



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

**CÁTEDRA ADULTO Y ANCIANO**

# **PROGRAMA HOSPITALARIO DE RESPUESTA A UN EVENTO EXTERNO ADVERSO**

**AUTORES:**

Br Correa, Mónica

Br. Ferraro, Laura

Br. Montiel, Ana Sofía

Br. Pereira, Karina

Br. Piñero, Camila

**TUTOR:**

Prof. Adj.: Silva, Isabel

Facultad de Enfermería  
BIBLIOTECA  
Hospital de Clínicas  
Av. Italia s/n 3er. Piso  
Montevideo - Uruguay

**Montevideo, 2010**

## INDICE

RESUMEN	1
INTRODUCCION	2
JUSTIFICACION	3
FUNDAMENTO TEORICO	5
PREGUNTA PROBLEMA	9
OBJETIVOS	9
METODOLOGIA	10
RESULTADOS	14
DISCUSIÓN	36
CONCLUSIONES	41
SUGERENCIAS	43
BIBLIOGRAFIA	44
ANEXOS	

## **RESUMEN**

El siguiente trabajo de investigación fue realizado por cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, quienes cursan el cuarto ciclo de la carrera Licenciatura en Enfermería. El mismo fue titulado “Programa Hospitalario de respuesta a un evento externo adverso”

La investigación se centró en el conocimiento del personal de Enfermería y personal Médico del Servicio de Emergencia del Hospital Maciel, sobre la existencia del “Programa para Atención para desastre externo” que posee dicho servicio.

Su objetivo fue identificar el conocimiento de dicho personal sobre las pautas a seguir estipuladas por dicho programa y el conocimiento del mismo.

El trabajo de campo se realizó en el Servicio de Emergencia del Hospital Maciel, durante el transcurso de 24 hs., el día 22 de julio de 2010. En dicha instancia se aplicó el cuestionario a todo el personal de enfermería y médico que se encontraba desempeñando funciones en el servicio de emergencia.

La muestra para este estudio fue de 64 personas.

De la discusión y análisis de los datos obtenidos podemos decir que:

Se corroboró lo expresado por las autoridades jerárquicas de la Institución sobre el elevado número de personal con una antigüedad menor a tres años en el cargo.

Se identificó que el personal que posee mayor conocimiento de los ítems planteados en el programa son quienes se desempeñan como Auxiliares en Enfermería, y que además tienen mayor antigüedad en el servicio.

Como también se identificó la falta de capacitación del personal del Servicio en simulacros a pesar de su antigüedad en el mismo.

Pudiendo resumir, que de una guardia de 24 hs., solo un 34.4% del total del personal de Enfermería y Médico que desempeñan funciones en el servicio tienen conocimiento de las pautas a seguir ante la ocurrencia de un evento adverso externo, poniendo en riesgo el buen resultado del programa.

## **INTRODUCCIÓN**

El siguiente trabajo de investigación fue realizado por cinco estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República, quienes cursan el cuarto ciclo de la carrera Licenciatura en Enfermería, generación 2004, en el período de tiempo comprendido entre diciembre del año 2008 - agosto del año 2010.

Éste corresponde al trabajo final de investigación, estipulado como requisito para la obtención del título incluido en el plan de estudios '93. Se encuentra enmarcado en las líneas de investigación de la Cátedra de Salud del Adulto y Anciano, de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República.

El mismo se centra en investigar el conocimiento que posee el personal de Enfermería y Médico que desempeña funciones en el servicio de Emergencia del Hospital Maciel, sobre la existencia y pautas a seguir del “Programa para Atención para desastre externo” (Ver anexo 1) que posee dicho servicio.

El diseño metodológico para esta investigación es de un estudio cuantitativo de tipo descriptivo, de corte transversal.

El instrumento de recolección de datos utilizado fue un formulario anónimo (anexo 2), con preguntas cerradas, el cual se aplicó en el transcurso de 24 hs de guardia el día 22 de julio de 2010.

La tabulación de los datos se realizó a través de tablas univariadas y bivariadas.

El análisis de la información obtenida determinó que ante la ocurrencia de un desastre externo, solo el 34.4% del personal conocía pero no en su totalidad las pautas a seguir estipuladas en el “Programa para Atención para desastre externo”, que posee dicho servicio.

## JUSTIFICACIÓN

Todo Hospital está expuesto a amenazas naturales tales como la ocurrida en nuestro país el pasado 23 de agosto de 2005, así como también desastres producidos por el Hombre como por ejemplo la fuga de gas amoníaco ocurrido en el puerto de Montevideo en 2007, por lo que debe estar acondicionado para soportar el impacto de un desastre y para prestar asistencia a las víctimas.

Ello exige reducir oportunamente la vulnerabilidad física y organizativa de la institución (manejo de riesgos) y prepararse para dar respuesta oportuna, organizada y adecuada a la demanda que se presenta por cada uno de los profesionales que desempeñen servicios para el mismo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece como Hospital Seguro a *“aquellos establecimientos con servicios de salud que permanecen accesibles y funcionando a su máxima capacidad con la misma estructura, inmediatamente después de un desastre. Dando a su vez una respuesta programada en la atención de las víctimas”*<sup>1</sup>.

Por lo anteriormente mencionado, y como lo estipula el Art. 44 del decreto 416/002 del Poder Ejecutivo (Ver anexo 3), es imprescindible que toda entidad de salud, servicio de Urgencias y Emergencias para poder ser habilitado, disponga de un plan que le permita tomar acciones frente a una situación de emergencia o evento adverso.

El plan debe ser ejercitado mediante simulacros por todo el personal del establecimiento. La dificultad más común es que los profesionales que desempeñan tareas en el mismo desconozcan las actividades programáticas relacionadas con los eventos adversos.

En el Hospital Maciel no se realizaron experiencias en simulacros.

---

<sup>1</sup>Isaza, Pablo y Carlos Santana. *Guías de diseño hospitalario para América Latina*.

Documento preparado para la OPS. Programa de Desarrollo de Servicios de Salud, Serie N° 61; 1991.

Morales, N., Sato, J. *Análisis de la vulnerabilidad sísmica en hospitales del Perú*. Lima: OPS/OMS; 1997.

OPS/OMS - División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. *Lineamientos metodológicos para la realización de análisis funcionales de las redes de servicios de salud*. Washington D. C.: OPS/OMS; 1998.

El Hospital Maciel es una Institución pública, dependiente de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), la cual es referencia nacional y brinda cobertura a toda la franja oeste de la ciudad de Montevideo, existiendo en la misma la mayor concentración de población carenciada como también puntos de alto riesgo por la proximidad de avenidas principales con alto tránsito, vías de acceso rápido a rutas nacionales, circulación de vehículos de transporte los cuales han aumentado en el último tiempo.

Por ello consideramos la importancia de realizar nuestra investigación en dicha Institución de Salud, centrándonos en el sector de Emergencia del mismo, ya que es allí donde se encuentra el “Programa para Atención para desastre externo”.

Este programa es un protocolo de atención ante un desastre externo cuya finalidad es asegurar la eficiencia de la atención a las víctimas. El cual fue actualizado por última vez en el año 2002 por la Jefa de Enfermería del Servicio, Lic. Enf. María Acosta. Momento desde el cual han ocurrido grandes cambios en la ciudad de Montevideo como son las reformas de la terminal portuaria, el aumento del parque automotor, construcción de las nuevas vías de acceso rápido a la ciudad, construcción de la nueva Terminal Aérea con su consecuente aumento del flujo aéreo, de aviones de mayor porte. Sumado a esto el aumento de lugares de concentración de público como son los sitios de esparcimiento nocturno en la zona de Ciudad Vieja.

El fin de este estudio es Identificar el conocimiento que posee el personal de Enfermería y personal Médico del Servicio de Emergencia del Hospital Maciel, sobre la existencia del “Programa para Atención para desastre externo” que posee dicho servicio. Con el propósito de que las autoridades dispongan de información actualizada que les permita tomar decisiones para mejorar la seguridad, fortaleciendo la calidad de atención que se brinda como colectivo profesional y enriquecer la formación del personal de Enfermería y Médico.

## FUNDAMENTO TEÓRICO

Un desastre puede definirse como un evento o suceso que ocurre en la mayoría de los casos en forma repentina e inesperada, causando alteraciones intensas sobre los elementos sometidos, representadas por la pérdida de vida y salud de la población, la destrucción o pérdida de los bienes de una colectividad y daños severos sobre el medio ambiente<sup>2</sup>.

La OMS establece como Hospital Seguro a aquellos establecimientos con servicios de salud que permanecen accesibles y funcionando a su máxima capacidad con la misma estructura, inmediatamente después de un desastre, si no se rige por esto entonces no se obtiene la certificación de Hospital Seguro<sup>3</sup>.

Los códigos de diseño y construcción deben ser una reglamentación obligatoria para el diseño y la construcción de las edificaciones de la salud; deben estar orientados tanto a proteger la vida de los ocupantes, como a asegurar el funcionamiento ininterrumpido del establecimiento hospitalario con posterioridad a un desastre<sup>4</sup>.

Es normativa de toda entidad de salud, que su Servicio de Urgencias y Emergencias disponga de un plan que le permita tomar acciones frente a una situación de emergencia o evento adverso según lo dispuesto por el Art. 44 del Decreto 416/002. Por lo estipulado en dicho decreto todas las instituciones deben disponer de uno.

En América Latina y El Caribe, entre 1981 y 1996, un total de 93 hospitales y 538 unidades de salud fueron dañados sensiblemente a consecuencia de desastres, ya sea por haber colapsado o haber quedado en condiciones vulnerables que exigieron su desalojo. Esto acarreo pérdidas económicas llegando a 3.120 millones de dólares según lo

---

<sup>2</sup>Isaza, Pablo y Carlos Santana. *Guías de diseño hospitalario para América Latina*. Documento preparado para la OPS. Programa de Desarrollo de Servicios de Salud, Serie N° 61; 1991.

Morales, N., Sato, J. *Análisis de la vulnerabilidad sísmica en hospitales del Perú*. Lima: OPS/OMS; 1997.

<sup>3-4</sup> OPS/OMS - División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. *Lineamientos metodológicos para la realización de análisis funcionales de las redes de servicios de salud*.

Washington D. C.: OPS/OMS; 1998.

<sup>5</sup>Isaza, Pablo y Carlos Santana. *Guías de diseño hospitalario para América Latina*. Documento preparado para la OPS. Programa de Desarrollo de Servicios de Salud, Serie N° 61; 1991.

expresado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), así como también vidas humanas dentro de las cuales se encontraba personal de salud <sup>5</sup>.

Los eventos adversos externos pueden implicar la atención masiva de víctimas en algunos casos con riesgo vital, para ello se deben prever espacios, insumos, protocolos de actuación del personal y sistemas de referencia previamente establecidos. Es importante que el Hospital posea un plan de capacitación para el personal del establecimiento que contemple, entre otros, los siguientes temas: conocimiento del plan ante desastres, atención masiva de víctimas, vulnerabilidad del establecimiento, manejo de la información, evaluación de daños, entre otros.

Se debe disponer de un directorio telefónico actualizado con los números de todas las personas responsables y que trabajen en la Institución, autoridades pertenecientes al Comité Nacional de Emergencia.

Dependiendo de la función del establecimiento en la red de salud local, se deberá disponer de una reserva de insumos médicos para la atención masiva de víctimas.

Los protocolos de atención de víctimas deben facilitar la organización del trabajo y, por lo tanto, la calidad de atención y evolución de los pacientes. Asignar al personal de la Institución responsabilidades en el Plan de Emergencia facilitará este proceso al momento del arribo de pacientes en masa a las instituciones.

Por lo general, todas las instituciones disponen de uno, pero no basta con que exista, éste debe estar actualizado, ajustado y difundido entre todos los trabajadores del hospital. Es conveniente, como parte de la capacitación al personal del establecimiento de salud, realizar simulacros periódicos que permitan prepararse para responder adecuadamente durante la emergencia y así facilitar las maniobras a adoptar, tratando de dar respuesta de una manera apropiada al evento adverso.

Los simulacros deben prepararse con un guión específico para la emergencia que quiere afrontarse, comprometer a todos los funcionarios y tener, además de las acciones específicas, un proceso de evaluación y análisis de los aspectos a mejorar en el plan y en las acciones de cada sector. No se debe esperar que los simulacros salgan siempre bien, precisamente la idea es encontrar los puntos débiles para mejorarlos.

La OMS y La Organización Panamericana de la Salud (OPS) están realizando la campaña denominada “Hospital Seguro” desde el año 2008, en la cual se realiza la evaluación de las Instituciones de Salud, en relación a la seguridad ante la ocurrencia de

un evento adverso y en el marco de dicha campaña es que en el primer trimestre de este año el Hospital Departamental de Maldonado fue Certificado como Hospital Seguro.

El Hospital Maciel, punto de referencia nacional y cobertura para toda la franja oeste de la ciudad de Montevideo existiendo en la misma la mayor concentración de población carenciada y puntos de alto riesgo (Puerto de Montevideo, Refinería de La Teja, frigoríficos, fabricas, rutas nacionales de acceso a la capital, zona comercial, entre otras), posee en su servicio de Emergencias el “Programa para Atención para desastre externo”, en el cual se estipulan las pautas a seguir, funciones a desempeñar por parte del personal y cadenas de mando.

### **Servicio de Emergencia**

El Servicio de Emergencia del Hospital Maciel constituye uno de los principales centros de consulta de adultos usuarios de ASSE del país, con un número promedio de 180 consultas diarias. Es referencia para pacientes con patología neuroquirúrgicas, politraumatizados graves, pacientes hematoncologicos, renales y pacientes con patologías vasculares periféricas.

Los recursos humanos en el área de Enfermería constan de una Licenciada Supervisora de Área, 17 Licenciados en Enfermería distribuidos en 3 por turno, 3 turnantes y dos rotativos de licencia anual reglamentaria (L.A.R).

El servicio cuenta con 45 Auxiliares de Enfermería que son distribuidos en 8 por cada turno, tres turnantes, dos que cumplen la función de ecónomo y el resto son rotativos de L.A.R.

El Servicio de Emergencia cuenta con una Jefatura Médica, 2 cargos de Coordinadores (médico y quirúrgico), y un equipo de 7 Médicos Internistas y 7 Cirujanos, que cumplen guardias semanales de 24 horas repartidas en 2 guardias de 12 horas. A ellos se agrega los Residentes de Medicina Interna (24 horas semanales, repartidas en 2 guardias de 12 horas, promedio de 4 Residentes por guardia), Medicina Familiar (2 o 3 por guardia en régimen semanal de 12 horas, de 8 a 20), Medicina Intensiva (1 o 2 por guardia, régimen semanal de 12 horas), Cirugía (en régimen similar a los de Medicina Interna, 1 o 2 por guardia), Psiquiatría (24 horas semanales) y Neurocirugía. También realizan las rotaciones trimestrales los Practicantes Internos en Medicina, los cuales se encuentran en formación profesional con una carga horaria de 24 horas semanales.

### **“Programa para Atención para desastre externo”**

Este programa es un protocolo de atención ante un desastre externo, el mismo se encuentra publicado en cartelera del Servicio de Emergencia del Hospital Maciel ya que es este servicio el responsables de recibir a las posibles víctimas.

En el mismo se prevé la atención de hasta 20 pacientes en la primera hora

Dicha publicación consta de tarjetas con las pautas asignadas así como también planillas, adhesivos de identificación, listados de teléfonos y programas de cobertura.

También define las áreas de trabajo, función del personal y acciones coordinadas con otros servicios.

A fin de obtener la visión de las autoridades responsables del funcionamiento de la Institución se realizaron entrevistas a Dirección del Hospital, Jefa del Dpto. de Enfermería, Jefe Médico del Servicio de Emergencia del Hospital y Jefa de Enfermería del Servicio de Emergencia del Hospital (Ver anexo 4).

De las entrevistas realizadas al personal del Hospital Maciel pueden concluirse de manera general las siguientes afirmaciones o hipótesis:

- a) Es de amplio conocimiento la existencia de un protocolo de atención ante situaciones de desastre.
- b) Hay conciencia de que solo el personal de Enfermería con mayor antigüedad conoce las especificidades del “Programa para atención para desastre externo”, así como la alta rotación del mismo afecta la comprensión cabal de dicho protocolo.
- c) Los entrevistados indican entre sí, distintos métodos de instruir al personal sobre el programa o dudan que sean debidamente informados. Lo cual parece indicar que no hay una inducción estipulada como rutina del nuevo personal que ingresa.
- d) No se efectúan sistemáticamente simulacros o actualizaciones sobre el Programa, o bien se afirma que estas acciones fueron realizadas bastante tiempo atrás.
- e) Se afirma que se mantiene una reserva de materiales para una eventualidad de mayor demanda.
- f) Los consultados aseveran que no existe personal específico para el registro de datos del personal para convocatoria ante emergencia.

### **PREGUNTA PROBLEMA:**

¿El personal de Enfermería y Médico que desempeñan tareas en el Servicio de Emergencia del Hospital Maciel conoce la existencia y cuáles son las pautas planteadas en el “Programa para atención para desastre externo” que posee dicho servicio?

### **OBJETIVO GENERAL**

a) Identificar el conocimiento que posee el personal de Enfermería y personal Médico del Servicio de Emergencia del Hospital Maciel, sobre la existencia del “Programa para Atención para desastre externo” que posee dicho servicio y las pautas estipuladas en el mismo.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

- 1 Caracterización del personal de Enfermería y Médico.
- 2 Indagar sobre el conocimiento que posee el personal de Enfermería y Médico sobre la existencia del “Programa para Atención para desastre externo” que posee el Servicio de Emergencia de dicho Hospital.
- 3 Indagar sobre la capacitación que recibió el personal de Enfermería y Médico del Servicio de Emergencia sobre las pautas a seguir según el “Programa para Atención para desastre externo” existente en el servicio.

## **METODOLOGÍA**

### **Tipo de Estudio:**

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, cuantitativo, de corte transversal.

### **Universo:**

Licenciadas en Enfermería, Auxiliares en Enfermería, Médicos y estudiantes Internos en Medicina que desempeñan funciones en el Servicio de Emergencias del Hospital Maciel.

### **Muestra:**

Consistió en todo el personal de Enfermería, Médicos y estudiantes Internos en medicina, que cumplieron funciones en el Servicio de Emergencia en el transcurso de las 24 horas de atención en dicho servicio el día 22 de julio de 2010.

### **Criterios de Inclusión:**

Se consideró a todo el personal de Enfermería y Médico que se encontraba trabajando en el servicio de Emergencia el día estipulado y de quien se obtuvo el consentimiento verbal para participar del estudio.

### **Criterio de Exclusión:**

Personal de Enfermería y Médico que no desempeñara funciones en la asistencia en el servicio de Emergencia y de quienes no se obtuviera su consentimiento para participar en el estudio.

### **Factibilidad:**

En relación a la factibilidad política en la realización de la investigación en el Servicio de Emergencia del Hospital Maciel, se consideró la normativa de la institución y se solicitaron las autorizaciones pertinentes para su realización, Comité de Investigación y Ética así como también de Dirección del Hospital (Ver anexo 5).

En lo que respecta a la factibilidad económica, dado que el estudio es de tipo descriptivo los costos de la investigación estuvieron dentro de lo abordable por los estudiantes que participaron de la misma. Los resultados obtenidos justificaron los gastos.

En relación a la factibilidad técnica para la realización de la investigación se consideró que la metodología seleccionada para el estudio se ajustó a las capacidades y

habilidades técnicas del equipo de investigación. Dentro de las actividades curriculares de los investigadores ya se han desarrollado trabajos previos con esta metodología de forma satisfactoria.

A cerca de la factibilidad sociocultural para la realización de la investigación la metodología utilizada para recabar la información (cuestionario) fue aceptada por la población. Las personas fueron informadas sobre las implicancias del estudio y previamente se obtuvieron los consentimientos verbales para participar del mismo. Los contenidos de la información que se pretendió recabar no involucraron aspectos personales o éticamente objetables, por lo tanto, fue viable lograr la participación de los sujetos

**Variables:**

DISCIPLINA

- Definición: La disciplina académica o científica es conocida como un campo de estudio, es una rama del conocimiento investigada en una escuela superior o universidad.
- Definición Operativa: Cualitativa nominal
- Categoría: Enfermería, Médica.

CARGO

- Definición: Empleo, tarea o responsabilidad que la persona desempeña.
- Definición Operativa: Cualitativa ordinal.
- Categoría: Licenciada en Enfermería, Auxiliar de Enfermería, Médico e Interno en Medicina.

ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO

- Definición conceptual: es el tiempo que hace que una persona o grupo se desempeña en un lugar o sector realizando las labores que le corresponden.
- Definición operativa: Cuantitativa continua ordinal
- Categoría: Menor a 3 años, 3 a 9 años y Mayor a 9 años.

CONOCIMIENTO del PROGRAMA

- Definición conceptual: Facultad de comprender y de conocer la existencia del Programa
- Definición operativa: Cualitativa nominal
- Categoría: Conoce; No conoce

#### CONOCIMIENTO DE LAS PAUTAS DEL PROGRAMA

- Definición conceptual: Facultad de comprender y de conocer los ítems planteados en el Programa
- Definición operativa: Cualitativa ordinal
- Categoría: < 2 respuestas correctas, 2 a 4 respuestas correctas, > 4 respuestas correctas.

El cuestionario consto de 11 ítems de los cuales 6 son verdaderos, por lo tanto se tomara como respuesta válida de que conocen el protocolo y sus pautas a seguir a todo el personal de enfermería y médicos del servicio de emergencia que conozcan más de 4 ítems verdaderos.

#### CAPACITACIÓN:

- Definición conceptual: Actividades de formación de recursos humanos (RR/HH) entrenamiento y reentrenamiento de personal en temas específicos
- Definición operativa: Cualitativa nominal
- Categoría: - Capacitado en las pautas a seguir según el “Programa para atención para desastre externo”.
  - No capacitado en pautas a seguir según el “Programa para atención para desastre externo”

#### **Métodos, Instrumentos y Técnicas para la recabación de datos.**

A fin de obtener los datos necesarios y evitar sesgos en los mismos se aplico un cuestionario a personal de Enfermería y Médico. El método para la recolección de datos fue el cuestionario y el instrumento utilizado fue el formulario. Este constó de preguntas cerradas y de múltiple opción con una o más respuestas correctas. El mismo fue

sometido a prueba de campo por los integrantes del grupo de investigación previo a su implementación en el estudio y posteriormente se realizaron los ajustes respectivos.

Para comenzar a realizar el trabajo de campo se obtuvieron los horarios del personal de enfermería de la planilla de turnos y se corroboró dicha información con la licenciada del sector así como se corroboró la información del personal médico con el jefe médico de la guardia, manteniendo el anonimato.

Para garantizar los aspectos éticos de la investigación se realizó la presentación de los integrantes del grupo, presentación de la investigación y los objetivos e importancia de la misma y se solicitó el consentimiento verbal para participar del estudio.

Se preservó la intimidad anonimato y confidencialidad de la información, así como tampoco se emitieron juicios de valor.

### **Tabulación y análisis**

Para la misma se utilizó el programa informático Excel. La información se sistematizó en tablas de frecuencia absoluta y relativa porcentual para el estudio de cada variable, expresándose en gráficos uni y bivariadas. Todos los datos resumidos son producto de la aplicación de los formularios.

En base a un análisis descriptivo se elaboraron las conclusiones y a partir de ellas las sugerencias.

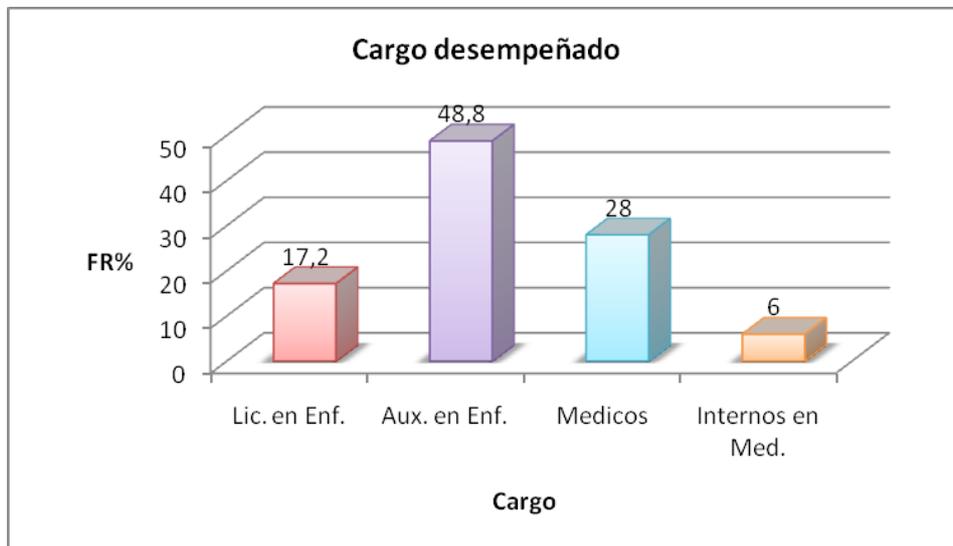
## **RESULTADOS**

**Tabla 1.0 Cargo desempeñado**

Cargo	FA	FR%
Lic. en Enf.	11	17,2
Aux. en Enf.	31	48,75
Médicos	18	28
Internos en Med.	4	6.05
Total	64	100

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

**Grafica 1.0 Cargo desempeñado.**



Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

La muestra consto de 64 personas de los cuales el 48.75% cumplían funciones como Auxiliares en Enfermería, el 17.2% eran Licenciadas en Enfermería, el 28% eran Médicos y el 6% restante eran estudiantes Internos en Medicina.

**Tabla 2.0 Antigüedad en el cargo del Personal de Enfermería**

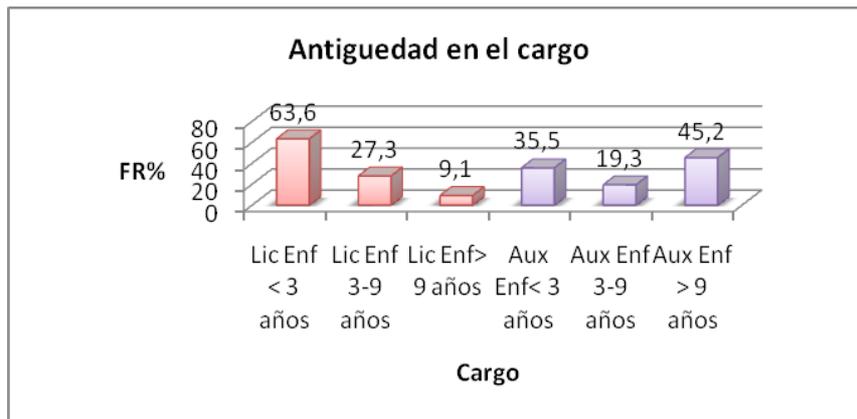
	FA	FR%
Lic Enf < 3 años	7	64
Lic Enf 3-9 años	3	27
Lic Enf > 9 años	1	9
Total	11	100

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

	FA	FR%
Aux Enf < 3 años	11	36
Aux Enf 3-9 años	6	19
Aux Enf > 9 años	14	45
Total	31	100

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

**Grafica 2.0 Antigüedad en el cargo del Personal de Enfermería**



Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

En lo que respecta a la antigüedad en el cargo del personal objeto de estudio se observa que Licenciados en Enfermería un 63,6% tiene menos de 3 años en el cargo, seguido de un 27,3% que tiene entre 3-9 años en el cargo y un 9,1 que tiene una antigüedad mayor a 9 años.

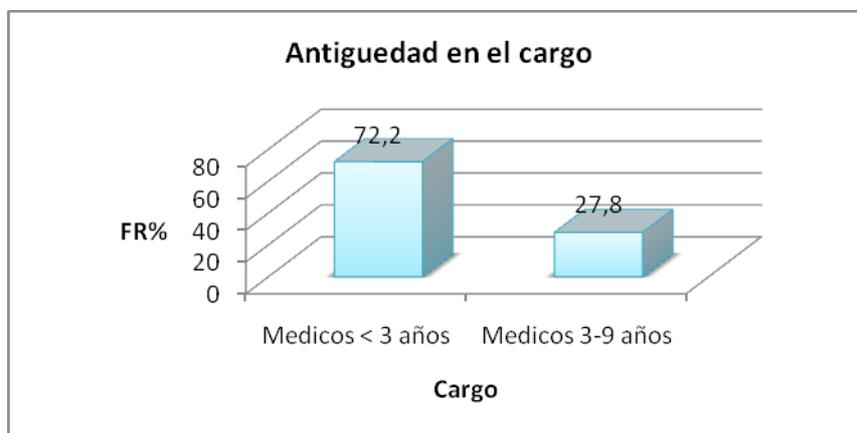
En relación a Auxiliares de Enfermería un 21,9% tiene una antigüedad en el cargo mayor a 9 años, 17% tiene menos de 3 años y 9,4% tiene entre 3-9 años de antigüedad en el cargo.

**Tabla 2.1 Antigüedad en el cargo del Personal Médico**

	FA	FR%
Médicos < 3 años	13	72,2
Médicos 3-9 años	5	27,8
Total	22	100

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

**Grafica 2.1 Antigüedad en el cargo del Personal Médico**



Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

Con respecto al personal Médico un 72,2% tiene menos de 3 años de antigüedad en el cargo, mientras que 27,8 tiene entre 3-9 años, sin encontrar personal médico con antigüedad mayor.

**Tabla 3.0 Conocimiento de la Existencia de pautas ante la ocurrencia de un desastre externo según personal de Enfermería**

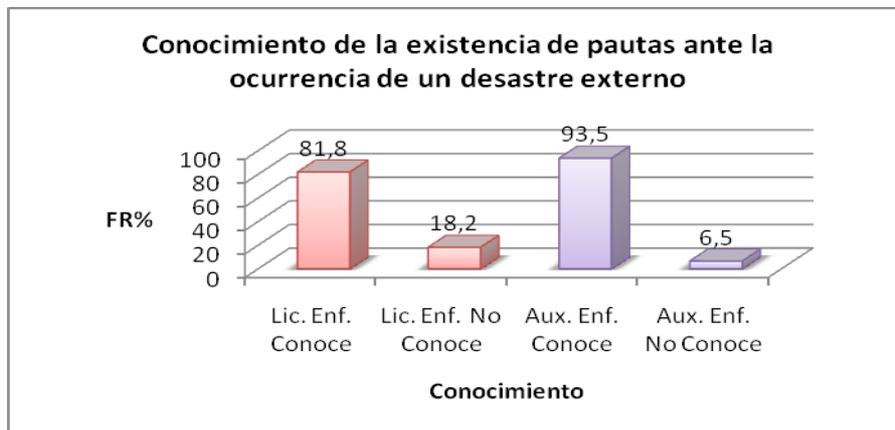
	FA	FR%
Lic. Enf. Conoce	9	81,8
Lic. Enf. No Conoce	2	18,2
Total	11	100

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

	FA	FR%
Aux. Enf. Conoce	29	93,5
Aux. Enf. No Conoce	2	6,5
Total	31	100

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

**Grafica 3.0 Conocimiento de la Existencia de pautas ante la ocurrencia de un desastre externo según personal de Enfermería**



Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

En lo que respecta al Conocimiento de la existencia de pautas ante la ocurrencia de un desastre externo, se observa que en relación a los Licenciados en Enfermería un 81.8% conoce dichas pautas mientras que un 18.2% no las conoce; en relación a los Auxiliares en Enfermería un 93.5% conoce las pautas y un 6.5% no las conoce.

**Tabla 3.1 Conocimiento de la Existencia de pautas ante la ocurrencia de un desastre externo según personal Médico.**

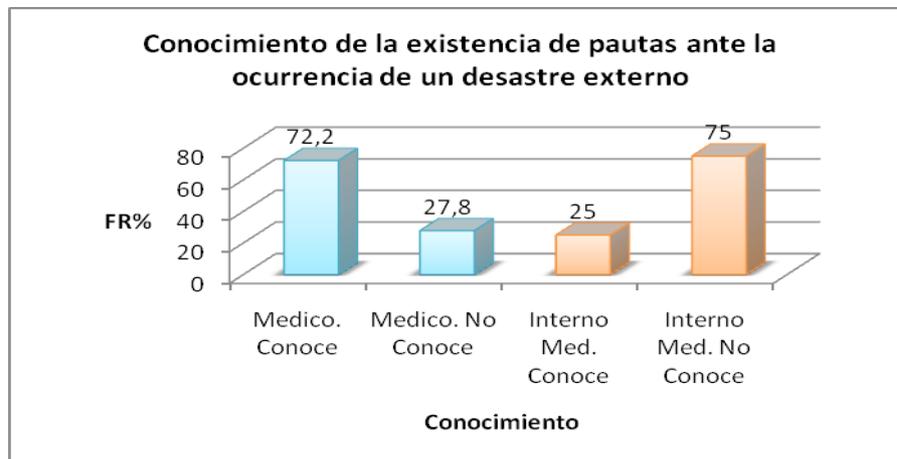
	FA	FR%
Medico. Conoce	13	72,3
Medico. No Conoce	5	27,7
Total	18	100

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

	FA	FR%
Interno Med. Conoce	1	25
Interno Med. No Conoce	3	75
Total	4	100

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

**Grafica 3.1 Conocimiento de la Existencia de pautas ante la ocurrencia de un desastre externo según personal Médico.**



Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

En relación al personal Médico, se desprende del estudio que un 72.2% conoce la existencia de pautas para actuar ante la ocurrencia de un desastre externo y un 27.8% no las conoce; en relación a los Internos de Medicina un 25% las conoce y un 75% no las conoce.

**Tabla 4.0 Conocimiento del programa específico de actuación ante desastre según el personal de Enfermería**

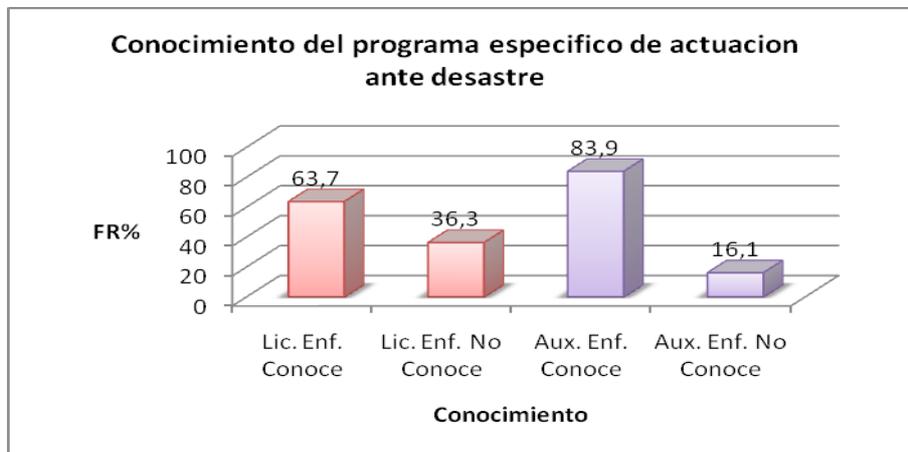
	FA	FR%
Lic. Enf. Conoce	7	63,7
Lic. Enf. No Conoce	4	36,3
Total	11	100

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

	FA	FR%
Aux. Enf. Conoce	26	83,9
Aux. Enf. No Conoce	5	16,1
Total	31	100

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

**Grafica 4.0 Conocimiento del programa específico de actuación ante desastre según el personal de Enfermería**



Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

En lo que tiene que ver con el conocimiento de las pautas y que las mismas forman parte de un programa específico de actuación ante desastre, un 63.7% de Licenciados en Enfermería conoce el programa y sus pautas y un 36.3% no lo conoce; con respecto a los Auxiliares en Enfermería un 83.9% conoce y un 16.1% no conoce que dichas pautas forman parte de un programa específico de actuación ante desastres.

**Tabla 4.1 Conocimiento del programa específico de actuación ante desastre según el personal Médico.**

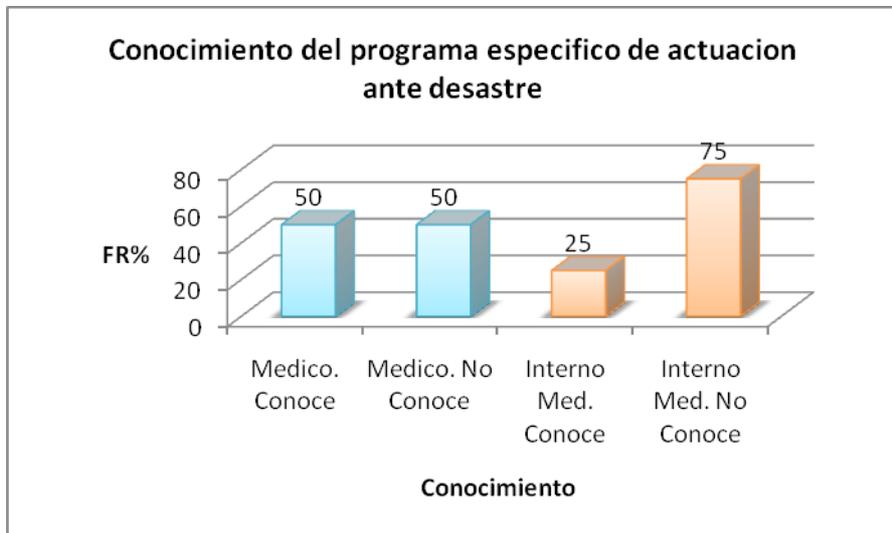
	FA	FR%
Medico. Conoce	9	50
Medico. No Conoce	9	50
Total	18	100

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

	FA	FR%
Interno Med. Conoce	1	25
Interno Med. No Conoce	3	75
Total	4	100

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

**Grafica 4.1 Conocimiento del programa específico de actuación ante desastre según el personal Médico.**



Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

Con respecto al personal Médico un 50% conoce el programa específico y sus pautas y un 50% no lo conoce; y los Internos de Medicina un 25% conoce y un 75% no conoce.

**Tabla 5.0 Conocimiento del lugar físico donde se encuentra publicado dicho protocolo según el personal de Enfermería**

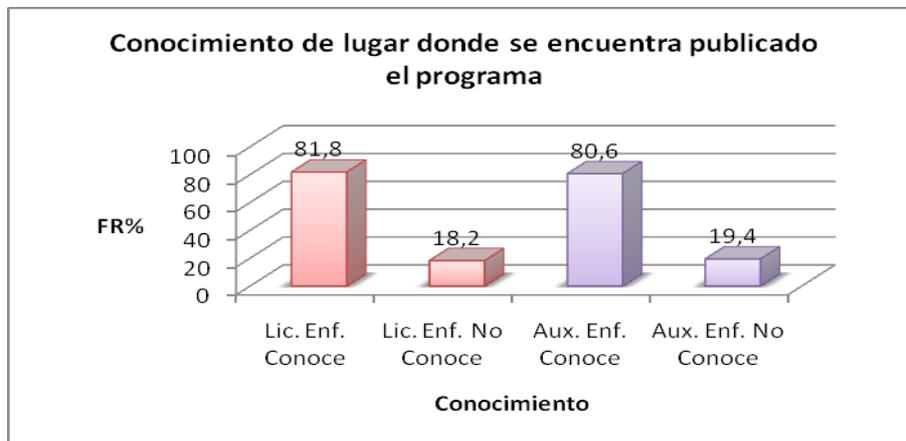
	FA	FR%
Lic. Enf. Conoce	9	81,8
Lic. Enf. No Conoce	2	18,2
Total	11	100

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

	FA	FR%
Aux. Enf. Conoce	25	80,6
Aux. Enf. No Conoce	6	19,4
Total	31	100

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

**Grafica 5.0 Conocimiento del lugar físico donde se encuentra publicado dicho protocolo según el personal de Enfermería**



Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

En relación al conocimiento de donde se encuentra ubicado el protocolo de actuación ante un desastre un 81.8% de Licenciados en Enfermería conoce dicha ubicación mientras que un 18.2% no la conoce. De los Auxiliares en Enfermería un 80.6% conoce la ubicación y un 19.4% no la conoce.

**Tabla 5.1 Conocimiento del lugar físico donde se encuentra publicado dicho protocolo según el personal Médico**

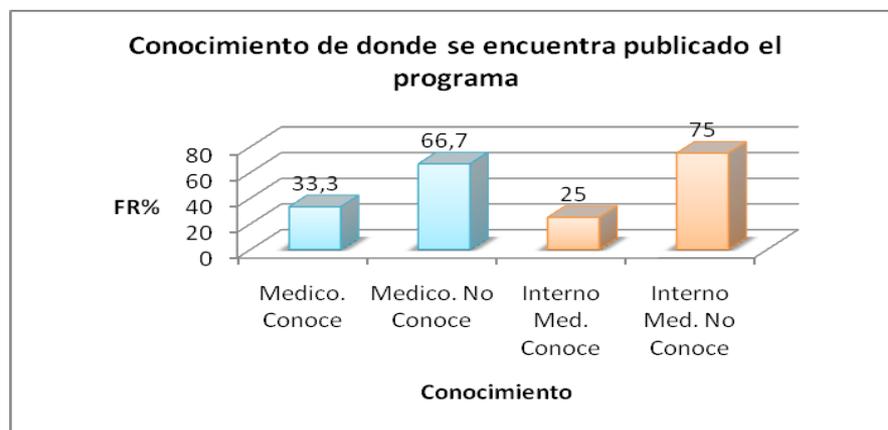
	FA	FR%
Medico. Conoce	6	33,3
Medico. No Conoce	12	66,7
Total	18	100

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

	FA	FR%
Interno Med. Conoce	1	25
Interno Med. No Conoce	3	75
Total		

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

**Grafica 5.1 Conocimiento del lugar físico donde se encuentra publicado dicho protocolo según el personal Médico**



Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

En cuanto al personal Médico se pudo observar que un 66.7% no conoce dicha ubicación mientras que un 33.3% si la conoce; y de los Internos de Medicina un 25% conoce la ubicación y un 75% no.

**Tabla 6.0 Conocimiento de 3 ítems de las pautas a seguir ante un desastre externo según personal de Enfermería.**

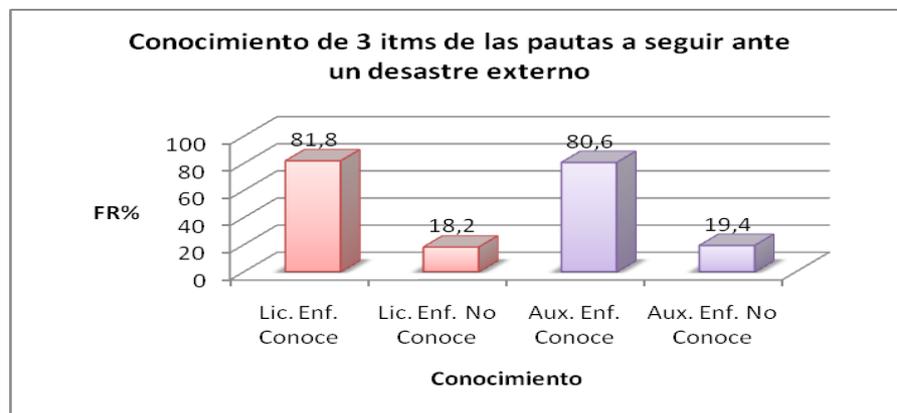
	FA	FR%
Lic. Enf. Conoce	9	81,8
Lic. Enf. No Conoce	2	18,2
Total	11	100

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

	FA	FR%
Aux. Enf. Conoce	25	80,6
Aux. Enf. No Conoce	6	19,4
Total	31	100

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

**Grafica 6.0 Conocimiento de 3 ítems de las pautas a seguir ante un desastre externo según refiere el personal de Enfermería.**



Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

En lo que tiene que ver con el conocimiento de los ítems que forman las pautas a seguir ante un desastre externo un 81.8% de Licenciados en Enfermería refiere conocer 3 ítems, mientras que un 18.2% no. De los Auxiliares en Enfermería un 80.6% refiere conocer los mismos y un 19.4% no los conoce.

**Tabla 6.1 Conocimiento de 3 ítems de las pautas a seguir ante un desastre externo según refiere el personal Médico.**

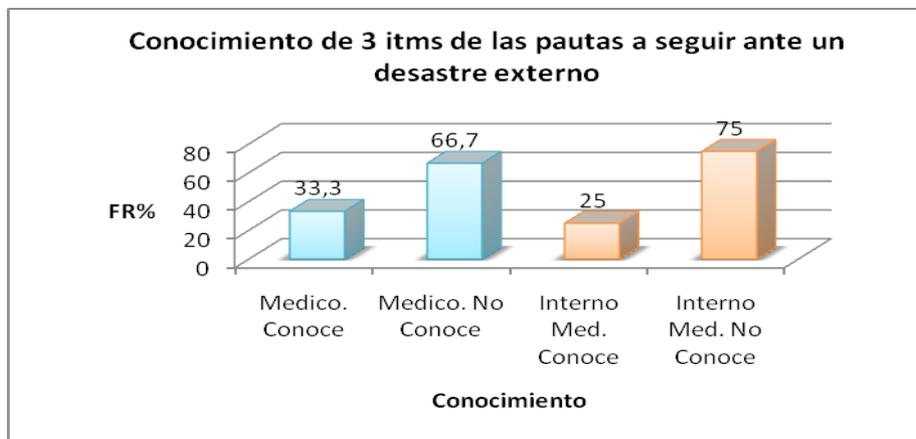
	FA	FR%
Medico. Conoce	6	33,3
Medico. No Conoce	12	66,7
Total	18	100

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

	FA	FR%
Interno Med. Conoce	1	25
Interno Med. No Conoce	3	75
Total	4	100

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

**Grafica 6.1 Conocimiento de 3 ítems de las pautas a seguir ante un desastre externo según personal Médico.**



Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

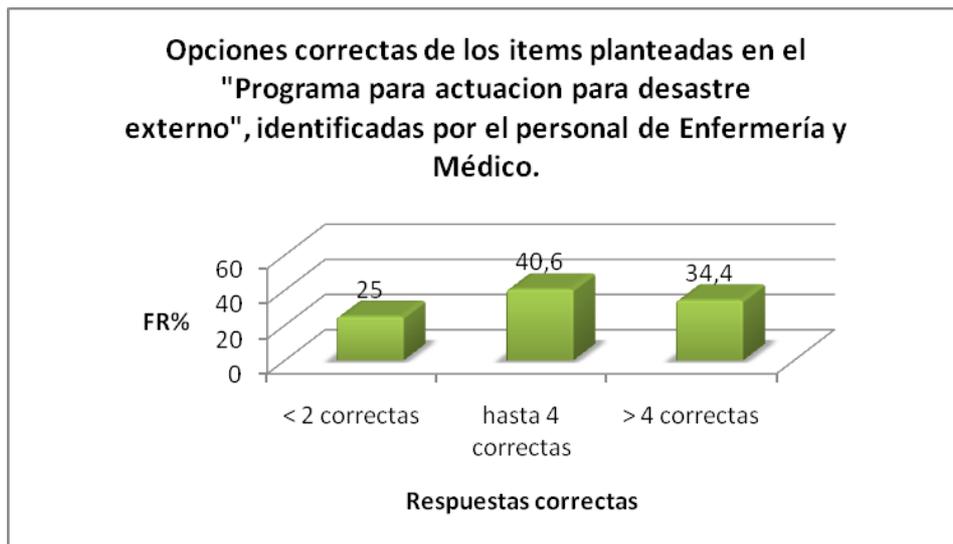
En cuanto al personal Médico se pudo observar que un 66.7% refiere no conocer 3 ítems, mientras que un 33.3% refiere sí conocer; y de los Internos de Medicina un 25% refieren que conoce y un 75% no.

**Tabla 7. Opciones correctas de los ítems planteados por el “Programa para actuación para desastre externo”, identificadas por el personal de Enfermería y Médico.**

Opciones correctas	FA	FR%
< 2 correctas	16	25
hasta 4 correctas	26	40,6
> 4 correctas	22	34,4

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

**Grafica 7. Opciones correctas de los ítems planteados en el “Programa para actuación para desastre externo”, identificadas por el personal de Enfermería y Médico.**



Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

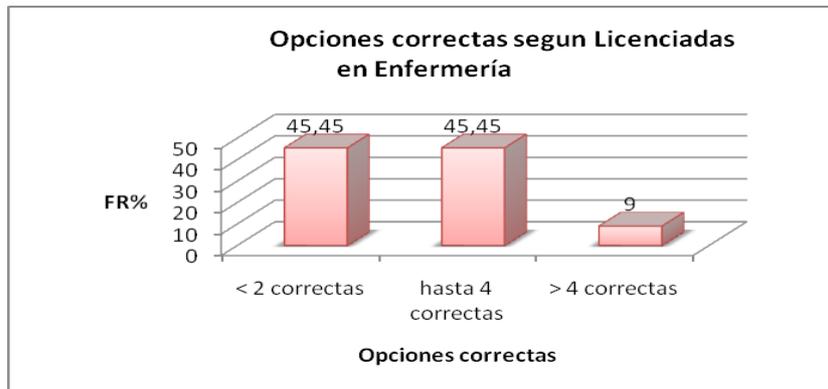
En lo indagado sobre el conocimiento de las ítems planteados en el “Programa para actuación para desastre externo” se observó que el 40.6% del personal de enfermería y personal médico que desempeña tareas en el servicio de emergencias del Hospital Maciel identificó hasta 4 ítems correctos, el 34,4 % identificó más de 4 ítems correctos y el 25% restante identificó menos de 2 ítems correctos.

**Tabla 8.0.1. Opciones correctas de los ítems planteados en el “Programa para actuación para desastre externo” identificadas por Licenciados en Enfermería.**

Opciones Cargo	< 2 correctas	hasta 4 correctas	> 4 correctas		
	FA	FR%	FA	FR%	FA
Licenciadas en Enfermería	5	45,45	5	45,45	1

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

**Grafica 8.0.1. Opciones correctas de los ítems planteados en el “Programa para actuación para desastre externo” identificadas por Licenciados en Enfermería.**



Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

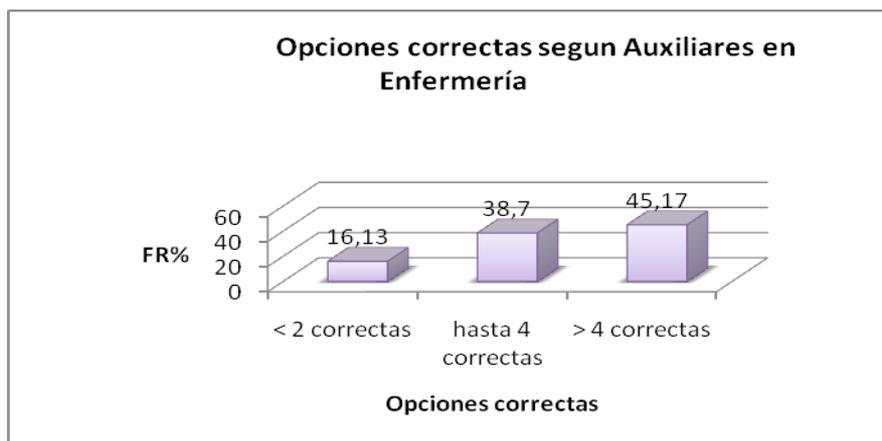
Al discriminar el conocimiento según el cargo encontramos que el 45.5% de las Licenciadas en Enfermería identificó menos de 2 ítems correctos, igual porcentaje de licenciadas que identifico hasta 4 ítems correctos y el 9% identificó mas de 4 ítems correctos.

**Tabla 8.0.2. Opciones correctas de los ítems planteados en el “Programa para actuación para desastre externo” identificados por Auxiliares en Enfermería.**

Opciones Cargo	< 2 correctas	hasta 4 correctas	> 4 correctas		
	FA	FR%	FA	FR%	FA
Auxiliares en Enfermería	5	16,13	12	38,7	14

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

**Grafica 8.0.2. Conocimiento de los ítems planteados en el “Programa para actuación para desastre externo” identificados por Auxiliares en Enfermería.**



Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

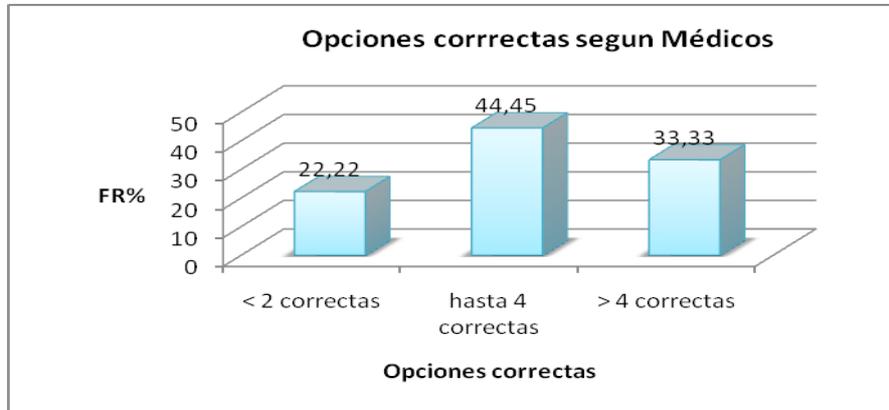
El conocimiento demostrado por los Auxiliares en enfermería fue que un 45% de los mismos identificaron mas de 4 ítems correctos, 39% identificó hasta 4 ítems correctos y un 16% identificó menos de 2 ítems correctos.

**Tabla 8.0.3. Opciones correctas de los ítems planteadas por el “Programa para actuación para desastre externo” identificados por Médicos.**

Opciones Cargo	< 2 correctas	Hasta 4 correctas	> 4 correctas
	FA	FR%	FA
Médicos	4	22,22	8

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

**Grafica 8.0.3. Opciones correctas de los ítems planteados en el “Programa para actuación para desastre externo” identificados por Médicos.**



Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

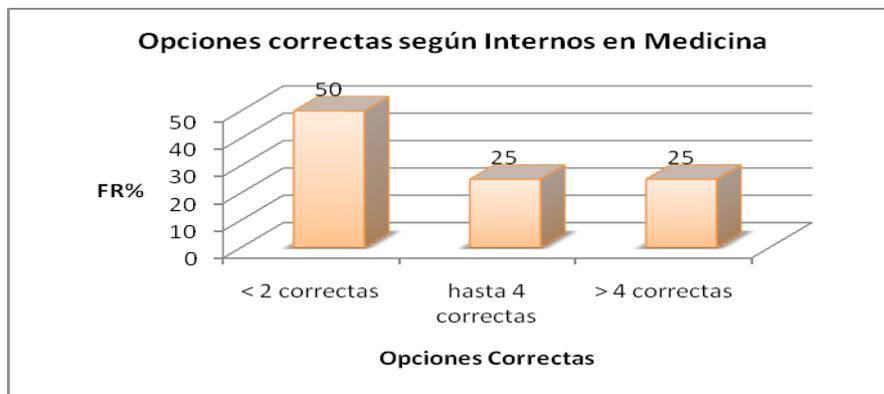
El conocimiento demostrado por el personal médico presente que un 44.5% identificó hasta 4 ítems correctos, un 33,4% identificó más de 4 ítems correctos y un 22% identificó menos de 2 ítems correctos.

**Tabla 8.1.1. Opciones correctas de los ítems planteados en el “Programa para actuación para desastre externo” identificados por Internos en Medicina.**

Opciones Cargo	< 2 correctas		hasta 4 correctas		> 4 correctas
	FA	FR%	FA	FR%	FA
Internos	2	50	1	25	1

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

**Grafica 8.1.1. Opciones correctas de los ítems planteados en el “Programa para actuación para desastre externo” identificados por Internos en Medicina.**



Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

En relación a los estudiantes internos en medicina y su conocimiento de los ítems planteados en el programa estudiado, el 50% identificó menos de 2 ítems correctos y el 25% identificó hasta 4 ítems correctos igual porcentaje que identificó más de 4 ítems correctos.

**Tabla 9.0. Capacitación en simulacro recibida por el personal de Enfermería.**

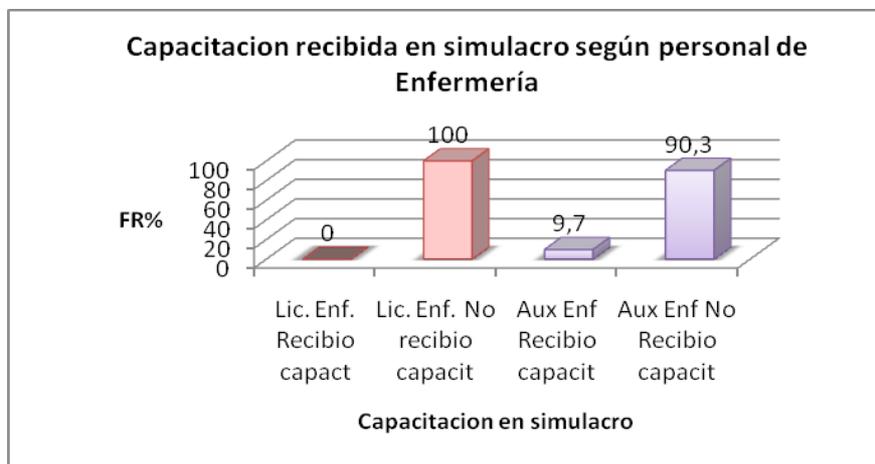
	FA	FR%
Lic. Enf. Recibió capacit	0	0
Lic. Enf. No recibió capacit	11	100
Total	11	100

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

	FA	FR%
Aux Enf Recibió capacit	3	9,7
Aux Enf No Recibió capacit	28	90,3
Total	31	100

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

**Grafica 9.0. Capacitación en simulacro recibida por el personal de Enfermería.**



Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

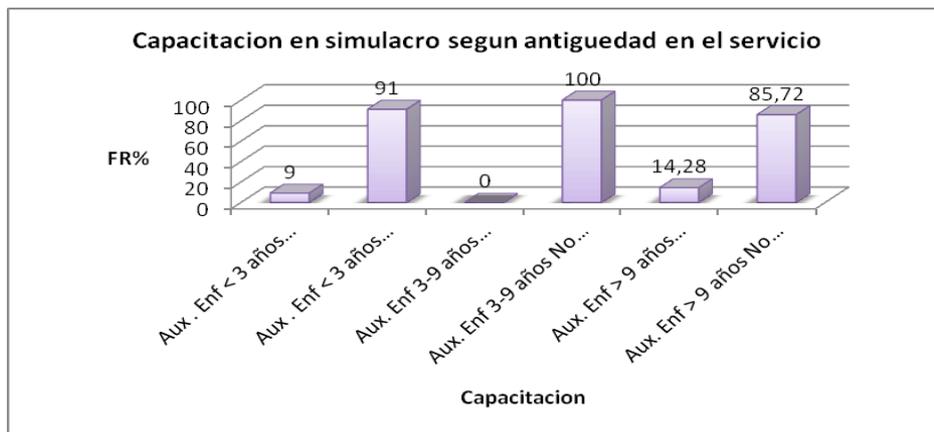
En lo referente a la Capacitación recibida por el personal en base a simulacros un 100% de los Licenciados en Enfermería no recibió capacitación; con respecto a los Auxiliares en Enfermería un 9.7% recibió capacitación y un 90.3% no recibió capacitación en base a simulacros.

**Tabla 9.0.2 Capacitación en simulacro recibida por Auxiliares en enfermería según su antigüedad en el servicio**

Capacitación	Capacitado	No Capacitado	
Ant en el serv	FA	FR%	FA
Aux. Enf < 3 años	1	3,2	10
Aux. Enf 3-9 años	0	0	6
Aux. Enf > 9 años	2	14,28	12
Total	3		28

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

**Grafica 9.0.2 Capacitación en simulacro recibida por Auxiliares en enfermería según su antigüedad en el servicio.**



Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

En lo que tiene que ver con la Capacitación recibida por el personal en base a simulacros un 9% de los Auxiliares en Enfermería con una antigüedad en el servicio menor a 3 años refirieron haber recibido capacitación; así como también un 14,28% con una antigüedad mayor a 9 años. En lo que respecta a los Auxiliares en Enfermería con una antigüedad en el cargo de 3 a 9 años refirieron no haber recibido capacitación en simulacros.

**Tabla 9.1. Capacitación en simulacro recibida por el personal Médico.**

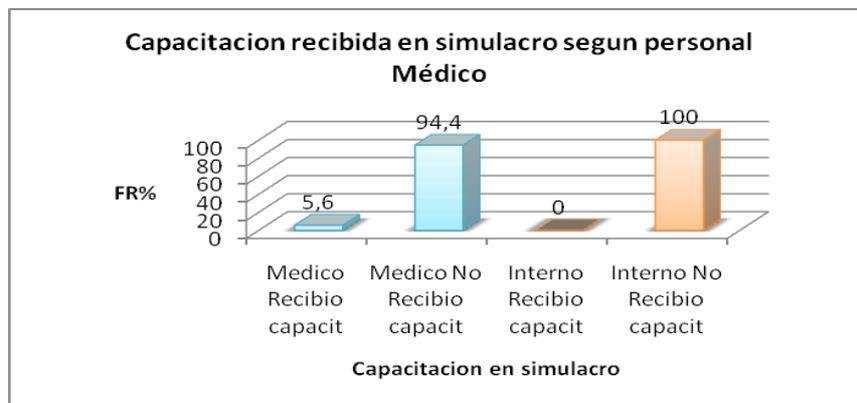
	FA	FR%
Médico Recibió capacit	1	5,6
Médico No Recibió capacit	17	94,4
Total	18	100

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

	FA	FR%
Int. Med. Recibió capacit	0	0
Int. Med. No Rec. capacity	4	100
Total	4	100

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

**Grafica 9.1. Capacitación en simulacro recibida por el personal Médico.**



Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

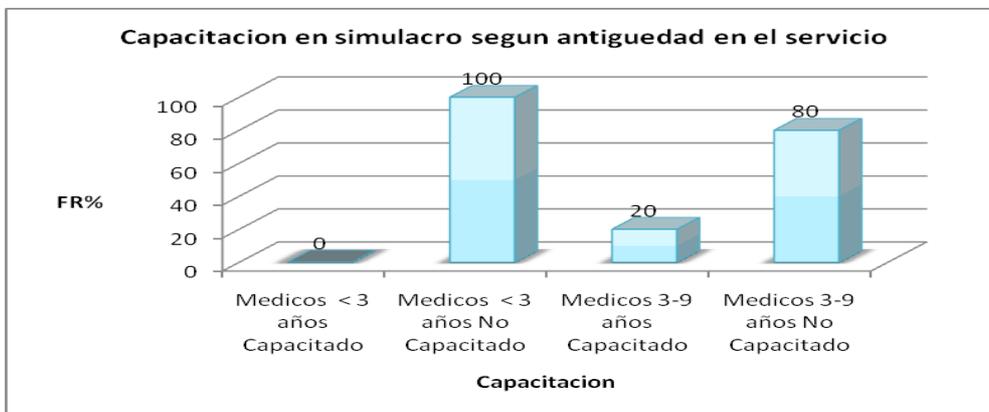
Con respecto al personal Médico un 5.6% del personal médico refirió haber recibido capacitación en base a simulacros y un 94.4% no; y los Internos de Medicina un 100% refirió que no recibieron capacitación.

**Tabla 9.1.1 Capacitación en simulacro recibida por los Médicos según su antigüedad en el servicio**

Capacitación	Capacitado		No Capacitado	
	Ant en el cargo	FA	FR%	FA
Médicos < 3 años	0	0	0	13
Médicos 3-9 años	1	1	20	4
Total	1	1		17

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

**Grafica 9.1.1 Capacitación en simulacro recibida por los Médicos según su antigüedad en el servicio.**



Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

En lo que tiene que ver con la Capacitación recibida por el personal médico en base a simulacros un 20% de los Médicos con una antigüedad en el servicio 3 a 9 años recibió capacitación, los médicos con una antigüedad menor a 3 años no recibió capacitación en simulacros.

**Tabla 10.0. Capacitación en curso recibida por el personal de Enfermería.**

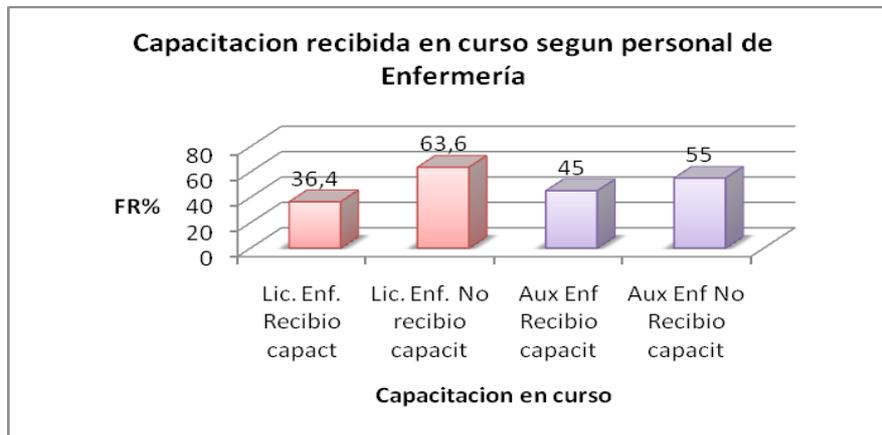
	FA	FR%
Lic. Enf. Recibió capacit	4	36,4
Lic. Enf. No recibió capacit	7	63,6
Total	11	100

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

	FA	FR%
Aux Enf Recibió capacit	14	45
Aux Enf No Recibió capacit	17	55
Total	31	100

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

**Grafica 10.0. Capacitación en curso recibida por el personal de Enfermería.**



Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

En lo que tiene que ver con la Capacitación recibida por el personal para actuar en situaciones de desastres según lo estipulado en el programa, en base a cursos, un 36.4% de Licenciados en Enfermería refirió que recibió capacitación, mientras que un 63.6% no; con respecto a los Auxiliares en Enfermería un 45% recibió capacitación y un 55% no.

**Tabla 10.1. Capacitación en curso recibida por el personal de Médico.**

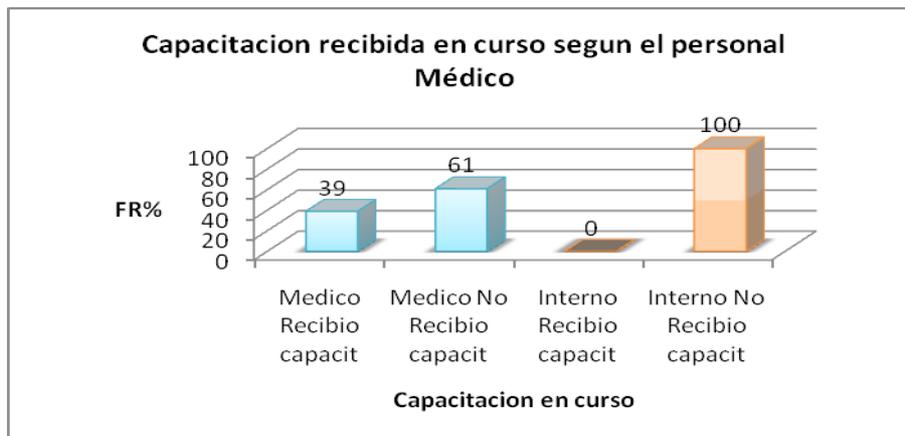
	FA	FR%
Medico Recibió capacit	7	39
Medico No Recibió capacit	11	61
Total	18	100

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

	FA	FR%
Interno Recibió capacit	0	0
Interno No Recibió capacit	4	100
Total	4	100

Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

**Gráfica 10.1. Capacitación en curso recibida por el personal de Médico.**



Fuente: Datos obtenidos de la encuesta realizada al personal operativo del Servicio de Emergencia el día 22/07/10.

Con respecto al personal Médico un 39% refirió que recibió capacitación en base a cursos y un 61% no; y los Internos de Medicina un 100% no recibieron capacitación.

## **DISCUSIÓN**

El “Programa para atención para desastre externo” del Hospital Maciel, Servicio de Emergencia, prevé dar respuesta a veinte víctimas en la primer hora ante la eventual ocurrencia de este hecho. En dicho programa se pautan normas tales como: cadena de mando, áreas de trabajo, entre otras.

En el decreto 416/002 “Actualización de Normativa para la Habilitación de Establecimientos Asistenciales” del Poder Ejecutivo de Mayo de 2007, en el Art. 44 se refiere al Protocolo de Plan Desastre a poner en práctica en los servicios de emergencia.

Es de inquietud de organizaciones internacionales como la OMS, OPS, que toda institución de salud cuente con estructuras edilicias, personal calificado, programa de respuesta inmediata conocido por el personal a cargo; campaña que dichos organismos titularon “Hospital Seguro”.

De acuerdo a los objetivos planteados y los resultados obtenidos, la discusión se centra en los siguientes aspectos:

- 1- Indagar si el personal de Enfermería y Médico conoce el programa, la pautas que lo integran, y el lugar en el que se encuentra publicado el mismo.

Hallamos que el 81.8% de Licenciados en Enfermería, y el 80.6% de los Auxiliares en Enfermería conoce el lugar físico donde se encuentra publicado el protocolo; a diferencia del personal Médico con un 33.3% e Internos de Medicina con un 25%.

Como se pudo apreciar es el personal de Enfermería quienes presentan el mayor porcentaje de conocimiento en cuanto al lugar físico donde se encuentra publicado el protocolo, siendo específicamente el personal que se desempeña como Licenciadas en Enfermería quienes se destacan sobre el resto del personal, hecho de gran importancia

por la función de referente y responsable del área de Enfermería; debiendo ser quien conozca en su totalidad el área de trabajo, protocolos y manejo del servicio.

Con respecto al conocimiento de existencia de pautas ante la ocurrencia de un desastre externo un 93.5% de Auxiliares en Enfermería, y un 81.8% de Licenciados en Enfermería conoce la existencia de las pautas; mientras que un 72.3% del personal médico y 25% de Internos de Medicina conocen la existencia de dichas pautas.

Se aprecia que los Auxiliares de Enfermería demostraron en comparación con el resto del personal indagado mayor conocimiento en lo que se refiere a existencia de pautas ante la ocurrencia de un desastre externo, personal de mayor antigüedad en el servicio desempeñando funciones lo que lo lleva a conocer en profundidad el área de trabajo, su manejo y protocolos allí existentes, situación de conocimiento expresada desde el principio por los Jerarcas de la Institución.

En lo que respecta al conocimiento del programa específico de actuación ante desastre el 83.9% de los Auxiliares en Enfermería y el 63.7% de los Licenciados en Enfermería conoce dicho programa; a diferencia del personal Médico con un 50% e Internos en medicina con un 25%.

Cabe destacar en el análisis de este punto que el personal Médico conoce la existencia de pautas ante la ocurrencia de un desastre externo, pero no localiza el lugar físico donde se encuentra publicado el protocolo.

En lo que respecta a Internos en medicina se aprecia que estos son los que poseen menor conocimiento de los puntos citados, debido a la menor experiencia y mayor rotación en el servicio, si bien esto no es relevante ya que estos no poseen responsabilidad legal ante cualquier evento que suceda.

## 2- Conocimiento de los ítems que plantea el protocolo

El mayor conocimiento de los ítems planteados por el protocolo en base a lo referido por el personal interviniente en este estudio fue que los Licenciados de Enfermería con un 81.8 % refieren conocer 3 ítems planteados por el programa, los Auxiliares en Enfermería con un 80,6%, este último mantiene diferencias en el estudio en relación a su conocimiento y tiene mayor antigüedad en el servicio. Esto fue planteado por la responsable de Enfermería del servicio. En relación al personal Médico y el conocimiento referido por ellos de los ítems planteados en el protocolo, se observó que el 66.7 % refiere conocer las pautas planteadas por el programa.

Al indagar el conocimiento en relación a la propuesta planteada ante el cuestionario sobre el conocimiento de dichos ítems encontramos que los Auxiliares de Enfermería con un 45.17% identificaron más de 4 ítems correctos; personal que tiene antigüedad en el servicio mayor a 9 años con un 45.2%.

El conocimiento demostrado por el personal Médico, de los cuales un 33.33% identificaron más de 4 opciones correctas; hecho de significativa importancia ya que este es el personal que debe activar el “Programa para Atención para desastre externo”, prestar asistencia y tomar decisiones ante la ocurrencia de dicho evento. Esto no condice con lo expresado por el responsable Médico del Servicio, quien plantea un conocimiento profundo del personal Médico, siempre sin considerar el desconocimiento de los estudiantes Internos de Medicina ya que poseen una gran rotación en el servicio con una mínima antigüedad. Finalmente se identificó un gran desconocimiento de las Licenciadas en Enfermería de las cuales solo el 9 % identificó más de 4 ítems correctos. Resultado inesperado en relación a los datos previamente obtenidos en las entrevistas

realizadas a las autoridades del área de Enfermería y a la función que las mismas desempeñan en el servicio como referentes.

El 34,4% del total del personal entrevistado del servicio de emergencia identificó 4 o más ítems del “Programa para atención para desastre externo”.

### 3- Capacitación en simulacro y curso recibida por el personal operativo del Servicio de Emergencia.

Realizar simulacros es de gran importancia práctica, para el desempeño de las funciones ante cualquier eventualidad, el aporte teórico es un apoyo para lograr los objetivos.

Encontramos una capacitación en simulacro de un 9.7% en los Auxiliares de Enfermería, un 5.6% del personal médico mientras los Licenciados en Enfermería no recibieron capacitación en simulacros. Capacitación en relación con la antigüedad del personal, ya que fue efectuada al personal más antiguo en el servicio, quienes son en su mayoría los Auxiliares en Enfermería, que tienen experiencia en el servicio mayor a los 9 años. En relación al personal Médico que tiene antigüedad entre 3 y 9 años solo el 20% recibió capacitación en simulacro.

Esta situación fue confirmada por las autoridades entrevistadas, quienes refirieron que el personal no recibe capacitación al ingreso ni posteriores, así como tampoco se realizaron simulacros en los últimos años. Estando esto a su vez relacionado con el desconocimiento de los ítems planteados en el programa demostrado por el personal, ya que este no es capacitado adecuadamente. Siendo la instancia de simulacro una oportunidad de gran valor para capacitar al personal e identificar aspectos positivos y evaluar los aspectos negativos en busca de optimizar la respuesta ante la ocurrencia de un evento de este tipo.

Sin embargo el personal tuvo capacitación en curso, un 45% de los Auxiliares de Enfermería, un 39% de los Médicos, un 36.4% de los Licenciados en Enfermería.

Destacando entonces como los resultados más relevantes de esta discusión:

- El personal que posee mayor conocimiento acerca de la existencia del protocolo y sus pautas a seguir son los Auxiliares en Enfermería, mientras que las Licenciadas en Enfermería son quienes en su gran mayoría localizan donde se encuentra publicado dicho programa con sus instructivos para ponerlo en marcha, siendo las mismas las referentes y responsable del personal que desempeña funciones en dicha área.

- Un bajo porcentaje (34,4%) del personal tanto Médico como de Enfermería identificó más de 4 ítems correctos de los planteados en el “Programa para atención para desastre externo”. Siendo esto de gran importancia ya que es dicho personal quien presta atención ante la ocurrencia de un desastre y puesta en marcha del programa.

- La mayoría del personal de Enfermería y Médico que desempeña funciones en el servicio no ha recibido una capacitación en simulacro en donde se ponga en marcha el protocolo y sus pautas a seguir, estando esto relacionado con la poca antigüedad del personal en el servicio y la no realización de simulacros.

- Han recibido capacitación en curso más del 50% del personal lo que podría poner en práctica los conocimientos obtenidos durante un simulacro o un evento adverso externo.

## CONCLUSIONES

- La metodología planteada y el trabajo de campo realizado permitió la consecución de los objetivos planteados.

De los resultados se desprende que:

- Los Licenciados en Enfermería como responsables de su área son quienes demostraron conocer en un 81.8% el lugar físico donde se encuentra publicado el “Programa para atención para desastre externo” con su instructivo.

- Los Auxiliares en Enfermería tienen el mayor conocimiento de la existencia de pautas a seguir ante la ocurrencia de un evento adverso externo con un 45.17 %, e identificaron actividades específicas planteadas en el mismo. Estando esto relacionado con que los mismos son los que tienen mayor antigüedad en el servicio en comparación con el resto del personal. Identificándose un gran desconocimiento de parte del personal que se desempeña como Licenciadas en Enfermería personal de referencia y quienes deben conocer para poder coordinar las actividades ante la ocurrencia de un desastre externo.

- Un 33,33% del personal Médico identifico más de 4 ítems correctos. Dato relevante ya que este es el personal responsable de activar el “Programa para Atención para desastre externo”.

- Con respecto a la capacitación del personal en el “Programa de atención ante un desastre externo”, se evidenció mediante la presente investigación que un 9.7% del personal de Enfermería y un 5.6% del personal Médico del servicio se encuentra capacitado en simulacro en las pautas a seguir según el programa, y es aquel personal que posee mayor antigüedad en el servicio, siendo el mismo en su mayoría Auxiliares

en Enfermería con una antigüedad mayor a los 9 años en el servicio, y el personal Médico con una antigüedad entre 3 y 9 años.

- En lo que refiere a la capacitación en curso se evidencio una capacitación mayor del personal tanto de Enfermería como Médico, habiendo sido capacitado más del 50% del personal.

Como conclusión final de esta investigación y dando respuesta a lo planteado en la pregunta problema de la investigación, concluimos que en el Servicio de Emergencia del Hospital Maciel, solo un 34.4% del personal tanto de Enfermería como Médico que desempeño tareas en dicho servicio tiene el conocimiento de las pautas a seguir para actuar ante la ocurrencia de un evento adverso externo. Poniéndose así en riesgo el objetivo de dicho programa.

Como se menciona en el marco teórico las instalaciones de salud y los hospitales deben continuar funcionando durante la ocurrencia de un evento adverso y en su máxima capacidad. Por esto es que el “Programa para atención para desastre externo”, debe ser de conocimiento del total del personal que desempeña funciones en el Servicio de Emergencia del Hospital Maciel; así como también deben conocer las pautas a seguir planteadas en el mismo, para poder brindar una atención eficaz, organizada y oportuna.

## **SUGERENCIAS**

- Implementar la actualización continua del “Programa para atención para desastre externo” para que el personal que debe manejar dicho programa lo domine ampliamente y pueda; llegado el momento poner en práctica dicho programa en forma óptima.
- Actualizar la base de datos del personal para obtener la respuesta inmediata del mismo.
- Conformar un equipo interdisciplinario debidamente informado responsable de realizar dicha capacitación de modo que todo el personal que desempeña tareas en el Servicio de Emergencia sepa las pautas a seguir y como actuar frente a la ocurrencia de un evento adverso externo.
- Promover la capacitación continúa del personal sobre el “Programa para actuación para desastre externo” al ingreso del mismo al servicio de forma que todo el personal esté capacitado para actuar y no solo aquellos que poseen antigüedad en el servicio.
- Realizar simulacros de enfoques periódicos para evaluar la preparación que se tiene para dar respuesta ante un evento adverso externo. Identificar fortalezas y debilidades, para corregir y obtener una mejora continua del Programa de actuación ante la ocurrencia de un evento adverso externo y del personal de salud del servicio de emergencia. Estos simulacros permitirán dicha mejora, organización, ahorro de tiempo esencial en estos eventos, seguridad en el accionar y poder clasificar al personal y designarlo en el lugar que le corresponde.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Butman AM. Responding to the Mass Casualty Incident: A Guide for EMS Personnel. Westport, Conn. Educational Direction Inc. 1982. pp. 14, 33-36
- Consejo Internacional de Enfermeras. Informe del Grupo de expertos de investigación del CIE. Ginebra: CIE; 1997
- Consejo Internacional de Enfermeras. Guía práctica para la investigación de enfermería. Publicada por W.L. Holzemer. Ginebra: CIE; 1998.
- Consejo Internacional de Enfermeras. Declaración de posición del CIE sobre Investigación de enfermería. Ginebra: CIE; 1999.
- Diccionario Océano Mosby. México: Mosby; 2000.
- Estrategia Internacional Para La Reducción De Desastres, (EIRD), Organización Mundial de la Salud (OMS), El Banco Mundial y (Organización de las Naciones unidas (ONU). Hospitales Seguros Frente a los Desastres, campaña mundial para la reducción de Desastres 2008-2009.
- Organización Panamericana de la Salud. Guía del evaluador de Hospitales Seguros. Washington: OPS; [s.d.]
- Ketzoian C. Estadística Médica. Montevideo: Facultad de Medicina; 2003.
- OPS. Fundamentos para la mitigación de desastres en establecimientos de salud, área de preparativos para situaciones de emergencia y socorro en caso de desastres. Washington: OPS; 2004.
- Pineda E, Alvarado E. Metodología de la Investigación. Washington: OPS; 2008.

- Sampieri R, Fernández C, Baptista P, Metodología de la Investigación. México: McGraw-Hill Interamericana; 1991.
- Universidad de la Republica. Facultad de Enfermería,. Cátedra Comunitaria. Material de uso didáctico e interno; 2004.
- [www.msp.gub.uy/imgnoticias/12866.doc](http://www.msp.gub.uy/imgnoticias/12866.doc)

A) Personal Médico

BIP. 903 11 11  
R.A. 1900

e) RESIDENTES DE CIRUGIA.

- 1- R2 en sala de clasificación junto al Cirujano.
- 2- R1 en sala de observación y policlínica junto a un interno.
- 3- R3 sube a sala de operaciones y llama a los Residentes de Cirugía de

Retén que son:

LUNES.....VIERNES  
MARTES.....SABADOS  
MIERCOLES....LUNES  
JUEVES.....MARTES  
VIERNES.....JUEVES  
SABADO.....MIERCOLES  
DOMINGO.....ROTATORIA

4- Avisa al Cirujano Vascular de Guardia:

1 - 10 ..... ~~Teodoro NAVARRO~~ ..... R.A. 2255  
11 - 20 ..... ~~José L. PALACIO~~ ..... R.LL. 2030  
21 - 25 ..... ~~Jorge GONZALEZ~~ ..... BIP.7181:

5- Avisa a los Cirujanos de Retén de los Servicios de Cirugía que son:

LUNES..... Dres. Gerardo SECONDO . R.A. y Fernando MACHADO .....  
MARTES..... Dres. Martín ODRIOZZOLA. BIP. 7180 y Edgardo BERRIEL  
MIERCOLES.. Dres. Luis RUSO..... BIP. 9445 y Daisy SEGURA .....

.....  
BIP.

JUEVES... Dres. Ricardo FERNANDEZ.. ~~BIP. 7381~~ y Carlos MISA.. BIP.

9516

VIERNES.... Dres. Carlos VIVAS..... ~~BIP. 1556~~

7503

SABADO... Dres. Marcel KEUCKKERIAN ... y Pablo CAVIGLIA..... BIP.

DOMINGO... Quienes figuran con el cirujano de guardia del hábil correspondiente

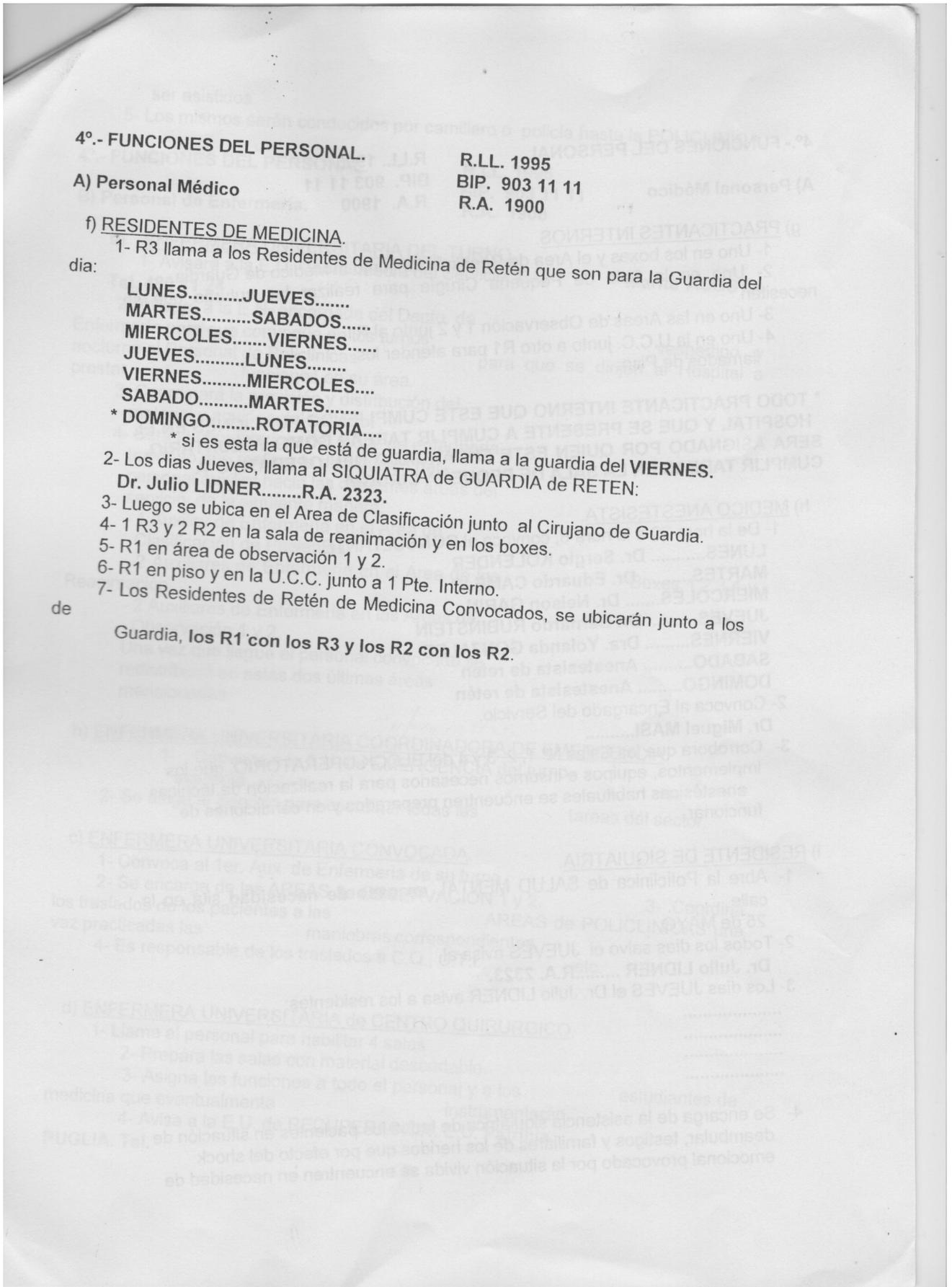
- si alguno de ellos no está disponible, se seguirá llamando al resto de los integrantes de esta lista

6- Colabora con el Jefe de Centro Quirúrgico para disponer de las 4 Salas de Operaciones previstas.

7- Integra los Equipos Quirúrgicos que van a hacerse cargo de las operaciones con los Residentes y Cirujanos de los Servicios de Retén y selecciona 4

estudiantes confiables para instrumentar.

\* TODO RESIDENTE DE CIRUGIA DEL HOSPITAL QUE NO HABIENDO SIDO CONVOCADO, SE PRESENTE EN FORMA VOLUNTARIA A PRESTAR SERVICIO EN CASO DE CATASTROFE SERA ASIGNADO POR EL ENCARGADO DEL OPERATIVO EN 1ª INSTANCIA A COLABORAR EN EL AREA DE REANIMACION Y ESTABILIZACION Y EN 2º LUGAR PARA INTEGRAR LOS EQUIPOS QUIRURGICOS, DE ACUERDO A SU CRITERIO.



4°.- FUNCIONES DEL PERSONAL.

R.LL. 1995

BIP. 903 11 11

R.A. 1900

A) Personal Médico

g) PRACTICANTES INTERNOS.

- 1- Uno en los boxes y el Area de Reanimación junto al Médico de Guardia.
- 2- Uno en la Sala de Pequeña Cirugía para realizar las suturas que se necesiten.
- 3- Uno en las Areas de Observación 1 y 2 junto al R1.
- 4- Uno en la U.C.C. junto a otro R1 para atender los llamados de Piso.

\* TODO PRACTICANTE INTERNO QUE ESTE CUMPLIENDO FUNCIONES EN EL HOSPITAL Y QUE SE PRESENTE A CUMPLIR TAREAS COMO VOLUNTARIO, SERA ASIGNADO POR QUIEN ESTE ENCARGADO DEL OPERATIVO A CUMPLIR TAREAS EN LA SALA DE PEQUEÑA CIRUGIA.

h) MEDICO ANESTESISTA.

- 1- De la hora 20 a la hora 8, convoca al CONSULTANTE.

LUNES..... Dr. Sergio KOLENDER

MARTES..... Dr. Eduardo CAMEJO

MIERCOLES..... Dr. Nelson GARIN

JUEVES..... Dr. Bernardo RUBINSTEIN

VIERNES..... Dra. Yolanda GONZALEZ

SABADO..... Anestesista de reten

DOMINGO..... Anestesista de retén

- 2- Convoca al Encargado del Servicio.

Dr. Miguel MASI.....

- 3- Corroborar que las Salas Nº 1, 2, 3 y 4 del BLOCK OPERATORIO, que los implementos, equipos e insumos necesarios para la realización de técnicas anestésicas habituales se encuentren preparados y en condiciones de funcionar.

i) RESIDENTE DE SIQUIATRIA.

- 1- Abre la Policlínica de SALUD MENTAL en caso de necesidad sita en la calle 25 de MAYO.

- 2- Todos los días salvo el JUEVES avisa al Dr. Julio LIDNER .....R.A. 2323.

- 3- Los días JUEVES el Dr. Julio LIDNER avisa a los residentes:

.....  
.....  
.....  
.....

- 4- Se encarga de la asistencia psiquiátrica de todos los pacientes en situación de deambular, testigos y familiares de los heridos que por efecto del shock emocional provocado por la situación vivida se encuentren en necesidad de

ser asistidos.

5- Los mismos serán conducidos por camillero o policía hasta la POLICLINICA.

**4°.- FUNCIONES DEL PERSONAL.**

R.L.L. 1995

BIP. 903 11 11

R.A. 1900

**B) Personal de Enfermería.**

a) ENFERMERA UNIVERSITARIA DEL TURNO.

1- Avisará a la E.U. <sup>superior</sup> Coordinadora del Servicio. E.U. **Marita ACOSTA.**

Tel. 480 11 24

2- Avisará a la E.U. encargada del Depto. de Enfermería para que convoque en los turnos nocturno al Personal de Policlínicas para que se dirijan al Hospital a prestar funciones en su área. vespertino y

3- Coordinará la provisión y distribución del material y equipos del servicio.

4- Será la coordinadora del grupo de enfermería, teniendo que realizar la distribución del personal auxiliar hacia las diferentes áreas del servicio, de la siguiente manera:

- 1 Auxiliar de Enfermería en el Area de Clasificación de Pacientes.

- 2 Auxiliares de Enfermería en el Area de

Boxes 1,2,3,4 y

Reanimación.

- 2 Auxiliares de Enfermería en las Areas de Observación 1 y 2.

Una vez que llegue el personal convocado se redistribuirá en estas dos últimas áreas mencionadas.

b) ENFERMERA UNIVERSITARIA COORDINADORA DE EMERGENCIA.

1- Convoa a la E.U. de EMERGENCIA del turno siguiente.

2- Se dirige al Servicio para coordinar todas las tareas del sector.

c) ENFERMERA UNIVERSITARIA CONVOCADA.

1- Convoa al 1er. Aux. de Enfermería de su turno.

2- Se encarga de las AREAS de OBSERVACION 1 y 2. 3- Coordina los traslados de los pacientes a las AREAS de POLICLINICAS una vez practicadas las maniobras correspondientes.

4- Es responsable de los traslados a C.Q., C.T.I., etc.

d) ENFERMERA UNIVERSITARIA de CENTRO QUIRURGICO.

1- Llama al personal para habilitar 4 salas

2- Prepara las salas con material descartable

3- Asigna las funciones a todo el personal y a los estudiantes de medicina que eventualmente instrumentarán.

4- Avisa a la E.U. de RECUPERACION. E.U. **Patricia PUGLIA.** Tel.

e) ENFERMERA UNIVERSITARIA de RECUPERACION.

- 1- Avisa al personal.
- 2- Habilita el Servicio si es entre las 21 y las 9hs.
- 3- Prepara 5 eventuales posiciones más.

4º.- FUNCIONES DEL PERSONAL.

R.LL. 1995

BIP. 903 11 11

B) Personal de Enfermería.

R.A. 1900

- \* El Depto. de Enfermería deberá coordinar y proveer de 15 auxiliares de enfermería en los turnos nocturno y vespertino.

g) AUXILIARES DE ENFERMERIA.

- 1- El Auxiliar de Enfermería que estará en el Area de Clasificación trabajará conjuntamente con la persona asignada por admisión en la colocación de la tarjeta de identificación correspondiente, registro en planilla del destino, otorgación de la H.C., y coordinación de traslado de los fallecidos a la Morgue auxiliar identificados del modo indicado y registrados en la planilla.
- 2- Los ecónomos conjuntamente con la E.U. coordinadora del servicio proveerán del material y equipos a las diferentes áreas, poniéndose en uso el material preparado para estos casos.

3- 2 Auxiliares de Enfermería formarán equipo con el Médico de Guardia en el Area de los Boxes 1,2,3,4 y Reanimación.

4- 2 Auxiliares de Enfermería trabajarán con el Residente de Medicina en la Areas de Observación 1 y2.

5- Una vez que llegue el personal convocado se redistribuirá en estas dos últimas áreas mencionadas.

6- Uno de los A.E. convocados se hará cargo del sector de pequeña cirugía.

Se contará con el personal de ese turno y el del turno siguiente, con un total de 10 Auxiliares de Enfermería y 2 E.U.

**\* SE TRABAJARA EN TURNOS DE 12 HORAS, NO PERMITIENDOSE VOLUNTARIOS NI QUEDARSE FUERA DE HORA, DADO EL ESFUERZO QUE DEMANDARA EL SUPERAR LA SITUACION.**

**\*\* NO SE PERMITIRA QUE CUMPLAN TAREAS EN OTROS SECTORES.**

**\*\*\* TODO EL PERSONAL INVOLUCRADO EN EL OPERATIVO CATÁSTROFE NO PODRÁ RETIRARSE DEL HOSPITAL HASTA NO SER SUPLANTADO POR OTRA PERSONA CAPACITADA PARA CUMPLIR SUS MISMAS TAREAS, QUE ESTÉ FAMILIARIZADA CON LOS PROCEDIMIENTOS IMPLEMENTADOS Y TENGA LA AUTORIZACIÓN EXPRESA DEL RESPONSABLE DE SU ÁREA.**

4°.- FUNCIONES DEL PERSONAL. R.LL. 1995

BIP. 903 11 11

C) Personal de los Servicios de Apoyo. R.A. 1900

a) HEMOTERAPIA. Int. 239.

- 1- Las tres unidades, permanecerán en EMERGENCIA, QUIRURGICO y HEMOTERAPIA respectivamente.
- 2- Dará cuenta al BANCO NACIONAL de SANGRE de la situación y requerirá el envío de las reservas necesarias.

CENTRO

b) IMAGENOLOGÍA. Int. 230.

*B1 Radiólogos*

Designará una unidad para el servicio de EMERGENCIA y convocará a dos técnicos, un médico radiólogo, el técnico del tomógrafo y los dos ecografistas de retén.

Dos técnicos permanecerán en el Servicio de

Radiología.

*B2 Tomografistas*

El técnico se encargará de convocar al médico tomografista, poner el equipo en marcha y permanecerán en la Unidad hasta que sea suplantado o cese la situación de emergencia.

*B3 Ecografistas*

Permanecerán en la Unidad a disposición.

c) LABORATORIO. Int. 200.

-Funcionará como laboratorio de Urgencias, incrementándose en tres el número de técnicos.

- Avisar a la Encargada del Laboratorio de Urgencia

Dra. Rosario

Perez. BIP. 1646.

d) REGISTROS MEDICOS.

1- Designará una persona, que conjuntamente con el equipo de clasificación de pacientes, procederá a realizar la identificación de las víctimas (vivos/ muertos) en la forma indicada.

2- Llevará la planilla de destino de los mismos.

3- Designará un segundo funcionario, que deberá acompañar al Personal de la Oficina de Identificación Civil durante los procedimientos de identificación de heridos y fallecidos y Revista de

Valores. Esa persona confeccionará el listado que:

a- será entregado a la Dirección del Hospital.

b- identificará en las planillas de cada sector a los heridos y

fallecidos.

e) **INTENDENTE. Sr. Wilbardo GARCIA 099230205**

1- Ordenar a la Empresa de Limpieza, la Limpieza rápida sector NORTE y las policlínicas de ese lado.

de la P.B.

2- Trasladar las camillas alojadas en FISIATRIA y dejar Consultorio y poner Soportes para Sueros.

4 por

3- Repartir los tanques de Oxígeno preparados en cada consultorio.

4- Hacer limpiar el sector SUR de las policlínicas y el corredor interno.

5- Tener a disposición y en su lugar de trabajo 1 electricista, 1 sanitario y 1 persona de caldera.

f) **PERSONAL DE SERVICIO.**

1- En EMERGENCIA.

Area de clasificación-- 1 camillero.

Area de asistencia---- 2 camilleros.

----- 2 aux. de limpieza.

1 camillero.

2 aux. de limpieza.

3- En POLICLINICAS.

1 camillero.

2- En CENTRO QUIRURGICO.

1 aux. de limpieza.

## II. ACCIONES COORDINADAS CON OTRAS INSTITUCIONES.

1º.- POLICIA.

Asegura el Area de Emergencia, lugar de asistencia de las víctimas, permitiendo el ingreso sólo al personal en servicio.

Impide la entrada al Hospital de personas no autorizadas.

Asegura la neutralidad del hospital en caso de asonada o desórdenes.

LOS FUNCIONARIOS DEL HOSPITAL PARA INGRESAR AL MISMO SE IDENTIFICARAN CON LA TARJETA MAGNETICA DE CONTRALOR DE ASISTENCIA.

1- El acceso de ambulancias debe realizarse por la calle WASHINGTON, por el acceso al patio de estacionamiento más al OESTE, es decir cercano a la calle JUAN LINDOLFO CUESTAS.

que está

2- La descarga de los accidentados debe ser enfrente a la boca del TUNEL.

3- Las ambulancias deben salir del patio por el acceso de WASHINGTON ubicado más hacia el ESTE, más cercano a la calle

la calle

GUARANI y enfrente a la salida del TUNEL.

cercano a la calle

4- La circulación por WASHINGTON debe ser de OESTE a ESTE.

5- Es necesario SEÑALIZAR ADECUADAMENTE EL SECTOR y contar con la colaboración policial, para mantener el hospital cerrado al público y el área despejada de curiosos.

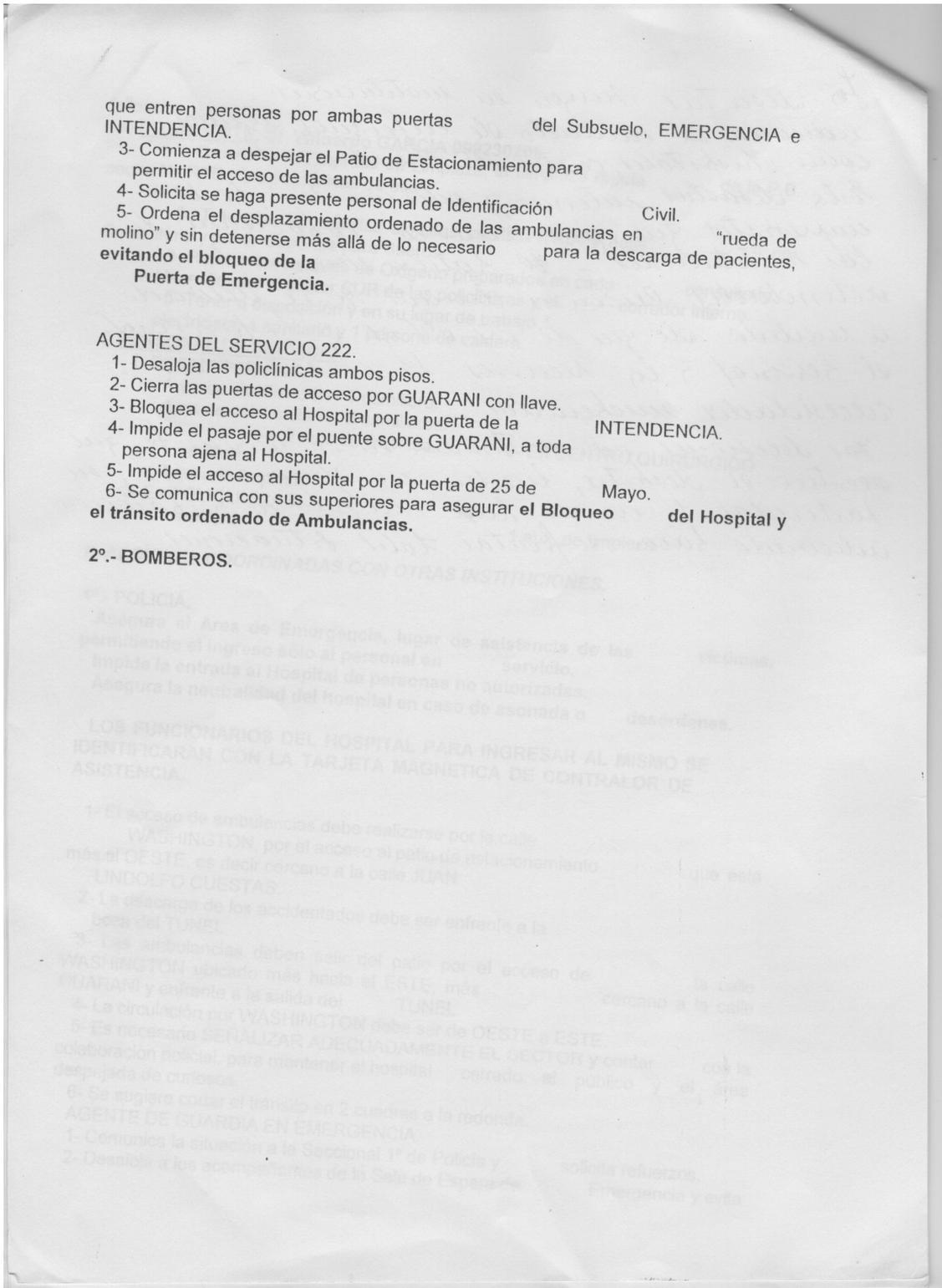
6- Se sugiere cortar el tránsito en 2 cuadras a la redonda. AGENTE DE GUARDIA EN EMERGENCIA.

1- Comunica la situación a la Seccional 1ª de Policía y

2- Desaloja a los acompañantes de la Sala de Espera de

solicita refuerzos.

Emergencia y evita



Los desastres surgen en instituciones dedicadas al cuidado de enfermos agudos, como hospitales, centros de salud.

Estos desastres internos y externos son hechos imprevisibles que reducen la capacidad de las instituciones - El factor crítico de actividades clínicas diarias se ve alterado a medida de que se les obliga a proporcionar el personal y los recursos para satisfacer necesidades inesperadas.

Las decisiones que se toman en el momento que acontece el desastre, pueden ser abruptas, en particular si no se ha recibido la preparación adecuada para enfrentar tales situaciones.

El programa para desastres internos está acorde a la ubicación del centro (vulnerabilidad y riesgos de la zona de referencia), a su complejidad y a su estructura - El programa para desastres externos contempla la vulnerabilidad de su estructura y una alta coordinación con programas de otras instituciones (Int. Bomberos, Salud, Policía, etc.) y locales y nacionales (Comité Nacional de Emergencias).

El programa externo deberá contemplar a tipo y se de edad, a saber según tipo de cobertura (niños, adultos, ancianos).

El programa más perfectamente flexible para su adaptación a los diferentes tipos de eventos adversos.

- Reglamento Sanitario Internacional -

Cada estado parte desarrollará, reforzará y mantendrá, lo antes posible, la capacidad de detectar, evaluar y notificar eventos de conformidad con el presente Reglamento y presentar informes sobre ellos, (anexo 1)

Todo centro de asistencia debe tener 2 programas para actuación frente a desastres, uno externo, otro interno.

Ambos deberán involucrar y asignar tareas a todos los funcionarios de la institución y no limitarse al ~~S~~ Urgencias.

Deben ser conocidos por todos los funcionarios, estar escritos y ser de fácil acceso.

Estará el programa para desastres externos está en acorde a la ubicación del centro (vulnerabilidad y riesgos de la zona de referencia), a su complejidad y a su estructura. El prog. para desastres internos (contemplará los riesgos y vulnerabilidad de su estructura y sus instalaciones) deberá estar coordinado con programas de otras instituciones (ANP - Bomberos - Naval - Salud) ANCAP y locales y nacionales (Comite nacional de emergencia).

El programa externo deberá contemplar el tipo, N° de visionados a asistir según tipo de cobertura (niños, adultos, ambos).

El programa será suficientemente flexible para su adaptación a los diferentes tipos de eventos adversos.

**Universidad de la República**

**Facultad de Enfermería**

**Cátedra Adulto y Anciano**

**FORMULARIO**

El presente formulario fue elaborado y será implementado por cinco estudiantes de la Universidad de la República, Facultad de Enfermería, de la carrera Licenciatura en Enfermería, como requisito final.

Se considera que los hospitales son seguros cuando los servicios de salud son accesibles y funcionan, a su máxima capacidad, inmediatamente después de la ocurrencia de un evento adverso. Es importante que toda entidad de salud disponga de un plan que le permita tomar acciones frente a una situación de emergencia o desastre.

La información proporcionada será de gran importancia, para poder identificar el conocimiento que posee el personal de enfermería y médico del Hospital XX en relación a las pautas a seguir ante la ocurrencia de un evento adverso.

Sus respuestas serán anónimas y confidenciales; no se solicita su nombre. El mismo será de absoluta confidencialidad.

Fecha.....

Cargo.....Antigüedad en el cargo.....

1- ¿Usted conoce si existen pautas o protocolo a seguir ante la ocurrencia de un desastre externo en el Hospital?

SI.... NO....

2- ¿Conoce si dichas pautas forman parte de un programa específico de actuación ante desastres?

SI.... NO....

3- ¿Conoce dónde se encuentra publicado dicho Programa?

SI.... NO....

4- ¿Conoce 3 ítems de las pautas a seguir ante un desastre externo del Hospital?

Si.... No....

Marque verdadero o falso.

a- Tarjetas con las tareas se encuentran en:

- 1) Cartelera en Servicio de Emergencia
- 2) Cartelera en dirección del Hospital

b- Áreas de Trabajo:

- 1) Descontaminación de pacientes (Duchas externas)....
- 2) Descarga y entrada de pacientes (Puertas del Hospital)...
- 3) Área de clasificación de enfermos (Hall Principal)....
- 4) Área de estabilización y reanimación (Boxes 1-4 y Reanimación)
- 5) Área de preoperatorio y observación (Monitores y Sillones)

c- Triage de Paciente.

Tarjetas:

- 1) Roja (Alta Prioridad), para reanimación y/o estabilización atención inmediata en Reanimación y área de boxes.
  - 2) Amarilla (Media Prioridad), atención en plazo mayor a 6 hs en Policlínica.
  - 3) Verde (Baja Prioridad), atención en policlínica.
  - 4) Negra (sin prioridad)
- 5- ¿Se efectuó un simulacro de emergencia en el establecimiento de salud en el último año del que Ud. formara parte?
- Si....          No....
- 6- ¿Ha recibido algún curso de capacitación para actuar en situaciones de desastre?
- Si....          No....

## DECRETO N° 416/002

### ACTUALIZACIÓN DE NORMATIVA PARA LA HABILITACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS ASISTENCIALES

29/10/02 –

**VISTO:** la necesidad de actualizar la normativa vigente en materia de habilitaciones de establecimientos asistenciales;

**RESULTANDO: I)** que la normativa vigente fue aprobada por el Decreto del Poder Ejecutivo N° 355/965 (Ordenanza 613/65) de 10 de agosto de 1965;

**II)** que la mencionada norma resulta un marco normativo insuficiente para la habilitación de establecimientos asistenciales;

**CONSIDERANDO: I)** que es necesario reformar y actualizar dicha normativa, y fundamentalmente instaurar un marco que sirva de lineamiento para la construcción de los Establecimientos Asistenciales o Establecimientos de Salud, desde el punto de vista físico- funcional;

**II)** que la reglamentación en esta materia debe abarcar también el tipo de equipamiento a ser utilizado, los recursos humanos especializados con que deben contar, así como los criterios de garantía de calidad de los procedimientos realizados;

**III)** que el marco normativo propuesto se encuentra acorde con las actuales necesidades de los usuarios y de las técnicas que brindan los establecimientos de salud;

**ATENCIÓN:** a lo precedentemente expuesto y a la facultades conferidas por la Ley N° 9.202 del 12 de enero de 1934;

**EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA**

**D E C R E T A:**

#### CAPITULO I

##### CONCEPTO Y CLASIFICACION DE LOS ESTABLECIMIENTOS

**Artículo 1.- ( De los Establecimiento de Salud o Establecimientos Asistenciales):**

A los efectos de la presente reglamentación, se considera **establecimiento de salud o establecimiento asistencial**, a todo local (ámbito físico) destinado a la prestación de asistencia a la salud, en régimen de internación y/o no internación, cualquiera sea su nivel de complejidad, de naturaleza pública o privada.

**Artículo 2.- ( De la constitución de los establecimientos de salud).**

Los establecimientos de salud podrán estar constituidos por uno o más módulos que se describen en el presente, conformando su propia estructura físico- asistencial, exceptuándose los Servicios de Emergencia que necesariamente deberán funcionar en Unidades Hospitalarias.

**Artículo 3.- (De los Módulos).**

Los establecimientos de salud, constituidos por los módulos que se indican, podrán funcionar en forma independiente o en conjunto de acuerdo a las posibles combinaciones, a excepción hecha de los Servicios de Emergencia, de acuerdo a lo dispuesto por el artículo 2°.

- a) Módulo ambulatorio (Consulta Externa).
- b) Módulo de urgencia y /o emergencia.
- c) Módulo de internación.
- d) Módulo de diagnóstico y tratamiento.

**1 Servicio ambulatorio.**

**2 Servicio de Internación.**

**3 Servicio de urgencia y emergencia.**

**4 Servicio de diagnóstico y tratamiento.**

**Artículo 4.- (De los Hospitales o Sanatorios)**

Se entenderá por Hospital o Sanatorio a todo Establecimiento de Salud que brinda servicios de internación, y podrá contar con uno o más módulos asistenciales, lo cual definirá su nivel de complejidad. Asimismo deberá contar, para su correcto funcionamiento y de acuerdo a la complejidad del establecimiento a habilitar, con los servicios intermedios que se requieran (farmacia interna, registros médicos, alimentación, etc.).

## **CAPITULO II**

### **DE LA AUTORIZACION DE INSTALACION Y HABILITACION**

**Artículo 5.- (Ámbito de aplicación).**

La presente norma, a la que deberán ajustarse todos los establecimiento de salud tanto públicos como privados, regirá en todo el territorio nacional.

A tales efectos, las autoridades de los establecimientos de salud deberán solicitar la correspondiente habilitación para funcionar de acuerdo a lo establecido en la presente reglamentación.

**Artículo 6.- (De la habilitación).**

Se considera Habilidadación al acto administrativo dictado por el Ministerio de Salud Pública que autoriza el funcionamiento de un establecimiento, una vez culminados los procedimientos técnicos a fin de constatar el cumplimiento de las condiciones establecidas en la presente reglamentación.

Ningún establecimientos de salud podrá funcionar sin haber obtenido previo a la apertura e inauguración la correspondiente habilitación.

La infracción a lo precedentemente dispuesto determinará la aplicación de sanciones.

La resolución que otorga la habilitación del establecimiento para funcionar deberá exhibirse al público.

**Artículo 7º.- (Solicitud de habilitación).**

La solicitud de habilitación, conteniendo los requisitos exigidos por esta norma, será efectuada y suscrita conjuntamente por los titulares o representantes de la Institución y por quien ejercerá la Dirección Técnica.

**Artículo 8.- (Procedimiento de habilitación).**

El procedimiento de habilitación, inspecciones técnicas de apertura e informes correspondientes estarán a cargo del Departamento de Habilitaciones de Servicios de Salud de la División Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública.-

Sin perjuicio de ello tratándose de establecimientos ubicados en el interior del país las inspecciones podrán llevarse a cabo por el Departamento de Habilitaciones de Servicios de Salud a través de la autoridad ministerial correspondiente.

El Ministerio de Salud Pública podrá solicitar cuando lo crea conveniente, el asesoramiento de cualquier otro organismo del Estado.

**Artículo 9.- ( de las observaciones)**

Los técnicos actuantes, cuyas funciones serán exclusivamente inspectivas y de control, formularán las observaciones en aquellos aspectos o elementos en que los servicios, cuya habilitación se solicita, no se ajusten a lo requisitos exigidos, determinando concretamente las objeciones, modificaciones o adecuaciones que correspondan.

No compete a los funcionarios referidos definir soluciones o resolver los problemas planteados.

**Artículo 10.- (construcción de establecimientos)**

Toda vez que se presente un proyecto para la construcción de un establecimiento de salud, el mismo deberá ser aprobado por la División Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública.

Culminadas las obras, deberá solicitarse la correspondiente habilitación.

**Artículo 11.- (Exclusiones).**

No están comprendidos en la presente reglamentación los que se denominan como Consultorios, salvo en lo expresamente dispuesto, que en todo caso funcionarán bajo responsabilidad de los técnicos en el libre ejercicio de su profesión.

**CAPITULO III**

**DEL PLAZO DE VIGENCIA DE LA HABILITACION**

**Artículo 12.- (Vigencia de la habilitación)**

La habilitación concedida a los servicios tendrá una vigencia de cinco años contados a partir de su otorgamiento por parte del Ministerio de Salud Pública.

Una vez transcurrido dicho plazo se deberá solicitar y obtener la renovación o una nueva habilitación, según corresponda.

**Artículo 13.- (Renovación o nueva habilitación)**

Procederá la renovación de la habilitación en los casos en que no se hubieran producido cambios en la planta física, en el funcionamiento de los servicios, o cuando no se haya alterado la condiciones de funcionamiento o estructurales consideradas al momento de otorgarse la habilitación original.

Si se hubieran producido obras de reforma, ampliación, cambios estructurales, deberá solicitarse la habilitación de las mismas o de todos los servicios según correspondiere.---

**Artículo 14.- (Cambio de titularidad).**

De haberse producido la transferencia de titularidad de un establecimiento de salud, el plazo de cinco años quedará sin efecto, debiéndose solicitar una nueva habilitación.

## **CAPITULO IV**

### **SOLICITUDES DE HABILITACION**

#### **Artículo 15.- ( Requisitos).**

La solicitud de habilitación se efectuará de acuerdo al formulario que suministra la División Servicios de Salud del Ministerio de Salud Pública, acompañada de la siguiente documentación:

- 1.-) Características del establecimiento de salud a habilitar, tipo de servicios a brindar, organización y funcionamiento de los mismos.
- 2.-) Personería Jurídica otorgada por la autoridad competente.
- 3.-) Copia de Planos (plantas y cortes) de cada nivel, actualizado ,a escala 1/100 o 1/50, firmado por Arquitecto o Ingeniero Civil. En las Plantas se indicarán: cotas, niveles, dimensiones de aberturas (porcentaje de iluminación y ventilación), denominación de locales y número de camas, adjuntando copia. Indicando flujo de personal y de insumos limpios y sucios.
- 4.-) a) Memoria Descriptiva indicando: terminaciones de piso y paredes (revestimiento, pintura) de cada local, tipo de instalaciones sanitarias, eléctricas, mecánicas, calefacción y aire acondicionado.  
b) Las Instituciones que dispongan de Instalaciones Especiales (calefacción, gases medicinales, tratamiento de agua para diálisis, esterilización por óxido de etileno, etc.), deberán presentar:  
b.1.-) memoria descriptiva de las instalaciones, avalada por la firma de ingeniero especializado (con su firma y timbre profesional vigente).  
b.2.-) plan de mantenimiento y control de funcionamiento de dichos equipos (con firma y timbre profesional)
- 5.-) Antecedentes de habilitaciones anteriores o Proyecto de Construcción aprobado por el Ministerio de Salud Pública.
- 6.-) Certificado de inicio de trámite de Bomberos. (Asesoramiento Primario)
- 7.-) Listado de Recursos Humanos y Dirección Técnica responsable.
- 8.-) Equipamiento técnico.
- 9.-) Certificado de la Dirección Nacional de Tecnología Nuclear del Ministerio de Industria, Energía y Minería (MIEM-DINATEN) si correspondiere.
- 10.-) Normas de manejo y disposición final de residuos.
- 11.-) Inicio de trámite de Manejo Intrainstitucional de Residuos Sólidos Hospitalarios ante el Ministerio de Salud Pública.

#### **Artículo 16.- (Responsabilidad del trámite).**

Será responsabilidad de los representantes de la institución y de Director Técnico la culminación de los trámites pendientes indicados en los numerales 6) y 11) del artículo precedente.

Del mismo modo serán responsables de la paralización del trámite debido a la falta de cumplimiento de los requisitos exigidos. La constatación de funcionamiento de un establecimiento de salud sin contar con la correspondiente habilitación, motivará la aplicación de sanciones.

## **CAPITULO V**

## REQUERIMIENTOS FISICO-FUNCIONALES

### Artículo 17.- (Requisitos).

Las condiciones mínimas exigibles para los establecimientos de salud, se establecerán de acuerdo a los cuatro módulos de servicios directos, conjuntamente con los servicios indirectos de apoyo.

## CAPITULO VI

### SERVICIO AMBULATORIO O DE CONSULTA EXTERNA

#### Artículo 18.- (Definición).

Se denomina Servicio Ambulatorio o de Consulta Externa al local o locales, donde se presta asistencia médica y/o asistencia odontológica u otras vinculadas a la salud, a pacientes en régimen de no internación. Estos servicios podrán estar o no, vinculados físicamente a Servicios con Internación (Hospitales o

Sanatorios).

#### Artículo 19.- (Clasificación).

Los servicios definidos en el artículo anterior se clasificarán en:

a) **Consultorio:** es toda planta física destinada al ejercicio de las profesiones vinculadas al área de la salud, contando para ello con el equipamiento e instrumental necesario.

Los consultorios que podrán ser individuales o colectivos, funcionarán bajo responsabilidad de los profesionales, debidamente inscriptos en el Ministerio de Salud Pública, actuando en el libre ejercicio de su profesión.

b) **Policlínica:** es el conjunto de varios consultorios instalados en una misma planta física, que están vinculados entre sí, con una actividad en equipo, y que deberá contar con una Dirección Técnica responsable.

Deberá brindar atención médica al menos tres de las Especialidades Básicas: Medicina General, Pediatría y Ginecología, pudiendo prestar asistencia en otras especialidades, así como Odontología

Contará además con servicios intermedios de apoyo (enfermería, farmacia interna , etc.).

c) **Clínica o Centro:** es el establecimiento de salud ambulatorio, de complejidad variada, donde se realizan una o más técnicas de diagnóstico y/o tratamiento, de acuerdo a las especialidades médicas habilitadas por el Ministerio de Salud Pública, incluyendo aquellas que llevan a cabo técnicas odontológicas. La actividad se desarrollará en equipo y deberá contar con una Dirección Técnica responsable.

El Director Técnico deberá poseer el título de la especialidad principal que se desarrolle en la clínica.

Deberá disponer de servicios intermedios de apoyo (enfermería, registros médicos ,etc.).

Las clínicas o centros especializados que se regulan por normas específicas, deberán cumplir con lo dispuesto en las mismas, sin perjuicio de los establecido en la presente reglamentación.

En el caso de técnicas de diagnóstico y/o terapia de riesgo para la vida del paciente, será requisito del establecimiento asistencial, contar con un servicio de emergencia médico móvil a disposición, además del equipamiento e instrumental para la asistencia cardiorrespiratoria de emergencia.

## **CAPITULO VII**

### **CONDICIONES DE LA PLANTA FISICA.**

#### **Artículo 20.- (Condiciones de los locales).**

Las condiciones de los locales serán las que figuran en el cuadro adjunto en Anexo I, que forman parte de la presente reglamentación. Todos los locales principales y secundarios deberán cumplir con las alturas mínimas reglamentarias fijadas por las ordenanzas municipales.

#### **Artículo 21.- (Superficie).**

Todos los consultorios deberán estar vinculados con la sala de espera.

La superficie será no menor de 7,5 metros cuadrados, con un ancho mínimo de 2,20 metros, contando con sistema de ventilación y renovación de aire adecuados. Se recomienda que por lo menos un tercio de los consultorios cuenten con los porcentajes reglamentarios de iluminación y ventilación naturales, cumpliendo las ordenanzas municipales vigentes en cuanto a espacios abiertos y patios.

#### **Artículo 22.- (Consultorios de especialidades).**

Los consultorios de las especialidades tendrán las dimensiones que correspondan de acuerdo al equipamiento para cada función.

#### **Artículo 23.- (Consultorio de orientación médica, quirúrgica y odontológica, etc.).**

Los consultorios de orientación médica deberán poseer pileta para el lavado de manos; los de orientación quirúrgica y odontológica deberán contar con mesada y pileta; y los de orientación ginecológica y urológica deberán contar con mesada con pileta y baño adjunto. Las piletas y mesadas deberán poseer 60 centímetros de revestimiento lavable sobre ellas.

#### **Artículo 24.- (Salas de espera)**

Se considerará para las Salas de Espera, con carácter orientador, un área de 5 metros cuadrados por cada consultorio. Cuando existan varios consultorios con la misma sala de espera, la superficie se podrá reducir a 3 metros cuadrados por consultorio.

#### **Artículo 25.- (Servicios higiénicos).**

Se deberá contar con servicios higiénicos para público vinculados a la sala de espera. Hasta 10 consultorios, se deberá contar por lo menos con 1 servicio higiénico. A partir de 10 consultorios se deberá disponer de 2 unidades diferenciadas por sexo y esta proporción se mantendrá cada 10 consultorios adicionales.

Las áreas, anchos mínimos, antecámaras, compartimentos y ventilaciones se regirán por las ordenanzas municipales vigentes.

#### **Artículo 26.- (Área para el personal)**

Se deberá disponer de un área de personal compuesta por vestuarios, estar y servicios higiénicos. Este sector deberá regirse por lo dispuesto por el Decreto No. 406/88 de 3 de junio de 1988.

Los locales deberán cumplir las reglamentaciones municipales vigentes en cuanto a áreas mínimas y ventilaciones.

#### **Artículo 27.- (Servicio higiénico para discapacitados)**

Se deberá contar con un servicio higiénico accesible para discapacitados, según lo especificado en

Capitulo de la Accesibilidad.

**Artículo 28.-(Servicio de Enfermería)**

Se deberá disponer de una Enfermería la cual tendrá como superficie mínima de 6 metros cuadrados, con un lado mínimo de 1,80 metros. Contará con: mesada y pileta, revestimiento lavable sobre mesada (altura mínima de 60 centímetros y malla de protección contra insectos en ventanas. La ventilación de la enfermería será natural por intermedio de vanos (área mínima de 0,40 metros cuadrados) o mecánica a través de extractores.

**Artículo 29.-(Sector administrativo)**

Los servicios deberán contar con un Sector Administrativo en el que funcionará el Archivo y el Registro Médico correspondiente.

**CAPITULO VIII**

**TERMINACIONES Y EQUIPAMIENTO**

**Artículo 30.-(Instalaciones eléctricas y demás )**

La construcción será realizada de mampostería, no inflamable, debiendo la instalación eléctrica ser embutida o canalizada, recomendándose la ubicación de los tomacorrientes a una altura no menor de 0,40 metros sobre piso terminado, o sobre mesadas.-----

**Artículo 31.-(Instalaciones sanitarias)**

La instalación sanitaria comprenderá cañerías de abastecimiento de agua fría y caliente según planilla adjunta

**Artículo 32.-(Calefacción)**

La calefacción será sin combustión en áreas asistenciales y de público.

**Artículo 33.-(Protecciones)**

Se exigirán mallas de protección contra insectos en los vanos cuando las condiciones ambientales así lo

requieran.

**Artículo 34.- (Estado general)**

En lo que refiera al estado general se exigirán las condiciones de higiene adecuadas.

**CAPITULO IX**

**URGENCIA Y EMERGENCIA**

**DEFINICIÓN**

**Artículo 35.-(Servicios de urgencia y emergencia)**

Los servicios de Urgencia/Emergencia constituyen unidades de los establecimientos asistenciales de salud, con la finalidad de asistir a los agravios a la salud que se traduzcan en emergencia (con riesgo de vida inminente) o urgencia (sin riesgo de vida inminente) que reúnen los recursos físicos, farmacológicos, tecnológicos y humanos para su atención.

**Artículo 36.-(Procedimiento de emergencia)**

Se entenderá por Procedimiento de emergencia al conjunto de acciones empleadas en la recuperación de pacientes cuyos agravios a la salud requieran de asistencia inmediata con riesgo de vida.

Se entenderá por Procedimiento de urgencia al conjunto de acciones empleadas en la recuperación de

pacientes cuyos agravios a la salud requieran de asistencia inmediata, sin riesgo de vida.

**CAPITULO X**

**DE LA URGENCIA**

**Artículo 37.-(Servicios de urgencia)**

Los Servicios de Urgencia se localizarán en Unidades de Atención Primaria. Su objetivo será resolver la

consulta de urgencia de baja complejidad, diagnosticar, tratar (si fuera posible) o derivar problemas de

mediana o alta complejidad a los centros de referencia.

**ORGANIZACIÓN**

**PERSONAL Y EQUIPAMIENTO**

**Artículo 38.-(Dotación)**

Se deberá contar con médico de guardia permanente en el horario de atención al público (médicos generales) y especialistas según la complejidad del servicio. Además poseer personal de enfermería (Licenciados y Auxiliares) así como Tecnólogos en la cantidad necesaria para el buen funcionamiento de los servicios.

**Artículo 39.-(Equipamiento)**

El servicio deberá poseer equipamiento, instrumental y medicación, para resolver las consultas de acuerdo a la complejidad instalada. Deberá tener referencia con: servicios de diagnóstico y/o tratamiento, por lo menos de Laboratorio de Análisis Clínicos y Radiología y Ecografía.

En el caso de no contar en la misma planta física de la infraestructura para la continuidad de la atención del paciente, la Institución deberá cubrir el servicio de traslado común y especializado, hacia el lugar de

tratamiento definitivo.

**CONDICIONES DE LA PLANTA FISICA**

**Artículo 40.-(Planta física)**

Los Servicios de Urgencia deberán contar con los siguientes **AMBIENTES ESPECIFICOS:**

- 1.-) Sala de espera. (En idénticas condiciones que las establecidas para el Servicio Ambulatorio).
- 2.-) Sala de atención colectiva dividida en boxes o individual (consultorios). El área mínima de un box deberá ser de 5 metros cuadrados con un ancho mínimo de 2 metros. Las condiciones a cumplir para los consultorios serán las mismas expresadas para el Servicio Ambulatorio.
- 3.-) Baño adjunto a sala. (En idénticas condiciones que para los baños de internación).
- 4.-) Puesto de enfermería (stock, preparación de medicamentos e insumos necesarios. Area mínima de 6 metros cuadrados, ancho mínimo de 1,80 metros. Demás condiciones similares a la de Servicios Ambulatorios.
- 5.-) Enfermería sucia. Area mínima de 4 metros cuadrados ancho mínimo de 1,80 metros. Demás condiciones similares a la de Internación.
- 6.-) Cuarto médico y Baño médico (idénticas condiciones a las exigidas para el Servicio de Internación).

**Artículo 41.- (Características generales)**

a) Los servicios de urgencia deberán dar cumplimiento a las CARACTERISTICAS GENERALES que se detallan a continuación:

Los servicios de urgencia contarán con ambientes de apoyo para el confort e higiene de los pacientes, funcionarios y acompañantes, acordes para atender la demanda.

b) Los servicios de urgencia dispondrán de instalaciones: tradicionales (eléctrica y sanitaria) y especiales (oxígeno y su medio de administración).

c) Los paramentos verticales y los pavimentos deberán ser lavables con terminaciones resistentes a los agentes químicos utilizados en el proceso de higiene y desinfección.

d) La instalación de abastecimiento de agua será de los tipos de agua fría y caliente.

e) Será obligatoria la colocación de lavamanos en las salas de atención de pacientes.

**CAPITULO XI**

**DE LA EMERGENCIA**

**Artículo 42.- (Servicios de emergencia)**

Los Servicios de Emergencia se deberán localizar en plantas físicas hospitalarias, clasificándose los mismos de acuerdo a su complejidad/riesgo en los cuatro niveles que se enuncian en el anexo II, debiendo cumplir los requisitos mínimos que se detallan en el presente Capitulo.

**Artículo 43.- (Organización)**

Los servicios de emergencia deben garantizar un sistema de referencia para los pacientes de acuerdo con el riesgo.

**Artículo 44.- (Plan desastre)**

De acuerdo a su complejidad se deberá contar con Plan Desastre.

**Artículo 45.- (Personal)**

Los servicios de emergencia deberán contar con la siguiente dotación de personal:

- Médico Jefe de Emergencia- Con experiencia en el área, de acuerdo al nivel de complejidad y especialización del Hospital.
- Médico Supervisor de Guardia- De acuerdo a la complejidad. Su función es la coordinación de distintas áreas, por ejemplo reanimación, observación, etc. estableciendo además un nexo entre el Jefe y los médicos de guardia.
- Médico de Guardia- De acuerdo a las características del hospital y en número suficiente para atender la demanda.
- Coordinador de Enfermería- Profesional de enfermería con formación superior y con experiencia en el área.
- Enfermeros y Auxiliares de Enfermería- exclusivos para el servicio y en cantidad suficiente para atender las necesidades .

**Artículo 46.-(Equipamiento, materiales y funcionamiento)**

Los servicios de emergencia deberán disponer del Equipamiento y de los Materiales que detallan a continuación:

**1- Propios del servicio**

Cardio-respiratorios

Electrocardiógrafo

Monitor con cardioversor y cardiodesfibrilador

Aspirador de secreciones

Oxímetro de pulso

Marcapaso transitorio

Material completo para intubación endotraqueal

Material para cricotraqueostomía/ traqueostomía

Ambú

Máscara tipo Campbell

Equipamiento para asistencia ventilatoria mecánica, de preferencia portátil

Materiales quirúrgicos

Bandejas con materiales para procedimientos de: punción torácica, pequeña cirugía, suturas, acceso a vía

venosa central y periférica, punción lumbar, punción abdominal, punción pericárdica, drenaje de tórax,

sonda vesical y nasogástrica, en cantidad suficiente para atender la demanda de la unidad.

Equipamiento para Trauma

Equipamiento adecuado de inmovilización para politraumatizados.

## **2- Recursos disponibles en el establecimiento hospitalario las 24 horas.**

Radiología convencional.

- Ecografía.
- Laboratorio de Análisis Clínicos.
- Terapia Intensiva.
- Endoscopías ( Digestiva, Fibrobroncoscopía).
- Servicio de Hemoterapia.

Anestesiología.

- Especialidades médicas necesarias de acuerdo con la complejidad del servicio.

## **3- Otros recursos-Acceso alcanzable.**

- Ecocardiografía
- Tomografía axial computarizada
- Resonancia nuclear magnética
- Hemodinamia
- Cirugía Cardíaca
- Angiografía
- Electroencefalograma
- Terapia renal sustitutiva
- Especialidades médicas necesarias de acuerdo con la complejidad del servicio

## **4- Criterios de funcionamiento**

De acuerdo a la complejidad del servicio se deberá contar, por lo menos:

- Flujograma de pacientes
- Normas de atención
- Normas de procedimientos de enfermería
- Criterios de selección y calificación de los recursos humanos
- Programa de garantía de calidad
- Programa de educación médica continua

## **Artículo 47.- (Condiciones de Planta Física)**

Los servicios de emergencia deberán contar con los siguientes ambientes específicos, de acuerdo a su nivel de complejidad:

- Area de admisión de pacientes con acceso directo, permitiendo el ingreso de pacientes ambulatorios en camillas o sillas de ruedas, para pacientes que llegan en ambulancia u otro tipo de vehículos. Acceso techado para ambulancias o vehículos
- Sala de espera para pacientes y familiares. Condiciones idénticas a las establecidas para servicio ambulatorio
- Sala de triage
- Sala de atención colectiva dividida en boxes o individual (consultorios). El área mínima de un box será de 5 metros cuadrados con un ancho mínimo de 2 metros. Condiciones idénticas a las establecidas para el servicio ambulatorio
- Sala de observación de pacientes o pre-admisión. Ambiente donde el paciente permanece en carácter de pre-admisión, por un periodo de hasta 24 horas. Condiciones idénticas a las establecidas para sala de internación
- Baño adjunto a sala. Condiciones idénticas a las establecidas para internación
- Cuarto individual para aislamiento/observación de pacientes. Su área mínima deberá ser de 10 metros cuadrados
- Sala de reanimación, con un área mínima de 12 metros cuadrados y un ancho mínimo de 3 metros. Debe disponer de un acceso con puerta camillera
- Puesto de Enfermería (con área adecuada para stock y preparación de medicamentos e insumos necesarios) área mínima 6 metros cuadrados, ancho mínimo 1,80 metros. Demás condiciones similares a la de Servicios Ambulatorios
- Enfermería Sucia. Area mínima de 4 metros cuadrados ancho mínimo 1,80 metros. Demás condiciones similares a las de Internación
- Sala de yeso, con un área mínima de 7,5 metros cuadrados y ancho mínimo de 2,20 metros
- Sala de procedimientos colectiva dividida en boxes, o individual
- Sala de inhaloterapia. (2 metros cuadrados por paciente)
- Sala de trabajo del equipo asistencial
- Cuarto médico. Idénticas condiciones exigidas para los Servicios de Internación
- Baño médico. Idénticas condiciones exigidas para los Servicios de Internación
- Helipuerto

**Artículo 48.- (Características generales)**

Los servicios reglamentados en el presente Capítulo deberán contar con las siguientes Características

Generales:

- Los servicios de emergencia deben contar con ambientes de apoyo, para el confort e higiene de los pacientes, funcionarios y acompañantes, en cantidad suficiente para atender la demanda
- Los servicios de emergencia deben contar con todas las instalaciones de soporte necesarias (eléctricas, de emergencia, oxígeno, aire comprimido y aspiración), de acuerdo con su complejidad
- Paredes y pisos lavables, con revestimientos resistentes a los agentes químicos utilizados en el proceso de higiene y desinfección
- La Sala de Reanimación, parte de la iluminación general, deberá contar con iluminación focalizada de 150 a 200 Watts, con algún sistema de aproximación
- En las salas de atención de pacientes, es obligatoria la provisión de recursos para el lavado de manos, a través de lavatorios

## **CAPITULO XII**

### **SERVICIO DE INTERNACION**

#### **DEFINICIÓN**

##### **Artículo 49.- (Internación)**

Se considera Servicio de Internación al sector de un establecimiento de salud donde se realiza la internación de los pacientes, considerándose internación a la admisión de un paciente para ocupar una cama hospitalaria, por un período mayor o igual a 24 horas.

Por razones de funcionalidad, no se instalarán establecimientos de salud con internación con una capacidad menor de 12 camas.

##### **Artículo 50.- (Actividades)**

Los servicios definidos en el artículo anterior desarrollarán las siguientes actividades

- a) Proporcionar las condiciones para internar a los pacientes, en ambientes privados o semiprivados, conforme a su grupo etéreo, patología, sexo y tipo de cuidados.
- b) Ejecutar y registrar la asistencia médica diaria.
- c) Ejecutar y registrar la asistencia de enfermería.
- d) Prestar asistencia nutricional y distribuir alimentos a los pacientes.
- e) Ejecutar las actividades que le sean propias a la especialidad a la que corresponda el establecimiento de salud y su nivel de complejidad.

## **CAPITULO XIII**

### **DE LA ORGANIZACIÓN**

##### **Artículo 51.- (Organización)**

Los establecimientos de salud que opten por esta modalidad deberán asegurar las actividades descritas anteriormente, así como los servicios generales y de apoyo, y accesibilidad que forman parte de esta norma, debiendo disponer de un sistema documentado de referencia y contra referencia de pacientes.

## **CAPITULO XIV**

### **DEL PERSONAL**

#### **Artículo 52.-(Personal Medico)**

Contará con médico de guardia permanente el que deberá poseer la especialidad que corresponda con el servicio, ya sean, Médicos Generales, Pediatras ,Ginecólogos, etc.

No se permitirá la guardia médica de retén salvo en caso de Médicos Consultantes.

#### **Artículo 53.-(Personal de Enfermería)**

Contarán con el personal de enfermería (Licenciadas en Enfermería. Auxiliares) en cantidad suficiente para asegurar el correcto cumplimiento del servicio. Asimismo se deberá contar con Nutricionistas,

Fisioterapeutas etc.

#### **Artículo 54.- (Dirección Técnica)**

Estos servicios deberán contar con Dirección Técnica responsable a cargo de un médico especialista en

Administración de Servicios de Salud o Salud Pública.

En los establecimientos de salud de internación especializada la Dirección Técnica podrá ser ejercida por el médico especialista que corresponda.

## **CAPITULO XV**

### **PLANTA FISICA**

#### **Artículo 55.-(Normas generales)**

La presente reglamentación hace referencia a Servicios de Internación General.

En el caso de la Atención del Parto y del Recién Nacido se dará cumplimiento a lo establecido en la

Ordenanza Ministerial No. 43/83 18 de noviembre de 1983, así como a las normas particulares para el caso de servicios especializados, tales como Unidades de Cuidados Especiales tanto de Adultos como de Pediatría, u otras.

#### **Artículo 56.- (Materiales)**

En todos los casos la construcción será no combustible, con paramentos lisos y lavables. Los pisos serán de material lavable y resistente. Queda prohibido utilizar pisos de madera o moqueta en las zonas de internación.

#### **Artículo 57.-(Iluminación)**

Se deberá contar con un sistema de iluminación de emergencia.

Los locales indicados con ventilación e iluminación naturales deberán dar a espacios abiertos o patios de aire y luz reglamentarios de acuerdo a las ordenanzas municipales vigentes.

**Artículo 58.- (De las áreas )**

Los servicios de internación que se reglamentan deberán contar con las siguientes áreas:

1. Enfermería Limpia - Se deberá contar con una cama cada 30 camas. El área mínima será de 6 metros cuadrados y el ancho mínimo de 1,80 metros. Deberá poseer mesada y pileta con instalación de agua fría y caliente, lugar para almacenamiento de material de uso diario, así como para la preparación de los distintos tratamientos. Deberá disponer de tablero para llamados de pacientes.
2. Enfermería sucia- Contará con mesada, pileta, lavachatas, vertedero, etc. El área mínima del local será de 4 metros cuadrados con un ancho mínimo de 1,60 metros. Tanto la enfermería limpia como la sucia deberán poseer un revestimiento liso e impermeable de una altura mínima de 60 centímetros sobre mesadas, piletas, vertederos y/o lavachatas. La ventilación de las enfermerías será natural por intermedio de vanos (área mínima de 0,40 metros cuadrados) o mecánica a través de extractores. Las enfermerías dispondrán de instalación de abastecimiento de agua fría y caliente.
3. Sala para exámenes y curaciones (cuyo carácter es opcional).- Deberá disponer de las mismas condiciones que un consultorio ambulatorio, área mínima de 7,5 metros cuadrados y ancho mínimo de 2,20 metros.
4. Salas de internación para Adultos- Las salas serán privadas (una cama y un baño) o semi – privadas (dos camas y un baño). Cada 30 camas semiprivadas deberá existir una sala de aislamiento .Cada sala deberá contar con iluminación y ventilación naturales (1/10 y 1/20 del área del dormitorio respectivamente) La iluminación artificial será: general de tipo cenital e individual por cama con brazo articulado. Además deberán colocarse luces tipo veladoras en los pasillos. Cada cama contará con la instalación de pulsador de timbre para llamada a Enfermería y dos tomacorrientes como mínimo por cama. Las salas contarán con sistema de calefacción.
5. En establecimiento de salud de alta complejidad además se deberá contar con tomas de oxígeno, aspiración y aire comprimido en cada cabecera de cama.
6. Los baños deberán estar compuestos por inodoro, lavabo y ducha, contando con instalaciones de agua fría y caliente. El área mínima deberá ser de 2,40 metros cuadrados con un ancho mínimo de 1,20 metros. El revestimiento será liso y lavable con una altura mínima de 1,80 metros. Por nivel de internación se dispondrá de un baño accesible para silla de ruedas, que cumplirá lo establecido por la Norma UNIT 1020:2001. La ventilación podrá ser natural o mecánica y regirán las mismas condiciones exigidas para los baños de servicios ambulatorios. (Anexo I).
7. Los Hospitales o Sanatorios habilitados con anterioridad a esta reglamentación, excepto los comprendidos en el sector de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva, que dispongan de salas de internación que no cumplan con lo establecido en este inciso, deberán mediante ampliación o reforma, instalar un baño completo cada 4 camas.
8. Las dimensiones mínimas de las salas de internación serán las siguientes: 10 metros cuadrados para las salas privadas y 14 metros cuadrados para las salas semiprivadas o sea 7,0 metros cuadrados por cama. En ambos casos el lado mínimo de la habitación será de 3,20 metros.
9. Salas de internación para Pediatría- Tendrán las mismas características generales que las salas de internación de adultos. Se calculará de 15 a 20 % de las camas del establecimiento de salud para el destino de camas pediátricas. Deberán poseer enfermería propia.

10. Deberá establecerse las siguientes dimensiones: 4,5 metros cuadrados por cuna para lactantes; 5,0 metros cuadrados por cama de niños.

11. Tisanería: Deberá disponer de mesada y pileta con abastecimiento de agua fría y caliente. El área mínima será de 4 metros cuadrados, con un ancho mínimo de 1,60 metros. El revestimiento sobre la mesada será liso y lavable con una altura mínima de 60 centímetros. La ventilación deberá ser natural o mecánica, idéntica a la establecida para enfermerías.

12. Cuarto para depósito de material de limpieza.

13. Cuarto para depósito de equipamiento.

14. Area para guardar camillas y sillas de ruedas.

15. Servicios higiénicos para funcionarios Deberá existir uno por cada planta de internación. El área mínima será de 1,50 metros cuadrados con un ancho mínimo de 0,80 metros. Para el revestimiento y la ventilación rigen las mismas condiciones planteadas para baños de internación.

16. Cuarto médico de guardia. Superficie mínima: 7 metros cuadrados con un ancho mínimo de 1,80 metros o 6,5 metros cuadrados con un ancho mínimo de 2 metros. Deberá contar con los porcentajes reglamentarios de iluminación y ventilación idénticos a las salas de internación. Según la complejidad del establecimiento de salud deberá contarse con mas de un cuarto médico de guardia, separados por sexo.

17. El cuarto médico de guardia deberá poseer un baño adjunto con las mismas características que las establecidas para los baños de internación.

## **CAPITULO XVI**

### **SERVICIOS DE DIAGNOSTICO Y/O TRATAMIENTO**

#### **Artículo 59.-(Diagnóstico y/o tratamiento)**

Se consideran Servicios de Diagnóstico y/o Tratamiento a aquellos servicios que efectúan la atención a los pacientes internados o de consulta externa o de urgencia/emergencia, en forma directa, realizando

actividades de diagnóstico y/o recuperación de la salud.

#### **Artículo 60.-(Servicios)**

Los establecimientos de salud podrán disponer de uno o más de estos servicios dependiendo del nivel de complejidad.

#### **Artículo 61.-(Servicios independientes- Clínicas o Centros)**

Cuando los servicios de Diagnóstico y/o Tratamiento funcionan en forma independiente a un

Establecimiento Hospitalario, haciéndolo en forma ambulatoria se denominan Clínicas o Centros.

#### **Artículo 62.-(Sectores)**

Quedan comprendidos los siguientes sectores para los establecimientos de salud básicos pudiéndose incorporar otros, de acuerdo a la complejidad de la institución:

1. Anatomía Patológica

2. Imagenología (Radiología Convencional, Ecografía , Tomografía Computada, Resonancia Nuclear Magnética, etc)

3. Estudios Eléctricos: Electrocardiografía ,Electroencefalografía, Ergometrías ,etc.
4. Laboratorio de Análisis Clínicos
5. Block Quirúrgico
6. Servicio de Atención del Parto
7. Fisiatría y Rehabilitación
8. Hemoterapia
9. Oncología
10. Radioterapia
11. Terapia renal sustitutiva (hemo y peritoneodiálisis)
12. Endoscopías

**Artículo 63.-(Normas específicas )**

Cada uno de estos sectores dará cumplimiento a la normativa específica que el Ministerio de Salud Pública ha establecido para su funcionamiento o establezca en el futuro.

Asimismo deberán dar cumplimiento a las disposiciones que en la materia reglamenten el ejercicio de algunas actividades, tales como, la utilización de radiaciones ionizantes, para lo cual deberán cumplir lo establecido por la Dirección Nacional de Tecnología Nuclear del Ministerio de Industria Energía y Minería.

**CAPITULO XVII**

**BLOCK QUIRURGICO**

**Artículo 64.-(Aplicación)**

La presente reglamentación se aplicará a las áreas quirúrgicas que se instalen en estructuras hospitalarias, pudiendo adoptarse como referencia para establecimientos de salud con cirugía ambulatoria.

**Artículo 65.-(Planta física)**

La planta física deberá ubicarse en un sector funcionalmente independiente, cuyo acceso será restringido al personal asignado y a los pacientes.

**Artículo 66.-(Control de circulación de personal e insumos)**

Deberá asegurarse el control estricto del flujo de personal e insumos, desde el área externa hacia dentro del block quirúrgico y viceversa.

Se establecerá un sistema de barreras, que permita crear una zona separada del resto del establecimiento, constituyendo una verdadera zona limpia en base a las siguientes condiciones:

1. Acceso de Pacientes- El mismo se realizará por pasillos con un ancho mínimo de 2,40 metros, que permita el pasaje de dos camillas, incluyendo el personal. Se contará con un ascensor camillero de uso restringido. El ingreso del paciente al área restringida se deberá realizar a través de una zona de transferencia con espacio suficiente para el cambio de camilla, separando claramente las áreas, ya sea por puerta guillotina, murete de una altura de 25 centímetros o similar.

2. Acceso del Personal- Se realizará en forma independiente del ingreso del paciente, debiendo contar con vestuarios diferenciados por sexos. Cada vestuario contará con placares para guardar ropa y servicios higiénicos completos. Las áreas y anchos mínimos, antecámaras, compartimentos y ventilaciones de los baños se regirán por las ordenanzas municipales vigentes. Se delimitará el ingreso a la zona restringida mediante la utilización de un murete de 25 centímetros de altura.

3. Sector de estar médico.

4. Sala administrativa (opcional)

5. Sala de Enfermería y Coordinación

6. Sala de Recuperación post-anestésica. El número de camas dependerá del número de cirugías previstas por el establecimiento de salud. Se recomiendan 2 camas por cada sala de operaciones, con un mínimo de 8,5 metros cuadrados por cama. Este sector debe contar con instalaciones especiales: oxígeno, aire comprimido medicinal y aspiración centralizada

7. Salas de depósito de materiales y equipos

8. Depósito de material de limpieza

9. Sala para biopsia extemporánea. (de acuerdo a la complejidad)

10. Depósito transitorio de ropa sucia y residuos sólidos

11. Sala de depósito de Equipo de Radiología y Cuarto de Revelado

12. Area quirúrgica

#### **Artículo 67.- (Lavado Quirúrgico).-**

La zona de Lavado Quirúrgico debe estar ubicada previa y anexa a la sala de operaciones y contará con puestos de lavado en relación al número de salas.

Cada pileta de lavado quirúrgico deberá ser profunda, con pico largo que permita un lavado cómodo y cuyo accionamiento se realice por mecanismos no activados manualmente (ejemplo: fotosensor, pulsador de pie, monocomando de brazo largo, etc). Deberá contar con instalación de abastecimiento de agua fría y caliente.

En el caso que se instalen dispensadores de jabones líquidos antisépticos, el accionamiento deberá ser similar.

#### **Artículo 68.- (Sala de Operaciones)**

Las Salas de Operaciones deberán contar con las siguientes características:

1. **Dimensiones.-** El tamaño de las salas dependerá del tipo de intervenciones quirúrgicas, de la cantidad del personal, del equipamiento, etc.

Se recomienda para las salas de cirugía general una superficie de 36 metros cuadrados (6 por 6 metros), mínimo 25 metros cuadrados

Las salas de cirugía ambulatoria requieren las mismas dimensiones que las anteriores, variando la utilización de los servicios de internación Para la Cirugía Especializada (Ejemplos: Traumatología o Cirugía Cardíaca) se pueden requerir dimensiones de hasta 42 metros cuadrados (6 por 7 metros)

2. **Terminaciones:** Las salas de operaciones tendrán pisos lavables, resistentes al impacto y a acciones abrasivas. Contarán obligatoriamente con zócalo sanitario. Tendrán el menor número de

juntas posibles. Los paramentos verticales serán totalmente revestidos de piso a techo, recomendándose revestimientos epoxídicos o poliuretánicos sin juntas. Se aconseja que los encuentros de paramentos entre sí y con el cielorraso sean redondeados. Se recomienda la colocación de guardacamillas como elementos de protección fabricados con material resistente (ejemplo: PVC o acero inoxidable) de 0,25 centímetros de ancho y ubicados a una altura de 1 metro sobre nivel de piso terminado.

Los cielorrasos deben ser monolíticos, sin uniones y resistentes a los frecuentes lavados con agentes químicos de uso clínico. Se prohíbe la utilización de cielorrasos desmontables.

En el caso de que se realice el ingreso de material limpio hacia la sala y salida de material sucio desde la misma mediante el sistema de ventanas, se realizará utilizando el sistema de exclusas.

**3.Instalaciones sanitarias-** El proyecto de la instalación sanitaria se diseñará por secciones a los efectos de un mantenimiento racional, de manera tal que una reparación no afecte a todo el servicio.

Dentro de la sala de operaciones no podrá haber desagües, ni ningún tipo de instalación sanitaria.

**4.Instalaciones de gases medicinales-** Se instalarán tomas de oxígeno, aire comprimido medicinal, aspiración y gases anestésicos en cantidad suficiente y debidamente identificados. Las instalaciones especiales estarán avaladas por firma de ingeniero especialista en la materia. Se deberán presentar: memoria descriptiva y plan de mantenimiento de las mismas.

**5.La instalación eléctrica** se realizará de acuerdo a la reglamentación vigente de U.T.E. (general y específica para quirófanos).

**6.Climatización-** La climatización estará basada en un sistema de inyección y extracción de aire con control monitorizado de humedad y temperatura. El equipo contará como mínimo con filtros de tipo quirúrgico (95% de eficiencia) para cirugía general. La instalación del sistema de aire acondicionado estará avalada por firma de ingeniero especialista en la materia. Se deberán presentar: memoria descriptiva y plan de mantenimiento del mismo.

**7.-Equipamiento mínimo:**

- Mesa quirúrgica articulada
- Lámpara cialítica
- Equipo de Anestesia
- Equipo de reanimación cardiorespiratoria

## **CAPITULO XVIII**

### **SERVICIOS INTERMEDIOS Y DE APOYO**

#### **CENTRO DE MATERIALES**

##### **Artículo 69.- (Centro de Materiales)**

En el centro de materiales se realizará el procesamiento del material proveniente del block quirúrgico o utilizado en los otros servicios finales o directos, a los efectos de su esterilización y stock.

##### **Artículo 70.- (Sectores)**

La planta física debe contar con los siguientes sectores:

1. Lavado de material
2. Preparación del material
3. Esterilización: por calor húmedo (autoclaves ) o por calor seco
4. La esterilización por óxido de etileno se instalará bajo las condiciones que establece la reglamentación en la materia a efectos de tomar las medidas de seguridad adecuadas (Decreto del Poder Ejecutivo No. 643/992)
5. Stock del material estéril. Se dispondrán de anaqueles en cantidad suficiente para el almacenamiento

##### **Artículo 71.- (Circulación de insumos)**

El Centro de materiales deberá contar con circulación restringida como en el caso del block quirúrgico, debiendo establecerse el flujo de cada uno de los insumos que circulan por el mismo.

## **CAPITULO XIX**

### **REGISTROS MEDICOS**

##### **Artículo 72.- (Registros Médicos)**

De acuerdo a la complejidad del establecimiento de salud , se dispondrá de un sector de Registros Médicos,

el cual se compondrá fundamentalmente por tres secciones:

- a) Admisión de Enfermos
- b) Archivo Médico
- c) Estadísticas

##### **Artículo 73.- (Del personal)**

El personal asignado será preferentemente Técnico en Registros Médicos. En todos los casos se dará cumplimiento a lo establecido por la Ordenanza Ministerial No. 33/84 de 5 de enero de 1984.

##### **Artículo 74.- (Admisión)**

En la Sección Admisión de Enfermos se contará con la siguiente documentación:

- a) Libro de registro de entrada y salida de enfermos

b) Libro de información y registros de pacientes asistidos en policlínicas, cuando estas existan

**Artículo 75.- (Archivo médico)**

En la Sección de Archivo Médico se contará con la siguiente documentación:

- a) Historia Clínica correctamente confeccionada, con el nombre del médico tratante
- b) Archivo de Historias Clínicas, con toda la información correspondiente al paciente

**Artículo 76.- (Estadística)**

La Sección Estadística deberá procesar la información médica del establecimiento de salud, la que deberá estar a disposición del Ministerio de Salud Pública cuando este lo solicite.

**Artículo 77.- (Otros documentos)**

Otra documentación que deberá existir es:

- Libro de Medicamentos que ha de servir para la asistencia de pacientes del establecimiento, debidamente firmado por el Químico Farmacéutico responsable del mismo
- Libro de Novedades diarias (confeccionado por el personal de Enfermería)

**Artículo 78.- ( Rúbrica de libros)**

Los Libros referidos en los artículos anteriores serán sellados y rubricados por la División Servicio de Salud del Ministerio de Salud Pública, según corresponda.

**Artículo 79.- ( Registro computarizados)**

En el caso de que el establecimiento de salud implemente alguno de estos Registros en forma computarizada, deberá hacer la correspondiente gestión ante el Ministerio de Salud Pública, debiendo a su vez contar con los respaldos magnéticos correspondientes.

**CAPITULO XX**

**ALIMENTACION**

**Artículo 80.- (Servicio de Alimentación)**

Los Establecimientos de Salud con Internación (Hospitales o Sanatorios) ,deberán contar con servicio de alimentación, el que estará a cargo de Nutricionista.

**Artículo 81.- (De las cocinas)**

Las Cocinas deben de presentar las siguientes condiciones:

- a) Area Total- Se determinará de acuerdo al número de camas del Establecimiento fijándose una superficie mínima de 1 metro cuadrado por cama. En establecimientos con una capacidad menor de 20 camas se establece una superficie mínima de 15 metros cuadrados
- b) Areas:
  - 1- Recepción de alimentos
  - 2- Despensa de alimentos, perecederos y no perecederos
  - 3- Conservación de alimentos

4- Preparación de alimentos

5- Cocción de alimentos

6- Servido y distribución de alimentos

7- Lavado de utensilios

8- Estacionamiento y lavado de carros de distribución

9- Local de nutricionista

c) Los pisos serán de materiales lavables, no absorbentes. Los revestimientos de sus paramentos verticales serán lisos y lavables hasta una altura mínima de 1,80 metros

d) Las aberturas exteriores deberán estar protegidas contra insectos

e) Deberá contar con campana y extractor para vapores en la zona de cocción

f) Deberá poseer instalaciones de agua fría y caliente, y contar con desagües bien protegidos por rejillas

g) Si existiesen áreas de personal (vestuarios, servicios higiénicos y estar) se regirán por las mismas condiciones establecidas para ese sector, descritas en el Servicio Ambulatorio.

## **CAPITULO XXI**

### **LAVADERO**

#### **Artículo 82.- (Del lavadero)**

El establecimiento de salud deberá contar con Lavadero el cual dispondrá de los siguientes sectores.

- Entrega de ropa sucia
- Area de lavado
- Area de secado
- Area de planchado
- Area de costura
- Stock de ropa limpia
- Entrega de ropa limpia
- Vestuarios y servicios higiénicos de personal (pueden ser generales, no propios del servicio).

#### **Artículo 83.- (Terminaciones)**

Los pavimentos serán lavables y no absorbentes. Los revestimientos serán lisos y lavables con altura mínima de 1,80 metros. La ventilación será natural o mecánica de acuerdo a las ordenanzas municipales vigentes.

## **CAPITULO XXII**

### **PROVEEDURIA**

#### **Artículo 84.- (De la proveeduría)**

La proveeduría contará con:

- Area administrativa
- Area de depósito

#### **Artículo 85.- ( Pavimentos y revestimientos)**

Los pavimentos y revestimientos serán lisos y lavables. La ventilación será natural o mecánica según las ordenanzas municipales vigentes.

## **CAPITULO XXIII**

### **INTENDENCIA Y MANTENIMIENTO**

#### **Artículo 86.- (De la intendencia y mantenimiento)**

El servicio de Intendencia y Mantenimiento contará con:

- Area administrativa
- Vestuarios y servicios higiénicos (generales del establecimiento)
- Talleres (opcional)
- Depósito de materiales

#### **Artículo 87.- (Normas sobre seguridad, higiene y salud ocupacional)**

Todos los sectores destinados al personal cumplirán con lo establecido por el Decreto No. 406/88 de 3 de junio de 1988 y con las ordenanzas municipales vigentes.

## **CAPITULO XXIV**

### **ACCESIBILIDAD**

#### **Artículo 88.- ( De la accesibilidad)**

La accesibilidad a los establecimientos de salud deberá lograrse integralmente desde la llegada del usuario al entorno del edificio (espacios urbanos) hasta el ingreso al edificio y dentro del mismo.

## **CAPITULO XXV**

### **SEÑALIZACIÓN**

#### **Artículo 89.- ( De la señalización)**

Los símbolos gráficos y las características generales de la señalización de los Establecimientos de Salud se registrarán por las NORMAS UNIT 906:1994, 922:1994, 923:1994 y 949:2000.

## **CAPITULO XXVI**

### **ESPACIOS URBANOS**

#### **Artículo 90.- ( De los espacios urbanos)**

Las sendas peatonales, las rampas, las escaleras y el mobiliario urbano (bancos, cabinas telefónicas, buzones, cartelería, postes de iluminación, etc) componen el ambiente urbano próximo al establecimiento de salud. El mobiliario urbano no deberá invadir sendas, rampas y escaleras.

**Artículo 91.- (De las rampas y vías de circulación)**

Las rampas se realizarán de acuerdo a lo establecido por la NORMA UNIT 986:1996.

Las vías de circulación peatonales se regirán por la NORMA UNIT 967:2000.

**Artículo 92.- (De los estacionamientos )**

Si dentro del predio donde se ubique un establecimiento de salud, se tuviesen incorporadas áreas de estacionamiento y cruces a nivel, propios del establecimiento, se deberán ejecutar de acuerdo a las especificaciones de las NORMAS UNIT 1006:1996 y 969:2000 respectivamente.

**CAPITULO XXVII**

**EDIFICIOS**

**Artículo 93.- (De los edificios)**

Las puertas de los edificios serán accesibles según lo formulado por la NORMA UNIT 973:2000.

**Artículo 94.- (Elemento del proyecto arquitectónico )**

Los siguientes elementos componentes del proyecto arquitectónico que permiten la accesibilidad a un establecimiento de salud, cumplirán con las exigencias planteadas en las NORMAS UNIT correspondientes:

- Escaleras: NORMA UNIT 950: 2000
- Ascensores: NORMA UNIT 961:2000
- Rampas fijas: NORMA UNIT 905:2000
- Pasillos y galerías: NORMA UNIT 907:2000
- Bordillos, pasamanos y agarraderas: NORMA UNIT 966:2000
- Servicios higiénicos accesibles: NORMA UNIT 1020:2001
- Griferías: NORMA UNIT 1021:1999

**CAPITULO XXVIII**

**CONDICIONES GENERALES PARA TODOS LOS ESTABLECIMIENTOS**

**EQUIPAMIENTO, PERSONAL Y DIRECCION TECNICA**

**Artículo 95.- (Equipamiento)**

El equipamiento deberá estar acorde a la función a cumplir por cada establecimiento y encontrarse en perfecto estado de conservación, higiene y funcionamiento. Se deberá acreditar que se cuenta con servicio para mantenimiento de los equipos. En cuanto a la superficie exigida para las áreas de los distintos servicios a que se refiere la presente norma, se establece una tolerancia del 10 % (diez por ciento).

**Artículo 96.- (Personal)**

Todo el personal técnico profesional, como el personal de Enfermería y Tecnólogos, deberá poseer los títulos correspondientes, debidamente inscriptos en el Ministerio de Salud Pública.

**Artículo 97.- (Dirección Técnica)**

La Dirección Técnica estará a cargo de un profesional médico u odontólogo, según corresponda. En el caso de establecimientos médico-odontológicos serán dos los directores, uno Médico y el otro

Odontólogo. En las clínicas médicas la Dirección Técnica será ejercida por un médico con la especialidad de diagnóstico o tratamiento que se brinde en forma mayoritaria, o Especialista en Administración de Servicios de Salud o Salud Pública.

En establecimientos de salud clasificados como Hospitales o Sanatorios, la Dirección Técnica será ejercida por médico especialista en Administración de Servicios de Salud o Salud Pública.

La Dirección Técnica será responsable por el funcionamiento del establecimiento, por las deficiencias encontradas en los mismos, así como frente a las denuncias que puedan formularse y cuando se comprobare la veracidad de las mismas.

Quedará eximida de esta responsabilidad, cuando se demuestre con documentación fehaciente que el resentimiento de algunos servicios técnicos ha sido provocado por omisión en que hubiera incurrido la administración del establecimiento de salud .

En el caso de servicios descentralizados ubicados fuera de la Sede principal de una Institución, la Dirección Técnica será la misma.

**CAPITULO XXIX**

**REQUISITOS PARA LA PRESENTACION DE PROYECTOS DE CONSTRUCCION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD**

**Artículo 98.- (De los Proyectos de construcción o remodelación )**

Cuando una Institución de Salud presente ante el Ministerio de Salud Pública un Proyecto ya sea de construcción o remodelación de un Establecimiento de Salud, deberá cumplir con los requisitos que se establecen en este Capítulo.

**Artículo 99.- ( Localizaciones de establecimientos de salud)**

En los casos que el Departamento de Habilitaciones de la División Servicios de Salud lo considere pertinente, se solicitará a la institución que documente la tramitación y autorización de las Intendencias o Juntas Locales sobre la localización del servicio de salud a edificar o remodelar. Esto incluye situaciones de viabilidades de uso del suelo o de inclusión dentro de regímenes patrimoniales.

**Artículo 100.- (De los planos )**

Se deberá presentar un juego de copia de planos dibujados y doblados según las Normas UNIT. Se indicarán claramente las áreas a construir, las existentes, las remodeladas y sus correspondientes metrajes. Los gráficos serán firmados por el técnico (arquitecto o ingeniero civil, cada firma deberá ir acompañada de timbre profesional vigente). Si se presentasen gráficos de instalaciones tradicionales, especiales, calefacción o aire acondicionado deberán ser firmados por los técnicos competentes en la materia.

**Artículo 101.- (Escalas)**

La escala mínima admitida es 1/100. Para edificios de gran volumen y superficie se podrá reducir a 1/200, detallando diferentes sectores como mínimo a escala 1/100.

**Artículo 102.- (Piezas)**

Las piezas mínimas a presentar son:

a- Planta de ubicación en la manzana a escala 1/1000

b- Planta del predio a escala 1/200

c- Plantas desde los subsuelos

a la azotea incluida

d- Fachada (mínimo una) y cortes necesarios para comprender el proyecto

e- Gráficos que el técnico entienda sean necesarios y aclaratorios

f- Planilla de locales (porcentajes de ventilación e iluminación de los mismos)

g- Memoria explicativa del Proyecto

h- Memoria descriptiva de albañilería

i- Memoria descriptiva de las diferentes instalaciones: tradicionales, especiales, calefacción, aire acondicionado, etc. Las correspondientes a instalaciones especiales, calefacción y aire acondicionado deberán ser firmadas por ingenieros especializados en esos temas

j- Se indicará la ubicación del equipamiento médico hospitalario cuando se lo considere necesario para la comprensión del proyecto. En todos los casos se indicarán las camas asistenciales

k- Se colocará la denominación exacta de los locales

**CAPITULO XXX**

**CONTROL Y SANCIONES**

**Artículo 103.- ( De la potestad regulatoria)**

El Ministerio de Salud Pública, a través de la División Servicios de Salud, sin perjuicio de lo que otras normas indiquen al respecto, realizará el control y la supervisión de estos establecimientos.

**Artículo 104.- (De las infracciones y sanciones)**

Las infracciones a lo dispuesto en este reglamento, serán sancionadas según el grado de transgresión constatado, pudiendo al efecto el Ministerio de Salud Pública imponer el pago de multas, y decretar su clausura en el caso de reincidencia, siendo de aplicación lo preceptuado en el artículo 122 de la Ley N° 12.376 de enero de 1957, el artículo 387 del Decreto-Ley N° 14.189 de 30 de abril de 1974, el Decreto del Poder Ejecutivo N° 258/985 de 2 de julio de 1985 y la Ordenanza N° 18/87 del 8 de setiembre de 1987.

**Artículo 105.- (Hechos con apariencia delictiva)**

Ante la comprobación de hechos con apariencia delictiva se dará intervención a la justicia ordinaria, sin perjuicio de adoptar las medidas administrativas que correspondan.

## **CAPITULO XXXI**

### **DISPOSICIONES TRANSITORIAS**

#### **Artículo 106.- (Transitoriedad)**

Dentro del término de 180 días a partir de la publicación de la presente reglamentación en el Diario Oficial, los establecimientos de Salud deberán satisfacer las exigencias contenidas en la misma, bajo apercibimiento de las sanciones que correspondan.

#### **Artículo 107.- (Alcance y aplicación)**

Se encuentran comprendidos dentro de la presente reglamentación todos los establecimiento de salud que están funcionando así como los que en el futuro pudieran instalarse.

## **CAPITULO XXXII**

### **DEROGACIONES**

#### **Artículo 108.- (Derogaciones)**

Derógase la Ordenanza Ministerial No. 613/965 de 10 de agosto de 1965, Decreto No. 355/65 de 10 de agosto de 1965.

#### **Artículo 109.- Publíquese.**

## **Decreto 43/004**

Se establece que la evaluación de todas las solicitudes de registros de equipos médicos que emitan radiaciones ionizantes, provenientes de las instituciones de salud, públicas o privadas, así como de las empresas que comercialicen productos médicos, deberán ser realizadas entre el Departamento de Tecnología Médica del Ministerio de Salud Pública y la DINATEN del Ministerio de Industria, Energía y Minería.

VISTO: que la legislación vigente establece que las instituciones de salud y las empresas que comercialicen productos médicos deben registrar los diferentes productos contemplados en la misma;

RESULTANDO: I) que es necesario que el registro, importación y la incorporación de equipos médicos que

emitan radiaciones ionizantes sean analizados en forma conjunta por el Ministerio de Salud Pública

(Departamento de Tecnología Médica DTM) y por el Ministerio de Industria, Energía y Minería (DINATEN);

II) que todo producto médico de esas características debe estar registrado para poder ser importado;

III) que a tales efectos es necesario definir un procedimiento de registro de estos productos donde se mencionan las funciones y cometidos de cada una de las áreas involucradas;

CONSIDERANDO: I) que en consecuencia, procede aprobar la reglamentación relativa al registro de equipos médicos que emitan radiaciones ionizantes;

II) que la Dirección General de la Salud no formula objeciones al respecto;

III) a lo informado por la División Jurídico-Notarial del Ministerio de Salud Pública y la Dirección de Asesoría Jurídica del Ministerio de Industria, Energía y Minería;

ATENTO: a lo precedentemente expuesto;

**El Presidente de la República**

**DECRETA:**

**Art. 1.** Establécese que a partir de la fecha, la evaluación de todas las solicitudes de registro de equipos médicos que emitan radiaciones ionizantes, provenientes de las instituciones de salud, públicas o privadas, así como de las empresas que comercialicen productos médicos, deberán ser realizadas en forma coordinada entre el Departamento de Tecnología Médica del Ministerio de Salud Pública y la DINATEN del Ministerio de Industria, Energía y Minería, quien actuará a través de la División Protección y Seguridad Radiológica.

**Art. 2.** Todas las solicitudes de registro se presentarán en el Departamento de Tecnología Médica DTM.

Éste realizará una primera evaluación de la información presentada, según la normativa vigente, debiendo notificar a la empresa o institución de salud, en un plazo no mayor a los 5 días hábiles, para que adjunte nueva información. Completada esta etapa se enviará la carpeta de productos a la

DINATEN, a la cual se adjuntará una nota del Departamento de Tecnología Médica solicitando la evaluación de los mismos.

**Art. 3.** La responsable del envío de la carpeta a la DINATEN es la empresa o institución de salud que solicita el registro.

**Art. 4.** La DINATEN evaluará los productos a registrar desde el punto de vista de la seguridad y el riesgo radiológico, según la normativa vigente, tanto a nivel nacional como internacional, pudiendo si así lo requiere, solicitar información adicional a la ya presentada, debiendo notificar a la empresa en un plazo no mayor a los 5 días hábiles.

Una vez terminada la evaluación, en caso de ser aprobado el/los productos se emitirá constancia de aprobación. En caso contrario emitirá una nota al DTM donde se especifica la no aprobación del/los productos y los motivos en lo que se basa la negativa. Ambos fallos deberán ser adjuntados a la carpeta del/los productos.

**Art. 5.** La DINATEN notificará al DTM por vía telefónica y/o electrónica del fallo y a la empresa o institución de salud, la cual deberá llevar nuevamente la carpeta del/los productos al DTM.

**Art. 6.** El DTM realizará la evaluación final del/los productos. En caso de aprobación se emitirá una constancia de aprobación a la propuesta lo que habilitará la importación. En caso de no aprobación se emitirá una nota con la fundamentación correspondiente.

**Art. 7.** Comuníquese, publíquese, etc.-

Publicado en el Diario Oficial del 17 de febrero de 2004

*[www.msp.gub.uy/imgnoticias/12866.doc](http://www.msp.gub.uy/imgnoticias/12866.doc)*

## Entrevista Adjunto Dirección Hospital Maciel.

- 1- Conozco que el Servicio de Emergencia de esta Institución cuenta con pautas para atención de víctimas en masa, ante un evento adverso externo las cuales fueron planteadas hace algunos años por la Jefatura y la Supervisora de Enfermería del servicio.

Esta información es de mi conocimiento no por estar en el cargo de Adjunta de Dirección, sino por haber cumplido funciones en el Dpto. de Enfermería y en el Comité de Ética e Investigación.

- 2- Dichas pautas forman parte de un esquema de actuación el cual conozco en forma general, no las indicaciones específicas que según el mismo se deben seguir, conozco que las mismas estaban estipuladas en forma escrita en un protocolo.

- 3- Estas pautas fueron establecidas hace varios años y con la gran rotación de personal que tiene dicho Servicio estimo que no es de real conocimiento de todo el personal que allí desempeña tareas, podría decir que el personal más antiguo es quien debe conocer dichas pautas.

- 4- No estoy segura, no lo recuerdo quizás cuando se plantearon dichas pautas se dieron a conocer al personal del Servicio, pero en la actualidad no se que se esté dando a conocer al personal nuevo del Servicio.

- 5- Quizás cuando se estipularon las pautas se daban a conocer.

- 6- Actualmente no se realiza capacitación del personal en referencia a dicho programa, pero esta dirección está interesado en rever dicho programa. Para esto es que otra de las personas que está en adjunto a Dirección está formando parte en capacitaciones para atender desastres externos; por lo cual luego se va a plantear la formación de una comisión que atienda lo referido a la seguridad interna y a los eventos adversos externos.

Para esto es que este equipo de Dirección tiene como objetivo crear una comisión que diseñe y gestione un programa para emergencias hospitalarias y desastres externos, así como también difunda el mismo y adiestre al personal.

- 7- De mi conocimiento no se ha realizado simulacro alguno en los últimos tiempos.
- 8- Como les explicaba anteriormente es un deber para esta Dirección y a la brevedad se creara una comisión que atienda las emergencias hospitalarias y los desastres externos.
- 9- Como el personal de este servicio es tan rotativo los directorios que están actualizados son de conocimiento de la Jefatura Medica del Servicio y Jefatura de Enfermería y Supervisión de Enfermería del Servicio.
- 10- Mi conocimiento es de lo que acontecía al respecto hace algunos años, momento en el cual en centro de materiales se disponía de un stock de material blanco para posibles emergencias; supongo pero no puedo confirmar si actualmente continúan manteniendo dicha pauta.
- 11- Desde hace algún tiempo por motivos de público conocimiento toda la información se concentra en Dirección de la Institución antes de ser dada, siempre es desde Dirección que se brinda información a la población u/o Dirección designa alguien para brindar dicha información. Siempre se brinda información luego de transcurrido un tiempo prudencial.

## Entrevista Jefe Departamento en Enfermería Hospital Maciel.

- 1- Si, se que el Servicio de Emergencia cuenta con un programa para desastres externos.
- 2- Es un programa escrito con el que cuenta el Servicio.
- 3- Parte del personal del Servicio conoce dicho programa, es el personal con mayor antigüedad, lo que no debe ser el caso de las nuevas incorporaciones.
- 4- En alguna oportunidad se capacito a dicho personal , pero no en la actualidad.
- 5- Quizás no lo recuerdo bien en 2007 se realizo una capacitación del personal, pero el personal más antiguo ya lo ha puesto en práctica como en el caso de la llegada de pacientes contaminados desde el puerto.
- 6- No se capacita sobre desastres, no está estipulado en las pautas de capacitación ni orientación del personal. Las capacitaciones que se realizaron fueron en marco de simulacros nacionales de emergencia pero solo el personal con más años de trabajo en el servicio quizás participo en alguna oportunidad.
- 7- Creo que en 2008 se participo en el ultimo simulacro de emergencia nacional, en dicha oportunidad participo el servicio de Emergencia y algún otro servicio, y se plantea que para noviembre de este año se realice un nuevo simulacro.
- 8- No contamos con ningún comité que atienda esta problemática.

9- Nosotros en el departamento tenemos el directorio del personal de enfermería pero debido al cambio de personal y al cambio de números de dicho personal podría no estar completamente actualizado, pero sabemos que la Lic. Supervisora de dicho servicio cuenta con la actualización continua de directorios de dicho personal.

10-Si la institución cuenta con una reserva general de materiales aparte para contingencia.

11-Nosotros no contamos con personal capacitado para brindar la información y de ello se ocupa dirección.

## Jefe Medico Servicio de Emergencia.

- 1- Si contamos con un Plan de actuación ante desastres.
- 2- Dicho plan se encuentra estipulado como protocolo escrito y también se da a conocer en forma verbal. Actualmente con la gran rotación de personal tanto medico como de enfermería con el que cuenta el servicio, las pautas se dan a conocer en forma verbal.
- 3- El personal más antiguo es quien conoce el programa, el personal más nuevo no lo conoce. Lo que se establece es que el personal que cubre jefatura tanto medica como de enfermería, coordinadores y jefes de guardia conozca el programa. Tanto el jefe de la guardia como la Jefa de Enfermería conocen el programa y como actuar, son ellos los encargados de distribuir y designar tareas al resto del personal.
- 4- El personal que conoce el programa lo conoce en forma verbal ya que no se ha realizado actualización del mismo.
- 5- Se participa de un simulacro anual de emergencia nacional y en dicha oportunidad se pone en acción dicho programa.
- 6- La capacitación del personal se realiza mediante de la participación de simulacro en dichas oportunidades.
- 7- Todos los años se participa y se realiza un simulacro en el marco de una emergencia nacional, se trabaja en dicho caso con diferentes fuerzas, policía, bomberos, emergencias médicas, etc.

- 8- No hay comité formado para desastre.
  
- 9- Se cuenta con los directorios del personal actualizado continuamente y se encuentra estipulado quien da la orden de poner en marcha el programa.
  
- 10- En el servicio de emergencia contamos con un economato que abastece al servicio, cuando se da la alarma de desastre el personal de economato también es citado y en caso de ser insuficientes sus insumos se abastece desde economato central.
  
- 11- No hay personal capacitado para el manejo de la información, esta es actualizada por el jefe y los coordinadores y se brinda la información a dirección.

## Supervisor Servicio de Emergencia

- 1- Si contamos en el servicio de Emergencia con un protocolo para atención ante la ocurrencia de eventos adversos externos.
- 2- El mismo se encuentra por escrito publicado en la cartelera del servicio, está a la vista junto a las tarjetas del triage.
- 3- Solo el personal de enfermería conoce dicho programa, y el personal que se ha incorporado al servicio en los últimos tiempos no lo debe conocer.
- 4- Al personal que se le dio a conocer el programa cuando el mismo fue creado se le dio por escrito.
- 5- El mismo se dio a conocer hace aproximadamente 11 años.
- 6- No se cuenta en el servicio con un programa de capacitación para el personal, solo en algunas ocasiones se forma parte de simulacros en el marco de emergencia nacional; pero no simulacro de desastre externo al Hospital según el programa.
- 7- En el último tiempo no se ha realizado en el establecimiento ningún simulacro.
- 8- No se cuenta con ningún comité que atienda esta problemática.
- 9- Los directorios del personal del servicio se encuentran actualizados continuamente en el servicio.

10- Contamos con reservas de materiales en el economato del servicio.

11- No contamos con personal capacitado para el manejo de la información.



Montevideo, Agosto de 2010

Sres. miembros de Comité de Ética

De nuestra mayor consideración:

Quienes suscriben, estudiantes de la carrera Licenciatura en Enfermería en etapa de tesis, nos dirigimos a ustedes con el fin de darles a conocer los cambios efectuados en el instrumento de recolección de datos elaborado para dicha investigación; para de este modo atender sus requerimientos en lo que respecta a asegurar el carácter de anonimato y confidencialidad de las respuestas de los participantes.

Adjuntamos a esta carta el Formulario de recolección de datos con los cambios efectuados.

De igual manera adjuntamos carta de autorización por parte de la Dirección del Hospital Maciel para llevar a cabo en dicho Hospital el trabajo de investigación final sobre “Programa Hospitalario de respuesta a un evento adverso externo”.

Queremos además por este medio hacerles saber que los costos que implica esta investigación serán de exclusivo cargo del grupo de estudiantes, ya que ésta es el último requisito para la finalización de la carrera de Licenciatura en Enfermería, como quedó explicitado en el protocolo de investigación entregado a ustedes con anterioridad.

Las estudiantes que efectuarán este trabajo de campo son Ana Sofía Montiel, Camila Piñero, Karina Pereira, Laura Ferraro y Mónica Correa.

La Prof. Adj. (S) de la Cátedra de Adulto y Anciano Lic. Isabel Silva es la Tutora del grupo y avala la presente propuesta.

Esperando una respuesta favorable a lo solicitado, quedamos a sus gratas órdenes por cualquier consulta que pudiera considerar oportuna.

Cordialmente,

Br. Ana Sofía Montiel

Br. Camila Piñero

Br. Karina Pereira

Br. Laura Ferraro

Br. Mónica Correa

**DIAGRAMA DE GANTT**

	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE
Autorización de autoridades del Hosp. Maciel			
Entrevista con Directiva del Hosp. Maciel			
Entrevista con Jefa del Dpto. de Enfermería			
Recolección de datos			
Tabulación de los datos			
Análisis y conclusiones			
Devolución			
Defensa			
Tutorías			

## **PRESUPUESTO**

Los recursos para esta investigación fueron los siguientes:

**RRHH** 5 investigadoras de la Facultad de Enfermería.

**RRMM** para la recolección de datos, material necesario para la elaboración del cuestionario

- de uso: bibliografía, bases bibliográficas electrónicas, computadora, impresora, dispositivos de almacenamiento extraíbles, teléfonos, transporte.

- de consumo: papelería, tintas de impresión, fotocopias.

### **RRFF**

- transporte: \$ 7600

- Cyber y conexiones a Internet: \$1400

- Papelería: \$500

- Impresiones: \$ 1200

- Llamadas telefónicas y mensajes de texto: \$ 2000

- Fotocopias de material y bases bibliográficas: \$ 1400

- Compras bibliográficas: \$ 500