el servicio	85%	99%	Pacientes con cateterismo vesical permanente.
5	Permeabilidad de las vías aéreas en pacientes intubados (oro-traqueal, nasotraqueal, y percutáneo).	No. de pacientes <u>intubados con vías aéreas permeables</u> X 100 Total de pacientes intubados	85%	99%	-
6	Satisfacción de pacientes y familiares.	Total de pacientes y familiares satisfechos con la atención de <u>enfermería del servicio</u> X 100 Total de pacientes ingresados en el servicio	85%	98%	-
7	Satisfacción del personal de enfermería.	Total de personal de enfermería del <u>servicio satisfecho</u> X 100 Total de personal de enfermería del servicio.	85%	98%	-

CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD QUE SON ESPECÍFICOS PARA LOS SERVICIOS DE CUIDADOS PROGRESIVOS.

RESULTADOS

No.	CRITERIOS	INDICADORES	ESTANDAR ACEPTABLE	ESTANDAR OPTIMO	CRITERIOS DE EXCEPCIÓN
8	Pacientes intubados sin lesiones no traumáticas en la mucosa oral.	No de pacientes intubados que no presentan <u>lesiones traumáticas en la mucosa oral.</u> X 100 No de pacientes intubados en el servicio	85%	99%	Enfermedades propias de la mucosa oral (candidiasis, gingivitis, gingivorragias, úlceras, herpes) registrados en la Historia Clínica.
9	Permeabilidad de las vías aéreas en pacientes intubados (oro-traqueal, naso-traqueal, y percutáneo).	No. de pacientes intubados <u>con vías aéreas permeables</u> X 100 Total de pacientes intubados	85%	99%	-

CONSIDERACIONES FINALES

Los resultados de esta investigación contribuirán a:

1. En lo económico a la reorganización del personal de enfermería en equipos según nivel de formación, complejidad de los cuidados a los pacientes y tipo de servicios en la atención hospitalaria lo que permitirá hacer una utilización eficiente del recurso humano.
2. En la profesión a consolidar su identidad ya que permitirá que cada integrante de este equipo realice las funciones correspondientes a su preparación, para poder demostrar la importancia de la labor que cada uno ejerce, respetar la profesionalidad, los derechos y valores de cada uno.
3. En lo social a cumplir con el encargo social de la profesión, pues se podrá elevar la calidad de la atención que ofrece el personal de enfermería y solucionar mayor cantidad de problemas de salud que demande la población.

El hecho de poder contar con criterios, indicadores y estándares para evaluar la calidad de la atención de enfermería, antes y durante la puesta en práctica de la propuesta de organización de los servicios constituye un valor agregado de la investigación, que puede ser generalizado para procesos de dirección.

BIBLIOGRAFÍA

1. Somarriba L, Lorenzo; García S, Joaquín; Sánchez P, María de Jesús. La organización de un servicio médico y el papel del Jefe de Servicio. Ciudad Habana, Cuba: 2005. 1- 16.
2. Rodríguez JC. Funciones y tareas asistenciales de Enfermería en los servicios de cuidados intensivos. Villa Clara. Noviembre/2001- Octubre/2003. Trabajo de Terminación de la Maestría de Enfermería. 2004.
3. Torres Esperón M, Hernández Rodríguez J, Otero Ceballos M, Urbina Laza O. Funciones y tareas asistenciales de enfermería en los Cuidados Intensivos. Revista Cub de Med Intensiva y Emergencias, 2004. 3(4): 21-24
4. Huber D; et al. Liderazgo y Administración en Enfermería, Philadelphia, Pennsylvania, USA: 1996. 269 – 447.
5. Marriner T, Ann; Raile A, Martha. Modelos y Teorías en enfermería. Editora. Harcourt, S.A. 4ta ed. Capítulo 7. Madrid, España: 1999. 69- 74.
6. Lee, J. A History of care modalities in nursing. Series on Nursing Administration. USA: 1993. 20-38.
7. Mc Closkey JC. Implications of costing out nursing services for reimbursement. Nursing Management. Iowa City, USA: 1989. 44-49.
8. Mc Closkey J, C et al. Costing out nursing services: An annotated bibliography. Nursing Economic. Iowa City, USA: 1987. 245-253.
9. Gardner D; The CNS as a cost manager. Clinical Nurse Specialist. USA: 1992. p- 112- 116.
10. Mc Closkey JC. Personal Communication. Iowa City, USA: 1988.
11. Zander K. Nursing care delivery methods and quality. Series on Nursing Administration". USA: 1992. 86-104.
12. Zander, K. Nurses and case management: To control or collaborate . 4ta ed. St Louis: Mosby, USA: 1994. 254-260.
13. Cohen E; Cesta E. Nursing case management: From concept to evaluation. St Louis: Mosby, USA: 1993.
14. Zander K. Case management: A golden opportunity for whom. 3ra ed. St Louis: Mosby, USA: 1990. 199-204.
15. American Nurses Association." Nursing Case management. Publication No. NS – 32. Kansas City, USA: 1988.
16. Fuszard B. ¿What is case management? The facilitator. USA: 1988. 3-4.
17. Gardner D. Issues related to the use of nurse extenders. Journal of Nursing Administration. USA: 1991. 40-45.
18. Ehrat K. Administrative issues and approaches. Monograph: 2. Pub No. 154182. American Hospital Association. Chicago, USA: 1990.
19. Ancheta E. Historia de la Enfermería en Cuba. Editorial Ciencias Médicas. Capítulo 5. Ciudad Habana, Cuba: 2003. 64-65.
20. González T. Funciones del personal de enfermería en los servicios de medicina interna. Cienfuegos. 2002-2003. Trabajo de Terminación de la Maestría de Salud Pública. 2004.
21. Torres Esperón M, El personal de Enfermería como capital humano. Su valor en la Atención primaria de Salud. Capítulo I, de la publicación científica: "Formados para un nuevo modelo. Experiencia de gestión asistencial". Uruguay, 2006.
22. Castillo N. Funciones del equipo de enfermería en los servicios de Cirugía. Ciudad de la Habana. 2002-2003. Trabajo de Terminación de la Maestría de Salud Pública. 2004.
23. MINSAP- CETSS. Metodología para la determinación de las plantillas de personal en unidades hospitalarias. Ciudad Habana, Cuba: 1984. 20-25.
24. Torres Esperón M. Definición de funciones de enfermería por niveles de formación. Propuesta para el Sistema de Salud Cubano. Tesis para optar por el título de Doctora en Ciencias de la Salud. 2006.

25. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Resolución Ministerial No. 396. Regulaciones de la Práctica de Enfermería. MINSAP. 2008.