



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA
FACULTAD DE ENFERMERIA
CÁTEDRA ADMINISTRACIÓN



IMPACTO DEL INTERNO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA EN LA GESTIÓN DEL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

AUTORES:

Br. Alpuy, Evelyn
Br. Leiro, Ma. Noel
Br. Tort, Ma. José
Br. Viera, Ma. Fernanda

TUTORES:

Lic. Enf. Quintero, Valeria

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

Montevideo, 2011

Índice

Resumen	Pág. 3
Introducción	Pág. 4
Justificación y Antecedentes	Pág. 5
Marco referencial	Pág. 7
Metodología	Pág. 10
Matriz del plan de análisis	Pág. 13
Discusión	Pág. 17
Conclusión y sugerencias	Pág. 19
Bibliografía	Pág. 20
Anexos	
Anexo 1: Internado De Licenciatura en Enfermería	Pág. 21
Anexo 2: Corrientes de calidad	Pág. 22
Anexo 3: Impacto	Pág. 24
Anexo 4: Productividad	Pág. 26
Anexo 5: Gestión de cuidados de enfermería	Pág. 28
Anexo 6: Reseña sobre salud cardiovascular	Pág. 30
Anexo 7: Primer Nivel de Atención – SNIS	Pág. 32
Anexo 8: Tablas y Gráfico de Productividad	Pág. 36
Anexo 9: Tablas y Gráfico de Calidad	Pág. 39
Anexo 10: Tablas y Gráfico de Eficiencia	Pág. 42
Anexo 11: Recursos Necesarios	Pág. 49
Anexo 12: Cronograma de Gantt	Pág. 50

Resumen

El objetivo principal de este estudio es conocer el Impacto de la gestión del Interno de Licenciatura en Enfermería expresado a través de indicadores de estructura, proceso y resultado. El mismo será evaluado a través de 3 indicadores, productividad, calidad y eficiencia.

El estudio fue realizado en los Centros Jardines del Hipódromo, Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois, Puesto de Barrio Godoy de Tacuarembó y en la Policlínica Raúl López y Saravia de Carmelo en el periodo comprendido entre abril y setiembre de 2008.

Para elaborar el presente informe nos basamos en las guías del Programa del Adulto Mayor e informes proporcionados por los Internos de Licenciatura en Enfermería de dichos centros.

Los resultados nos muestran que se lograron cambios en la atención evidenciados a través del mantenimiento de la población en programa, cambios en los niveles de riesgo y variedad de prestaciones a los usuarios.

Entendemos que el impacto del interno de Enfermería fue positivo dado que produjo cambios que incidieron favorablemente en los usuarios mediante la productividad, calidad y eficiencia de la gestión de programas en Primer Nivel de Atención.

Introducción

El siguiente Trabajo Final de Investigación (TFI) fue elaborado por cuatro estudiantes de la carrera de Licenciatura en Enfermería plan 93 de la Facultad de Enfermería de la Universidad de la República (UDELAR). El mismo forma parte de una de las líneas de investigación de la Cátedra de Administración de la Facultad En que incluye el estudio del Impacto de las prestaciones de Enfermería .En particular fue asignado el estudio del *"Impacto del Interno de Licenciatura en Enfermería en el Programa del Adulto Mayor en Primer Nivel de Atención"*. El objeto de estudio fue la gestión de programas llevada a cabo por Internos de Licenciatura en Enfermería en Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois, Centro de Salud Jardines del Hipódromo, Policlínica Raúl López (Carmelo) y en el Puesto de Salud Barrio Godoy (Tacuarembó). La investigación pretende reflejar la importancia de la presencia del Interno de Licenciatura en Enfermería para el logro de resultados positivos en salud mediante la gestión de programas.

Problema de investigación

¿Cuál es el impacto del Interno de Licenciatura en Enfermería en el Programa del Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención en los Centros de Salud Jardines del Hipódromo, Carmelo, Tacuarembó y Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois en el período de tiempo comprendido entre Abril y Setiembre de 2008?

Objetivo General:

Conocer el impacto de la gestión del Interno de Licenciatura en Enfermería expresado a través de indicadores de estructura, proceso y resultado.

Objetivos Específicos:

- Conocer la productividad de la gestión del Interno de Licenciatura en Enfermería expresado a través de indicadores, mediante el perfil de Consultas de Enfermería, Visitas domiciliarias, contactos telefónicos y actividades educativas.
- Conocer la calidad de la gestión del Interno de Licenciatura en Enfermería evidenciada por el mantenimiento e incremento de usuarios en el programa, cambios en el nivel de riesgo y total de prestaciones por usuario.
- Conocer el resultado de la gestión del Interno de Licenciatura en Enfermería expresado a través de los indicadores de eficacia y eficiencia alcanzados por el programa.

Justificación y Antecedentes

En el Uruguay en el año 2000 la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular, realizó un estudio descriptivo a 464 personas, basado en el análisis de tres Centros del Ministerio de Salud Pública (MSP), con internación para el caso de los egresos de morbilidad por enfermedades cardiovasculares. El mismo proporcionó los siguientes datos:

La distribución de egresos por causa cardiovascular según grupos de edades muestra una frecuencia acumulada (FA) de 11,4% hasta los 44 años, luego de los 45 años la FA es de 88,6% y los mayores de 60 años una FA de 62,7%. Lo que demuestra que existe un incremento importante de la internación por patología cardiovascular en los adultos mayores. Contrariamente a lo que sucede con la mortalidad donde la hipertensión arterial aparece con poca frecuencia como causa de muerte, en los egresos aparece con un predominio sobre las demás patologías, este hecho se corresponde con la prevalencia de la hipertensión arterial en la población, donde diversos estudios indican que un 25% estaría afectado. A partir de los 40 años comienza una internación por estas enfermedades predominando la hipertensión arterial como causa de egreso hasta los 60 años de edad.

En Uruguay, mediante el cambio en el modelo de financiación, el de gestión y el modelo de atención se pretende implementar tres pilares esenciales en la reforma del sistema de salud. Es en éste proceso que utilizando normas o protocolos clínicos como herramienta imprescindible se llevan a cabo los programas prioritarios basados en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), dentro de ellos se encuentran el Programa Nacional de Salud de la población Adulta y el Programa Nacional del Adulto Mayor (PNAM) en los cuales se realiza la atención de patologías prevalentes, promoción y prevención de las mismas de acuerdo a guías clínicas, las que a su vez cumplen con ciertos requisitos de dichos programas como por ejemplo las metas prestacionales. Ambos programas están orientados a las actividades de promoción y prevención con un equipo interdisciplinario y seguimiento integral. La promoción en salud tiene 5 principios claves:

1. Implica la población en su conjunto y en el contexto de su vida cotidiana.
2. Se centra en las causas o determinantes de la salud.
3. Combina métodos o planteamientos diversos.
4. Aspira a la participación activa y efectiva de la población.
5. Los equipos de salud deben desempeñar un papel preponderante en la promoción de salud.

Es por esta razón que consideramos importante mencionar que el papel de la Enfermera Profesional en conjunto con las diferentes organizaciones e instituciones que se encuentren en el área de la salud deben desarrollar actividades promoviendo autocuidado y la participación activa de la población en las diversas acciones que fortalezcan su salud así como la de su familia, pudiendo tener como referencia y sostén el equipo comunitario en su zona de residencia.

En nuestro país, a pesar del cambio de modelo implementado, la enfermera profesional exclusiva para el trabajo comunitario no existe como tal, sino que quien más se asemeja a esta función es la Licenciada en Enfermería, que implementa y sostiene los programas del Primer Nivel de Atención (PNA), y de esta manera conoce a la población perteneciente a dichos programas. Basándonos en esta estrategia es que se busca salir del modelo asistencialista abordando a los usuarios desde la promoción y prevención en la salud con enfoque integral. Se espera de esta manera contribuir a la transformación del modelo de asistencia vinculándose con la comunidad en los lugares donde ella vive para esto es imprescindible que el Estado implemente una gestión tendiente a estimular la calidad, mediante el fortalecimiento de los procesos y evaluando resultados como por ejemplo el rendimiento y productividad.

Mundialmente, el envejecimiento de la población es tema de grandes políticas sanitarias, dado que ejerce una fuerte demanda al sistema de salud, por la mayor presencia de enfermedades crónicas, pérdida prematura de su capacidad funcional, marginación social, malnutrición, entre otras; lo que tiene implicancias económicas y sociales.

Se han realizado diversos estudios sobre la valoración del adulto, principalmente adulto mayor, sin embargo los datos sobre la realidad de los pacientes que se asisten en el Programa Nacional del Adulto Mayor (PNAM) son escasos, esta información es importante porque permite priorizar futuras intervenciones para mejorar la situación de salud de los adultos mayores.

Un estudio de tipo transversal realizado en la ciudad de Callao, Perú 2006¹ (Lourdes Ruiz-Dioses, Marisela Campos-León, Nelly Peña), en primer nivel, en el cual se utilizó como instrumento de medición la ficha de valoración del adulto nos brinda la siguiente información:

¹ Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública volumen 25 N°4 Lima Octubre, Diciembre. 2008

- Se entrevistaron 301 adultos donde: Solamente el 13,6% de los adultos son saludables, el 23,9% son enfermos, el 31,9% son frágiles y el 30,6% son pacientes geriátricos complejos. Las enfermedades crónicas más frecuentes fueron: HTA 42,5%, enfermedades cardiovasculares 17,9%.

Destacamos también el trabajo de investigación "Impacto del Interno de Licenciatura en Enfermería en el Primer Nivel de Atención: subprograma Hipertensión arterial" realizado por estudiantes de la Facultad de Enfermería UDELAR, (2007, Mg J Verde). Este es un estudio descriptivo, basado en el análisis de la población asistida por Internos de Enfermería comprendida en el subprograma de hipertensión arterial. En él los autores concluyen que: "Han sido de enorme importancia y trascendencia la labor de los internos, tanto el que correspondió con el primer periodo así como el último. A través de las variables estudiadas y luego de los datos obtenidos el Interno ha conseguido lograr un impacto favorable en la población, que ha sido medida con distintos indicadores, justificando y señalando la importancia del interno en este ámbito, a través de acciones enfocadas a la promoción y prevención aplicando el PAE (proceso de atención de enfermería)".

Marco Referencial

Se tuvieron en cuenta una serie de elementos conceptuales de los que se destacan: *programa de Internado*, su función e importancia, la *Calidad* como meta a alcanzar; *impacto* como forma de evaluar las acciones de enfermería; *productividad* como factor determinante para alcanzar una atención de calidad, y la *gestión* como función clave para el desarrollo de programas asistenciales en el PNA.

El Internado de Enfermería, se define como el "Período curricular de ejercicio pre profesional cuya duración será de un semestre y sin su aprobación no podrá el estudiante acceder al título de Licenciado en Enfermería. (Ver anexo 1) Es la instancia en la cual se aplican y desarrollan los conocimientos obtenidos durante la carrera. Los resultados de este estudio nos permitirán conocer el resultado de la gestión de los programas asistenciales en una población determinada.

En el periodo de práctica y desarrollo del internado, el interno debe alcanzar el perfil esperado que incluye entre otros el alcance de resultados de calidad. (Ver Anexo 1). "La atención de salud de calidad ha sido descrita como el grado en que el proceso de atención aumenta las probabilidades de éxito y reduce aquellas que son indeseables."

Una atención de calidad depende de 3 aspectos:

1. Su estructura (incluida la organización, administración, facilidades y equipo).

2. Proceso (incluido el personal, intervenciones y pacientes).
3. Resultado (individuales al igual que comunitarios, físicos, emocionales, sociales, el bienestar económico y la utilización de recursos).

Cada uno de estos aspectos debe ser tomado en consideración y cuidadosamente medido a fin de cerciorarse de que los pacientes estén recibiendo la mejor atención posible.”² Teniendo en cuenta estos 3 elementos básicos es que decidimos tomar como referencia la corriente de calidad según Donabedian, quién desde 1966 propuso la clasificación para el control de calidad en 3 grupos de método de análisis:

- De estructura
- De proceso
- De resultados.

Aquí relacionamos directamente la corriente de calidad de Donabedian con el Proceso de Atención en Enfermería (PAE) ya que en nuestro desempeño evaluamos la calidad mediante los mismos indicadores. (Ver Anexo 2). La calidad en la atención de enfermería comprende la asistencia con el fin de brindar cuidados acorde a las necesidades de cada usuario, por lo que podemos decir que la calidad de atención de enfermería es la “atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería, de acuerdo con estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable, con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y del prestador de servicio (...) lo cual requiere de una planeación óptima, para que el cuidado sea efectivo y seguro.”³

Utilizar niveles de riesgo (posibilidad de enfermar o perder la salud) permite al interno de enfermería actuar según la necesidad de cuidados en salud de cada usuario, a mayor nivel de riesgo se da una mayor complejidad en la atención y un seguimiento más estricto con una mirada epidemiológica. Si monitoreamos estos cambios significativos y su duración, siendo estos positivos o negativos, previstos o imprevistos, podemos conocer indirectamente los resultados de las intervenciones de enfermería y así conocer el Impacto. (Ver anexo 3) Este es el resultado de la gestión de un programa y en nuestro caso será la variación en niveles de riesgo, que solo se logra mediante la aplicación de criterios de seguimiento y su monitoreo periódico. Esto significa medir los resultados de las intervenciones en cantidad, calidad y extensión según

² Cabrera, Alicia, Santama, Silvia Bêez, Teresa, Marcolini, Pierina, Betancourt, Ana Mary. Op. Cit. Pp. 35.

³ Ortega, Suárez. Manual de evaluación del servicio de calidad en enfermería. Estrategias para su aplicación. 1ª Ed. Editorial Médica Panamericana, México 2006.

las reglas preestablecidas, abarcar todos los efectos de la planificación y la ejecución.”⁴ El impacto de un programa se debe medir a través de la productividad y los resultados; ambas variables se operativizan en indicadores con medición numérica.

Las variables se relacionan directamente con los conceptos productividad y calidad, ya que a través de estas se conoce el perfil de la población, lo que permite a la Licenciada de Enfermería del programa, conocer detalladamente a los usuarios y la posiciona favorablemente para una atención oportuna e individualizada con criterios de calidad. Para contextualizar podemos citar que la productividad (ver anexo 4) en enfermería está íntimamente relacionada con la calidad, es decir que a mayor calidad mayor productividad. En los programas lo podemos ver reflejado por ejemplo en la población asistida, si existe una calidad en atención donde los usuarios se sientan apoyados, incluidos y beneficiados, optaran por volver sintiéndose parte del programa, esto llevara al aumento de usuarios dentro del programa y/o a la no deserción del mismo. En estos términos si aumenta la población se puede decir que aumenta la productividad del interno es decir es un indicador de la gestión de sus cuidados.

*El contenido de la gestión de cuidados enfermeros es:

- La planificación de los cuidados enfermeros podrá estar dirigido a las necesidades de la persona en términos de cuidados para la salud y a la gestión del entorno como condicionante de salud y de vida.
- Los valores del cuidado están determinados por la percepción particular del cuidado de sí mismo que tiene cada persona y que se incorporan y constituyen un elemento de la construcción conceptual del cuidado enfermero.
- Los métodos de análisis de las necesidades de cuidados incorporan tanto el registro objetivo de las variables cuantitativas, como aquellas variables obtenidas por métodos cualitativos que recogen la percepción de las personas sobre su propio cuidado.

El campo de la gestión de los cuidados está determinado por la estructura, el proceso y la medición de los resultados del cuidado enfermero. (Ver anexo 5)

De los conceptos trabajados podemos concluir que estos están estrechamente vinculados entre sí, puesto que si tenemos en cuenta al interno de enfermería como gestor de cuidados, este a través de su accionar incide en la calidad.

4

Santana, Silvia. Verde, Josefina. Cabrera, Alicia. Op. Cit., Pp. 46

Los estudios de impacto, son una herramienta fundamental en la investigación y evaluación de programas y/o proyectos. Es posible generar condiciones para la validación de hallazgos y con utilidad en la práctica clínica y en los ajustes metodológicos y de recursos.

En un contexto en que las enfermedades del sistema cardiovascular son la principal causa de muerte de la población adulta en el mundo y que nuestro país no escapa a esta realidad es que los enfermeros están directamente implicados en dar respuestas organizadas y con resultados positivos. Estas enfermedades están relacionadas con factores de riesgo, los que se pueden clasificar en modificables como hábitos de vida poco saludables o ambientes físicos y/o sociales adversos, y los no modificables que son propios de las características demográficas y familiares. Los factores de riesgo modificables son los que tienen mayor incidencia y porcentaje en el desarrollo de las patologías cardiovasculares. (Ver Anexo 6)

Sobre publicaciones en nuestro medio sobre el tema destacamos: "Satisfacción del usuario en relación a la atención recibida del servicio de enfermería Centros de primer nivel de atención del MSP; y "El interno como mentor de estudiantes de enfermería en el primer nivel de atención"⁵.

En el PNA se desarrollan actividades de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades, contando con la participación activa de la población del área de referencia. Para este estudio es de interés conocer la importancia que tiene en el Uruguay el conocimiento e implementación integral del PNAM y fundamentalmente el impacto del interno sobre dicho programa.

El papel principal de la enfermería consiste en reafirmar las capacidades propias del individuo, restablecer su salud y educar sobre las prácticas que colaboren en la mejora de la calidad de vida en particular para esta población gestionar programas asistenciales de enfermería a usuarios Adultos Mayores con afecciones Cardiovasculares son resultados positivos en salud.

Diseño Metodológico:

Diseño del estudio: el estudio es de tipo descriptivo, retrospectivo, con fuente de datos secundarios.

Área problema: se realizará en la República Oriental del Uruguay, en los departamentos de Montevideo, Tacuarembó y Colonia. El mismo abarcará los Servicios de Atención de

⁵ Santana, S. Verle, J. "Formados para un Nuevo Modelo Asistencial Cap. XIV y XV

Primer Nivel del Centro de Salud Jardines del Hipódromo (Jardines), Carmelo, Tacuarembó y Hospital Gustavo Saint Bols.

Problema de estudio: Impacto del Interno de Licenciatura en Enfermería en la gestión del Programa del Adulto Mayor en Primer Nivel de Atención en los centros mencionados anteriormente en el periodo de tiempo comprendido entre Abril y Setiembre de 2008.

Universo: toda la población comprendida en el Programa de Salud del Adulto Mayor de los servicios de Salud Pública.

Muestra: la población comprendida en el Programa de Salud del Adulto Mayor que es asistida por los Internos de Licenciatura en Enfermería, en el periodo de tiempo anteriormente mencionado.

Unidad de análisis: Guías del Programa del Adulto Mayor e informes proporcionados por los Internos de Licenciatura en Enfermería de dichos centros.

Variables:

1 – **Disponibilidad:** define los recursos existentes en función de la población a asistir. Debe tener en cuenta todos los tipos de recursos necesarios para prestar un servicio.

2 – **Productividad:** es el número de servicios o actividades realizadas por unidad de recurso disponible, por unidad de tiempo.

Calidad: es la combinación de características humanas y tecnológicas que los servicios deben poseer para cumplir sus objetivos.

3 – **Eficacia:** es el logro de los objetivos del servicio o de los resultados deseados.

Eficiencia: es la relación entre los efectos del programa o los productos con los recursos utilizados

Operacionalización de variables: Proceso.

Consulta de enfermería: cualitativa nominal

Definición conceptual: actividad independiente de enfermería. Es el encuentro con el usuario, de forma planificada o espontánea, conocer, asistir, informar y capacitar a los mismos. **Definición operativa:** N° de consultas de enfermería realizadas por los Internos de Licenciatura en Enfermería en el periodo de estudio

Visita domiciliaria: cualitativa nominal

Definición conceptual: Es el encuentro con el usuario y su familia, en el hogar, de forma planificada, con fines de asistencia, diagnóstico, investigación o tratamiento.

Definición operativa: N° de visitas domiciliarias realizadas por los Internos de Licenciatura en Enfermería en el periodo de estudio.

Actividades educativas: cualitativa nominal

*Definición conceptual: encuentro del profesional con el usuario o grupo de usuarios, de forma planificada o incidental, mediante las cuales se brinda información con el fin de incidir positivamente en la situación sanitaria de la población objetivo.

*Definición operativa: N° de actividades educativas realizadas por los Internos de Licenciatura en Enfermería en el periodo de estudio/ N° de usuarios que participaron en las actividades educativas realizadas por los Internos de Licenciatura en Enfermería en el periodo de estudio.

Contactos telefónicos: cualitativa nominal

*Definición conceptual: contacto del profesional con el usuario mediante la realización de una llamada telefónica, de forma planificada; el mismo se realiza a los usuarios que no cumplan con los controles pautados. *Definición operativa: N° de llamadas telefónicas realizadas por los Internos de Licenciatura en Enfermería en el periodo de estudio.

Realización de caminatas: cualitativa nominal

*Definición conceptual: encuentro del profesional con los usuarios, de forma planificada, para realizar actividad física, con el fin de incorporar este hábito al estilo de vida de los mismos. *Definición operativa: N° de caminatas realizadas por los Internos de Licenciatura en Enfermería en el periodo de estudio. / N° de usuarios que participaron en cada caminata realizada por los Internos de Licenciatura en Enfermería en el periodo de estudio.

Operacionalización de variables: Resultado.

Presencia de crisis hipertensivas: cualitativa nominal.

Definición conceptual: elevación de la presión arterial sistémica por encima de 220/120-130 mmHg. Definición operativa: Presencia de Crisis Hipertensiva.

Ausencia de Crisis Hipertensiva.

Alteraciones en valores de glicemia en sangre: cualitativa nominal. Definición conceptual: concentración de glucosa en sangre, suero o plasma sanguíneo por encima (hiperglicemia) o por debajo (hipoglicemia) de los valores normales. Los niveles normales de glucosa oscilan entre los 70 mg/dl y los 100 mg/dl. Definición operativa: Presencia de Hipoglicemia Presencia de Hiperglicemia

Niveles de riesgo: cuantitativa discontinua. Definición conceptual: Categoría asignada a cada usuario según los factores de riesgo que el mismo posea. Definición operativa:

Riesgo 1: Bajo/ Riesgo 2: Medio; Riesgo 3 Alto.

Resultados

1-Estructura

1.1 disponibilidad

2- Proceso

2.1 productividad; 2.2 calidad 2.3 no calidad

3- Resultado

3.1 Eficiencia

1.1 Disponibilidad

Tabla N° 1: N° de Internos por Población asistida

Disponibilidad / Servicio	Carmelo	Tacuarembó	Jardines	Saint Bois	Total
Interno	1	2	2	2	7
Población	453	80	651	385	1569
Total Usuarios por Interno	453	40	325,5	192,5	1011

Fuente: Guías de Gestión Asistencial de los Internos de Licenciatura en Enfermería en los Centros Jardines, Saint Bois, Carmelo y Tacuarembó

El promedio es de dos internos por centro; el que conto con mayor número de usuarios fue el de Jardines y el de menor el de Tacuarembó

Tabla N° 2: Equipo de Enfermería por Población asistida

Disponibilidad / Servicio	Carmelo	Tacuarembó	Jardines	Saint Bois	Total
Equipo de Enfermería	3	2	1	2	8
Población	453	80	651	385	1569
Total Usuarios por Equipo	151	40	651	192,5	196

Fuente: Guías de Gestión Asistencial de los Internos de Licenciatura en Enfermería en los Centros Jardines, Saint Bois, Carmelo y Tacuarembó

El centro con menor cantidad de recursos humanos fue el que asistió mayor número de usuarios. La relación es de 196 usuarios por cada integrante del Equipo de Enfermería.

Tabla N° 3: Horas de Interno por Población asistida

Disponibilidad / Servicio	Carmelo	Tacuarembó	Jardines	Saint Bois	Total
Horas del interno	720	1440	1440	1440	5040
Población	453	80	651	385	1569
Total Horas por usuario	1,6	18	2,2	3,7	3,2

Fuente: Guías de Gestión Asistencial de los Internos de Licenciatura en Enfermería en los Centros Jardines, Saint Bois, Carmelo y Tacuarembó

En cuanto a las horas promedio fueron de 1260 por servicio. En promedio el tiempo de interno potencial por usuario es de 3,2 horas para el período.

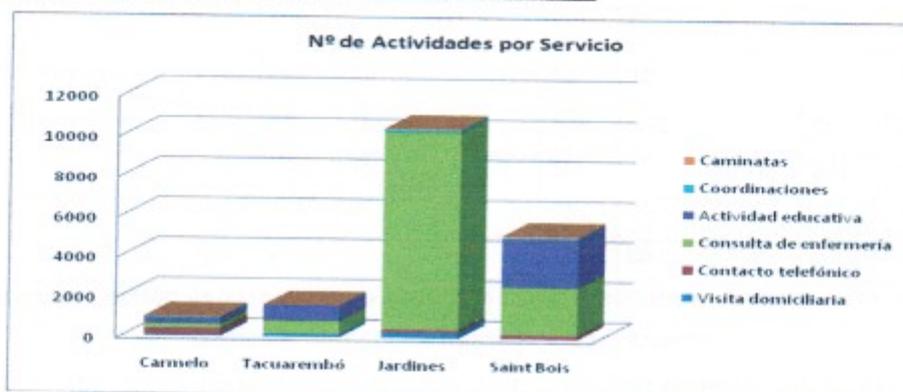
2.1 Productividad

Tabla N° 4: N° de Actividades por servicio

Actividades / Servicio	Carmelo	Tacuarembó	Jardines	Saint Bois	Total
Visita domiciliaria	55	115	240	0	410
Contacto telefónico	300	19	154	174	647
Consulta de enfermería	230	647	9.800	2377	13054
Actividad educativa	300	781	5	2415	3501
Coordinaciones	45	7	134	64	250
Caminatas	26	1	57	69	153
Total	956	1570	10582	5099	18207

Fuente: Guías de Gestión Asistencial de los Internos de Licenciatura en Enfermería en los Centros Jardines, Saint Bois, Carmelo y Tacuarembó

Gráfico N° 1: N° de Actividades Realizadas por servicio



Fuente: Guías de Gestión Asistencial de los Internos de Licenciatura en Enfermería en los Centros Jardines, Saint Bois, Carmelo y Tacuarembó (Ver Anexo 8)

2.2 Calidad

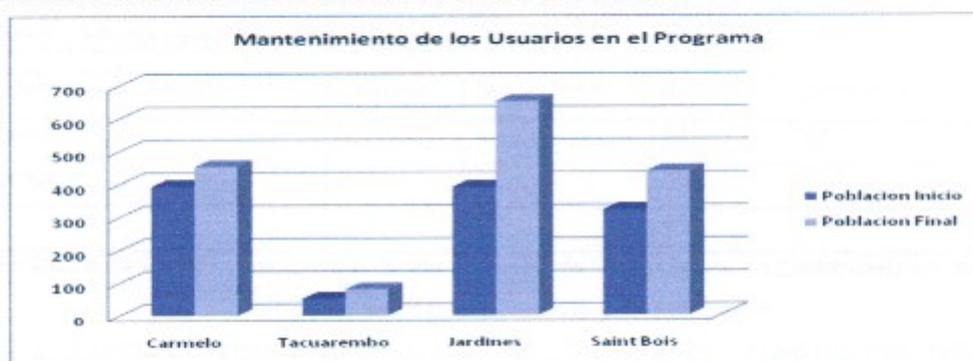
Tabla N° 5: Mantenimiento de los usuarios en el programa

Población/Servicio	Carmelo	Tacuarembó	Jardines	Saint Bois	Total
Población Inicio	393	51	390	321	1155
Población Final	453	80	651	438	1622
Total	846	131	1041	759	2777

Fuente: Guías de Gestión Asistencial de los Internos de Licenciatura en Enfermería en los Centros Jardines, Saint Bois, Carmelo y Tacuarembó

Los datos muestran que hubo un incremento en la población, siendo el total de usuarios asistidos 2777.

Grafico N° 2: Mantenimiento de los usuarios en el programa



Fuente: Guías de Gestión Asistencial de los Internos de Licenciatura en Enfermería en los Centros Jardines, Saint Bois, Carmelo y Tacuarembó

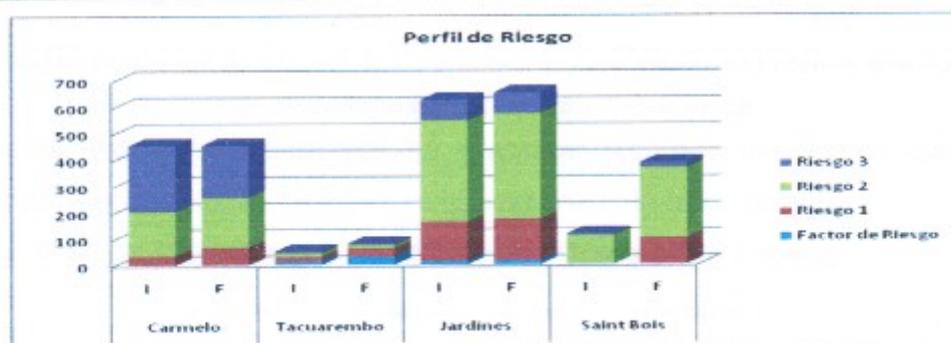
Tabla N° 6: Perfiles de Riesgo

Riesgo/ Servicio	Carmelo		Tacuarembó		Jardines		Saint Bois		Total
	I	F	I	F	I	F	I	F	
Factor de Riesgo	0	0	12	31	12	15	0	0	24
Riesgo 1	33	65	18	30	149	156	0	99	200
Riesgo 2	170	190	15	14	385	402	109	267	679
Riesgo 3	250	198	6	5	78	78	6	19	340
Total	453	453	51	80	624	651	115	385	1243

Fuente: Guías de Gestión Asistencial de los Internos de Licenciatura en Enfermería en los Centros Jardines, Saint Bois, Carmelo y Tacuarembó

En los usuarios cuyo nivel de riesgo era 1 y 2 se incrementa. El nivel de riesgo 3 (mayor gravedad), se vio disminuido.

Gráfico N° 3 Perfiles de Riesgo



Fuente: Guías de Gestión Asistencial de los Internos de Licenciatura en Enfermería en los Centros Jardines, Saint Bois, Carmelo y Tacuarembó (Ver detalles en anexo 9)

2.3 No Calidad

Tabla N° 7 : N° de crisis Hipertensivas por Servicio

Crisis Hipertensiva / Servicio	Carmelo	Tacuarembó	Jardines	Saint Bois	Total
Presentaron	50	4	32	60	146
No presentaron	403	76	384	378	1241
Total	453	80	416	438	1387

Fuente: Guías de Gestión Asistencial de los Internos de Licenciatura en Enfermería en los Centros Jardines, Saint Bois, Carmelo y Tacuarembó

Sobre los eventos "crisis hipertensivas" en Tacuarembó presentaron menos crisis hipertensivas.

Gráfico N° 4 N° de crisis Hipertensivas por Servicio

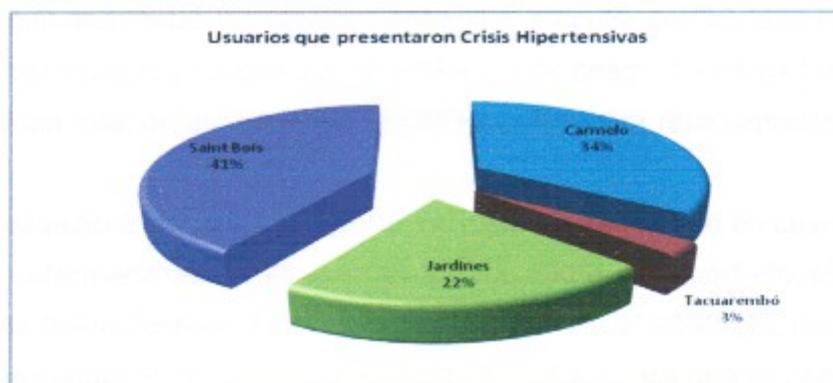


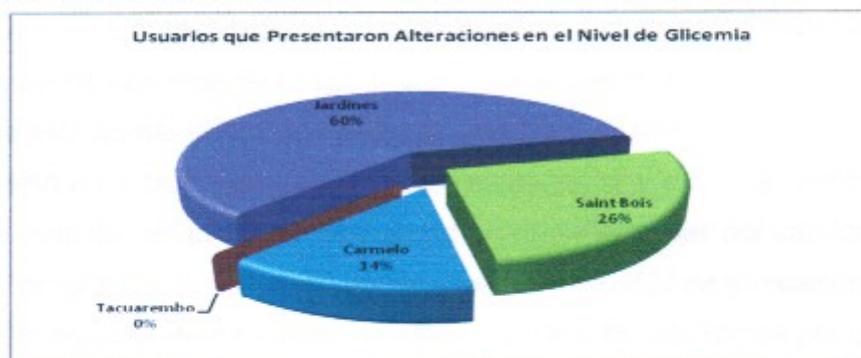
Tabla N° 8: N° de Alteraciones en los Niveles de Glicemia por Servicio

Alteración de Glicemia / Servicio	Carmelo	Tacuarembó	Jardines	Saint Bois	Total
Hipoglicemia	50	0	21	0	71
Hiperglicemia	25	0	296	139	460
Total	75	0	317	139	531

Fuente: Guías de Gestión Asistencial de los Internos de Licenciatura en Enfermería en los Centros Jardines, Saint Bois, Carmelo y Tacuarembó

Los Centros que se destacan por no presentar hipoglicemias fueron Saint Bois y Tacuarembó, siendo este el único Centro que no presentó hiperglicemias.

Gráfico N° 5: N° de Alteraciones en los Niveles de Glicemia por Servicio



Discusión

De los resultados obtenidos podemos profundizar hacia las diferentes dimensiones de impacto del interno de Enfermería. En cuanto a la disponibilidad el promedio de Internos es similar en los distintos Centros, la población asistida varía notablemente, siendo el rango de usuarios asistidos de 80 a 651. El centro con mayor número de usuarios asistidos fue el de Jardines del Hipódromo y el que tuvo menos fue el de Tacuarembó. En el centro donde hubo menor cantidad de recursos humanos fue en donde se asistió mayor número de usuarios (Jardines). Sobre las horas disponibles del Interno para brindar Atención de Enfermería para cada usuario la disponibilidad global son de 3,2 horas por usuario, para saber si esta cantidad de horas se corresponde con las prestaciones que demandan los usuarios deberíamos contar con los datos específicos de prestaciones por usuario y su correspondiente nivel de riesgo. La carga horaria se debió a que la cantidad total de usuarios fue de 80 usuarios, cifra relativamente menor que el resto.

Con respecto a la productividad la intervención del Interno en cuanto a las Consultas de Enfermería que alcanzaron un total de 13054 en el período, prevaleciendo en el Centro de Salud Jardines del Hipódromo con un total de 9800. De las actividades educativas que suman 3501, se señala que hubo Centros en los que se contabilizaron las actividades educativas incidentales y las grupales mientras que en otros solo se tomaron en cuenta las actividades educativas grupales. Sobre las visitas domiciliarias en el Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois no se realizaron en el período. Con respecto a las caminatas realizadas, la mayor productividad fue en el Saint Bois con 89 caminatas, mientras que en Tacuarembó se realizó únicamente una.

Para evaluar la calidad tomamos como referencia la población existente al inicio y al final del período, en los Centros estudiados se vio un incremento en la misma, lo que evidencia el buen desempeño del Interno en la gestión del Programa. En donde se vio más reflejado este aumento fue en Salud Jardines con un incremento de 261 usuarios. Otro punto para evaluar la calidad fue el cambio en los perfiles del nivel de riesgo, en donde los usuarios con nivel de riesgo 1 como los de riesgo 2 aumentaron en el período, inferimos que este aumento se debió a dos factores independientes entre sí, uno de ellos es el incremento en la cantidad de usuarios en el programa y el otro la disminución de usuarios con nivel de riesgo 3. Del total de actividades realizadas por cantidad de usuarios en programa (no contamos con los datos de criterios de prestaciones del servicio), en la mayoría de los casos, los valores totales de actividades por usuario no

alcanzan a 1. Entre ellas se destacan contactos telefónicos con un promedio de 0,4 por usuario, visitas domiciliarias con un promedio de 0,3 por usuario, actividades educativas con un promedio de 2,2 por usuario y consultas de enfermería con un promedio de 8,3 por usuario. Entendemos que esta diferencia se debe en gran parte a que en el Centro de Salud Jardines (9800 consultas de enfermería).

En indicadores de no calidad como los casos de crisis hipertensivas, de 1387 usuarios el 10,5% las presentaron, siendo el Puesto de Barrio Godoy de Tacuarembó el de menor frecuencia (5%). Se identificaron 531 valores alterados de glicemia siendo 13,4% hipoglicemias y 86,6% hiperglicemias. Este centro se diferencia por no presentar alteraciones en la glicemia en los usuarios.

En el indicador de eficiencia para un total de 5040 horas de interno se realizaron 13054 Consultas de Enfermería, realizadas por un total de 7 Internos (1864,8 consultas por interno). El Centro de Salud Jardines fue quien realizó mayor número de Consultas de Enfermería por hora y por interno. La Policlínica de Carmelo contaba con un solo interno logrando un total de 0.3 consultas de enfermería por hora; la diferencia entre el Puesto de Barrio de Tacuarembó, Centro de Salud Jardines y Centro Saint Bois es que contaban con la misma cantidad y horas de interno y obtuvieron resultados notoriamente diferentes. Se realizaron en total 410 visitas domiciliarias (58.6 visitas por interno en promedio), el mayor número fue en Centro de Jardines, mientras que el Centro Saint Bois no realizó ninguna. El total de contactos telefónicos fue de 657, correspondientes a 92.4 contactos por interno (0.1 por hora). La policlínica de Carmelo realizó el mayor número de contactos y el de menor resultado fue el centro de Barrio Godoy de Tacuarembó.

Otra de las actividades relevadas fueron las instancias educativas. Se realizaron un total de 3431 actividades educativas correspondiente a 490 por número de interno dedicando 0.7 horas de interno por actividad. El mayor número de actividades fue en el Saint Bois (2415 actividades, 1207.5 por interno,) el Centro de Salud Jardines realizó 5 actividades, 2.5 por interno teniendo estos la misma cantidad y horas de interno. En los restantes centros no se destacan diferencias. En relación a las caminatas el total fue de 153 correspondientes a 21,8 por interno. Si tenemos en cuenta las coordinaciones realizadas (total 250), correspondientes a 35,7 por interno. Se destaca el Centro Jardines con un total de 67 coordinaciones por interno (0,09 por hora). En contrapartida el centro que realizó menor de Tacuarembó con un total de 3,5 coordinaciones por interno.

Conclusiones y Sugerencias

Podemos resumir en cuanto al perfil de las actividades realizadas, cada centro logró cambios en la atención los cuales se demostraron a través de la productividad y la calidad.

La productividad se demostró a través de la oferta de prestaciones y la variedad de las mismas. Se evidencia la calidad por el mantenimiento e incremento de la población asistida en el programa, así como por la disminución de los niveles de riesgo. El mantenimiento de la población dentro del programa se debió (entre otros) a que los usuarios encontraron beneficios y respuestas a sus inquietudes así como también pudieron adquirir sentido de pertinencia. Con respecto a la eficiencia se resalta la variabilidad entre los diferentes centros en cuanto a las prestaciones realizadas. Destacamos al Centro Jardines el cual tuvo mayor eficiencia en cuanto a consultas de enfermería, que a su vez fue el Centro que no obtuvo cifras destacadas en otras prestaciones.

Podemos decir que los estudios de impacto son una herramienta que nos permiten conocer la calidad, productividad y la eficiencia en la gestión de cuidados, siendo útil para evaluar, autoevaluar y realizar ajustes sobre la gestión de programas.

Aquí se demuestra que el interno de enfermería es fundamental para llevar a cabo la gestión de asistencia junto con los profesionales en enfermería que por motivos de recursos humanos y tiempo no tienen la exclusividad para los programas del PNA.

Identificamos el impacto generado por el interno ha sido positivo ya que logró resultados en programas mediante una oferta de prestaciones a la población en seguimiento. Por otra parte este estudio puede servir para ajustar las propuestas en estos Centros de Atención como por ejemplo: En Jardines y el perfil de actividades educativas, en el Centro Saint Bois y las pocas visitas domiciliarias, en la Policlínica de Carmelo en cuanto a las consultas de enfermería y en el Puesto de Barrio Godoy de Tacuarembó la realización de caminatas. Destacándose los sistemas de registro en todos los Centros, los cuales no fueron lo suficientemente detallados y específicos.

Como cita nuestro marco identificamos que el impacto del interno de enfermería es positivo dado que produjo una serie de cambios tanto en productividad como en calidad y eficiencia en la gestión de programas en Primer Nivel de Atención.

Bibliografía

- Santana, Silvia. Verde, Josefina. Cabrera, Alicia. Formados para un nuevo modelo. Experiencia de gestión asistencial. Editorial Dourteau. Montevideo, Uruguay. Setiembre 2006
- Ortega. Suárez. Manual de evaluación del servicio de calidad en enfermería. Estrategias para su aplicación. 1ª Ed. Editorial Médica Panamericana. México 2006.
- Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular, Area de Epidemiología y Programación. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en Uruguay: 2000, 2001, 2002. Montevideo, Año 2004.
- Ruiz-Dioses, Lourdes; Campos-León, Marisela; Peña, Nelly. Revista peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Volumen 25, Nº 4. Lima Octubre - Diciembre 2008.
- Abaunza de González, Myriam. Castellanos Rojas, Yuri Andrea. García Casallas, Luisa Fernanda. Gómez Rodríguez, Johana Milena. "Cuál es la productividad en Enfermería" .www.enfermería.unal.edu.co. Artículo de investigación. Enero 2008
- Cabrera, Alicia. Santana, Silvia. Báez, Teresa. Marcolini, Pierina. Bitancourt, Ana Mary. Manual de estándares para la acreditación de servicios de enfermería. 1º Ed. Ediciones de enfermería. Julio 2000.
- Salvadores Fuentes, Paloma, Sánchez Lozano, Francisco, Jiménez Fernández, Raquel. Manual de Administración de los servicios de Enfermería. 1º Ed. Editorial Ariel S.A. Octubre 2001.
- Lohr, K. Strategic for quality assurance. Volumen I y II. Institute of Medicine. Washington DC: National Academy, 1990.
- Huapen Figueroa, Celia. "Gestión del cuidado en Enfermería".www.url.edu. Artículo de investigación. México 2006.
- Paganini, JA. Calidad y eficiencia de la atención hospitalaria. Washington DC: OPS-OMS,.1993

ANEXOS:

Anexo 1: Internado de Licenciatura en Enfermería

El interno tiene como propósito:

- Fortalecer el aprendizaje teórico-práctico
- Proporcionar experiencia clínica
- Reforzar conocimientos, habilidades y destrezas.
- Promover participación del interno en las áreas de atención comunitaria y hospitalaria.
- Incentivar en el interno el sentido de responsabilidad humana y social.
- Desarrollar actividades de enseñanza e investigación.
- Participar en la optimización de la calidad de atención de enfermería.
- Proporcionar el desarrollo de las acciones de salud en equipos multiprofesionales y de enfermería.
- Participar en programas de educación a trabajadores y estudiantes de enfermería.⁶

El interno debe tener perfil para:

- Aplicar el proceso administrativo en una unidad de enfermería o programa.
- Realizar el diagnóstico primario de la unidad o programa.
- Realizar un proyecto de trabajo dirigido a la reorganización estandarizada de la asistencia de la población bajo su responsabilidad.
- Asumir el rol de codirigente del equipo de enfermería bajo las normativas institucionales establecidas.
- Realizar asistencia personalizada.
- Realizar actividades de coordinación para el funcionamiento de la unidad, intra e inter sectorial.
- Conocer y aplicar la normativa institucional dentro del área de su responsabilidad.
- Buscar mecanismos de comunicación que favorezcan el trabajo interdisciplinario desde su rol profesional.
- Representar el equipo de enfermería operativo ante la organización de enfermería.
- Participar en el abordaje de situaciones de carácter jurídico legal conjuntamente con la Licenciada del servicio.⁷

⁶ Santana, Silvia. Verde, Josefina. Cabrera, Alicia. Op. Cit. Pp. 43.

⁷ Santana, Silvia. Verde, Josefina. Cabrera, Alicia. Op. Cit. Pp. 46.

Anexo2: Corrientes de calidad

En cuanto a la calidad diversos autores han elaborado diversas definiciones este concepto ha evolucionado a lo largo de los años.

Destacamos las siguientes, la Real Academia de la Lengua Española que la define como "Propiedades o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie", a su vez, Webster⁸ describe la calidad como "El grado de excelencia que algo posee", según "Edwards Deming: La calidad se logra cuando se conoce que dejamos satisfecho al cliente y se consigue un producto que reúne los requisitos esperados. La calidad es sobrepasar las expectativas y necesidades del cliente a lo largo de la vida del producto.

Para Isikawa: Trabajar en calidad consiste en diseñar, producir y servir un bien o servicio que sea útil, lo más económico posible y siempre satisfactorio para el usuario.

Donabedian define la Calidad de atención sanitaria como aquella que se espera que pueda proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas partes.⁹

En base a esto podemos decir que la calidad es un proceso que busca la participación activa de todas las áreas involucradas en busca del mejoramiento continuo y la satisfacción de las necesidades del cliente, teniendo en cuenta la relación producción – recursos.

Es necesario remarcar la calidad de atención en enfermería, la cual nace desde un principio con Florence Nightingale; en su enunciado se puede destacar la importancia que la misma le otorgo a las leyes de la enfermedad, las cuales, mediante la comparación del tratamiento con los resultados, pueden ser modificadas.

La calidad de atención se define como "el grado en el cual los servicios de salud para individuos y población mejoran la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales"¹⁰

⁸ Cabrera, Alicia, Santana, Silvia, Dóez, Teresa, Marcolini, Pierina, Bitancourt, Ana Mary, Manual de estándares para la acreditación de servicios de enfermería. 1ª Ed. Ediciones de enfermería. Julio 2000.

⁹ Salvadores Fuentes, Paloma, Sánchez Lozano, Francisco, Jiménez Fernández, Raquel, Manual de Administración de los servicios de Enfermería. 1ª Ed. Editorial Ariel S.A. Octubre 2001.

¹⁰ Lohr, K. Strategic for quality assurance. Volumen I y II. Institute of Medicine. Washington DC: National Academy, 1990.

- **Estructura:** se enfoca en el análisis de la configuración física y organizativa que se considera necesaria para proporcionar una asistencia de calidad. Incluye los recursos humanos, materiales y operaciones administrativas.¹¹

Como ejemplo de estos indicadores podemos encontrar la representación de enfermería en los diferentes niveles administrativos del sistema de salud, la elevación de su nivel de autoridad formal en las direcciones de las diferentes unidades de atención, y la participación activa en la elaboración de programas de salud y normas.¹²

- **Proceso:** se refiere a las actividades encaminadas a la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de los usuarios, las cuales pueden estratificarse con el fin de identificar las que tienen mayor impacto.¹³

Como ejemplo de estos indicadores podemos encontrar aplicación de la atención de enfermería basada en los programas normas y reglamentos, participación en las comisiones de acreditación docente de las áreas preventivas-asistenciales, y ejecución de normas técnicas de otros subsistemas de forma más directa las relacionadas con el uso, conservación y control de medicamentos.¹⁴

- **Resultado:** miden los efectos de la atención en el estado de salud de los usuarios.

Son ejemplos de estos:

- 1- Indicadores de estructura: disponibilidad.
- 2- Indicadores de proceso: productividad, rendimiento y calidad.
- 3- Indicadores de resultado: eficacia, eficiencia y cobertura

Es necesario utilizar Indicadores de los tres tipos para tener una visión global de lo que es la calidad, ya que la utilización de uno solo de ellos muestra un enfoque incompleto de la misma, puesto que no distinguen entre la efectividad de una terapéutica y la efectividad de la provisión de los servicios asistenciales de calidad.

11 Ortega, Suárez. Op. Cit. Pp. 7

12 Paganini, JA. Calidad y eficiencia de la atención hospitalaria. Washington DC: OPS-OMS, 1993

13 Ortega, Suárez. Op. Cit. Pp. 7

14 Paganini, JA. Calidad y eficiencia de la atención hospitalaria. Washington DC: OPS-OMS, 1993

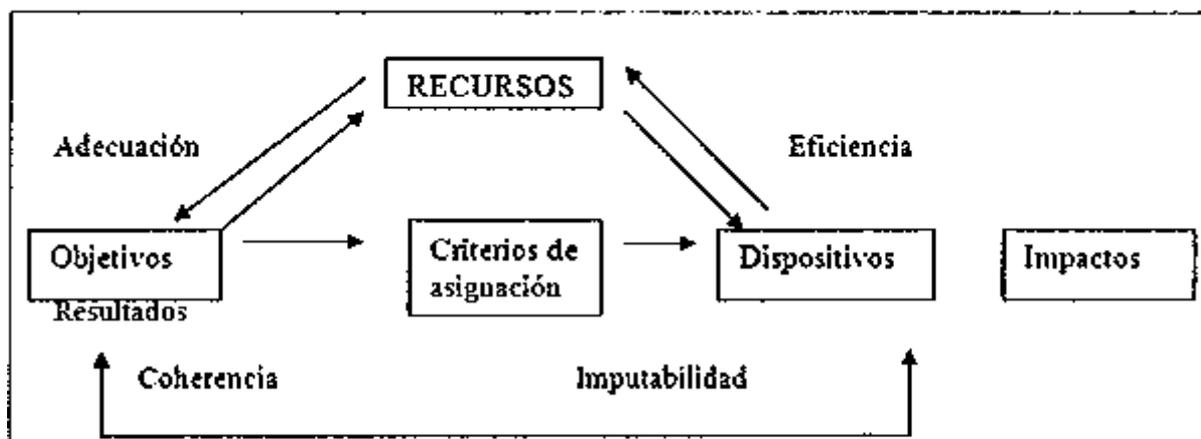
Anexo 3: Impacto

El impacto debe de ser evaluado orientado a medir los resultados de las Intervenciones en cantidad, calidad y extensión según las reglas preestablecidas.

Consideramos que la evaluación es necesaria dado que esta nos permite saber específicamente cuales fueron los resultados de cierta investigación y comparar así si lo que se planteo en un principio se corresponde con lo esperado. Esta evaluación permitirá medir los efectos, no solo los buscados sino todos aquellos que se han sucedido con respecto a la Investigación. Permite además conocer la metodología que se ha utilizado y le da mayor credibilidad gracias a la transparencia que brinda.

"Freyssinet graficó las reacciones entre objetivos (metas), recursos asignados, dispositivos utilizados y resultados obtenidos (impacto):

Recursos



Los procesos evaluatorios de impacto pueden clasificarse en: pseudo evaluaciones, evaluaciones verdaderas cuantitativas puras (cuasi experimentales y experimentales) y evaluaciones verdaderas mixtas o cuanti-cualitativas.

La objetividad y la independencia del evaluador en su trabajo hacen a la primera división entre el pseudo evaluaciones y evaluaciones verdaderas.¹⁵

"Al tratar la evaluación del impacto, indicaremos un momento al inicio (antes), al finalizar (post) y tiempo después de finalizar (expost)."¹⁶

15

"Manual para la evaluación en programas de formación para jóvenes" pp. 16

• El impacto de un programa en una realidad puede medirse a través de:

- **Proceso:** se refiere a la productividad, que se expresa como la relación entre la cantidad de bienes y servicios por cantidad de recursos usados. También se refiere al número de productos que se obtienen con una cantidad de insumos en un periodo de tiempo.

En nuestro caso como internos de enfermería lo vemos reflejado en indicadores como: N° de visitas domiciliarias, N° de consultas de enfermería, Inmunizaciones aplicadas e intervenciones educativas.

- **Resultado:** se traduce a través de los logros (alcance de objetivos) la satisfacción (aumento del bienestar).

Los logros se reflejarán de acuerdo a cada programa.

El impacto se define conceptualmente como la situación que produce un conjunto de cambios en la vida de las personas, las organizaciones y la sociedad. Esto permitirá conocer los cambios sucedidos en la población de estudio.

La evaluación del impacto al medir los resultados nos permite:

- Registrar y analizar todas las experiencias (positivas y negativas) mediante la comparación en el grupo control, sistematizándolas.
- Evaluar el contexto socioeconómico y político en que se da la experiencia
- Identificar los actores involucrados y su peso específico en los resultados.
- Estudiar la articulación interinstitucional y público- privado.
- Ofrecer estudios de costo.-beneficio.
- Concertar aportes de los técnicos en gestión, mediante la difusión de la información proveniente de la evaluación y su posterior discusión entre todos los responsables de la gestión.
- Informar de forma clara y objetiva a los responsables de la toma de decisiones sobre la marcha de los programas, esta retroalimentación promueve el reforzamiento interinstitucional.¹⁷

16

“Manual para la evaluación en programas de formación para jóvenes” pp. 18

17

Santana, Silvia. Verde, Josefina. Cabrera, Alicia. Op. Cit. Pp. 66

Anexo 4: Productividad en enfermería

"Esta se relaciona con los conceptos de calidad y ambiente laboral, los cuales a su vez enmarcan muchos otros factores y conceptos determinantes que influyen en la percepción que se tiene sobre productividad en enfermería."¹⁸

"La productividad en enfermería se expresa no solamente cuando se tiene como resultado un producto material o tangible, se manifiesta también con productos o intervenciones dirigidas al cuidado en el caso profesional que aunque son intangibles, generan un resultado y por consiguiente requieren la inversión de RRMM y talento humano para poder ser ejecutada.

Las formas comunes de expresión de la productividad en enfermería son:

1. **Calidad:** cuando el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) se realiza con calidad, se dice que hay productividad, esta se expresa a través de :
 - Satisfacción del usuario
 - Satisfacción del entorno del usuario
 - Logro de eficiencia, eficacia y efectividad.
 - Competitividad.
 - Supervivencia en el mercado.
 - Satisfacción del deber cumplido.
2. **Cuidado productivo, expresado por:**
 - eficiencia
 - eficacia
 - efectividad
 - continuidad
 - pertinencia
 - accesibilidad
 - oportunidad.
3. **satisfacción de las necesidades del individuo, la familia y la comunidad.**

"Según Ernesto Mercado Ramírez la productividad es el producto final del esfuerzo y combinación de todos los recursos que integran una empresa, las razones de la productividad sirven para medir el desempeño de cada uno de los factores que

¹⁸ Abauza de González, Myriam, Castellanos Rojas, Yuri Andrea, García Casallas, Luisa Fernanda, Gómez Rodríguez, Johana Milena. "Cuál es la productividad en Enfermería". www.enfermeria.unal.edu.co. Artículo de investigación. Enero 2008

intervienen en la producción, estas razones muestran el grado de eficacia con el cual las empresas hacen uso de todos los recursos disponibles para generar productos o servicios.”

“Otros autores relacionan la productividad con la calidad, entre ellos tenemos a Rincón, quien dice que la mejor respuesta a las situaciones económicas y de producción es la calidad, la productividad y la disminución de los costos, o sea que a mayor calidad mayor productividad y menores costos.”

Otro aspecto que se debe tener en cuenta es la forma como esta se mide o evalúa, como por ejemplo que la productividad se relaciona directamente con los conceptos de eficiencia y efectividad, los cuales se miden o evalúan a través de indicadores de suficiencia, calidad y por medio del grado de satisfacción del producto, es decir del impacto que puede causar, por consiguiente esta relación directa sugiere que la productividad puede medirse bajo los mismos parámetros.

Por otro lado también puede medirse a través del costo – efectividad del personal, por esta razón es importante sustentar, mediante una clasificación y estimación de costo, que los profesionales de enfermería son productivos.

A su vez la productividad en enfermería es un factor que puede ser determinante para establecer cómo se encuentra la profesión, enmarca muchos de los aspectos o indicadores mencionados y su estado depende de los mismos. Uno de los indicadores identificado y considerado como uno de los más importantes e influyentes, es el recurso humano.¹⁹

¹⁹ Abaunza de González, Myriem, Castellanos Rojas, Yuri Andrea, García Casallas, Luisa Ferosinda, Gómez Rodríguez, Johana Milena. www.enfermeria.unaf.edu.co. Artículo de investigación. Enero 2008.

Anexo 5: Gestión de cuidados de enfermería

El concepto de gestión ha ido evolucionando acorde al progreso propio del sistema de salud.

"La necesidad de incorporar instrumentos y estrategias de gestión de servicios sanitarios, que garantizaran la evaluación de los procesos y los resultados en términos de salud y de coste de las prestaciones, dio pauta para realizar cambios relevantes en la filosofía", el término gestión se incorporó con más fuerza en el lenguaje de los políticos y gestores de los servicios de salud. Hay autores que consideran que la gestión es el resultado de una evolución del concepto de administración. Montaner expresa que "La gestión se considera algo más que la administración."²⁰

"Las enfermeras tienen dos funciones básicas: ser prestadoras y gerentes de servicios. En el campo administrativo de la enfermería, su perspectiva se combina con los métodos administrativos para prestar atención al usuario."²¹

"Generalmente se reconoce que la función de un gestor consiste en planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos financieros, humanos y materiales con la intención de atender, con la mejor eficiencia posible, los objetivos de la organización. Por otro lado se puede decir que la gestión de cuidados es un proceso dinámico en la toma de decisiones referido a la salud y al bienestar de las personas, considerando la utilización y distribución de recursos en un entorno de calidad, que exige aplicar más criterios profesionales para dar respuesta a las necesidades de la población."²²

La estructura parte del conocimiento enfermero y de los valores implícitos en el cuidado de la salud.

El proceso está definido por la manera particular de hacer enfermería y por el contexto donde se otorgan los cuidados.

Los resultados son la medida de la salud alcanzada en relación con la capacidad de la autonomía de las personas y su entorno para satisfacer sus necesidades de cuidados."

"La gestión, por lo tanto, tiene como finalidad asentar el conocimiento particular del cuidado enfermero y determina la investigación enfermera en el campo de la gestión de los servicios de salud."²³

20 Huapen Figueroa, Celia. "Gestión del cuidado en Enfermería". www.url.edu. Artículo de investigación. México 2006.

21 Huapen Figueroa, Celia. "Gestión del cuidado en Enfermería". www.url.edu. Artículo de investigación. México 2006.

22 Huapen Figueroa, Celia. "Gestión del cuidado en Enfermería". www.url.edu. Artículo de investigación. México 2006.

23 Huapen Figueroa, Celia. "Gestión del cuidado en Enfermería". www.url.edu. Artículo de investigación. México 2006.

“Las características propias del cuidado enfermero se pueden determinar por lo tanto en dos aspectos diferenciados:

- El objeto de la gestión enfermera: Gestionar el conocimiento enfermero, los valores y la tecnología del cuidado.
- Aplicación de técnicas de gestión
Analizar y elaborar la información, desarrollar métodos y estrategias, evaluar la capacidad de resolución.”²⁴

Anexo 6: Reseña sobre salud cardiovascular

Creemos de importancia mencionar porque los factores de riesgo son considerados como tales, es decir, un desencadenante de problemas y/o enfermedades que afectan la salud cardiovascular.

Un desorden metabólico que se considera un factor de riesgo de contraer enfermedades cardiovasculares es la diabetes mellitus, 1 de cada 12 uruguayos tiene diabetes y dentro de ellos 9 de cada 10 son diabéticos tipo I²⁵, es una enfermedad crónica que se asocia con otros factores de riesgo como obesidad, estrés, alimentación inadecuada, antecedentes familiares e hipertensión arterial.

La diabetes es considerada un factor de riesgo modificable ya que existen hábitos que pueden ser modificables tales como la alimentación, el ejercicio, la medicación y el control en salud periódico.

Así como la diabetes la hipertensión es una patología relevante en la salud cardiovascular, uno de cada 3 uruguayos tiene hipertensión arterial y de ellos alrededor de 300 mil personas no saben que la tienen dado que por lo general transcurre en forma silenciosa sin aparición de síntomas.

Otro trastorno metabólico que constituye un factor de riesgo para enfermedades cardiovasculares, diabetes y algunos tipos de cánceres es la obesidad.

Alimentarse adecuadamente disminuye el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Una alimentación adecuada no solo mantiene el organismo saludable sino que proporciona nutrientes necesarios y energía. Dentro de los más nocivos se encuentran la sal, las grasas y el azúcar.

Con relación al estrés hay una reconocida relación, sin embargo la verificación de esta relación no es tan sencilla dado que no es fácil cuantificar el grado de estrés emocional. El mayor riesgo se da por la tríada de hostilidad, competitividad y urgencia de tiempo. Las investigaciones sobre hostilidad predicen mortalidad cardiovascular principalmente por su relación con la hipertensión arterial.

En nuestro país existe la Comisión Honoraria para la salud cardiovascular tiene como propósito contribuir al mejoramiento de la salud colectiva mediante el aporte de información sobre enfermedades cardiovasculares que permita plantear soluciones en base a un conocimiento de la realidad.

²⁵ Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular, Área de Epidemiología y Programación. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares en Uruguay: 2000, 2001, 2002. Montevideo, Año 2004.

Se ha estudiado la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en el Uruguay desde el año 1992, dirigidos a analizar la evolución en el tiempo, distribución geográfica y demás características epidemiológicas de estas patologías. También se han realizado estudios sobre la existencia, magnitud, distribución y características de los factores de riesgo. Estos estudios permiten no solo conocer los problemas de salud sino también la evaluación del impacto que tienen sobre ellos las diferentes políticas y programas sanitarios.

La morbilidad es importante también ya que nos permite conocer los problemas de salud que no se traducen en mortalidad directamente ya que la supervivencia no representa un completo indicador de salud.

Para poder reducir la morbi-mortalidad es necesario actuar sobre los principales factores de riesgo socioeconómicos, ambientales, de comportamiento y medico-biológicos a las que están asociadas, con el objeto de eliminar o reducir su impacto.

Para actuar sobre estos factores de riesgo es que se implementan los programas en el primer nivel de atención. Como mencionamos anteriormente estos son gestionados en su gran mayoría por internos de licenciatura de enfermería, lo cual es ventajoso tener ya que donde se cuenta con ellos se logra una mayor productividad debido a la calidad de asistencia, reflejada en los cambios de hábitos de la población, y en los niveles de riesgo mediante un seguimiento adecuado.

Un ejemplo de esto está dado en la publicación "Formados para un Nuevo Modelo. Experiencias de Gestión Asistencial", en donde se encuentra la experiencia práctica llevada a cabo en el Centro de Salud la Cruz de Carrasco, en el periodo comprendido entre octubre 2004 y marzo 2005. Dicho centro no contaba anteriormente con profesionales que llevaran a cabo el programa del adulto mayor, implementándose en este periodo, de esta manera se logra que los usuarios pertenecientes al mismo reciban una atención integral y personalizada.

Anexo 7: Primer Nivel de Atención – SNIS

El Primer Nivel de Atención es la organización de los recursos que permite resolver las necesidades básicas y más frecuentes de atención de la población. Debe de contar con características básicas para su adecuado funcionamiento, las mismas son:

- área geográfica delimitada
- población de la zona de influencia
- recursos acordes con las necesidades de la población
- trabajo en equipo Interdisciplinario
- redes sociales
- participación social
- coordinación intersectorial
- articulación con los demás niveles de atención (referencia- contra referencia).

En nuestro país existe el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) que tiene como objetivo principal el acceso universal de la atención en salud a toda la población en niveles de cobertura y calidad homogéneas, con justicia distributiva en la carga económica que el gasto en salud representa para cada ciudadano.

Con este SNIS se ha puesto en marcha la reforma de la salud que tiene 3 pilares básicos:

1. mejorar la salud de la población
2. plan de equidad.
3. redistribución de ingresos.

La estrategia utilizada para la reforma se basa en el cambio en el modelo de atención, cambio en el modelo de gestión y cambio en el modelo de financiamiento. Esta estrategia prioriza determinados programas como ejes estratégicos del cambio; dichos programas prioritarios para el SNIS son: Salud de la mujer y género, Salud de la niñez y del adolescente, Salud del adulto, Salud del adulto mayor, Consumo de sustancias psicoactivas, Salud bucal y protocolización de patologías crónicas prevalentes.

Otro tipo de ejes estratégicos para el cambio son:

- Estímulos y desestímulos para la integración asistencial (metas prestacionales y condicionamiento del desarrollo institucional).
- Convenios, complementación de servicios y recursos entre efectores y/o servicios integrados de varios efectores.
- Escenario de complementación e Integración asistencial (competencia).

Se creó también el Seguro Nacional de Salud (SNS), el cual incluye la creación de un fondo único de financiamiento con contribuciones de los trabajadores, los empresarios y el Estado (Fonasa). El pago por riesgo (edad y sexo) y plus por performance asistencial (hacia una estrategia de Atención Primaria en Salud, ligado a metas de primer nivel de atención). Cobertura similar en cantidad y calidad basada en el Plan Integral de Atención a la Salud (PIAS). Descentralización de ASSE y la reforma del Estado en el MSP (contratos de gestión). Incorporación de la participación social como clave para modificar los factores determinantes de la salud.

El Licenciado en Enfermería en el Primer Nivel de Atención desempeña diversas actividades inherentes a su profesión, de las cuales destacamos:

- Identificación de problemas y carencias mediante la elaboración de un diagnóstico de situación comunitario.
- Caracterización y clasificación de la comunidad en base a la estipulación de niveles de riesgo, proporcionando cuidados integrales, continuos y personalizados.
- Implementa y gestiona programas.
- Aplica el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) desarrolla programas de atención para el seguimiento y control de individuos sanos y enfermos con pautas ya protocolizadas, evaluando los resultados y programas desarrollados.
- Dirige la asistencia teniendo en cuenta principios éticos y recursos disponibles.
- Brinda cuidados y apoyo profesional a usuarios, familiares y/o acompañantes para integrarlos en los programas.
- Realiza vigilancia epidemiológica, educación sanitaria y técnicas de autocuidado.
- Coordina recursos comunitarios y actividades interdisciplinarias.
- Genera mecanismos de accesibilidad a los servicios de atención creando mecanismos de referencia y contrarreferencia que favorezca la continuidad del proceso asistencial
- Realiza función de docencia y desarrolla investigaciones interdisciplinarias que apuntan a solucionar problemas reales de la población.
- Evalúa los componentes de calidad y satisfacción de la población en los diferentes programas.

Programa de salud del adulto mayor

El programa de atención al adulto fue realizado por el MSP y la IMM, basándose en el cambio del sistema de salud en el Uruguay. Apuntando al cambio en el modelo de atención, cambio en el modelo de gestión y cambio en el modelo de financiación.

El eje del modelo del cambio de atención, está dirigido al usuario como un ser bio-psico-social y cultural, haciendo énfasis en la educación, promoción y prevención de enfermedades.

Aplicando la atención primaria en salud con las siguientes características

- Accesibilidad
- Intersectorialidad
- Acción planificada y por programas
- Sistema de referencia y contra referencia
- Interdisciplinariedad
- Integridad
- Participación comunitaria

Al usuario se lo toma como un sujeto de derecho activo en su proceso salud-enfermedad y a la comunidad como fundamental para modificar los factores ambientales y los hábitos que determinan la salud de la población.

Este programa se basa en determinantes de salud enunciados por LALONDE que son

- Medio ambiente
- Estilo de vida
- Sistema de atención a la salud
- Biología humana.

El programa apunta a una mirada integral del individuo y a la participación de la comunidad.

Está dirigido a hombres y mujeres entre los 20 y 64 años, población en edad productiva y económicamente activa.

La existencia de este programa se justifica en la necesidad de tener una mirada integral en los diferentes momentos del ciclo vital, individual y familiar, con un enfoque basado en los riesgos a los que se ven expuestos, fomentando la promoción y la prevención en salud. De esto se encarga el equipo interdisciplinario, especialmente enfermería que es quien lleva a cabo dicho programa, los internos de Licenciatura en enfermería en su experiencia pre profesional son quienes deben gestionar y llevar adelante los programas en primer nivel, siendo los encargados de realizar un diagnóstico de la población y de esta

manera conocer a la población objetivo y sus necesidades para poder actuar sobre factores de riesgo mediante un seguimiento oportuno, fortaleciendo su capacidad de auto cuidado y promoviendo hábitos saludables a través de un proceso continuo de educación. Esto se logra mediante la integración de los internos con los usuarios de dicho programa entablando un vínculo de empatía que permita acercarse no solo al usuario sino a su familia y su entorno.

Objetivo General del Programa

1-Mejorar la calidad de vida de los adultos comprendidos entre los 20 y los 64 años abordando el proceso salud enfermedad en forma programada, integral, continua, longitudinal e Interdisciplinaria, con un enfoque intra e intersectorial, promoviendo las capacidades personales, familiares y comunitarias buscando alcanzar el máximo desarrollo.

Objetivos Específicos.

- 1)-Promover ambientes saludables.
- 2)-Promover áreas de desarrollo social integral.
- 3)-Promover la coordinación con todos los actores sociales que intervienen en el desarrollo social de la población.
- 4)-Estimular un cambio cultural con relación al mantenimiento de la Salud
- 5)-Atención de patologías prevalentes según guías clínicas.
- 6)-Atención a demanda de los episodios agudos.

Anexo 8: Tablas y Gráficos de Disponibilidad

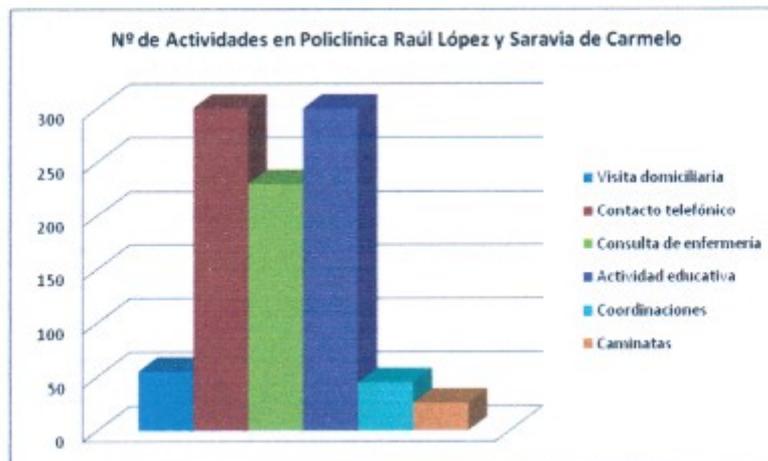
Gráfico N° 6: N° de Internos por Población Asistida



Fuente: Guías de Gestión Asistencial de los Internos de Licenciatura en Enfermería en los Centros de Salud Jardines del Hipódromo, HGSB, Policlínica Raúl López y Saravia de Carmelo y Puesto de Barrio Godoy de Tacuarembó

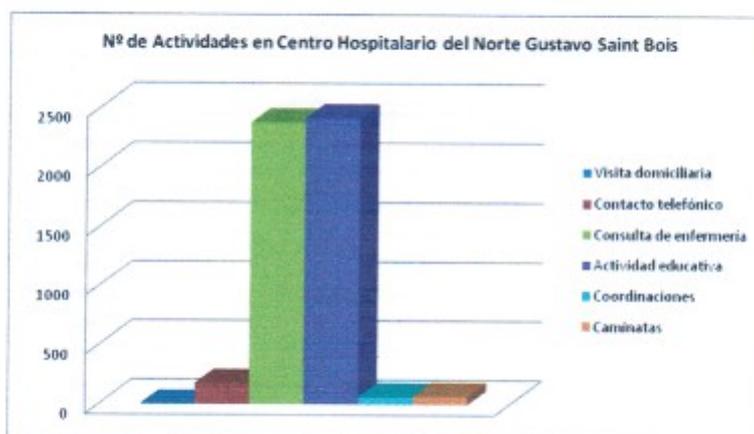
Productividad

Gráfico N° 6: N° de Actividades Realizadas en Policlínica Raúl López y Saravia de Carmelo



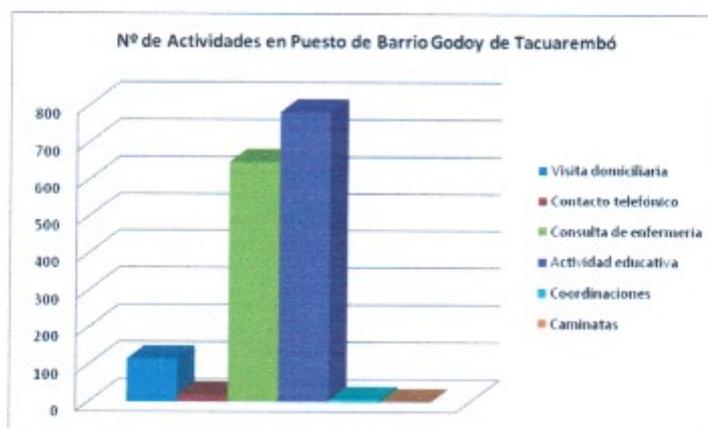
Fuente: Guías de Gestión Asistencial de los Internos de Licenciatura en Enfermería en los Centros de Salud Jardines del Hipódromo, HGSB, Policlínica Raúl López y Saravia de Carmelo y Puesto de Barrio Godoy de Tacuarembó

Grafico N° 7: N° de Actividades Realizadas en Centro Hospitalario de Norte Gustavo Saint Bois de Montevideo



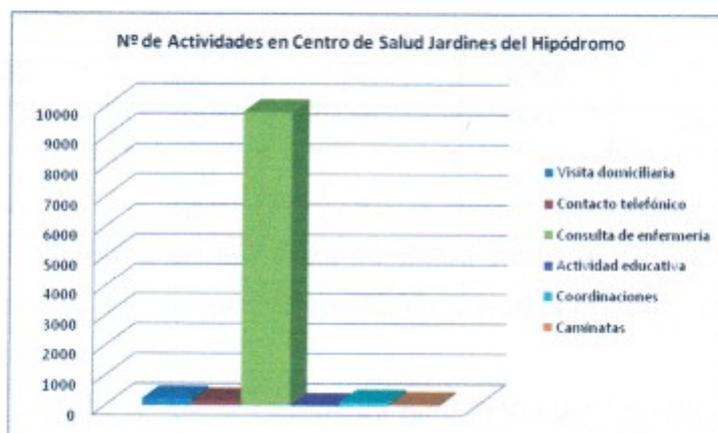
Fuente: Guías de Gestión Asistencial de los Internos de Licenciatura en Enfermería en los Centros de Salud Jardines del Hipódromo, HGSB, Policlínica Raúl López y Saravia de Carmelo y Puesto de Barrio Godoy de Tacuarembó

Grafico N° 8: N° de Actividades Realizadas en Puesto de Salud Barrio Godoy de Tacuarembó



Fuente: Guías de Gestión Asistencial de los Internos de Licenciatura en Enfermería en los Centros de Salud Jardines del Hipódromo, HGSB, Policlínica Raúl López y Saravia de Carmelo y Puesto de Barrio Godoy de Tacuarembó

Grafico N° 9: N° de Actividades Realizadas en Centro de Salud Jardines del Hipódromo de Montevideo



Fuente: Guías de Gestión Asistencial de los Internos de Licenciatura en Enfermería en los Centros de Salud Jardines del Hipódromo, HGSB, Policlínica Raúl López y Saravia de Carmelo y Puesto de Barrio Godoy de Tacuarembó

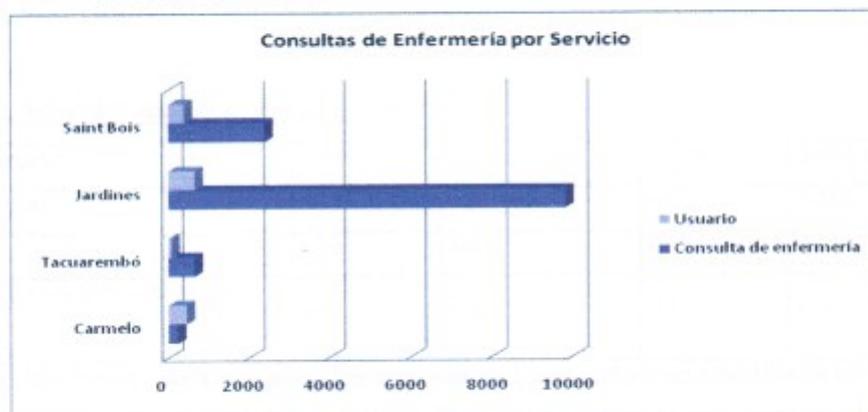
Anexo 9: Tablas y Gráficos de Calidad

Tabla N° 9: Consultas de Enfermería por servicio

Actividad / Servicio	Carmelo	Tacuarembó	Jardines	Saint Bois	Total
Consulta de enfermería	230	647	9.800	2377	13054
Usuario	453	80	651	385	1569
Total Consultas de Enfermería por usuario	0,5	8	15	6	8,3

Se identifica una diferencia en el Centro de Salud Jardines, allí la relación fue de 15 consultas por usuario, y la Policlínica Carmelo, en donde la relación fue de 0,5 Consultas de Enfermería / usuario.

Gráfico N° 10: Consultas de Enfermería por Servicio



Fuente: Guías de Gestión Asistencial de los Internos de Licenciatura en Enfermería en los Centros de Salud Jardines del Hipódromo, HGSB, Policlínica Raúl López y Saravia de Carmelo y Puesto de Barrio Godoy de Tacuarembó

Tabla N° 10: Contactos telefónicos por servicio

Actividad / Servicio	Carmelo	Tacuarembó	Jardines	Saint Bois	Total
Contacto telefónico	300	19	154	174	647
Usuario	453	80	651	385	1569
Total Contactos Telefónicos por usuario	0,7	0,2	0,2	0,5	0,4

Fuente: Guías de Gestión Asistencial de los Internos de Licenciatura en Enfermería en los Centros de Salud Jardines del Hipódromo, HGSB, Policlínica Raúl López y Saravia de Carmelo y Puesto de Barrio Godoy de Tacuarembó

Con respecto a los contactos telefónicos realizados, en la relación de los mismos por usuario no se encontraron variaciones significativas entre los centros. El total de contactos telefónicos por usuario fue de 0,4.

Tabla N° 11: Visitas Domiciliarias por servicio

Actividad / Servicio	Carmelo	Tacuarembó	Jardines	Saint Bois	Total
Visita domiciliaria	55	115	240	0	410
Usuario	453	80	651	385	1569
Total de Visitas Domiciliarias por Usuario	0,1	1,4	0,4	0	0,3

Fuente: Guías de Gestión Asistencial de los Internos de Licenciatura en Enfermería en los Centros de Salud Jardines del Hipódromo, HGSB, Policlínica Raúl López y Saravia de Carmelo y Puesto de Barrio Godoy de Tacuarembó

Se observa que en un total de 1569 usuarios se realizaron 410 visitas domiciliarias, donde en el Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois no se realizaron visitas domiciliarias en el período estudiado.

Tabla N° 12: Actividades Educativas por servicio

Actividad / Servicio	Carmelo	Tacuarembó	Jardines	Saint Bois	Total
Actividad educativa	300	781	5	2415	3501
Usuario	453	80	651	385	1569
Total de Actividades Educativas por Usuario	0,7	9,8	0,01	6,3	2,2

Fuente: Guías de Gestión Asistencial de los Internos de Licenciatura en Enfermería en los Centros de Salud Jardines del Hipódromo, HGSB, Policlínica Raúl López y Saravia de Carmelo y Puesto de Barrio Godoy de Tacuarembó

Se realizaron 2,2 actividades educativas por usuario en todos los Centros, dándose la mayor diferencia entre el Puesto de Barrio Godoy de Tacuarembó y el Centro de Salud Jardines del Hipódromo.

Tabla N° 13: Caminatas por servicio

Actividad / Servicio	Carmelo	Tacuarembó	Jardines	Saint Bois	Total
Caminatas	26	1	57	69	153
Usuario	453	80	651	385	1569
Total de Caminatas por Usuario	0,06	0,01	0,09	0,2	0,1

Fuente: Guías de Gestión Asistencial de los Internos de Licenciatura en Enfermería en los Centros de Salud Jardines del Hipódromo, HGSB, Policlínica Raúl López y Saravia de Carmelo y Puesto de Barrio Godoy de Tacuarembó

Se realizaron 153 caminatas en todos los centros, destacándose el Centro hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois con 0,2 caminatas por usuario.

Tabla N° 14: Coordinaciones por servicio

Actividad / Servicio	Carmelo	Tacuarembó	Jardines	Saint Bois	Total
Coordinaciones	45	7	134	64	250
Usuario	453	80	651	385	1569
Total de Coordinaciones por Usuario	0,09	0,09	0,2	0,2	0,2

Fuente: Guías de Gestión Asistencial de los Internos de Licenciatura en Enfermería en los Centros de Salud Jardines del Hipódromo, HGSB, Policlínica Raúl López y Saravia de Carmelo y Puesto de Barrio Godoy de Tacuarembó

En cuanto a las coordinaciones se realizaron un total de 250 en todos los centros. El centro de Salud Jardines del Hipódromo fue el que realizó mayor número de coordinaciones. No se observaron diferencias considerables en los centros con relación a la población asistida.

Anexo 10: Tablas y Gráficos de Eficiencia

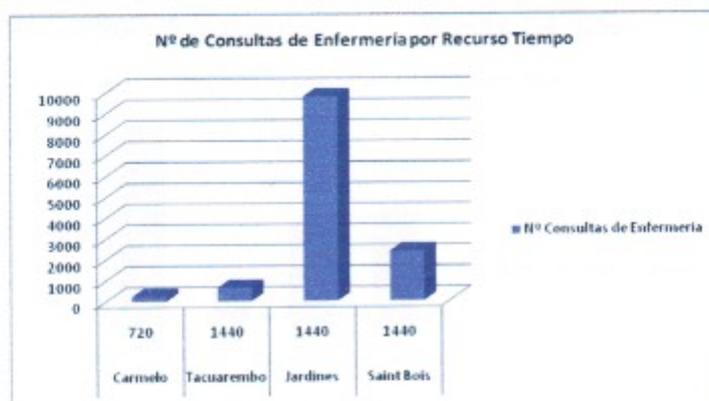
Eficiencia

Tabla N° 15: N° de Consultas de Enfermería por Recurso Tiempo

Recursos Tiempo /Servicio	Carmelo	Tacuarembó	Jardines	Saint Bois	Total
Horas de Interno	720	1440	1440	1440	5040
N° Consultas de Enfermería	230	647	9800	2377	13054
Total Consultas por Hora de Interno	0,3	0,4	6,8	1,6	2,6

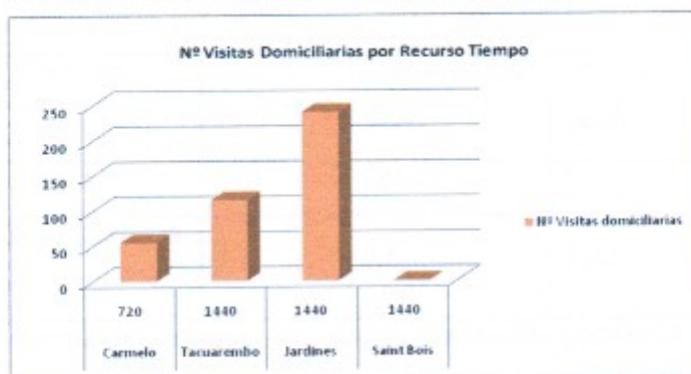
En lo que respecta a las Consultas de Enfermería por hora de Interno se destaca el Centro de Salud Jardines del Hipódromo con 6,8 Consultas de Enfermería por hora. En un total de 5040 horas de interno se realizaron 13054 Consultas de Enfermería.

Gráfico N° 11: N° de Consultas de Enfermería por Recurso Tiempo



Fuente: Guías de Gestión Asistencial de los Internos de Licenciatura en Enfermería en los Centros de Salud Jardines del Hipódromo, HGSB, Policlínica Raúl López y Saravia de Carmelo y Puesto de Barrio Godoy de Tacuarembó

Gráfico N° 12: N° de Visitas Domiciliarias por Recurso Tiempo



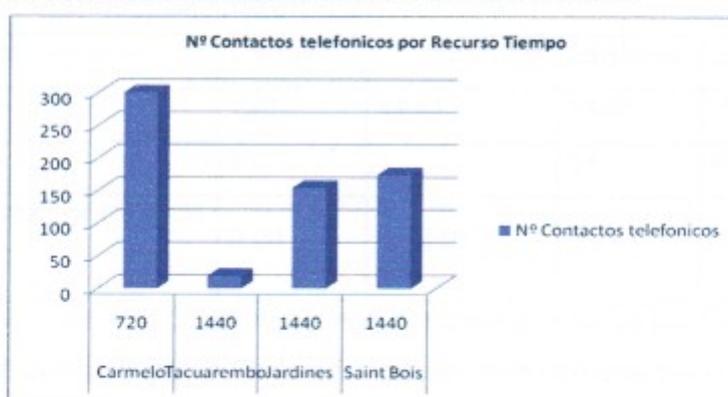
Fuente: Guías de Gestión Asistencial de los Internos de Licenciatura en Enfermería en los Centros de Salud Jardines del Hipódromo, HGSB, Policlínica Raúl López y Saravia de Carmelo y Puesto de Barrio Godoy de Tacuarembó

Tabla N° 16: N° de Contactos Telefónicos por Recurso Tiempo

Recursos Tiempo /Servicio	Carmelo	Tacuarembó	Jardines	Saint Bois	Total
Horas de Interno	720	1440	1440	1440	5040
N° Contactos telefónicos	300	19	154	174	647
Total Contactos telefónicos por Hora de Interno	0,4	0,05	0,1	0,1	0,1

En relación a los contactos telefónicos se obtuvieron un total de 647, lo cual corresponde a 0,1 contacto telefónico por hora.

Gráfico N° 13: N° de Contactos Telefónicos por Recurso Tiempo



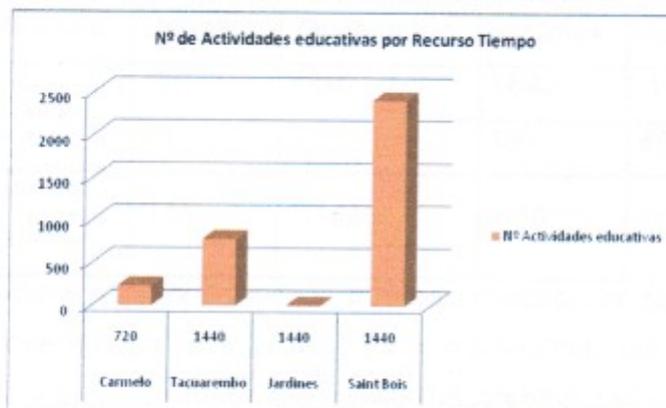
Fuente: Guías de Gestión Asistencial de los Internos de Licenciatura en Enfermería en los Centros de Salud Jardines del Hipódromo, HGSB, Policlínica Raúl López y Saravia de Carmelo y Puesto de Barrio Godoy de Tacuarembó

Tabla N° 17: N° de Actividades Educativas por Recurso Tiempo

Recursos Tiempo /Servicio	Carmelo	Tacuarembó	Jardines	Saint Bois	Total
Horas de Interno	720	1440	1440	1440	5040
N° Actividades educativas	230	781	5	2415	3431
Total de Actividades educativas por Hora de Interno	0,3	0,5	0,03	1,7	0,7

Si tenemos en cuenta las actividades educativas realizadas podemos observar un total de 0,7 actividades educativas por hora, realizadas mayoritariamente en Centro hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois.

Gráfico N° 14: N° de Actividades Educativas por Recurso Tiempo



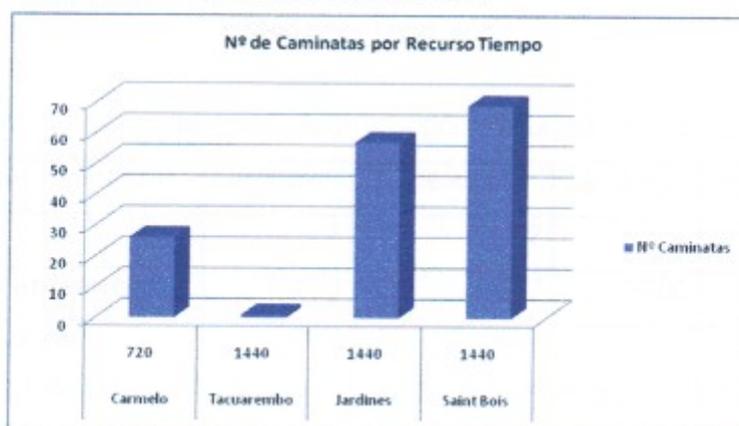
Fuente: Guías de Gestión Asistencial de los Internos de Licenciatura en Enfermería en los Centros de Salud Jardines del Hipódromo, HGSB, Policlínica Raúl López y Saravia de Carmelo y Puesto de Barrio Godoy de Tacuarembó

Tabla N° 18: N° de Caminatas por Recurso Tiempo

Recursos Tiempo /Servicio	Carmelo	Tacuarembó	Jardines	Saint Bois	Total
Horas de Interno	720	1440	1440	1440	5040
N° Caminatas	26	1	57	69	153
Total de Caminatas por Hora de Interno	0,04	1/1440	0,04	0,05	0,03

Se realizaron un total de 153 caminatas correspondientes a todos los Centros estudiados, destacándose el Puesto de Barrio Godoy de Tacuarembó con una sola caminata en todo el período.

Gráfico N° 15: N° de Caminatas por Recurso Tiempo



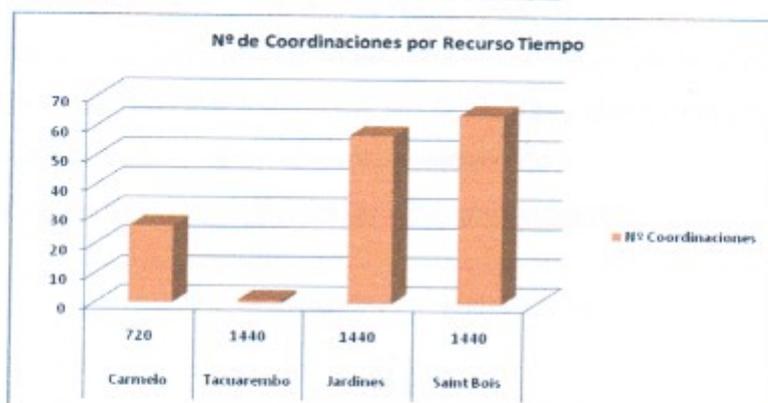
Fuente: Guías de Gestión Asistencial de los Internos de Licenciatura en Enfermería en los Centros de Salud Jardines del Hipódromo, HGSB, Policlínica Raúl López y Saravia de Carmelo y Puesto de Barrio Godoy de Tacuarembó.

Tabla N° 19: N° de Coordinaciones por Recurso Tiempo

Recursos Tiempo /Servicio	Carmelo	Tacuarembó	Jardines	Saint Bois	Total
Horas de Interno	720	1440	1440	1440	5040
N° Coordinaciones	45	7	134	64	250
Total de Coordinaciones por Hora de Interno	0,06	7/1440	0,09	0,04	0,05

Con respecto al número de coordinaciones que se realizaron en todos los Centros se registraron 148, lo que nos da un total de 0,03 coordinaciones por hora de interno. En donde se destaca el Puesto de Barrio Godoy de Tacuarembó con una sola coordinación en el período estudiado.

Gráfico N° 16: N° de Coordinaciones por Recurso Tiempo



Fuente: Guías de Gestión Asistencial de los Internos de Licenciatura en Enfermería en los Centros de Salud Jardines del Hipódromo, HGSB, Policlínica Raúl López y Saravia de Carmelo y Puesto de Barrio Godoy de Tacuarembó

Tabla N° 20: N° de Consultas de Enfermería por Recursos Humanos

Recursos Humanos /Servicio	Carmelo	Tacuarembó	Jardines	Saint Bois	Total
N° de Interno	1	2	2	2	7
N° Consultas de Enfermería	230	647	9800	2377	13054
Total de Consultas de Enfermería por N° de Interno	230	323,5	4900	1188,5	1864,8

Fuente: Guías de Gestión Asistencial de los Internos de Licenciatura en Enfermería en los Centros de Salud Jardines del Hipódromo, HGSB, Policlínica Raúl López y Saravia de Carmelo y Puesto de Barrio Godoy de Tacuarembó

Se realizaron un total de 13054 Consultas de Enfermería en el período estudiado por un total de 7 internos. El centro en el que se realizaron mayor número de consultas fue en Centros de Salud Jardines del Hipódromo con un total de 9800.

Tabla N° 21: N° de Visitas Domiciliarias por Recursos Humanos

Recursos Humanos /Servicio	Carmelo	Tacuarembó	Jardines	Saint Bois	Total
N° de Interno	1	2	2	2	7
N° Visitas domiciliarias	55	115	240	0	410
Total de Visitas domiciliarias por N° de Interno	55	57,5	120	0	58,6

Fuente: Guías de Gestión Asistencial de los Internos de Licenciatura en Enfermería en los Centros de Salud Jardines del Hipódromo, HGSB, Policlínica Raúl López y Saravia de Carmelo y Puesto de Barrio Godoy de Tacuarembó

Con respecto a las visitas domiciliarias realizadas estas fueron un total de 410 realizadas por 7 internos. En el Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois se destaca que no se realizaron visitas domiciliarias en el período estudiado.

Gráfico N° 17: N° de Visitas Domiciliarias por Recurso Tiempo

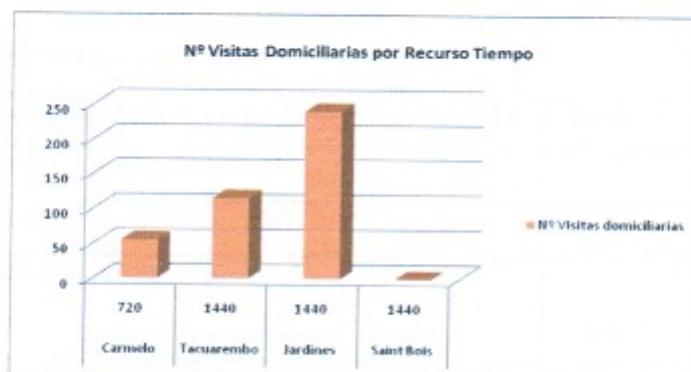


Tabla N° 22: N° de Contactos Telefónicos por Recursos Humanos

Recursos Humanos /Servicio	Carmelo	Tacuarembó	Jardines	Saint Bois	Total
N° de Interno	1	2	2	2	7
N° Contactos telefónicos	300	19	154	174	647
Total de Contactos telefónicos por N° de Interno	300	9,5	77	87	92,4

Fuente: Guías de Gestión Asistencial de los Internos de Licenciatura en Enfermería en los Centros de Salud Jardines del Hipódromo, HGSB, Policlínica Raúl López y Saravia de Carmelo y Puesto de Barrio Godoy de Tacuarembó

Teniendo en cuenta el número de contactos telefónicos por interno se observa un total de 92,4. El Centro que conto con mayor número de contactos realizados fue la Policlínica Raúl López y Saravia.

Tabla N° 23: N° de Actividades Educativas por Recursos Humanos

Recursos Humanos /Servicio	Carmelo	Tacuarembó	Jardines	Saint Bois	Total
N° de Interno	1	2	2	2	7
N° Actividades educativas	230	781	5	2415	3431
Total de Actividades educativas por N° de Interno	230	390,5	2,5	1207,5	480

Fuente: Guías de Gestión Asistencial de los Internos de Licenciatura en Enfermería en los Centros de Salud Jardines del Hipódromo, HGSB, Policlínica Raúl López y Saravia de Carmelo y Puesto de Barrio Godoy de Tacuarembó

En relación al número de actividades educativas se destaca el Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois con un total de 1207,5 actividades por interno, por otro lado podemos ver que la relación en el Centro de Salud Jardines del Hipódromo es de 2,5 actividades por interno.

Tabla N° 24: N° de Caminatas por Recursos Humanos

Recursos Humanos /Servicio	Carmelo	Tacuarembó	Jardines	Saint Bois	Total
N° de Interno	1	2	2	2	7
N° Caminatas	26	1	57	69	153
Total de Caminatas por N° de Interno	26	0,5	28,5	34,5	21,8

Fuente: Guías de Gestión Asistencial de los Internos de Licenciatura en Enfermería en los Centros de Salud Jardines del Hipódromo, HGSB, Policlínica Raúl López y Saravia de Carmelo y Puesto de Barrio Godoy de Tacuarembó

Se realizaron un total de 153 caminatas en el periodo estudiado, destacándose el Puesto de Barrio Godoy de Tacuarembó con una sola caminata en todo el período.

Tabla Nº 25: Nº de Coordinaciones por Recursos Humanos

Recursos Tiempo /Servicio	Carmelo	Tacuarembó	Jardines	Saint Bois	Total
Nº de Interno	1	2	2	2	7
Nº Coordinaciones	45	7	134	64	250
Total	45	3,5	67	32	35,7

Fuente: Guías de Gestión Asistencial de los Internos de Licenciatura en Enfermería en los Centros de Salud Jardines del Hipódromo, HGSB, Policlínica Raúl López y Saravia de Carmelo y Puesto de Barrio Godoy de Tacuarembó

En lo que respecta a las coordinaciones realizadas estas fueron de total de 148, correspondiendo a un promedio de 21,1 coordinaciones por interno. El Centro que realizó más coordinaciones fue el Centro Hospitalario del Norte Gustavo Saint Bois con un total de 32 coordinaciones por interno.

Anexo 11: Recursos necesarios

Recursos Humanos:

4 Bachilleres de Licenciatura en Enfermería.

Recursos Materiales:

Gastos de inversión:

- 3 pendirves
- 2 computadoras
- 1 impresora
- 1 engrapadora

Gastos de funcionamiento:

- 2 resmas de hojas \$100 C/U. Total \$200
- 4 cartuchos de tinta \$120 C/U. Total \$480
- 4 lapiceras \$5 C/U. Total \$20
- 2 cuadrenolas \$30 C/U. Total \$60
- 1 caja de grampas \$22 C/U. Total \$22
- 350 Fotocopias \$1 C/U. Total \$350
- 450 Impresiones \$2 C/U. Total \$900
- 5 Carpetas \$17 C/U. Total \$85
- 480 Boletos \$17 C/U. Total \$8160
- 50 Horas de cyber \$15 C/U. Total \$750
- Viáticos. \$2500
- 400 Horas por Investigador. Total 1600 Horas.

Recursos financieros:

\$13527Total

Anexo 12: Cronograma de Gantt

Actividades	Setiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre				Enero				Febrero			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Revisión Bibliográfica																								
Elaboración del Marco Teórico																								
Elaboración del Protocolo																								
Presentación del Protocolo																								
Procesamiento de datos																								
Análisis de Datos																								
Elaboración del Informe Final																								
Entrega del Informe Final																								
Presentación y Defensa																								