



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
1830



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CENTRO DE POSGRADO
MAESTRÍA DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

MODELO DE CALIDAD PARA LAS UNIDADES MEDICINA INTENSIVA EN URUGUAY

Autor:

Lic. Enf. María Isabel Silva Quiroga

Tutor:

Prof. Mg. Miriam Costabel

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

Montevideo, 2017



**Modelo de Calidad para las Unidades de Medicina Intensiva
en Uruguay**

**María Isabel Silva Quiroga
Licenciado en Enfermería**

**“Tesis para la obtención del título de Magister en Gestión de Servicios de
Salud en el marco del Programa de la Maestría Gestión de Servicios de
Salud”**

Director de Tesis


Miriam Costabel

Profesor Magister

Licenciado en Enfermería

Montevideo, octubre 2017



 ***Ficha catalográfica: incorpora la información requerida para su indexación en bases de datos. Se realiza por personal de Biblioteca.***



Montevideo, octubre 2017.

De: Prof. Mg. Miriam Costabel

A: Prof. Mg. Josefina Verde

Asunto: Solicitud de Confirmación de Tribunal defensa de tesis para Lic. Enf. Isabel Silva.

Por la presente solicito la conformación de tribunal de defensa de tesis para Licenciada Isabel Silva cuya tesis está en condiciones de ser presentada:

“Modelo de Calidad para las Unidades de Medicina Intensiva en Uruguay”.

Prof. Mg. Miriam Costabel



AGRADECIMIENTOS:

A mi tutor Profesor Magister Miriam Costabel que me acompañó en este proceso.

A los profesionales del área de Medicina Intensiva que gentilmente apoyaron en la implementación de esta investigación.

A mi familia que incondicionalmente nos apoyan siempre en el ejercicio de la profesión.



LISTA DE ABREVIATURAS Y DE SIGLAS

AHA	Asociación Americana de Hospitales
CTI	Centro de Tratamiento Intensivo
CHAMI	Comisión Honoraria Asesora Medicina Intensiva
EEUU	Estados Unidos de Norteamérica
EFQM	Fundación Europea para la Gestión de la Calidad
FNR	Fondo Nacional de Recursos
IAMC	Instituciones de Asistencia Médica Colectiva
IMAE	Instituto de Medicina Altamente Especializada
ISO	(sigla en inglés) International Organización for Standardization
JCAHO	(sigla en inglés) Joint Commission on Accreditation of health Organizations
JCI	(sigla en inglés) Joint Commission International
MI	Medicina Intensiva
MSP	Ministerio de Salud Pública
NAS	(sigla en inglés) Nursing Activities Score
OMS	Organización Mundial de la Salud



PE	Planificación Estratégica
SEMICYUC	Sociedad Española Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias.
SIM UMI	Sistema Información y Monitoreo Unidad de Medicina Intensiva
SNIS	Sistema Nacional Integrado Salud
SUECI	Sociedad Uruguaya de Enfermería en Cuidado Intensivo
Udelar	Universidad de la República
UMI	Unidad de Medicina Intensiva
UMIs	Unidades de Medicina Intensiva



RESUMEN

Esta tesis plantea una propuesta de un Modelo de Calidad para el área de Medicina Intensiva en el Uruguay, necesidad demandada por los responsables Licenciados en Enfermería y Médicos que llevan adelante la asistencia del paciente crítico. Los objetivos planteados fueron los siguientes:

- 1.-Construir un modelo que conjugue todas las dimensiones requeridas para evaluar la gestión de una UMI.
- 2.-Identificar las opiniones de Licenciados en Enfermería y Médicos expertos acerca de la pertinencia de las dimensiones y componentes del modelo propuesto.

Metodología: Estudio descriptivo, corte transversal, cuantitativo. Muestra: Licenciados Enfermería y Médicos gestores, en el área de MI del Uruguay y del exterior categorizados como experto. N: 21: 33% Médicos, Lic. Enf. 67% con nacionalidad uruguaya 95%. Criterios de inclusión: expertos que cumplan con el consentimiento informado y voluntad de participación.

Instrumento: documento que recoge de forma organizada, la categorización sobre Dimensiones y componentes de un Modelo de Gestión en Calidad. El experto debió valorar el modelo según escala de Likert: categorizadas de 1 al 5; siendo 5: Indispensable; 4: Sumamente importante; 3: Medianamente Importante; 2: Poco Importante; 1: No se toma en cuenta.

Procedimiento de tabulación y análisis de datos: Se realizaron tablas de distribución de frecuencias, gráficos y estadísticos de cada variable; análisis descriptivo comparativo con valoración diferenciada según la profesión del entrevistado, a cada Dimensión y Componentes, se le aplicó Estadístico de prueba: χ^2 .

Consideraciones éticas: Se preservaron los aspectos bioéticos de la investigación en sujetos humanos; respetó el carácter voluntario de participar, se solicitó consentimiento informado.

Resultados: La propuesta muestra un grado de adhesión alto a la implementación del mismo, existe convergencia de opiniones en relación al grado de adhesión según se trata de Lic. Enf. o Médicos. Los Lic. Enf. consideran que son componentes “indispensable” en el 50% de las Dimensiones que integran el modelo, el resto son valoradas como “sumamente importante”. El experto Médico muestra adhesión globalmente en un 90% con una calificación de “sumamente importante”, el 10% restante es de una adhesión de “medianamente importante”.



Conclusiones: el modelo propuesto contempla las demandas del personal de MI que contribuyen al desarrollo y la mejora de la calidad. Se recomienda la aplicación del mismo por parte de los gestores de las unidades, con análisis y discusiones previas, en aquellos componentes en los cuales no hubo una adhesión unánime por parte de los expertos consultados.

Palabras claves: cuidados críticos, modelo de gestión en calidad.

Key words: critical care, quality management model.



TABLA DE CONTENIDOS:

1. INTRODUCCIÓN.....	pág.11
2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	pág.14
3. MARCO TEÓRICO.....	pág.15
3.1 ANTECEDENTES.....	pág. 15
3.2 JUSTIFICACIÓN.....	pág. 17
3.3 MARCO CONCEPTUAL.....	pág. 20
4. METODOLOGÍA.....	pág. 44
5. RESULTADOS.....	pág. 50
6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	pág. 60
7. CONCLUSIONES.....	pág. 71
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	pág. 76
9. CRONOGRAMA.....	pág. 82
10. ANEXOS.....	pág. 83



1. INTRODUCCIÓN

El objetivo de la Medicina Intensiva (MI) es ofrecer a los enfermos críticos una asistencia sanitaria, manteniendo con vida a los pacientes, ajustada a sus necesidades de calidad de la manera más segura posible.

El cuidado crítico o intensivo es una especialidad compleja desarrollada para servir a las diversas necesidades de cuidado de la salud de los pacientes (y sus familias) con condiciones reales o potenciales que amenacen la vida. (1)

La Calidad es un componente imprescindible del funcionamiento de los servicios de salud y en todos sus niveles. La administración de las instituciones sanitarias y quienes gestionan, son responsables de la gestión de la calidad.

Al hablar de la mejora continua de la calidad lleva implícito la proliferación de “modelos” para la implantación efectiva de la gestión de la calidad. Cada servicio debe tener su propia definición de calidad en términos operativos y medibles. Estos (criterios, indicadores, estándares, etc.) deben ser consistentes con las definiciones genéricas de calidad que se adopten. En la atención en Salud es muy difícil que exista un conjunto de indicadores que mida de forma específica y completa la calidad.

En el Uruguay en el área de la MI relacionado con el relevamiento de indicadores en calidad, existe el Fondo Nacional de Recursos (FNR) institución que brinda cobertura financiera para técnicas de medicina altamente especializada y medicamentos de alto costo para la población residente en el país y usuaria del Sistema Nacional Integrado de Salud.



El FNR posee un Programa de Evaluación y Seguimiento de las Unidades de Cuidado Intensivo, pero solo aquellas que son Institutos de Medicina Altamente Especializada (IMAE). Este programa tiene definidos Estándares de Calidad que son desarrollados y basados en el Decreto que regula el funcionamiento desde el 2008 de las UMI en nuestro país Decreto 399/008 (2). Este Decreto al presente está en vías de actualización han pasado nueve años, el avance en la Medicina y cambios sobre todo en la gestión de los recursos humanos así lo requieren.

En la órbita del Ministerio de Salud Pública (MSP) en el año 2005, se crea la Comisión Honoraria Asesora Medicina Intensiva del Ministerio de Salud Pública (CHAMI), uno de sus objetivos fue diseñar y dar impulso a un Programa Sistema de Monitoreo de la Información de las Unidades de Medicina Intensiva (Programa SIM UMI). Este programa gozó en sus inicios de un importante apoyo ministerial, la CHAMI promovió el uso de indicadores a toda la MI del país, la elección de los mismos fue resultado de talleres donde participaron los directores o responsables de las UMI de todo el país: Licenciados en Enfermería (Lic. Enf.), Médicos.

En el año 2009 los responsables (Lic. Enf. y Médicos) de las UMI empezaron a enviar la información de indicadores (Anexo 1), a la CHAMI, donde un médico y un Lic. Enf. recepcionaban los datos para un posterior análisis en la Comisión. La Comisión analizaba los mismos y se realizaban devoluciones a las UMI que reportaban en forma codificada. Este Programa SIM UMI se desarrolló en forma voluntaria hasta el año 2014, por razones de falta de recursos



humanos para la recepción del mismo quedó en suspenso. Los datos de los indicadores recibidos mostraron una realidad del cuidado asistencial de las UMI que hasta el momento no se conocía o era parcial, actualmente y a pedido de las propias UMI, se encuentra en vías de reinicio a nivel del Ministerio de Salud.

Estos dos procesos realizados por una institución (FNR) y una comisión del MS (CHAMI) no constituyen en forma integral un modelo de calidad que contemple todas las dimensiones de la producción de la Medicina Intensiva.

Esta tesis plantea una propuesta de un modelo de Calidad para el área de Medicina Intensiva en el Uruguay, necesidad demandada por los responsables Licenciados en Enfermería y Médicos que llevan adelante la asistencia del paciente más grave del sistema sanitario.

El aporte práctico es la sugerencia en la implementación de dimensiones con sus componentes o indicadores a tener en cuenta como partes del modelo que debe operacionalizarse para medir la calidad, posibilitando luego la realización de auditorías.



PREGUNTA PROBLEMA:

¿Cuál debería ser el modelo de gestión de servicios de cuidados intensivos que asegure la calidad en la atención en las UMI en el Uruguay?

2. OBJETIVOS:

Construir un modelo que conjugue todas las dimensiones requeridas para evaluar la gestión de una UMI

Identificar las opiniones de Licenciados en Enfermería y Médicos expertos acerca de la pertinencia de las dimensiones y componentes del modelo propuesto.



3 MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

3.1 ANTECEDENTES:

Los primeros antecedentes documentados en evaluación de calidad de la atención sanitaria se remontan a la segunda mitad del siglo XIX, cuando Florence Nightingale estudió las tasas de mortalidad de los hospitales militares durante la guerra de Crimea.

A nivel internacional la elaboración de los indicadores de calidad del enfermo crítico de la Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica, y Unidades Coronarias (SEMICYUC), en su versión inicial, año el año 2005, fueron realizados en colaboración estrecha y con el apoyo metodológico del Instituto Universitario Avedis Donabedian, centro de reconocido prestigio y larga experiencia en la mejora de la calidad y seguridad. De este trabajo resultó el desarrollo de 120 indicadores de calidad, que los Servicios de Medicina Intensiva de España, y en el mundo los han incorporado en su práctica habitual.

En el 2011 la SEMICYUC publica la Actualización "*Indicadores de calidad en el enfermo crítico*" (3) cuyo objetivo es proporcionar a los profesionales y gestores de la salud instrumentos para analizar la calidad de la asistencia al enfermo crítico. La preocupación de quienes dirigen el cuidado del paciente crítico en la mejora de la calidad y en la evaluación de sus resultados ha sido evidente.

Existen otros dos modelos comprometidos con la calidad, Modelos conocidos y más frecuentemente aplicados en el ámbito de la salud son los modelos ISO



(*International Organization for Standardization*) y el modelo *JCAHO* (*Joint Commission on Accreditation of Health Organizations*). Estos modelos son esquemas de monitorización, utilizando como mecanismo de detección de problemas circunscritos al conjunto concreto de criterios, estándares o indicadores que proponen evaluar; presentan para su aplicación práctica un esquema de monitorización. Se comparan la realidad con normas (ISO), estándares (JCAHO) o criterios (EFQM) preestablecidos.

Como se expresaba anteriormente, en el Uruguay el FNR es una institución creada por el Decreto Ley 14897 con carácter de persona pública no estatal, que brinda cobertura financiera a técnicas de medicina altamente especializada y a fármacos de alto costo para toda la población usuaria del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

En el caso de las técnicas y /o procedimientos, estos se efectúan a través de los IMAE que son prestadores públicos o privados, que cuentan con la habilitación del Ministerio de Salud (MS) para su funcionamiento. Se entiende por Medicina Altamente especializada a *“aquella que requiere una gran concentración de recursos humanos y materiales para un escaso número de pacientes en los que está en juego el pronóstico vital o funcional, articulados en forma tal que permitan obtener la excelencia asistencial”* (4).

El FNR posee un Programa de Evaluación y Seguimiento de las Unidades de Cuidado Intensivo, que son IMAE. Este programa se basa en cuatro Criterios de Calidad: acceso oportuno a la atención, continuidad de los cuidados,



seguridad y condiciones básicas de confort. Los IMAE son inspeccionados, los responsables de los mismos deben presentar en base a una Lista de verificación *“todos los planes de mantenimiento, resultados de laboratorio, y documentos de calidad deben estar disponibles en formato electrónico y presentados al FNR en el momento de ser pedidos por la visita interdisciplinaria o en cualquier otro momento”* (5). Actualmente son siete IMAES cardiológicos, nucleados en la capital del país, que son seguidos por el programa del FNR, y recientemente aprobado uno en el departamento de Salto.

3.2 JUSTIFICACIÓN

La Calidad es un componente imprescindible del funcionamiento de los servicios de salud en todos sus niveles. La administración y quienes gestionan, son responsables de la gestión de la calidad. Al hablar de la mejora continua de la calidad lleva implícito la proliferación de “modelos” para la implantación efectiva de la gestión de la calidad. La Calidad referida a la atención en Salud significa satisfacer las necesidades y expectativas de la población que recibe los servicios de salud.

La Calidad de los procesos de atención se define por medio de requisitos que se hace medibles a través de criterios o indicadores. Cada servicio debe tener su propia definición de calidad en términos operativos y medibles. Como así también su Plantificación Estratégica (PE) en donde se plasman la misión y visión institución, objetivos estratégicos y de ser posible un plan operativo. Todos los servicios que forman parte de dicha institución, deben elaborar su respectiva misión y visión en acuerdo entre todos los integrantes, liderado por



los responsables o dirigentes de los mismos. Los criterios, indicadores, estándares, otros deben ser consistentes con las definiciones genéricas de calidad que se adopten.

En la atención a la Salud es muy difícil que exista un conjunto de indicadores que mida de forma específica y completa la calidad. Aplicando el concepto de “sistema” a la gestión de la calidad se la puede definir como *“un conjunto de elementos estructurales y de actividades que tienen como fin específico la mejora continua de la calidad”* (6).

En nuestro país referente a la adopción de estrategias para la mejora de la calidad en las prestaciones el área de la salud, ha tenido un proceso lento, muy pocas instituciones han realizado procesos en este sentido (7).

En el Uruguay por Ordenanza del Ministerio de Salud Pública N^o 433 de 2 de junio de 2005 se creó la Comisión Honoraria Asesora en Medicina Intensiva, uno de sus cometidos fue la actualización de la normativa que regulaba las UMI hasta ese momento. Dicha Comisión elabora la actual normativa (decreto 399/008), que establece en sus consideraciones textuales: II) que, a esos efectos es preciso incorporar criterios claros de control de calidad de los procesos y resultados de la atención en estos servicios; Este artículo no ha sido cumplidos por todas las UMI, salvo pocas excepciones. Existe una propuesta elaborada por el FNR para evaluar las UMIs pero solo abarca aquellos que son IMAES (unidades de medicina intensiva cardiológicos) el mismo se basa en el Decreto 399/2008 como consecuencia no está actualizado.



Posiblemente para esos IMAES su efectividad sea la exigible para la asistencia a la población que atiende.

El aporte relevante de esta investigación es propender a un modelo ideal como escenario “objetivo” de modo de mejorar el área de Medicina Intensiva.



3.3 MARCO CONCEPTUAL:

Para la elaboración del mismo se realizó una revisión avanzada a través de los descriptores palabras clave o términos mesh decs: cuidados críticos, calidad, gestión, modelo. En bases electrónicas a través de la Biblioteca Virtual Salud: Medline, Scielo, Dialnet, Pubmed. (Anexo 6).

El concepto científico de Modelo, es sinónimo de maqueta, representación más o menos fiel idealizada de la realidad que se quiere “modelar”, el modelo será tanto mejor cuanto mejor representada este la realidad que pretende modelar.

Los modelos conocidos y más frecuentemente aplicados en el ámbito de la salud son los modelos ISO y el modelo JCAH. Estos modelos son esquemas de monitorización, utilizando como mecanismo de detección de problemas circunscritos al conjunto concreto de criterios, estándares o indicadores que proponen evaluar.

El Modelo ISO es un organismo internacional de normalización, creado en 1947, cuyo objetivo fue la coordinación y unificación internacional de las normas, mejorando el intercambio comercial. Este modelo se basa en ocho principios de la gestión de la calidad: Organización enfocada al cliente; Liderazgo; Participación del personal; Enfoque al proceso; Enfoque al sistema hacia la gestión; Mejora continua; Toma de decisiones por datos; Relación beneficiosa con los suministradores. Las normas ISO no son específicas para servicios de salud.



El Modelo JCAHO, fue creada en la década del 50, en acuerdo entre asociaciones de profesionales sanitarios y la Asociación Americana de Hospitales (AHA). En el modelo JCAHO la “norma” es equivalente a “estándar” y en vez de “certificar” equivale a “acreditar”. En países como EEUU es de carácter obligatorio la acreditación para las instituciones que atienden pacientes, comenzando por los dos grandes seguros de enfermedad público Medicaid y Medicare en la década de los sesenta.

La Fundación Avedis Donabedian de Barcelona la acreditación JCAHO la realiza en España (8).

La misión de Joint Commission International (JCI) es mejorar la seguridad y la calidad de la atención en la comunidad internacional a través de la provisión de educación, publicaciones, consultas y servicios de evaluación.

En el año 2014 se publica la quinta edición de los *Estándares para la acreditación de hospitales de Joint Commission International* que incluye los estándares, intenciones, elementos medibles, un resumen de las modificaciones principales de estándares de hospitales de Joint Commission International. Los estándares están organizados en base a funciones importantes, comunes a todas las organizaciones sanitarias. La organización funcional de los estándares es actualmente la más usada alrededor del mundo y está convalidada con la realización de estudios científicos, pruebas y aplicaciones. Los hospitales formadores de profesionales de la salud, académicos, donde se realiza el cumplimiento de estándares están relacionados directamente con la atención del paciente ofreciendo una organización segura, efectiva y bien administrada.



Estos estándares se pueden aplicar a toda la organización así como también a cada departamento, unidad o servicio dentro de la misma.

En el año 2005 la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations y la Joint Commission International fueron designadas oficialmente para desempeñar conjuntamente la función de Centro Colaborador de la OMS sobre Soluciones para la Seguridad del Paciente. El programa elaborado tuvo como objetivo asegurar que las intervenciones y medidas que hayan resuelto problemas vinculadas con la seguridad del paciente se difundan de forma accesible. En ese momento se produce el lanzamiento de las *“Nueve soluciones para la seguridad paciente”*, con la finalidad de *“salvar vidas y evitar daños”* (9).

El Modelo EFQM (European Foundation for Quality Management) fue creado por la Fundación Europea para la Gestión de la calidad, con el apoyo de la Unión Europea, esta desarrolla el modelo europeo de excelencia, con la colaboración de diversas organizaciones y con la experiencia previa de Japón (Deming) (Anexo 2), y EEUU (Malcom Baldrige). Con este modelo se pretende crear un marco para las organizaciones respetando su idiosincrasia que aplicándolo mejore su gestión.

El modelo EFQM es trasladado al ámbito sanitario, en España se ha aplicado en Atención primaria, comunidades autónomas de Cataluña y Andalucía (10) (11). Otra experiencia con gran éxito ha sido la aplicación en el País Vasco, donde todos los centros hospitalarios se autoevalúan de manera sistemática



con el Modelo Europeo, obteniendo resultados positivos Moracho O.(12). En este modelo se enfocan “criterios” para la evaluación, que son grandes áreas a evaluar, agrupadas en criterios “agentes”; y de “resultados”; dando según el cumplimiento un puntaje. El marco filosófico del modelo son los llamados “fundamentos de la excelencia”. En este modelo se precisa una auditoría externa (Anexo 3).

La Seguridad del paciente, es una de las dimensiones de la calidad que se ha convertido en un objetivo prioritario para la gestión de la calidad en los sistemas de salud de un número creciente de países, incluyendo la práctica totalidad del ámbito occidental.

La monitorización de indicadores se entiende así como una actividad planificada y sistemática que tiene el objetivo de identificar problemas o situaciones que deben ser estudiadas en profundidad o ser objeto de intervención para mejorar. Es una puerta de entrada a la dinámica de los ciclos de mejora y un componente de las actividades de diseño o planificación de la calidad. Los buenos indicadores han de ser válidos, fiables y útiles (apropiados) para los fines de la monitorización, para detectar por ejemplo, problemas de seguridad del paciente y controlar su resolución y el mantenimiento de la mejora.

La asistencia al paciente crítico requiere la existencia de un modelo asistencial específico en organización, control y planificación, y de una atención continuada las 24 horas de cuidados de enfermería y médicos especialistas.



Es a partir del Decreto 399/2008 (13) donde se comienza a exigir que el Licenciado en Enfermería deba ser Especialista en Cuidados Intensivos y el personal Auxiliar de Enfermería debe poseer una formación y capacitación adecuada para el cuidado del paciente en situación crítica con la finalidad de garantizar la mejor asistencia posible.

Calidad

Para definir el concepto de Calidad asistencial en MI: debe tenerse en cuenta la definición de la misma: Según el artículo 3º. del Decreto 399/2008 *“La Medicina Intensiva es la especialidad encargada de la asistencia de los pacientes críticos. Se entiende por paciente crítico a aquel que presenta inestabilidad real o potencial de uno más sistemas fisiológicos mayores, con posibilidades de recuperación”* (14).

La atención en la UMI es continuada y abarca la monitorización, diagnóstico, soporte de funciones vitales, así como el tratamiento de enfermedades de base. Cada UMI debería definir su misión de acuerdo a la institución a la cual pertenece y a su realidad organizacional. De acuerdo a esto cada UMI debe definir su concepto concreto de calidad.

El objetivo de la medicina intensiva es ofrecer a los enfermos críticos una asistencia sanitaria: ajustada a sus necesidades de calidad de la manera más segura posible (15). La Calidad de la atención de enfermería en un área de cuidados intensivos *“es la capacidad que posee para responder a las*



necesidades de cuidados de enfermería que requiere el paciente críticamente enfermo” (16).

El concepto de la gestión de la Calidad Total consiste en colocar la calidad como *principio orientador de las decisiones” (16).*

Según Avedis Donabedian (1919-2000) la calidad de atención en una UMI está compuesta por tres necesidades que interactúan: la satisfacción del paciente, el beneficio máximo alcanzable en la práctica profesional y la más óptima utilización de los recursos, sin daños asociados.

Por lo tanto la calidad como objetivo debe incluir: la satisfacción de las expectativas de los pacientes (calidad percibida) como la efectividad y eficiencia de la actuación (calidad intrínseca o científico_ técnica).

El Institute of Medicine norteamericano aporta una definición genérica de calidad: *“Es el grado en que los servicios prestados a un individuo y a la población aumentan la probabilidad de obtener resultados de salud deseables y coherentes con el conocimiento actual de los profesionales” (17).*

Historia de la Medicina Intensiva en el Uruguay

En el Uruguay el primer centro de MI fue creado en el Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela en la década del 50, coincidiendo con la aparición de otros centros en Latinoamérica y en el mundo. En este ámbito se comienza a cuidar, en el hospital universitario al paciente más grave, el paciente crítico.



La Federación Mundial de Enfermería en Cuidado Críticos (WFCCN) realizó en el año 2011 una revisión de la Declaración de Posición del Colegio Australiano de Enfermería sobre educación en enfermería en cuidados críticos. En dichas declaraciones es que se afirma que el cuidado intensivo es una especialidad compleja desarrollada para servir a las diversas necesidades de cuidado de la salud de los pacientes en condiciones reales o potenciales que amenacen la vida (18).

La MI debe responder a una doble demanda: la social y la profesional.

En la demanda social queda contemplado un incremento en el nivel de exigencias en la asistencia así como en sus componentes. En la demanda profesional se visualiza el requerimiento de una atención especializada llevada a cabo por personal profesional en el área. En esta área se aplican conocimientos, aptitudes y habilidades, en un ámbito de concentración de espacio, personal y tecnología, representando el último escalón asistencial de un sistema de atención progresiva del paciente gravemente enfermo.

La MI es el área donde se cuida al paciente más grave del sistema de salud, se designa como Unidad de Medicina Intensiva (UMI), comprendiendo a Cuidados Especiales: categorizados en intermedios e intensivos.

El área de Cuidados Intermedios: es el sector destinado a pacientes en etapa aguda, en período no crítico, con dependencia marcada, con una estabilidad de parámetros sin compromiso severo de uno o más sistemas, con riesgo moderado de complicaciones pero sin riesgo de muerte inminente.



El área de Cuidados Intensivos: es el sector destinado a pacientes en etapa aguda, período crítico, muy dependientes, con inestabilidad de parámetros fisiológicos y compromiso severo de uno o más sistemas, con alto riesgo de complicaciones y riesgo de muerte.

En esta investigación se consideran globalmente los sectores de cuidados intermedios e intensivos, los cuales deben corresponder a sectores de internación específicamente destinados a estos fines con un número determinado de camas asignadas.

Comisión Honoraria Asesora de Medicina Intensiva

La normativa que regula las UMI responsabilidad del Ministerio de Salud (MS) existe desde los años ochenta, ha sido actualizada aproximadamente cada diez años.

En el año 2005, siendo Ministra la Dra. María Julia Muñoz, se crea (como ya se mencionó) la CHAMI en la órbita del Ministerio de Salud Pública según Oficio No. 1199 fecha 10/06. Esta comisión desde sus inicios hasta la actualidad está presidida por el Dr. Raúl Lombardi e integrada por miembros designados por la Facultad de Medicina, la Cátedra de Medicina Intensiva, la Sociedad Uruguaya de Medicina Intensiva, el Ministerio de Salud Pública, la Facultad de Enfermería y la Sociedad Uruguaya de Enfermería en Cuidados Intensivos.



La MI ha presentado un desarrollo creciente a nivel mundial y nacional. En menos de treinta años se ha distribuido por todo el país, formando parte como pieza clave de los recursos terapéuticos del paciente grave.

A la CHAMI se le encomienda: 1) Actualizar el conocimiento de la situación de la Medicina Intensiva en el Uruguay, a fin de poder definir racionalmente las necesidades del país. 2) Actualizar la normativa vigente que regula el funcionamiento de las Unidades de Medicina Intensiva. 3) Definir un sistema de control de calidad y resultados de las mismas.

En octubre de 2005 se realiza el primer censo nacional en MI que registra 60 unidades de MI con 604 camas, de las cuales 312 son de cuidados intensivos (CTI) y 292 de cuidados intermedios (CI). Este crecimiento no se ha detenido, y en 2011 se registraron 670 camas.

A nivel internacional se establece que se necesita una cama de MI cada 10.000 personas. En Uruguay hay una cama cada 4.881 personas. Uno de los problemas es la distribución en el territorio. La mayoría de las camas se encuentran en la capital del país: 68% mientras que las restantes se dividen en los otros 18 departamentos.

Del total de camas de MI que hay en el país, el 70% están en instituciones de salud privados y el 30% en instituciones públicas. Esta situación de desigualdad en la distribución en el país es la causa de que en momentos de mayor demanda de cama en MI puede determinar la demora en el acceso de los cuidados intensivo para un paciente grave; de ahí la importancia de mejorar



la gestión del ingreso_ egreso de los pacientes como también una optimización del recurso cama.

Actualmente, la CHAMI está planificando un nuevo censo ya que se tiene la convicción de que el número de camas ha aumentado.

En el 2008 la CHAMI finaliza la actualización de la actual normativa que regula del funcionamiento de las Unidades de Medicina Intensiva que queda plasmado en el Decreto 399/008.

Uno de los avances importantes de la última normativa para Enfermería profesional fue que el Licenciado en Enfermería para poder ejercer en la UMI debe ser Especialista en Cuidados Intensivos. Esto sirvió para dar un impulso a la formación de los Licenciados en Especialistas por modalidad residentado en la Facultad de Enfermería Universidad de la República (UdelaR) a partir del año 2014.

En los últimos dos años se han producido cambios en la organización del recurso humano médico en las áreas de la MI, lo que ha llevado a que nuevamente se encuentre en revisión la normativa por la CHAMI.

La CHAMI, en el rol de asesoría que le asignara el MS, creó en el año 2009 el Sistema de Información y Monitoreo para la Medicina Intensiva (SIM-UMI). En este sentido se elabora y presenta a la Ministra de Salud Pública el Proyecto SIM UMI (Sistema de información y monitoreo de medicina intensiva). El Ministerio apoyó la implementación del mismo y se crearon dos cargos



rentados para la ejecución, estos cargos fueron designados por concurso de méritos para un Médico y un Licenciado en Enfermería.

Para la implementación del programa, los representantes de todas las UMIs fueron convocados a un encuentro con apoyo del MS. En el mismo se estableció que el relevamiento sería a través de 9 indicadores: Edad, Sexo, Fecha de ingreso, Fecha de egreso, Apache, Diagnóstico, Cirugía, Horas de VM, Condición al alta (Anexo 1).

El SIM comenzó su actividad en el 2009 y pretendió abarcar el 90% de las UMI.

El objetivo del mismo fue responder a las siguientes preguntas: ¿Cuál es la mortalidad en la MI del Uruguay?, ¿Cuál es la gravedad de los pacientes al ingresar a MI?

La monitorización tiene como finalidad última la de identificar problemas, situaciones de mejora potencial o bien desviaciones y los indicadores actúan como una llamada de atención o señal de alarma que nos advierte de esta posibilidad.

Los objetivos principales del proyecto SIM UMI fueron conocer y mejorar los resultados en la MI del Uruguay y concomitantemente promover un cambio en la cultura del manejo de la información, que hasta ese momento no existía.

El reporte de las UMI ha sido voluntario, en el año 2012 desde el MS se planteó la obligatoriedad del reporte pero no se llegó a efectivizar. En el año 2014 este programa se suspendió por falta de apoyo económico del MS y



ASSE, ya que el cargo rentado para recepción de los datos fue eliminado. Actualmente la CHAMI ha realizado gestiones en el MS, las autoridades estarían interesadas en que este se activara nuevamente.

Sistema Nacional Integrado de Salud en el Uruguay

La reforma sanitaria se ubica en un contexto de transformaciones sociales, económicas y políticas, y se basa en cambios complementarios y progresivos del modelo de gestión, del modelo de financiamiento y del modelo de atención a la salud. Estos cambios se han ido realizando a través de la promulgación de leyes y decretos de las que se destaca la Ley 18.211 del año 2007 que crea el “Sistema Nacional Integrado de Salud” (SNIS). Con el SNIS se constituye un Seguro Nacional de Salud cuyos objetivos son: el garantizar el acceso universal, brindar atención integral a la salud a toda la población, lograr niveles de accesibilidad y calidad homogéneas y lograr justicia distributiva en el financiamiento del gasto en salud que asegure la equidad, la solidaridad y la sustentabilidad del sistema. Este conjunto de principios y valores sobre los que se sustenta el SNIS constituyen los elementos de “cambio en el modelo de gestión del sistema. Paralelamente se produce cambios en el “modelo de financiamiento” el Seguro se financia a través de un Fondo único público y obligatorio, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), a este aportan el estado, las empresas y los hogares beneficiarios del SNIS, reuniendo todos los aportes de la seguridad social. Este fondo es administrado por la Junta Nacional de Salud (JUNASA), organismo desconcentrado del Ministerio de Salud Pública en el que participan usuarios, trabajadores de la salud y prestadores. Los usuarios



aportan al fondo según ingreso y existe libre elección del prestador por parte de los mismos. El prestador está obligado a brindar una cobertura integral a través de una canasta básica de prestaciones. Estas instituciones conforman el Sistema Integrado y reciben del FONASA una cápita ajustada por sexo y edad así como por metas asociadas al cumplimiento de objetivos prestacionales. El principal prestador público, ASSE, que funcionaba en la órbita del MSP como organismo desconcentrado se descentraliza en 2007 a partir de la promulgación de la Ley 18.161. El Sistema Nacional Integrado de Salud del Uruguay está constituido por los subsectores público y privado.

En el subsector público la red de servicios de salud de la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) es la principal del país, y comprende hospitales, centros de salud y policlínicas. Da cobertura a una población de 1.192.580 personas, aproximadamente 36% de la población total del país. El Hospital de Sanidad de las Fuerzas Armadas cuenta con infraestructura hospitalaria propia en Montevideo, con 450 camas y servicios de enfermería en las unidades militares del resto del país. Brinda cobertura a aproximadamente 250.000 personas (militares en actividad y retirados y sus familiares). Sanidad Policial tiene una infraestructura hospitalaria de 132 camas en Montevideo y en el interior contrata servicios de ASSE y de prestadores privados. Da cobertura a 70.000 personas (policías en actividad, retirados y familiares). La Universidad de la República a través del Hospital de Clínicas cubre población de ASSE y actualmente funciona con 450 camas. El Banco de Previsión Social cuenta con el Servicio Materno Infantil con instalaciones propias ambulatorias y brinda



cobertura a cónyuges e hijos de beneficiarios del Seguro de Enfermedad, que no cuenten con cobertura privada. El Banco de Seguros del Estado dispone de un sanatorio propio de 160 camas en Montevideo y contrata servicios en el interior del país. Cubre accidentes laborales y enfermedades profesionales del sector privado de la actividad. La mayoría de las Intendencias Municipales cuentan con atención de primer nivel, mediante convenios con ASSE. En el sector privado se ubican las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), con 47 instituciones prestadoras de servicios de salud integrales de prepago, 12 de las cuales tienen su sede principal en Montevideo y las restantes en el interior del país.

El MS determina sus prestaciones obligatorias, controla, supervisa la asistencia, su economía y finanzas. La mayoría de estas organizaciones cuentan con servicios de internación propios y sus beneficiarios ascienden a 1.806.750 personas. Las instituciones tienen entre 3.000 y 240.000 afiliados cada una. Existen siete Seguros Privados que son empresas privadas (con fines de lucro), que brindan prestaciones asistenciales integrales en régimen de prepago a unas 74.789 personas.

A “nivel macro” se han implementado a partir de 2007 una serie de cambios que favorecen el desarrollo de una Atención Primaria Salud con una “concepción” abarcadora, como una forma de cambio de modelo de atención y reorganización del sistema de salud. Se han definido acciones que apuntan a superar la “segmentación del sistema y la fragmentación de los cuidados” a través de los cambios en el financiamiento, el derecho a la cobertura, el acceso,



etc. Sin embargo en un nivel “operativo” la segmentación presente antes de la creación del Sistema Nacional Integrado de Salud, así como el bajo nivel de coordinación de los cuidados no se han modificado. Estos factores están de alguna manera relacionados a las “capacidades de gestión a nivel institucional y con factores organizacionales”.

La no existencia en el país de recursos humanos en cantidad y cualitativamente preparados para responder a esta estrategia es una debilidad importante. Según Sollazo A. *“Una vez creadas las condiciones a nivel macro social nos encontramos en el desafío de actuar sobre la integración de los servicios y la continuidad del cuidado”* (19). Esta situación planteada para el primer nivel de atención se traslada al segundo y tercer nivel de atención, incluyendo en este último el área de MI.

Sistema Sanitario

La Constitución de la República establece en su artículo 44 la competencia general del Estado en cuanto a la orientación de la política de salud. También garantiza la atención gratuita de todos los habitantes del país que carezcan de recursos para su asistencia. El MS, creado por la Ley 9.202 del año 1934, es el responsable de conducir la política nacional de salud. Su ley fundacional establece una serie de competencias fundamentales, en el campo de la vigilancia y la policía sanitaria. La Ley 18.211 que crea el SNIS reafirma estas competencias, incorporando nuevos dispositivos para la conducción del sistema. El MS es la principal autoridad sanitaria del país y es el responsable



de planificar, regular y conducir la política de salud. El MS cuenta con cuatro Unidades Ejecutoras.

Sus funciones de conducción y regulación sectorial son ejercidas fundamentalmente a través de la DIGESA, JUNASA y en parte a través de la Dirección General de Secretaría (DIGESE) Fig. 1.

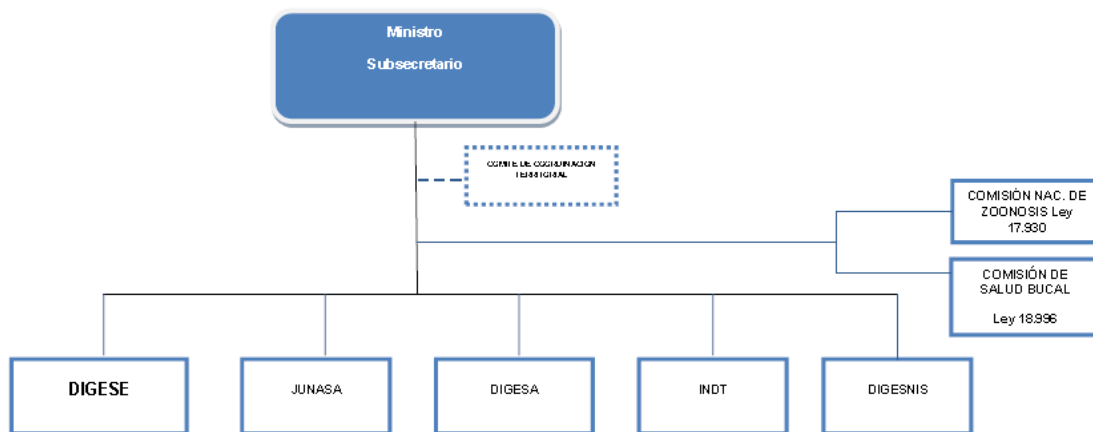


Fig. 1. Fuente: Organigrama Ministerio de Salud. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/institucional/organigrama-msp> [Consulta: abril 2017].

Recursos Humanos de la Salud

A nivel país existe un elevado número de médicos y una baja disponibilidad de enfermeras concentrándose los primeros en Montevideo y en el sector privado. Estas características se han identificado como factores limitantes de las reformas de los sistemas de salud.



Los resultados del Censo de RRHH Enfermería (20) muestran que en Uruguay trabajan 3.946 Lic. Enf. y 11.840 Auxiliares en Enfermería. Un 30% tiene multiempleo y la mayoría trabaja en Montevideo.

En referencia a capacitación, los números indican que el 39,9% de los Licenciados en Enfermería y el 45,5% de los Auxiliares han realizado cursos de especialización.

En materia de distribución por región el 66,3% de los Licenciados y el 55,5% de los Auxiliares trabajan en Montevideo. (Anexo 4 y 5). La distribución de la enfermería por departamento va acorde a las particularidades de la propia distribución de la población uruguaya en el territorio.

En Uruguay hay más médicos (13.197) que enfermeros, por lo tanto hay una relación invertida con las necesidades. La mayoría están distribuidos en Montevideo, y un 30% tiene dos o más lugares de trabajo que dificulta la funcionalidad.

Este censo tuvo como objetivo contribuir con la formulación de una política para el desarrollo del personal de Enfermería, mejora de la atención del Sistema Nacional Integrado de Salud y evaluación sobre la evidencia para la toma de decisiones.

La necesidad de recursos humanos en Enfermería se encuentra plasmado en la importancia que a nivel internacional, en el año 2014 en el día Internacional de la Enfermería se plantea que: “Las enfermeras: Una fuerza para el cambio, Un recurso vital para la salud” existe la necesidad de revalorizar la disciplina



en los diferentes ámbitos de desempeño, la necesidad obliga a la elaboración de Planes nacionales de desarrollo de la Enfermería. A nivel de la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE) se manifestó la necesidad de acercamiento de la academia a los servicios asistenciales y conformación de redes temáticas.

En nuestro país la problemática en la escasez de enfermería fue manifestada por la Prof. Mercedes Pérez en el Congreso de Emergencia y urgencias en el año 2014. En su ponencia la Prof. Pérez manifestó que por muchos años no se podrá llegar a los estándares de un enfermero por cada médico, la situación en Uruguay es en 0.3. La realidad de una relación de 12 enfermeros por cada 10 mil habitantes ubica al Uruguay dentro de los países con baja proporción de enfermeros por 10.000 habitantes (21).

La repercusión del déficit de enfermería en la atención de la salud a la población está demostrada por la evidencia, según Aiken H. Linda, profesora que ha realizado múltiples investigaciones relacionada con esta temática, expresa que *"Un aumento de la carga de trabajo de enfermeras de un paciente aumenta la probabilidad de que un paciente hospitalizado antes de 30 días de ingreso en un 7 % (odds ratio de 1.068, 95 % CI 1.031-1.106), y cada aumento de 10 % en enfermeras de la licenciatura se asoció con una disminución de esta probabilidad en un 7 % (0.929, 886-0.973). Estas asociaciones implican que los pacientes en los hospitales en los que el 60 % de las enfermeras tenían grados y enfermeras de licenciatura atendidos por un promedio de seis pacientes tendrían una mortalidad cercana al 30 % menor*



que los pacientes en los hospitales en los que sólo el 30 % de las enfermeras tenían títulos de licenciatura y enfermeras cuidaba un promedio de ocho pacientes (22).

Censo de las Unidades de Medicina Intensiva (UMI).

Recurso Humano: Enfermería. CHAMI. MSP. URUGUAY

El recurso humano en enfermería en las UMI fue censado en dos oportunidades en el año 2005 y 2011 en todo el país. El objetivo fue actualizar el conocimiento de la situación de la Medicina Intensiva que atienden a adultos en el Uruguay, a fin de poder definir racionalmente las necesidades del país mediante un censo. Se conoció la totalidad de los recursos tecnológicos y de estructura edilicia disponible; los recursos humanos, y las diferentes formas organizativas de funcionamiento.

Mencionaremos solamente los resultados del recurso humano de Enfermería del año 2011. Los resultados se analizan tomando como marco referencial el Decreto vigente de las UMI, del año 2008. A este censo respondieron el 74% de las UMI del país es decir N- 44 unidades.

Los datos que arroja este censo nos sitúa en una realidad en la cual no se cumple con la normativa en relación a la presencia Lic. Enf. /Cama. La situación más grave se observa en el sector privado y en el interior del país donde la relación es de 1 Lic. /9.4 camas. Este resultado no presenta diferencias con el censo del año 2005.

Los resultados en la relación Lic. Enf. /cama de las UMI muestran el déficit de este recurso, no difiere del resto de la estructura sanitaria en el país, pero



consideramos que en las áreas donde se cuida al paciente más grave del sistema esta carencia tiene aún más importancia y repercusión. El trabajo de Aiken L. y col. realizado en área de MI muestra una asociación entre el número de enfermeras y la morbilidad de los pacientes, se producen más complicaciones y mayor mortalidad cuando la proporción entre enfermeras y pacientes disminuye. Por lo tanto la morbilidad de estas áreas mejoraría con la presencia del profesional de enfermería en el cuidado del paciente crítico con una adecuada dotación y capacitación. Esto determina y repercute en la calidad de los cuidados brindados y como consecuencia en los resultados globales de la calidad en las UMI.

Enfermería y la Seguridad paciente

La morbilidad está relacionada con los Eventos Adversos (EA) estos pueden deberse a problemas en las prácticas del cuidado, las técnicas realizadas, las tecnologías, el uso de materiales, los EA impactan en la salud del paciente. Zarate-Grajales, R.et al. (23) en un estudio multicéntrico en unidades de MI de México, muestra *"que más de la mitad de los EA originados en las unidades de cuidados intensivos de las siete instituciones de salud participantes están relacionados con la atención directa del profesional de enfermería"* (con el cuidado y la aplicación de procedimientos específicos)". En los hospitales de agudos de mayor nivel de complejidad existe mayor probabilidad de producirse el EA dada la complejidad de la atención y la multiplicidad de servicios.



Los EA provocan además una prolongación de la internación hospitalaria y costos, demandas legales, estos factores llevan a la insatisfacción de los pacientes, familia y profesionales de la salud.

En los resultados de dicho estudio *“los profesionales de enfermería percibieron en su mayoría que el suceso pudo haberse evitado, reconociendo los factores presentes en cada situación. Fue notoria la percepción de ausencia de guías o adhesión a estas y la falta de apego a protocolos de atención que guíen el quehacer del profesional de enfermería, así como la escasa supervisión en la mayoría de los casos”*.

Otra información interesante es que *“en la mayoría de los casos no se reporta la situación del incidente al familiar; en instituciones hospitalarias de México, donde sólo en un 39.5% se informa de manera clara a la persona responsable del paciente, lo que nos permite concluir que es necesario mejorar los sistemas o protocolos de registro y notificación a la familia de los pacientes en nuestro país”*.

La ausencia o falta de comunicación, pase de guardia en enfermería sobre la situación de los pacientes en forma adecuada, incrementan el riesgo de la aparición de EA.

Los turnos alejados como vespertinos o noche son informados como los horarios donde es más frecuente que ocurran EA.

Desde la seguridad se recomienda como herramienta el uso de la herramienta SAER (Situación, Antecedentes, Evaluación, Recomendación) consta de cuatro pasos protocolizados que deben ejecutarse en todo traslado que se realice de pacientes dentro de la institución o interinstitucional. En el



año 2011, el MS y el FNR realizaron el lanzamiento de la Herramienta SAER, con el objetivo de mejorar la comunicación entre los profesionales de la salud en el curso de la atención sanitaria, la aplicación de esta herramienta permite evitar errores por parte de profesionales sanitarios y favorece la seguridad del paciente.

La falta de conocimientos y habilidades, capacitación en el área, como así también el nivel académico han sido reportado en varios estudios, como factores causales del *“incremento en complicaciones y en mortalidad hospitalaria de pacientes agudos;, cada aumento del 10% de enfermeras contratadas con licenciatura se asocia a una disminución de mortalidad del paciente en un 5%, de ahí el interés por la preparación adecuada de las enfermeras, ya que de ellas depende en gran medida la prevención y la identificación de riesgos relacionados con la seguridad a partir de proveer cuidados de calidad dentro de los diversos procesos”*. Un hallazgo interesante fue observar que una gran parte de los eventos se suscitaron porque el profesional de enfermería no se apegó a los procedimientos establecidos institucionalmente,..... *“las infecciones nosocomiales y las úlceras por presión son debidas a la falta de adherencia a las guías clínicas y a la falta de programas de educación continua de los profesionales de la salud involucrados en el cuidado del paciente hospitalizado”*.

Zarate et al coincide con Aiken et al. en que la mortalidad de los pacientes está asociada al agotamiento emocional y la insatisfacción en el trabajo del personal de enfermería” (23).



Objetivos Sanitarios Nacionales 2020

Los Objetivos Sanitarios (OSN) 2020 creados por el Ministerio de Salud son marco indispensable para el desarrollo de esta investigación. Estos surgen a partir de problemas críticos de la salud de la población, oficiando como hoja de ruta general, para organizar la tarea del ámbito sanitario. Los OSN dan lugar a Objetivos estratégicos (OE) con metas e indicadores, áreas de intervención y líneas de acción (24).

OSN 3: Mejorar la calidad de los procesos asistenciales de salud.

OE 4: Construir una cultura institucional de calidad y seguridad en atención de salud.

Resultados esperados: 4.1 Mayor seguridad del paciente en el ámbito hospitalario: mejores cuidados por parte del equipo de salud, control de las Infecciones asociadas al ámbito Sanitario y desarrollo de estándares y buenas prácticas por áreas. 4.2 Implementación de la política nacional de comportamientos seguros. 4.3 Implementación de estrategias de medición y evaluación de la calidad asistencial que permitan una mejora continua. 4.4 Evaluación del impacto de los cuidados de enfermería como desencadenante de la mejora del proceso. 4.5 Vigilancia de las Infecciones asociadas al ámbito Sanitario con datos auditados. 4.6 Incorporación de buenas prácticas con base en el conocimiento sistematizado, en diferentes áreas de atención. Todas las acciones de mejora para el área de MI se encuentra enmarcado por esta hoja de ruta con el objetivo de una mejora en la calidad de la atención.

Los indicadores finales están dentro de la línea de Seguridad Paciente del MS, muchos de ellos ya construidos por la DECASEPA, otros en proceso.



(Fig. 2. OE N°4. Fuente: OPS.OMS. Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. Ministerio Salud Pública).

Objetivo estratégico	Resultados esperados	Meta 2020	Línea de Base (Fuente de datos)
4. Construir una cultura institucional de calidad y seguridad en atención de salud.	4.1 Mayor seguridad del paciente en el ámbito hospitalario; mejores cuidados por parte del equipo de salud, control de las IAS y desarrollo de estándares y buenas prácticas por áreas.	Alcanzar el 95% de las instituciones con información con CDSEPA y CIH funcionando según protocolo.	CIH: 63% CDSEPA: 77%
	4.2 Implementación de la política nacional de comportamientos seguros.	Lograr el 80% de las instituciones prestadoras con acuerdo de comportamiento implementado.	75% (DECUSEPA, MSR 2014)
	4.3 Implementación de estrategias de medición y evaluación de la calidad asistencial que permitan una mejora continua.	Alcanzar el 80% de las instituciones con autoevaluación realizada.	66% (DECUSEPA, MSR 2014)
	4.4 Evaluación del impacto de los cuidados de enfermería como estrategia de mejora del proceso.	Obtener la línea de base de URP, y determinar el porcentaje de URP en el SNS. Implementar el reporte de caídas con daño en internación, y determinar el índice de caídas con daño en internación en el SNS.	En proceso
	4.5 Vigilancia de las IAS con datos auditados.	Implementar la auditoría del 100% de las bacteriemia reportadas.	En proceso
	4.6 Incorporación de buenas prácticas con base en el conocimiento sistematizado, en diferentes ámbitos de atención.	Alcanzar el 60% de los prestadores integrales del SNS acreditados y/o reconocidos en buenas prácticas.	En construcción.

Fig. 2. OE N°4. Fuente: OPS.OMS. Objetivos Sanitarios Nacionales 2020. Ministerio Salud Pública. Disponible en:

http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=531-objetivossanitarios-web2017&category_slug=publicaciones-municacion&Itemid=307



4. METODOLOGIA

Tipo de estudio: Estudio descriptivo, corte transversal, cuantitativo.

Polietápico:

1a. Etapa: Creación de un modelo de evaluación de la gestión de la UMI.

2ª. Etapa; Valoración del instrumento que describe el modelo por expertos a través de la valoración con la Escala de Likert para el relevar la opinión. Escala de Likert adaptada a la finalidad de este sondeo de opinión: Indispensable (5); Sumamente Importante (4); Medianamente Importante (3); Poco Importante (2); No se toma en cuenta (1).

Población: Está integrada por aquellos Licenciados en Enfermería y Médicos expertos calificados, reconocidos y relacionados con la Medicina Intensiva.

El perfil del experto calificado tienen características compartidas: Especialistas en Medicina Intensiva o Cuidados Intensivos, jefes médicos y/o enfermería, gestores de UMI, puestos de conducción en las organizaciones públicas o privadas, con una gestión mayor de cinco años, de referencia nacional e internacional, con reconocimiento académico, y/ o científico.

Muestra: Se determinó una muestra no probabilística, de conveniencia, tomada del marco muestral que proporciona el conocimiento de la población. Se constituyó con 30 expertos del Uruguay y exterior que fueron entrevistados vía correo electrónico y que devolvieron o respondieron con juicio valorativo el instrumento (formulario de opinión).



Criterios de inclusión: Médicos y Licenciados que cumplan con el criterio de experto, firmen consentimiento informado, voluntad de participación y adecuación del perfil profesional.

Descripción y diseño del Instrumento: El instrumento básico diseñado y utilizado fue un documento que recoge de forma organizada, la categorización sobre los componentes del Modelo las cuales a su vez categorizaran las Dimensiones del Modelo de gestión en calidad.

Las Dimensiones se describen como:

Dimensión 1 Programa de mejora de calidad: Conjunto de elementos estructurales y de actividades que tienen como fin específico la mejora continua de la calidad de la UMI.

Dimensión 2 Comunicación: Información constituida por datos, a través de diferentes medios: oral, escrita, papel u digital, con la finalidad de poner en contacto personas: usuarios, profesionales, servicios de la UMI.

Dimensión 3 Gestión de los Recursos Humanos: Planear, organizar, desarrollar y controlar aquellas técnicas capaces de promover un desempeño eficiente por parte de los recursos humanos que trabajan en una UMI.

Dimensión 4 Cuidados Enfermería: Lic. Enf. y Auxiliar de Enfermería que se desempeñan laboralmente en una UMI. Medición de cargas de trabajo.



Dimensión 5 Gestión asistencial de protocolos clínicos: Planear, organizar, desarrollar y controlar las guías para la práctica clínica.

Dimensión 6 Gestión de recursos económicos y financieros: Planear, organizar, desarrollar y controlar el recurso, que permite obtener algo que se desea o se necesita haciendo referencia a los bienes, los caudales y la circulación del dinero.

Dimensión 7 Gestión de estructura edilicia equipos y materiales: Planear, organizar, desarrollar y controlar la estructura edilicia, tecnologías y materiales.

Dimensión 8 Gestión de tecnología y de sistemas de información: Planear, organizar, desarrollar y controlar el conjunto de los dispositivos y de los conocimientos que permiten el procesamiento, la transmisión y el almacenamiento de datos y que favorecen que las personas desarrollen comunicaciones.

Dimensión 9 Indicadores: Instrumentos de medida que identifican la presencia de un fenómeno o suceso y su intensidad, y deben ser fiables, objetivos, aceptables, relevantes y basados en la evidencia.

Dimensión 10 Seguridad paciente: ausencia de riesgo o daño potencial asociado con la atención sanitaria, que se basa en el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, con el objeto de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias.



Las Dimensiones integran ochenta Componentes que se redactan como afirmaciones, a las cuales el experto debió valorar marcando una opción según la escala de Likert. Categorías: 5: Indispensable (I); 4: Sumamente importante (SI); 3: Medianamente Importante (MI); 2: Poco Importante; 1: No se toma en cuenta (NSTC). (Anexo 8).

El diseño integró una portada formal que incluía el título del estudio, instrucciones de marcado, diseño atractivo de las afirmaciones (componentes).

Prueba Piloto Se realizó prueba piloto del instrumento (vía correo electrónico) a cinco expertos, con las respuestas recibidas se mejoraron las afirmaciones-componentes que no fueron entendidas o tuvieron dudas del contenido por parte de los consultados. Estos profesionales no fueron incluidos en la muestra final. Se aseguró que las afirmaciones fueron comprendidas por los participantes a los que se les aplicará y que éstos tendrán la capacidad de discriminación requerida.

Operacionalización de Variables: Las mismas se presentan en el capítulo de Anexos: Anexo 7.

Procedimiento de tabulación y análisis de datos: Luego de la recogida de datos se realizó un ordenamiento de la información en una matriz.

Se analizó estadísticamente (medidas de tendencia central) las variables categorizadas por los opinantes y se buscó el grado de adhesión según los códigos de valores de la escala de Likert que le atribuyó cada sujeto a los componentes.



La Categorización de opiniones según escala de Likert se presenta a continuación:

Categorías: 5: Indispensable

4: Sumamente importante

3: Medianamente Importante

2: Poco Importante

1: No se toma en cuenta

La tabulación y análisis de datos se realiza siguiendo la segmentación de dichas componentes en dimensiones evaluando la adhesión de los expertos a las distintas componentes de cada dimensión según el profesional del área así como el consenso dentro de cada grupo de profesionales al grado de adhesión de cada componente propuesta en el Modelo.

Se realizó análisis descriptivo, valoración comparativa según la profesión del entrevistado, y se utiliza Estadístico de prueba: χ^2 de Homogeneidad para evaluar si existía diferencias en las intensidades de adhesión a las distintas dimensiones del programa según el rol del profesional, presentando la información en tablas de distribución de frecuencia, gráficos y estadísticos, con pertinente aquiescencia.



Consideraciones éticas:

Se mantuvo la confidencialidad de los datos obtenidos y de los expertos a los cuales se les hizo envío de un Consentimiento informado (Anexo 8). Según la resolución de la Comisión Nacional de Bioética y Calidad Integral de Atención a la Salud del SNIS, MS, aprobado por Decreto 379/2008 con el compromiso por parte del investigador de no revelar la identidad del entrevistado, ni cada entrevistado conocerá a los otros los participantes.

La investigación contó con la autorización del Tutor de la tesis y Comisión Académica de Posgrado de la Facultad de Enfermería. Anexo 8.



5. RESULTADOS:

Se recopilan datos demográficos de los encuestados: El tamaño de la muestra fue de 21 expertos de los cuales el 33% son hombres y el 67% mujeres; en relación a la profesión: el 33% Médicos y Lic. Enf. 67%. En relación a la nacionalidad el 95% desarrollan sus actividades en Uruguay y el restante 5% en el exterior.

Tabla 1: Caracterización de expertos. Período diciembre mayo 2017. Montevideo Uruguay

Caracterización	FA	FR
Hombres	7	33%
Mujeres	14	67%
Nacionalidad Uruguayos	19	90,5%
Nacionalidad Extranjeros	2	9,5%
Profesión Lic. Enf.	14	67%
Profesión Médico	7	33%
Total	21	100%

Los resultados de la investigación donde se indaga la opinión diferenciada entre Médico y Lic. Enf. (Tabla N°2 Valoración global de Expertos Modelo UMI según Profesión. Periodo Enero-mayo 2017.Montevideo.Uruguay) sugieren en primer término que: el grado de adhesión al Modelo es levemente mayor para Lic. Enf. que para Médicos. Estos últimos identifican componentes del programa como “sumamente importante” mientras que la valoración correspondiente realizada por los Lic. Enf. es de “indispensable” a unas cuantas dimensiones. En ella Lic. Enf. registran en las dimensiones: Gestión



de los Recursos Humanos, Gestión asistencial de protocolos clínicos, Gestión de estructura edilicia equipos y materiales; Gestión de tecnología y de sistemas de información y Seguridad paciente, la categorización de “indispensable”. Resultando ser el 50% de las dimensiones abarcadas y el 60% de los componentes del Modelo. Las dimensiones en las que los Médicos identifican la condición de “sumamente importante” es en el 90% de las dimensiones, abarcando el 95% de los componentes.

En la tabulación de datos se abrevia con: SI: Sumamente Importante.

MI: Medianamente Importante. I: Indispensable. Las otras dos categorías no presentaron registros En la misma tabla se observa que la valoración global de los Médicos es de Sumamente importante-Indispensable contra Sumamente Importante-Indispensable de los Lic. Enf. Se advierte que que el grado de adhesión a las 10 dimensiones que abarca el modelo no resultó significativamente distinto según se trate de Médico o Lic. Enf



**Tabla 2: Valoración global de Expertos Modelo UMI según Profesión.
Periodo diciembre mayo 2017. Montevideo. Uruguay**

Cód.	Dimensiones	Número Componentes	Médico	Lic. Enf.
D1	Programa de mejora de calidad	13	SI*	SI- I**
D2	Comunicación	5	SI- I	SI- I
D3	Gestión de los Recursos Humanos	12	SI- I	I
D4	Cuidados de Enfermería	2	SI- I	SI- I
D5	Gestión asistencial de protocolos clínicos	5	SI	I
D6	Gestión de recursos económicos y financieros.	4	MI- I	SI
D7	Gestión de estructura edilicia equipos y materiales.	3	SI	I
D8	Gestión de tecnología y de sistemas de Información.	4	SI- I	I
D9	Indicadores	8	SI	SI
D10	Seguridad paciente	24	SI	I
	Valoración global del Modelo	80	SI	SI- I

Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero mayo 2017.

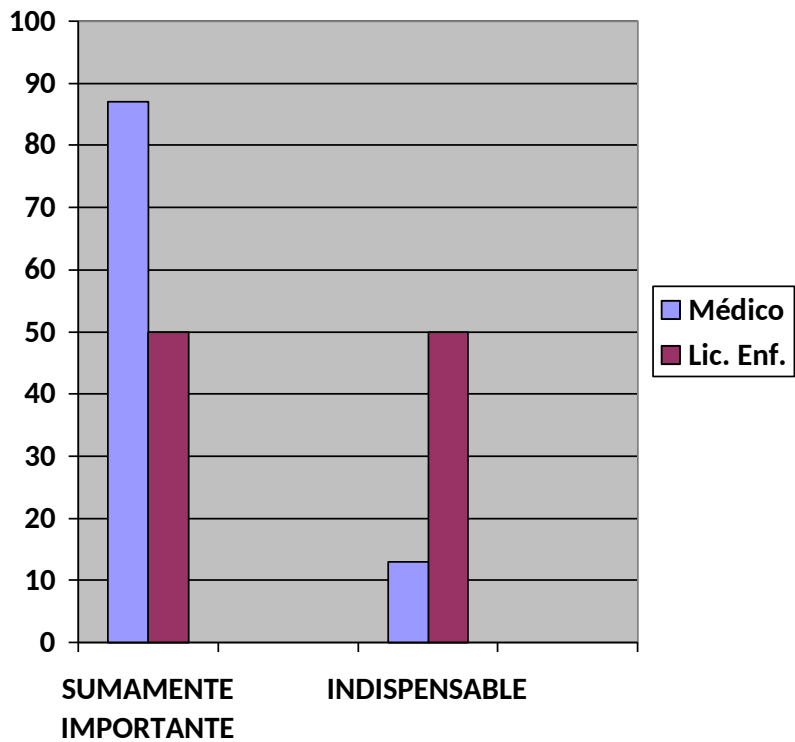
Observación: En la tabulación de datos se abrevia con *SI: Sumamente Importante. MI: Medianamente Importante. ** I: Indispensable. Las otras dos categorías no presentaron registros.



Tabla N°3: Grado de adhesión global de Expertos al Modelo UMI según Profesión. Período enero mayo 2017. Montevideo. Uruguay.

Categorías	No se toma en cuenta		Poco Importante		Medianamente Importante		Sumamente Importante		Indispensable	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Médicos	0	0	0	0	0	0	6	87%	1	13%
Lic. Enf.	0	0	0	0	0	0	7	50%	7	50%

Gráfico N°1: Valoración global de Expertos Modelo UMI según Profesión. Período enero mayo 2017. Montevideo. Uruguay.



Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero mayo 2017.

Análisis: Tabla 3: se observa que grado de adhesión “Sumamente importante” reporta en el grupo de médicos el 87% y en los Lic. Enf. el 50%. En los médicos que se identifica como Indispensable en el 13% y en el 50% de los Lic. Enfermería.

En el Gráfico 1 se observa una notoria identificación de los Médicos al **Sumamente Importante** a la Valoración global del Modelo, mientras en el caso de los Lic. Esta identificación se polarizó dualmente en **Sumamente Importante e Indispensable**



Dimensión 1: Programa mejora de calidad.

Componentes 11.12

Tabla N°4: Grado de adhesión de Expertos a los Componentes de la Dimensión 1 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay.

Componentes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Médico	SI-I	SI-I	SI	I	SI	SI	SI	SI	SI	SI	MI	MI	SI
Lic. Enf.	I	I	I	SI	SI	I	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI

Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero - mayo 2017.

Análisis: En esta dimensión se abordan todos los componentes que debe tener un Modelo el cual se basa en una PE institucional, establecido por los gestores y el personal, la Misión y Visión tanto institucionales como las propias de la UMI. El grado de acuerdo pleno se registra en 6 componentes (5,7,8,9,10 y13) en la que tanto Médicos como Lic. Enf. coinciden en su valoración (SI).

Estas componentes son:

Componente 5: Según objetivos de la institución se deben definir las líneas estratégicas de la UMI.

Componente 7: Los aspectos cualitativos de la implementación a destacar son: un fuerte compromiso de los gestores y del personal de las U.M.I., así como una comunicación directa y fluida entre la Unidad y el organismo de acreditación.

Componente 8: Los jefes Médico y Lic. En Enfermería de la U.M.I. desarrollan la misión, visión, y valores favoreciendo la mejora continua, el crecimiento del personal y la mejora de la gestión asistencial.

Componente 9: El modelo de gestión basado en la autoevaluación, donde se realiza el seguimiento periódico y sistemático de prácticas de gestión y medición de resultado de una organización, utilizando un modelo como marco de referencia: podría aplicarse en las U.M.I. en el Uruguay.

10: El personal está formado en herramientas de gestión de calidad creando una mayor adhesión a esa cultura.



13: El contacto con los clientes: usuario interno y externo diario permite conocer las necesidades, a través de encuestas de satisfacción, servicios de atención al usuario, y en base a esto proponer acciones de mejora.

Por otra parte existen ligeros matices de opinión en 5 componentes (1,2,3,4,y6) en estos los expertos consideran que son SI (Sumamente Importante y otros I (Indispensable).estos componentes son:

1: La Unidad de Medicina Intensiva (M.I.) posee un programa de mejora de la calidad.

2: La U.M.I. posee un sistema de información para la mejora de la calidad.

3. Todo el personal sanitario de la U.M.I. médicos y enfermería deben tener conocimiento que la unidad tiene un Programa de mejora de la calidad

4: Según objetivos de la institución se deben definir las líneas estratégicas de la UMI

6: Existe un programa de calidad a nivel nacional con un Sistema de acreditación de las Unidades.

Solo los componentes 11 y 12 que reportan:

11: El benchmarking se aplica en la unidad, (comparación con las mejores prácticas) es importante para identificar las áreas de mejora.

12: El benchmarking (análisis y comparación de datos con otras UMIS de la región) on-line y en tiempo real de los indicadores es de utilidad para mi unidad.

Estadístico de prueba: $\chi^2 = 2,66$ p valor $>0,05$



TABLAS RESUMEN:

Grados de adhesión de los expertos según dimensión: 2.3. 4.5.6.7.8.9.10.

Gráficos correspondientes se presentan en Anexo 10.

Dimensión 2: Comunicación.

Tabla N° 10: Resumen Grado de adhesión de los Expertos a los Componentes de la Dimensión 2 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay.

Componentes	1	2	3	4	5
Médico	SI-I	SI-I	SI-I	SI	SI
Lic. Enf	SI-I	SI-I	SI	SI	SI

Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero mayo 2017

Dimensión 3: Gestión Recursos Humanos

Tabla N°11: Resumen: Grado de adhesión de los Expertos a los Componentes de la Dimensión 3 Gestión Recursos Humanos. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay.

Componentes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Médicos	I	I	SI	SI	SI	I	SI	SI	SI	I	SI	SI
Lic. Enf.	I	I	SI	SI	SI	I	I	I	I	I	SI	SI

Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero mayo 2017



Dimensión 4: Cuidados de Enfermería

Tabla N°12: Resumen: Grado de adhesión de los expertos a los Componentes de la Dimensión 4 Enfermería. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay

Componente	1	2
Médico	I	SI
Lic. Enf.	I	SI

Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero mayo 2017

Dimensión 5: Gestión asistencial de los protocolos clínicos.

Tabla N°13: Resumen: Grado de adhesión de los Expertos a los Componentes de la Dimensión 5 Gestión asistencial de los protocolos clínicos. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay

Componentes	1	2	3	4	5
Médicos	SI	SI	SI	SI	MI
Lic. Enf.	SI-I	SI	SI	SI	I

Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero mayo 2017

Dimensión 6: Gestión Recursos económicos y financieros.

Tabla N°14: Resumen: Grado de adhesión de los Expertos a los Componentes de la Dimensión 6 Gestión Recursos económicos y financieros. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay.

Componentes	1	2	3	4
Médico	MI	MI	SI	SI
Lic. Enf.	SI	SI	SI	SI

Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero mayo 2017



Dimensión 7: Gestión de estructura edilicia equipos y materiales.

Tabla N°15: Resumen: Grado de adhesión de los expertos a los Componentes de la Dimensión 7: Gestión de estructura edilicia equipos y materiales. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay.

Componentes	1	2	3
Médico	SI	SI	MI-SI
Lic. Enf.	MI-SI	I	SI-I

Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero mayo 2017

Dimensión 8: Gestión de tecnología y de sistemas de información.

Tabla N°16: Resumen: Grado de adhesión de los expertos a los Componentes de la Dimensión 8 Gestión de tecnología y de sistemas de información. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay.

Componentes	1	2	3	4
Médico	SI	SI	I	SI
Lic. Enf.	I	I	I	SI

Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero mayo 2017

Dimensión 9: Indicadores

Tabla N°17: Resumen: Grado de adhesión de los expertos a los Componentes de la Dimensión 9 Indicadores. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay.

Componentes	1	2	3	4	5	6	7	8
Médico	SI	MI	SI	SI	SI	I	I	MI
Lic. Enf.	SI	SI	SI	SI	I	I	I	SI

Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero mayo 2017



Dimensión 10: Seguridad

Tabla N°18: Resumen Grado de adhesión de los expertos a los Componentes de la Dimensión 10 Seguridad. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay

Componentes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Médico	SI	SI	SI	SI	I	I	I	SI	SI	MI	SI	SI
Lic. Enf.	I	I	SI	I	I	SI	SI	SI	SI	SI	I	SI

Componentes	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Médico	SI	SI	SI	I	SI	I	SI	SI	SI	I	SI	SI
Lic. Enf.	SI	I	I	I	SI	I	SI	SI	SI	I	SI	I

Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero mayo 2017



6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

En el capítulo que se expone a continuación se presentan los resultados obtenidos de los cuestionarios aplicados a Lic. Enf. y Médicos expertos en el área de la MI tanto a nivel local nacional como internacional durante el período enero-mayo 2017. Para la elaboración de un análisis de forma clara se recurre a tablas de distribución de frecuencias y gráficos. Entre los encuestados se encontró que la propuesta de un Modelo de calidad para la UMI, presenta tanto a nivel nacional como internacional un grado de adhesión alto a la implementación del mismo observándose una serie de matices, aunque existe convergencia de opiniones en relación al grado de adhesión según se trata de Médicos o Lic. Enf.

Habiendo planteado lo anterior se procede a un análisis descriptivo comparativo con valoración diferenciada según la profesión del entrevistado.

En la implementación de dicho programa los componentes que se detallan a continuación son los que tanto Médicos como Lic. Enf. consideran indispensables que se tengan en cuenta en la diagramación del mismo. (Tabla 2; Grafico 1: Valoración global de Expertos Modelo UMI según Profesión. Periodo diciembre mayo 2017. Montevideo. Uruguay).

Como se verá las expectativas tanto de Médicos como Lic. Enf. es elevada en relación con la implementación del programa aunque las valoraciones pueden ser distintas según el componente que se trata y a la dimensión que reporte.



En la encuesta administrada a los expertos que tiene como interés conocer la valoración que estos tienen del potencial desarrollo de un Modelo de calidad para la UMI, se analiza dicha adhesión en 10 dimensiones que debiera contemplar el modelo en cuestión.

Estas Dimensiones son:

1. Programa de mejora de calidad.
2. Comunicación.
3. Gestión de recursos humanos.
4. Cuidados de Enfermería.
5. Gestión asistencial de los protocolos clínicos.
6. Gestión de recursos económicos y financieros.
7. Gestión de estructura edilicia equipos y materiales.
8. Gestión de tecnología y sistemas de información.
9. Indicadores.
10. Seguridad paciente.

Dentro de cada una de estas dimensiones se evalúan el grado de adhesión de los expertos a una serie de componentes y dimensiones que forman parte del Modelo.

Resulta de interés la visualización diferenciada de la adhesión según la profesión que desarrolla el encuestado a fin de lograr un modelo que contemple las necesidades, experiencias y actitudes que pudieran devenir en la implementación de dicho programa. En la Tabla 2 puede observarse la valoración de las 10 Dimensiones según se trate del personal Lic. Enfermería o



Médico así como también una valoración global del modelo, producto de lo observado en cada una de las componentes anteriormente citadas.

Como puede observarse la adhesión presenta fuerte convergencia de opinión de los expertos según el rol profesional, aunque existen matices en la intensidad de algunos, considerando como puede verse en el Gráfico 1, una notoria identificación de los Médicos a SI al Modelo, mientras en el caso de los Lic. Enf. ésta identificación se polarizó dualmente en SI e I.

La Dimensión 1: Programa de Mejora de Calidad está constituida por 13 Componentes, en la Tabla 4: se muestra como es la adhesión de Médicos y Lic. Enf. a cada componente. En la primera fila se ubica los Componentes que se identifican con colores: Verde y Amarillo. Se identifica con color Verde los Componentes en las que los expertos Médicos y Lic. Enf. no difieren en su opinión o si lo hacen es de manera no significativa, o sea con verde se identificaron componentes en que ambos expertos opinan lo mismo o uno opina es SI y el otro I. Por otra parte con el color amarillo se identifican los componentes en las que la opinión de los expertos difiere moderadamente.



1. Programa de mejora de calidad.

Se observa que tanto Médicos como Lic. Enf. consideran que la implementación de un programa con las características contempladas en los componentes analizados es de “suma importancia” y en algunos puntos “indispensable”. (Tabla N° 4: Grado de adhesión de los expertos a los Componentes de la Dimensión 1 Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay.

El grado de acuerdo pleno se registra en seis componentes (5, 7, 8, 9,10 y 13) en los que tanto Médicos como Lic. Enf. coinciden en su valoración. Por otra parte existen ligeros matices de opinión en cinco componentes (1, 2, 3,4 y 6).

Sólo dos de los trece componentes 11 y 12 (Gráfico N° 6; Tabla N°4 y 9: Grado de adhesión a Componentes 11 y 12.) son los que reportan mayor discrepancia de opinión entre los expertos no resultando estas últimas significativas en la valoración interprofesional de dicha dimensión. Hecho este último evidenciado por el estadístico de prueba $\chi^2 = 2,66$ p valor $> 0,05$. En esta Dimensión se abordan todos los componentes que debe tener un Modelo el cual se basa en una PE institucional, establecido por los gestores y el personal la misión y visión tanto institucionales como las propias de la UMI.



2. Comunicación

En esta dimensión no se han encontrado componentes que tengan en la comunicación una adhesión diferenciada advirtiéndose tanto en el personal Médico como en los Lic. Enf. una valoración de “sumamente importante e indispensable” a todos los componentes desarrollados.

En el componente 3 “Información al paciente, y/o acompañante, es realizada por el médico responsable” se observa que los Médicos ponderan este componente como “indispensable” y el Lic. Enf. como “sumamente importante”.

(Tabla N° 10: Resumen Grado de adhesión de los Expertos a los Componentes de la Dimensión 2 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay; Gráfico N°9 Grado de adhesión Componente 3 Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay. Anexo 10). En nuestro medio no es de uso que la información sea brindada por los dos profesionales, esto daría una visión al paciente, y/o familia integral de la situación del paciente.

3. Gestión de recursos humanos.

Se advierte que el grado de adhesión es el mismo en casi la totalidad de los componentes. (Tabla N°11: Resumen: Grado de adhesión de los expertos a la Dimensión Gestión Recursos Humanos. Período enero - mayo 2017). Se observa una diferencia en la intensidad de adhesión según se trate de Médico o Lic. Enf. como lo es en el caso de los componentes 7, 8, 9, donde los médicos opinan que el componente es “sumamente importante” mientras que los Lic. Enf. opinan que esos componentes son “indispensable”. (Anexo 10:



Gráfico N°13; Tabla N°25: Grado de adhesión componentes 7, 8, 9 Período enero - mayo 2017). Los componentes mencionados: disponer de la documentación de respaldo sobre capacitaciones de los recursos humanos; los responsables de la UMI vigilen la existencia de un clima laboral acorde; las condiciones y medio ambiente laboral son adecuadas para el desarrollo del cuidado: cuentan con una mayor adhesión por parte del Lic. Enf. ya que este profesional presenta mayor vinculación al rol administrativo y responsabilidad por las buenas interrelaciones en el personal. No resultando significativas en la valoración interprofesional de dicha dimensión, dado por el estadístico de prueba: $\chi^2 = 1,52$ p valor > 0,05.

4. Cuidados de Enfermería

Se analizan dos componentes: la medición de cargas de trabajo de enfermería y la utilización del NAS como programa para medir la misma. (Tabla N°12: Resumen: Grado de adhesión de los expertos a los Componentes de la Dimensión 4 Enfermería. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay). La percepción de médicos y Lic. Enf. no es significativamente distinta a nivel nacional ya que en ambos casos se considera que es “sumamente importante o indispensable”, pero este componente a nivel internacional no registra la misma valoración. El experto internacional la pondera como medianamente importante. Podría interpretarse que para este último no sería relevante. Una interpretación podría ser que para el experto internacional este programa puede ser obsoleto o no aplicable a su realidad.



Los médicos a la herramienta NAS la identifican como “indispensable” y en los casos de Lic. Enf. como “sumamente importante”. (Anexo 10 Grafico N°15; Tabla N°27: Grado de adhesión de Expertos al Componente 2 Dimensión 4 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay).

Estadístico de prueba: $\chi^2 = 3,1$ p valor: $>0,05$.

5. Gestión asistencial de los protocolos clínicos.

A nivel de la dimensión Gestión asistencial de los protocolos clínicos, de los cinco indicadores abordados se observa la adhesión general según se trate de Lic. Enf. y Médicos (Tabla N°13: Resumen: Grado de adhesión de los Expertos a los Componentes de la Dimensión 5 Gestión asistencial de los protocolos clínicos. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay).

Puede advertirse un posicionamiento diferenciado aunque siempre ponderando la importancia que tienen los componentes de la dimensión mencionada.

El componente que reporta mayor discrepancia en esta dimensión, es el Consentimiento Informado, para los Médicos dicha documento es “medianamente importante” mientras que los Lic. Enf. lo identifica con la categoría de “Indispensable”. (Anexo 10: Grafico N°18; Tabla N°30: Grado de adhesión al Componente 5. Período enero - mayo 2017).

Esta última observación enfatiza la necesidad de evaluar las distintas demandas y expectativas que debe contemplar el programa de calidad en relación al profesional. Este componente, debería evaluarse previamente a su diagramación e implementación.



6. Gestión de recursos económicos y financieros.

Se ve definida en los componentes como se muestra en Tabla N°14 Resumen: Grado de adhesión de los expertos a la Dimensión 6 Gestión Recursos económicos y financieros. En este caso los médicos consideran de “mediana importancia” los componentes 1 y 2. Mientras que los Lic. Enf. consideran que todos los componentes son “sumamente importante”. (ANEXO 10 Gráfico N°19; Tabla N°31: Grado de adhesión componentes 1,2 Período enero - mayo 2017.).

Esto alerta o demuestra que en esta dimensión de la Gestión podrían encontrarse uno de los grandes desafíos que pudieran devenir al momento de la implementación, pudiendo el personal médicos no predispuesto a la ejecución de los componentes de esta dimensión del programa.

7. Gestión de estructura edilicia equipos y materiales.

La Gestión de estructura edilicia equipos y materiales presenta en sus tres indicadores la adhesión que se encuentra en Tabla N°15 Resumen: Grado de adhesión de los expertos a los Componentes de la Dimensión 7 Gestión de estructura edilicia equipos y materiales. Puede observarse que el componente 3 la implementación de la videovigilancia de la UMI se identifica como una actividad “medianamente importante” por el personal Médico mientras que en la mayoría de los Lic. Enf. lo identifican como una componente “Indispensable”. (Gráfico N°23; Tabla N°35: Grado de adhesión componente 3 Período enero - mayo 2017. ANEXO10).



Cuando se asume y quien ejercita empiezan las diferencias según el rol, las diferencias en las ponderaciones no van a ser inhabilitantes, pero deben ser consideradas importantes a la hora de operativización sabiendo que hay valoraciones y ponderaciones diferentes según profesión.

8. Gestión de tecnología y de sistemas de información.

En referencia a la Gestión de tecnología y de sistemas de información tanto médicos como Lic. Enf. identifican como “sumamente importantes e “indispensable” los componentes descritos en esta dimensión, como se observa en Tabla N°16 Resumen: Grado de adhesión de los expertos a los Componentes de la Dimensión 8 Gestión de tecnología y de sistemas de información.

Aunque difieren en la intensidad de la adhesión, algunos médicos consideran que tanto el componente 1 (Sistema que permite gestionar la información clínica generando informes en tiempo real) como el componente 2 (Sistema formalizados de intercambio de información entre profesionales y personal) son “sumamente importantes” mientras que en los Lic. Enf. su ponderación es mayor siendo “Indispensable”. (Anexo 10: Gráfico N°24; Tabla N°36: Grado de adhesión componentes 1,2 Período enero - mayo 2017.).



9. Indicadores:

En la dimensión Indicadores los Lic. Enf. presentan mayor grado de adhesión que los Médicos aunque esta diferencia es de carácter débil.

La adhesión de los Lic. Enf. se identifica más con la afirmación o componente planteado por el responsable de la investigación desde una posición similar profesional al desempeño de los encuestados. (Tabla N°17: Resumen Grado de adhesión de los expertos a los Componentes Dimensión 9 Indicadores. Período enero - mayo 2017).

En la macrovisión de los componentes el grado de adhesión de Lic. Enf. y Médicos no es significamente diferente (Estadístico de prueba: $\chi^2 = 3,2$ p valor: $>0,05$) salvo en el componente 2, que hace mención a la necesidad del reporte semestral de los indicadores de resultado, donde los Médicos opinan que es “medianamente importante”, mientras que los Lic. Enf. opinan que es “sumamente importante”. Los indicadores de estructura son componentes importantes en los cambios que se presentan en las UMI, los Lic. Enf. como gestores muestran un interés y preocupación mayor que los médicos.

Lo mismo sucede con el componente 8 que hace referencia a los indicadores de la SEMICYUC son los recomendados para un programa de calidad de una UMI, es donde se observa en los médicos opiniones opuestas hay quienes lo consideran “sumamente importante” mientras que otros reportan que “no se toma en cuenta”. Un hecho a destacar es que coincidentemente con la opinión de estos últimos el Lic. Enf. Internacional opina lo mismo (Anexo 10: Gráfico



N°26; Tabla N°38: Grado de adhesión componentes 2,8. Período enero - mayo 2017). Una probable interpretación de las posiciones encontradas sea que la SEMICYUC se encuentra en vías de una nueva actualización ya que la última es del año 2011. En el resto de los componentes planteados no se observa discrepancias en el grado de adhesión de los expertos.

10. Seguridad Paciente.

Esta dimensión del Modelo está conformada por 24 componentes este elevado número da cuenta de la importancia de dicha dimensión en un programa de calidad en una UMI.

Se analiza el grado de adhesión de los profesionales a los distintos componentes, para ello se presenta en el Resultados: la Tabla N°18: “Resumen Grado de adhesión de los expertos a los Componentes de la Dimensión 10 Seguridad” y una presentación bajo la forma de Pirámide de adhesión a los componentes mencionados Anexo 10 (Tabla N°41: Pirámide de Grado de adhesión de los expertos a los Componentes de la Dimensión 10 Seguridad Paciente. Período enero - mayo 2017).

La pirámide muestra un grado de adhesión similar para ambos profesionales identificándose una única componente que reviste una identificación como “medianamente importante” por parte del experto Médico, aunque ésta es valorada como “sumamente importante” por los Lic. Enf. Es el caso de la componente 10 “uso de herramientas de seguridad aleatoria” (ANEXO 7: Operacionalización de Variables). Este componente resulta ser específico en la



vigilancia en Seguridad, sería uno de los aspectos que en el momento de implementación deberían ser discutida la pertinencia o no de su aplicación.

En el componente 13 (uso de la prescripción farmacológica electrónica a nivel nacional) los Lic. Enf. lo ponderan como “indispensable” no así a nivel internacional en la cual se lo identifica como “poco importante”. Este posicionamiento diferenciado de expertos nacionales y extranjeros a los efectos de nuestra investigación redunda en una identificación sumamente importante del componente aunque se advierte la potencial variabilidad del mismo según la situación de salud en el contexto que se aplique el programa.

En el resto de las componentes la adhesión no difiere significativamente (Estadístico de prueba: $\chi^2=3,01$ pvalor: $>0,05$).

7. CONCLUSIONES:

A través de la presente investigación se expuso a la opinión de expertos calificados en el área de Medicina Intensiva una propuesta de un Modelo de Gestión en Calidad para los servicios, el modelo propuesto contempla todas las dimensiones y componentes que se necesitan para que la atención brindada al paciente crítico se gestione en un marco de calidad y seguridad.

Se responde al objetivo planteado: Construir un modelo que conjugue todas las dimensiones requeridas para evaluar la gestión de una UMI. Identificar las opiniones de Licenciados en Enfermería y Médicos expertos acerca de la pertinencia de las dimensiones y componentes del modelo propuesto.



Los expertos Médicos y Lic. Enf. en forma independiente respondieron según su opinión, sobre las necesidades y experiencias en la gestión en calidad en el área MI, aportaron de esta manera el grado de adhesión al modelo planteado.

En la encuesta de opinión administrada a los expertos, para medir el grado de adhesión a un potencial desarrollo de un Modelo de calidad para la UMI, se analiza dicha adhesión a 10 dimensiones, y 80 componentes de las mismas, que facilitarían la gestión y la mejora de la producción asistencial

Entre los encuestados se encontró que la propuesta de un Modelo de calidad para la UMI, presenta tanto a nivel nacional como internacional un grado de adhesión alto a la implementación del mismo observándose una serie de matices, aunque existe convergencia de opiniones en relación al grado de adhesión según se trate de Médicos o Lic. Enf.

Cuando se visualiza globalmente la adhesión de los expertos Lic. Enf. lo valoran con un rango de “sumamente importante-indispensable” y los expertos Médicos de “sumamente importante”. Ni médicos ni Lic. Enf. respondieron que hubiera algún componente con una respuesta: “poco Importante” o “no se toma en cuenta” en la estructura del modelo.

Los matices que surgieron se deben al perfil de los profesionales que lo responden, los Lic. Enf. consideran que son componentes “indispensable” contando con la mayor adhesión a las siguientes dimensiones: Gestión en recursos humanos, Gestión en protocolos clínicos asistenciales, Gestión en



estructura edilicia, Gestión en las tecnologías de la información y en Seguridad paciente, siendo estos el 50% de las Dimensiones que integran el modelo, que relevan el 60% de las componentes.

El experto Médico muestra adhesión al Modelo globalmente en un 90% de las Dimensiones, que reportan al 95% de los componentes, con una calificación de “sumamente importante”, el 10% restante es de una adhesión de “medianamente importante”, estos serían componentes a mejorar, discutir entre los profesionales, y llegar a consenso, pero no existe oposición a los mismos.

De los componentes mencionados destacamos:” benchmarking comparación de datos con otras UMIS”, “medición de satisfacción al usuario interno y externo”, “consentimiento informado”. En la Dimensión 8: Indicadores, el componente 8 que hace referencia a los “indicadores de la SEMICYUC” es donde se observa en los médicos opiniones opuestas hay quienes lo consideran “sumamente importante” mientras que otros reportan que “no se toma en cuenta”, los indicadores de la SEMICYUC están en proceso de cambio, se debe decidir cuáles serían los indicadores que las UMI vigilarían y/o harían seguimiento, e incluso reportarían al MS o a la entidad que realice Acreditación.

Y por último la Dimensión 10 Seguridad muestra un grado de adhesión similar para ambos profesionales identificándose una única componente que reviste una identificación como “medianamente importante” por parte del experto Médico, es el caso de la componente 10 “uso de herramientas de seguridad



aleatoria” se deberá definir en su momento la utilización o no de esta herramienta en el modelo propuesto.

Estos matices en opinión no significan una oposición al modelo, se observa que el que reporta mayor discrepancia de opinión es el experto Médico no resultando ésta significativa en la valoración interprofesional de cada dimensión hecho este último evidenciado por el estadístico de prueba (χ^2) que se aplicó al tratamiento de cada Dimensión.

Estas diferencias en las adhesiones a estos componentes son los que deben mejorarse y/o analizarse y llegar a consenso para su aplicación. Estos resultados dan a entender la necesidad de un cambio en el modelo de gestión por parte de los responsables en la gestión de las UMI, y con ello la mejora en la calidad de atención al paciente crítico.

Por lo tanto para el Médico y el Lic. Enf. este Modelo es una oportunidad de potencial desarrollo para la calidad del área que, contempla las necesidades de un gestor esencial al desarrollo del modelo de la calidad de la MI.

Al aplicarse en la UMI determinaría la medición de la calidad a través de estándares e indicadores de control y resultados, podría dar lugar a instancias de auditorías y a su vez programas de mejora, instalación de buenas prácticas, identificación de debilidades del sistema, y además posibilidad de Acreditación de servicios a nivel nacional en la gestión de las UMI.



Sugerencias:

Se recomienda la aplicación del modelo por parte de los gestores de las unidades, con análisis y discusiones previas, en aquellos componentes en los cuales no hubo una adhesión unánime por parte de los expertos consultados en esta investigación.

Surge de esta investigación para una próxima etapa la realización de un diagnóstico de los servicios actuales, bajo la mirada de este modelo creado..

Limitaciones del estudio:

La inclusión de los encuestados al estudio respondió al criterio de experto calificado de los dos actores responsables en la gestión de la MI (Médico y Lic. Enf.) donde la mayoría de los mismos son profesionales en enfermería. A juicio del investigador para próximos trabajos de investigación en esta área se debería de incluir para consulta de opinión en lo posible un mayor número de médicos, que cumplan con los criterios de experto.



7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Federation of Critical Care Nurses. Declaración de Posición Sobre la Provisión de Educación en Enfermería en Cuidados Críticos - Declaración de Madrid. [Internet]. 2005. Disponible en: http://es.wfccn.org/pub_education.php [consulta: 5 may 2015].
2. Régimen de funcionamiento de las Unidades de Medicina Intensiva. Decreto 399/2008 de 18 de agosto del 2008. [Internet]. Ministerio de Salud Pública. Uruguay. Disponible en: http://archivo.presidencia.gub.uy/web/decretos/2008/08/465_26%2006%202008_00001.PDF [consulta: 7 jun 2016].
3. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias. Indicadores de calidad del enfermo crítico: los profesionales del enfermo crítico. [Internet]. 2011. Disponible en: http://www.semicyuc.org/sites/default/files/actualizacion_indicadores_calidad_2011.pdf [consulta: 7 jun 2016].
4. Fondo Nacional de Recursos. ¿Qué es el FNR? [Internet]. Disponible en: http://www.fnr.gub.uy/que_es_fnr [consulta: 11 abr 2017].
5. Fondo Nacional de Recursos. Estándares de evaluación y seguimiento para la mejora de calidad de los IMAE 2012. [Internet]. 2012. p. 200-7. Disponible en: http://www.fnr.gub.uy/sites/default/files/libro_mejora_calidad_139_web.pdf [consulta: 7 jun 2016].
6. Saturno D. Modelos de gestión de la calidad aplicados a la atención primaria. [Internet]. 2005. Disponible en: http://cursos.ampusvirtuales.org/pluginfile.php/2346/mod_resource/content/1/Modulo_4/Lecturas_Complementarias/Semana_3_M4.S3_L OPCIONAL_01.modelos_gest_y_aten_primaria.pdf [consulta: 14 abr 2017].
7. Instituto Nacional de Calidad. Mejora de la calidad en la Salud en el Uruguay. Proyecto Libro Blanco. [Internet]. 2015. Disponible en: http://www.inacal.org.uy/files/userfiles/novedades/libro_blanco.pdf [consulta: 3 abr 2017].
8. Hilarión P, Suñol R, Bañeres J, Vallejo P. Sistema de acreditación Joint Commission International (JCI) – FADA. [Internet]. Disponible en: https://cursos.campusvirtuales.org/pluginfile.php/2340/mod_resource/content/1/



[Modulo 4/Lecturas Complementarias/Semana 1 M4.S1.Lectura OPCIONAL 2 - Sistema de acreditacion Joint Commission.pdf](#) [consulta: 14 abr 2017].

9. Organización Mundial de la Salud. La OMS lanza "Nueve soluciones para la seguridad del paciente" a fin de salvar vidas y evitar daños. [Internet]. 2007. Disponible en: <http://www.who.int/patientsafety/es/> [consulta: 30 abr 2017].
10. Club Excelencia en Gestión. Guía de Interpretación para el Sector Sanidad: Modelo EFQM de Excelencia. [Internet]. 2013. Disponible en: http://issuu.com/clubexcelencia/docs/gu_a_sanidad_2014_a_doble_cara [consulta: 8 jun 2016].
11. España. Junta de Andalucía. Conserjería de Salud y Bienestar Social. Resultado y calidad del sistema sanitario público de Andalucía. [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.calidadsaludandalucia.es/es/marco_conceptual.html#indicadores [consulta: 13 may 2017].
12. Moracho O. Gestión por procesos en el Hospital de Zumárraga y Modelo Europeo de Excelencia: gestión y evaluación de la mejora continua. Revista de Calidad Asistencial [Internet] 2000; 15(3): 142-50. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2831743> [consulta: 8 jun 2016].
13. Régimen de funcionamiento de las Unidades de Medicina Intensiva. Decreto 399/2008 de 18 de agosto del 2008. Op. Cit.
14. Idem.
15. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias. Indicadores de calidad del enfermo crítico: los profesionales del enfermo crítico. Op. Cit.
16. Ciccioli F. Calidad de atención de enfermería en la Unidad de Cuidados Críticos. Revista Paciente Critico 2006; 17(2): 110-1.
17. Roca Guiseris J, Ruis Moreno J, coord. Gestión estratégica en Medicina Intensiva. Madrid: Kamed, SEMICYUC; 2006. Cap. 3. p. 32.
18. World Federation of Critical Care Nurses. Declaración de Posición Sobre la Provisión de Educación en Enfermería en Cuidados Críticos - Declaración de Madrid 2005. Op. Cit.



19. Sollazzo A, Berterretche R. El Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay y los desafíos para la Atención Primaria. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet] 2011; 16(6): 2829-40. Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600021&lng=es [consulta: 7 jun 2016].
20. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Enfermería. Censo Nacional de Enfermería 2013: resumen y lectura rápida de los principales resultados Setiembre 2014. [Internet]. [2014]. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/censo-de-enfermer%C3%ADa> [consulta: 13 may 2017].
21. Pérez M. Situación de la Enfermería en Uruguay año 2014. En: XVII Congreso Uruguayo de Emergencia, Trauma y Desastres, XXVI Congreso Rioplatense de Medicina y Cirugía de Emergencia, XIV Jornada de Enfermería de Emergencia. XII Jornada de Residentes de Emergencia y II Jornada de Estudiantes de Medicina de Emergencia. Montevideo: SUET; 2014.
22. Ayken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Griffiths P, Busse R, et al. Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet* [Internet] 2014; 383 (9931): 1824–30. Disponible en: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(13\)62631-8.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(13)62631-8.pdf). [consulta: 9 jul 2016].
23. Zarate-Grajales R, Olvera Arreola S, Hernández Cantoral A, Hernández Corral S, Sánchez Ángeles S, Valdez Labastida R, et al. Factores relacionados con eventos adversos reportados por enfermería en unidades de cuidados intensivos: proyecto multicéntrico. *Enferm Univ* [Internet] 2015; 12(2): 63-72. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632015000200063 [consulta: 9 jul 2016].
24. Organización Mundial de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Objetivos Sanitarios Nacionales 2020: hacia dónde irá la salud del país [Internet]. 2015. Disponible en: http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&view=download&alias=531-objetivossanitarios-web2017&category_slug=publicaciones-comunicacion&Itemid=307 [consulta: 1 may 2017].



BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

SITIOS WEB

1. Organización Panamericana de la salud. Perfil del Sistema de salud República Oriental del Uruguay Monitoreo y Análisis de los Procesos de Cambio y Reforma. [Internet]. 3ra. ed. Washington: OPS; 2009. Disponible en: http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Perfil_Sistema_Salud-Uruguay_2009.pdf [consulta: 10 abr. 2017].
2. World Federation of Critical Care Nurses. Declaración de Posición Sobre la Provisión de Educación en Enfermería en Cuidados Críticos - Declaración de Madrid. [Internet]. 2005. Disponible en: http://es.wfccn.org/pub_education.php [consulta: 9 may 2015].
3. Chile. Superintendencia de Salud. Experiencias en gestión de calidad en salud [Internet]. 2010. Disponible en: <http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/575/w3-propertyvalue-2583.html> [consulta: 23 abr 2015].
4. Sociedad Española de Medicina Intensiva Crítica y Unidades Coronarias. Indicadores de calidad del enfermo crítico: los profesionales del enfermo crítico. [Internet]. 2011. Disponible en: http://www.semicyuc.org/sites/default/files/actualizacion_indicadores_calidad_2011.pdf [consulta: 23 abr 2015].
5. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Datos del Censo Nacional de Enfermería. [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.presidencia.gub.uy/comunicacion/comunicacionnoticias/datos-censo-enfermeria> [consulta: 22 abr 2015].
6. Saturno D. Modelos de gestión de la calidad aplicados a la atención primaria. [Internet]. 2005. Disponible en: http://cursos.ampusvirtualsp.org/pluginfile.php/2346/mod_resource/content/1/Modulo_4/Lecturas_Complementarias/Semana_3_M4.S3_L OPCIONAL_01.mod_ellos_gest_y_aten_primaria.pdf [consulta: 11 abr 2015].
7. Maderuelo Fernández JA. Gestión de la calidad total: el modelo EFQM de excelencia. Medifam [Internet] 2002; 12(10): 41-54. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002001000004&lng=es [consulta: 26 abr 2015].
8. España. Junta de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Guía para la atención autoevaluación primaria: cuestionario adaptado para la aplicación del



modelo Europeo de Excelencia. [Internet]. 2002. Disponible en: <http://www.laamedilla.org/GUIAS/Guia de Autoevaluacion en Atencion Primaria.pdf> [consulta: 11 abr 2015].

9. Moracho O. Gestión por procesos en el Hospital de Zumárraga y Modelo Europeo de Excelencia: gestión y evaluación de la mejora continua. Revista de Calidad Asistencial [Internet] 2000; 15(3): 142-50. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2831743> [consulta: 8 jun 2016].

10. Régimen de funcionamiento de las Unidades de Medicina Intensiva. Decreto 399/2008 de 18 de agosto del 2008. [Internet]. Ministerio de Salud Pública. Uruguay. Disponible en: http://archivo.presidencia.gub.uy/web/decretos/2008/08/465_26%2006%202008_00001.PDF [consulta: 7 jun 2016].

11. World Federation of Critical Care Nurses. Declaración de Posición Sobre la Provisión de Educación en Enfermería en Cuidados Críticos - Declaración de Madrid. [Internet]. 2005. Disponible en: http://es.wfccn.org/pub_education.php [consulta: 5 may 2015].

12. Consejo Internacional de Enfermeras. Redes de Enfermería. [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.icn.ch/es/networks/icn-networks/> [consulta: 24 abr 2016].

13. España. Junta de Andalucía. Modelo EFQM de excelencia en la Junta de Andalucía. [Internet]. [2015]. Disponible en: http://issuu.com/dxesau/docs/modelo_efqm_junta_andaluc_a_2005/1 [consulta: 5 may 2015].

14. Club Excelencia en Gestión. Guía de Interpretación para el Sector Sanidad: Modelo EFQM de Excelencia. [Internet]. 2013. Disponible en: http://issuu.com/clubexcelencia/docs/gu_a_sanidad_2014_a_doble_cara [consulta: 23 may 2015].

15. Joint Commission International Accreditation standards for hospitals. Joint Commission International. 5ta. ed. [Internet]. 2013. Disponible en: <http://www.jointcommissioninternational.org/> [consulta: 23 may 2015].

16. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Universidad de la República (Uruguay). Facultad de Enfermería. Censo Nacional de Enfermería 2013: resumen y lectura rápida de los principales resultados Setiembre 2014. [Internet]. [2014]. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Informe%20resumid



[o%20Censo%20de%20Enfermer%C3%ADa%202013%20pdf.pdf](#) [consulta: 13 may 2017].

ARTICULOS

Sollazzo A, Berterretche R. El Sistema Nacional Integrado de Salud en Uruguay y los desafíos para la Atención Primaria. *Ciênc. Saúde Coletiva* [Internet] 2011; 16(6): 2829-40. Disponible en:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600021&lng=es [consulta: 22 feb 2017].



CRONOGRAMA

Meses	Dic 2014 Abril 2016	Julio 2016	Agosto 2016	Diciembre 2016	Febrero Marzo Abril Mayo 2017
Protocolo					
Aprobación del protocolo					
Estudio de campo					
Análisis					
Informe final					



9. ANEXOS

ANEXO 1



Comisión Honoraria Asesora en Medicina Intensiva
Sistema de Información y Monitoreo para Unidades de Medicina Intensiva
"Indicadores de calidad en la asistencia del paciente crítico"

Tabla 3: Características de la población de pacientes usuarios de UMIs. Unidades Estables.
Datos de las UMIs de Uruguay, período 2009 – 2012.

	2009	2010	2011	2012
	n = 9421	n = 11009	n = 10349	n = 10650
Hombres (n, %) ¹	5286 (56)	6345 (58)	5957 (58)	6170 (58)
Edad (años, M _e , p25 – 75) ²	65 (52 – 76)	66 (52 – 76)	65 (51 – 76)	65 (51 – 76)
Estadía (días, M _e , p25 – 75) ²	4 (2 – 8)	4 (2 – 8)	4 (2 – 8)	4 (3 – 9)
Pacientes que recibieron ARM (n, %) ³	3390 (42)	4243 (44)	4192 (46)	4404 (42)
ARM (horas, M _e , p25 – 75) ³	48 (16 – 160)	48 (18 – 168)	59 (24 – 168)	72 (24 – 192)
Mortalidad (n, %) ⁴	1622 (18,7)	1910 (18,8)	1833 (18,8)	1979 (19,3)
APACHE II al ingreso (M _e , p25 – 75) ⁵	12 (8 – 19)	12 (8 – 19)	12 (8 – 19)	13 (7 – 20)
Alta a otro centro (n, %) ¹	743 (7,9)	804 (7,3)	576 (5,6)	360 (3,4)

¹ Calculados sobre la totalidad de pacientes dado disponibilidad de datos: 13037 pacientes en 2012, 11616 en 2011, 13076 en 2010 y 12339 en 2009.

² Calculados sobre la totalidad de pacientes: 13037 pacientes en 2012, 11616 en 2011, 13076 en 2010 y 12339 en 2009.

³ Asistencia Respiratoria Mecánica Invasiva (ARM): 13037 pacientes en 2012, 11616 en 2011, 13076 en 2010 y 12339 en 2009.

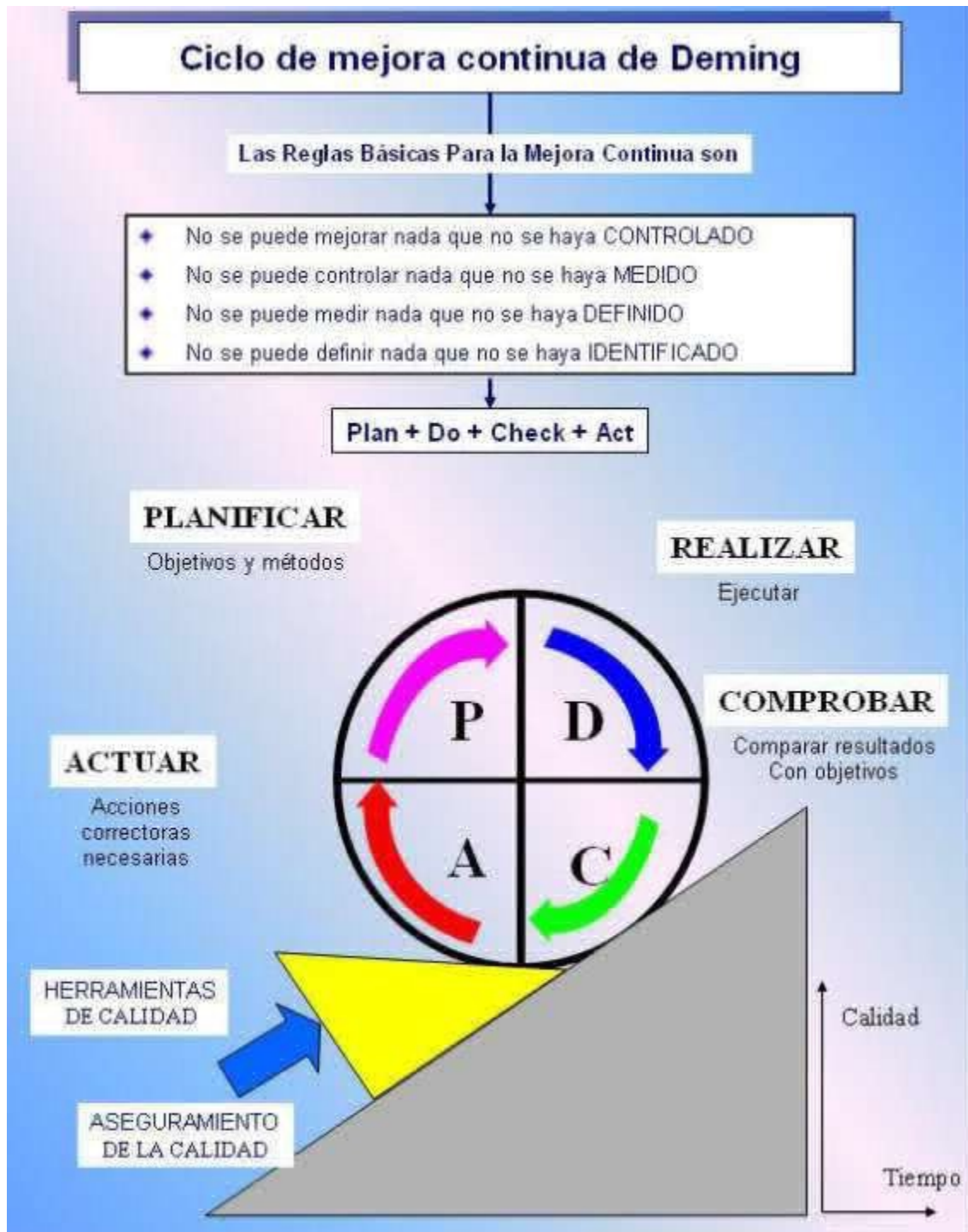
⁴ Mortalidad calculada sobre paciente vivo o muerto, se excluye el paciente dado de alta (a otra unidad, es decir 13037 pacientes en 2012, 11616 en 2011, 13076 en 2010 y 12339 en 2009).

⁵ APACHE II al ingreso únicamente de pacientes con más de 24 horas de estadía en la unidad; 13037 pacientes en 2012, 11616 en 2011, 13076 en 2010 y 12339 en 2009.

⁶ Pacientes que fueron intervenidos al ingreso o durante la internación: datos de 13037 pacientes de 2012, 11616 pacientes en 2011, 13076 en 2010 y 12339 en 2009.



ANEXO 2





ANEXO 3

Modelo EFQM de Excelencia



Fuente: Excelencia y Calidad en la Gestión Empresarial. Disponible en : <http://www.efqm.es/> [consulta: 7 abr. 2017]



Condición de actividad	Profesión N (%)	
	Licenciada/o en Enfermería	Auxiliar de Enfermería
Trabajando solo de auxiliar de enfermería/ licenciada (Exclusivo prof.)	3567 (90.4)	10331 (87.3)
Trabajando de auxiliar de enfermería/ licenciada y otra ocupación	271 (6.9)	907 (7.7)
Otro trabajo no relacionado con la enfermería	57 (1.4)	344 (2.9)
No trabajo	32 (0.8)	233 (2.0)
Jubilado/a	19 (0.5)	25 (0.2)
Total	3946 (100)	11840 (100)

Proyecto de Cooperación TC41. Censo de Enfermería en el Uruguay

Tabla N°17: Proyecto de Cooperación TC41. Censo de Enfermería en el Uruguay.

Fuente: OPS. MSP. Facultad de Enfermería. UdelaR



ANEXO 5

Distribución por Departamento por residencia de Enfermería.

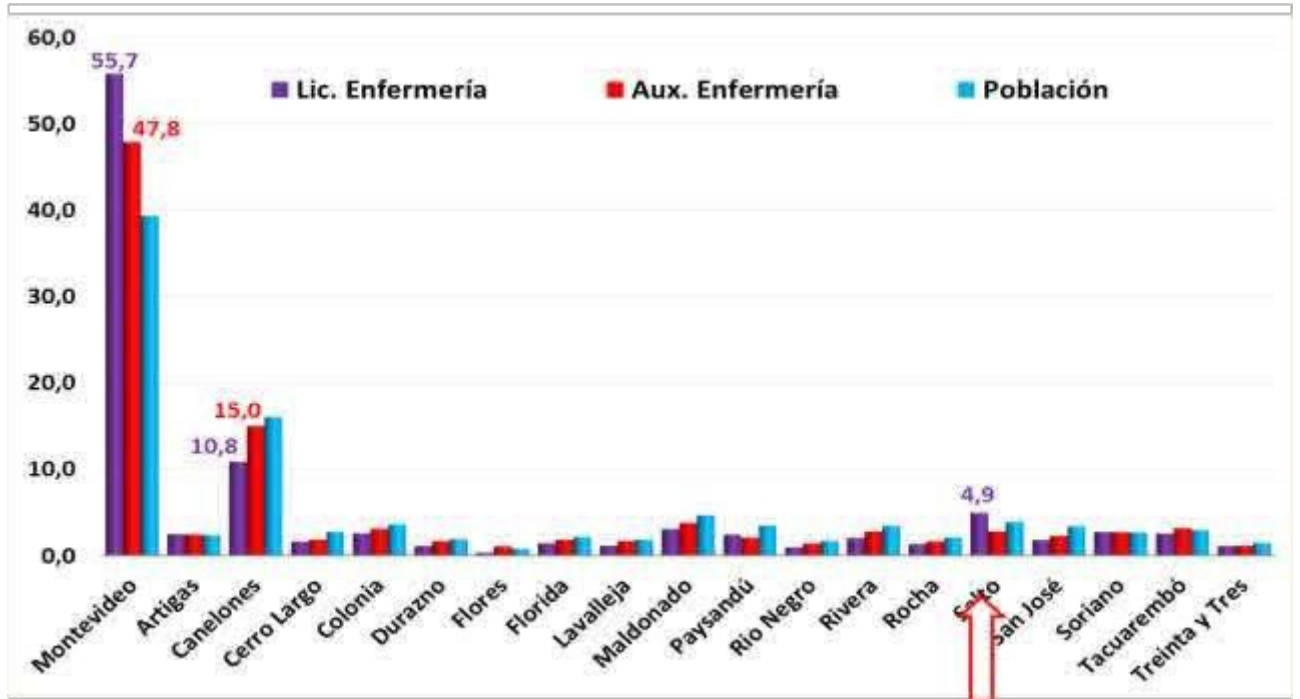


Grafico N °8. Distribución por Departamento por residencia de Enfermería.

Fuente: Censo Nacional de Enfermería 2013



ANEXO 6

Búsqueda Avanzada términos DECS

DECS	BASE DE DATOS	ARTICULOS	ULTIMOS 5 AÑOS
CUIDADOS CRITICOS	MEDLINE	159	
CALIDAD		138	
INDICADORES		61	5 ¹
CUIDADOS CRITICOS	SCIELO	1625	
CALIDAD GESTION			5
	DIALNET	768	

Tabla N° 18: Búsqueda avanzada de términos DECS. Elaboración propia.

¹ <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/> BIREME/OPS/OMS - Biblioteca Virtual en Salud MEDLINE MAYOR2015



ANEXO 7:

Operacionalización de Variables

Item	Dimensión	Definición conceptual	Definición Operacional Componentes	Codificación*	Nivel de Medición	Categorías**
1	Programa de mejora de calidad	Conjunto de elementos estructurales y de actividades que tienen como fin específico la mejora continua de la calidad (6).	Poseer un programa de mejora de la calidad	1	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			Poseer un sistema de información	2	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			Planificación estratégica de la institución en línea con Misión y Visión	3	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			Objetivos institucionales definen líneas estratégicas.	4	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			Existencia de un programa de calidad a nivel nacional con un Sistema de Acreditación	5	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			Fuerte compromiso de gestores y personal, comunicación directa y fluida entre la UMI y el organismo de Acreditación.	6	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			Los jefes Médico y Lic. Enf. responsables de la misión, visión, y valores.	7	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			El modelo de gestión basado en la autoevaluación, podría aplicarse en las U.M.I. en el Uruguay.	8	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			El personal está formado en herramientas de gestión de calidad.	9	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1



			Se realiza benchmarking comparación con las mejoras prácticas.	10	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			Se realiza benchmarking comparación de datos con otras UMIS de la región on-line y en tiempo real.	11	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			Existe medición de satisfacción al usuario interno y externo servicios de atención al usuario, y propuestas de acciones de mejora.	12	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
2	Comunicación	Información constituida por datos, a través de diferentes medios: oral, escrita, papel u digital, con la finalidad de poner en contacto personas: usuarios, profesionales, servicios.	Existencia comunicación con el primer nivel de atención primaria.	1.	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			Información a paciente, y/o acompañante, es realizada por el médico responsable y el Lic. Enf.	2	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			Información a paciente, y/o acompañante, es realizada por el médico responsable.	3	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			El Hospital tiene oficina de atención al usuario.	4	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			La queja, reclamación, iniciativa de usuarios es evaluada periódicamente.	5	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1



3	Gestión de los Recursos Humanos	Planear, organizar, desarrollar y controlar aquellas técnicas capaces de promover un desempeño eficiente por parte de los recursos humanos que trabajan en una UMI	Los profesionales son Especialistas en Cuidados Intensivos.	1	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			Protocolo de formación en cuidados intensivos para el personal auxiliar.	2	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			Existencia de formación de RRHH con la Academia favorece la actualización de conocimientos.	3	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			Es responsabilidad de los jefes de la UMI promover el desarrollo personal y profesional.	4	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			Es responsabilidad de los jefes de la UMI promover la satisfacción del personal de salud.	5	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			La dotación de médicos y Lic. Enf. es suficiente: relacionada con número de camas, nivel de complejidad, y están capacitados para el cuidado del paciente críticamente enfermo.	6	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			La unidad cuenta con la documentación de respaldo sobre capacitaciones de los RRHH.	7	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			Los responsables de la UMI vigilan la existencia de un clima	8	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1



			laboral acorde.			
			Las condiciones y medio ambiente laboral son adecuadas para el desarrollo del cuidado.	9	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			Existen políticas para los RR.HH. de ingreso, contratación, remuneración y promoción.	10	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			La planificación de las necesidades del personal es sistemática a mediano y largo plazo.	11	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			Medición de grado de grado de satisfacción del personal, es un indicador de calidad.	12	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
4	Cuidados de Enfermería	Lic. Enf. y Auxiliar de Enfermería que se desempeñan laboralmente en una UMI	Se miden cargas de trabajo de enfermería.	1	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			El NAS (Resultados de las actividades de enfermería) es el más fiel, para medir la carga de trabajo.	2	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
5	Gestión asistencial de los protocolos clínicos	Planear, organizar, desarrollar y controlar las guías para la práctica clínica	Existe constancia documental de guías, o protocolos de práctica clínica y de cuidados.	1	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			Documentación es accesible al personal, las 24horas en formato papel o digitalizado.	2	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			Elaboración, Implementación y	3	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1



			evaluación de protocolos clínicos es participativa.			
			La autonomía clínica de los profesionales es imprescindible en el quehacer diario.	4	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			Consentimiento informado: La realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos, así como la administración de tratamientos.	5	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
6	Gestión de recursos económicos y financieros.	Planear, organizar, desarrollar y controlar el recurso, que permite obtener algo que se desea o se necesita haciendo referencia a los bienes, los caudales y la circulación del dinero.	Sistema registro informático en tiempo real para cálculo del gasto por paciente.	1	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			Las normas y actividades de control constituyen la unidad de medida para determinar el cumplimiento de la gestión.	2	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			La información y comunicación en la gestión contribuye a una eficiente y eficaz toma de decisiones.	3	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			La eficiencia y eficacia de los recursos se controlan mediante auditorías contables.	4	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1



7	Gestión de estructura edilicia equipos y materiales.	Planear, organizar, desarrollar y controlar la estructura edilicia, tecnologías y materiales.	Es responsabilidad de las autoridades el cumplimiento del mantenimiento actualizado de las tecnologías de soporte al paciente crítico.	1	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			La estructura física de la U.M.I. responde a las necesidades, de cada uno de los usuarios de la misma.	2	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			La video vigilancia incluyendo la unidad del paciente con centralización en una central de enfermería es importante para la seguridad paciente.	3	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
8	Gestión de tecnología y de sistemas de Información	Planear, organizar, desarrollar y controlar el conjunto de los dispositivos y de los conocimientos que permiten el procesamiento, la transmisión y el almacenamiento de datos y que favorecen que las personas desarrollen comunicaciones.	La U.M.I. cuenta con un sistema que permite gestionar las informaciones clínicas y epidemiológicas y generar informes en tiempo real.	1	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			Orientación al personal ante la incorporación de nuevas tecnologías.	2	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
	Indicadores	Instrumentos de medida que identifican la presencia de un fenómeno o suceso y su intensidad, y deben ser fiables, objetivos, aceptables, relevantes y	Los Criterios para selección de Indicadores deben ser: variabilidad de la práctica asistencial en el servicio	1	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1



		basados en la evidencia	<p>puntos débiles conocidos</p> <p>aspectos básicos de la atención</p> <p>existencia de fuentes de información válidas y fiables</p> <p>Posibilidad de generación automática de resultados.</p>			
			Indicadores de Estructura: Se deben reportar semestralmente.	2	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			Los Indicadores de Proceso son más sensibles para la mejora de la calidad asistencial.	3	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			Los Indicadores de Resultado se reportan mensualmente (Indicadores CHAMI; MS. República Oriental del Uruguay).	4	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			El seguimiento de un indicador es responsabilidad del jefe de servicio.	5	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			Los indicadores de Resultado son esenciales para un modelo en gestión de calidad.	6	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			Cuando la evolución del indicador está por debajo del estándar, el responsable propone las actuaciones más	7	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1



			adecuadas para mejorarlo.			
			Los indicadores de la SEMICYUC son los recomendados para un programa de calidad de una UMI. (ANEXO II).	8	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
10	Seguridad Paciente	“la ausencia de riesgo o daño potencial asociado con la atención sanitaria, que se basa en el conjunto de elementos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, con el objeto de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de atención de salud o de mitigar sus consecuencias”. OMS	La prevención de eventos adversos, es fundamental para minimizar el tiempo de la internación en la UMI.	1	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			Enfermería planifica los cuidados y la transición de los cuidados.	2	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			Se identifican potenciales factores y eventos que contribuyen al aumento del riesgo de mayor tiempo de permanencia.	3	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			Existe informes internos y externos de los incidentes, las no conformidades y quejas técnicas	4	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			La Comisión de Seguridad Paciente de	5	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1



			la institución recepciona todas las notificaciones realiza análisis de causa raíz y plan de acción.			
			Se realiza el seguimiento de los indicadores de calidad y seguridad de los pacientes de acuerdo con la Comisión de Seguridad Paciente del Ministerio de Salud.	6	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			Los indicadores incluyen las Infecciones Asociadas a la Asistencia Sanitaria.	7	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			En la UMI se utilizan herramientas de calidad como el análisis de causa raíz (diagrama de Ishikawa) y plan de acción (5W-2H).	8	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			En la U.M.I. se aplica el Protocolo de Londres.	9	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			El uso de una herramienta de seguridad aleatoria en tiempo real mejora el proceso de atención y la adhesión a las guías de práctica clínica y se asocia con una mejora en la estructura, el proceso y los indicadores de resultados.	10	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			Realización de informe individualizado con	11	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1



			datos clínico-epidemiológicos del paciente, incidente, análisis de causa raíz y plan de acción.			
			Se recomienda: promover la implantación de prácticas de conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales.	12	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			Se posee historia clínica informatizada y de sistemas de prescripción farmacológica asistida electrónica.	13	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			Se utilizan protocolos actualizados de tratamiento y/o guías de uso de medicamentos basados en la evidencia.	14	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			La valoración del paciente para identificar el riesgo de desarrollar úlceras por presión (upp) es imprescindible en el ingreso del mismo a la UMI.	15	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			La u.p.p. es un indicador de calidad de la UMI.	16	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			Se recomienda reducir al mínimo las medidas de limitación de la movilidad en la UMI y que estas no se utilicen de manera	17	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1



			rutinaria.			
			La UMI está en coordinación con las áreas donde se trasladan los pacientes al alta.	18	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			La UMI mantiene un seguimiento de apoyo al alta del paciente, al equipo que recibe.	19	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			No se aconseja el traslado nocturno de un paciente desde la UMI a otra unidad o dentro del hospital.	20	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			El traslado de un paciente en horario nocturno se registra como un evento adverso .	21	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			Es recomendable estandarizar la comunicación entre el personal sanitario en el momento del traspaso, los cambios de turno.	22	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
			Se utiliza la técnica SBAR modelo de lenguaje común, para comunicar la información crucial, estructurada en cuatro apartados: S, Situation (situación); B, Background (antecedentes); A, Assessment (evaluación); R, Recommendation (recomendación).	23	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1



			La gestión del riesgo es supervisada y coordinada por un grupo de gestión de la propia Unidad, dirigido por el Jefe médico.	24	Cualitativa ordinal	5-4-3-2-1
--	--	--	--	----	---------------------	-----------

*Codificación: asignación de un valor numérico que representa el componente, para análisis cuantitativo. **Escala de Likert: Categorías: 5: Indispensable. 4: Sumamente importante. 3: Medianamente Importante. 2: Poco Importante. 1: No se toma en cuenta



ANEXO 8

Remitente: Lic. Enf. Isabel Silva

Celular: (5982)- 099443445

Para. Lic. Enf. /Dr.

Estimado/a:

Usted fue elegido para opinar en esta tesis de Maestría por ser un experto en el área de Cuidados Intensivos

Agradezco vuestro consentimiento (de creto 379/08) y opinión al Modelo de gestión en calidad de una Unidad de Medicina Intensiva (UMI) que se anexa. La tutora es la Prof. Mag. Miriam Costabel (su CV ANNI) Directora del departamento Salud Adulto y Anciano, Directora de la Comisión de Acreditación de la Facultad de Enfermería, Universidad de la República Oriental del Uruguay.

Le agradecemos que marque en la escala de Likert a cada afirmación. La misma se ha adaptado a la finalidad de este sondeo de opinión de la siguiente manera:

Indispensable (5)	Sumamente importante (4)	Medianamente Importante (3)	Poco Importante (2)	No se toma en cuenta (1)
----------------------	--------------------------------	-----------------------------------	---------------------------	--------------------------------

Consideraciones éticas:

Tanto su identidad como las respuestas a este formulario serán mantenidas en el ámbito de la confidencialidad del investigador, se le remitirá la conclusión de la tesis una vez defendida.

Desde ya agradecemos su apoyo a la elaboración de esta tesis y la disposición para responder a este formulario. Saluda atentamente estando a las órdenes.

Lic. Enf. Isabel Silva. Prof. Agdo.
Departamento Salud Adulto y Anciano.
Facultad de Enfermería. Universidad de la
República Oriental del Uruguay.

Abril 2017



Formulario de c ANEXO 9: FORMULARIO Componentes de un modelo de calidad para la Unidad de Medicina Intensiva

Nombre:
Cargo:
Fecha:

Responsable: Lic. Esp. Isabel Silva

DIMENSION	COMPONENTE	5	4	3	2	1
Programa de mejora de calidad	La Unidad de Medicina Intensiva (M.I.) posee un programa de mejora de la calidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	La U.M.I. posee un sistema de información para la mejora de la calidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	El programa de mejora de la calidad de la U.M.I. se basa en la Planificación estratégica de la institución sanitaria en línea con Misión y Visión.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Todo el personal sanitario de la U.M.I. médicos y enfermería deben tener conocimiento que la unidad tiene un programa de mejora de la calidad .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Según objetivos de la institución se deben definir las líneas estratégicas de la UMI.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Existe un programa de calidad a nivel nacional con un Sistema de acreditación de las Unidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Los aspectos cualitativos de la implementación a destacar son: un fuerte compromiso de los gestores y del personal de las U.M.I. , así como una comunicación directa y fluida entre la Unidad y el organismo de acreditación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Los jefes Médico y Lic. En Enfermería de la U. M.I. desarrollan la misión, visión, y valores favoreciendo la mejora continua, el crecimiento del personal y la mejora de la gestión asistencial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	El modelo de gestión basado en la autoevaluación , donde se realiza el seguimiento periódico y sistemático de prácticas de gestión y medición de resultado de una organización, utilizando un modelo como marco de referencia: podría aplicarse en las U.M.I. en el Uruguay.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	El personal está formado en herramientas de gestión de calidad creando una mayor adhesión a esa cultura.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	El benchmarking se aplica en la unidad, (comparación con las mejores prácticas) es importante para identificar las áreas de mejora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	El benchmarking (análisis y comparación de datos con otras UMIS de la región) online y en tiempo real de los indicadores es de utilidad para mi unidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	El contacto con los clientes: usuario interno y externo diario permite conocer las necesidades, a través de encuestas de satisfacción , servicios de atención al usuario, y en base a esto proponer acciones de mejora.									
Comunicación	Existe comunicación con el primer nivel de atención primaria , conociendo los servicios que se brindan, la mayoría de los problemas de salud de la población se resolverían o solucionarían en el primer nivel de atención.									
	La Información sobre los procesos, tratamiento y cuidados al paciente, familia o acompañante, es realizada por el médico responsable y el Licenciado en Enfermería , la misma es adecuada y comparable.									
	La Información sobre los procesos, tratamiento y cuidados al paciente, familia o acompañante, es realizada por el médico responsable , la misma es adecuada y comparable.									
	El Hospital tiene a disposición del usuario, hojas de reclamaciones y sugerencias o iniciativas que permitan dejar constancia de las mismas relativas a su funcionamiento.									
	La queja, reclamación, iniciativa o sugerencia es objeto de evaluación periódica y búsqueda de soluciones.									
Gestión de los Recursos Humanos	Todos los profesionales son Especialistas en Cuidados Intensivos .									
	Para el personal auxiliar existe un protocolo de formación en cuidados intensivos .									
	La existencia de formación en convenio con la Academia favorece la actualización de conocimientos.									
	Es responsabilidad de los jefes de la UMI promover el desarrollo personal y profesional velando por el respeto mutuo, el sentido de pertenencia y el trabajo en equipo .									
	Es responsabilidad de los jefes de la UMI promover la satisfacción del personal de salud , producción y crecimiento científico/investigación y docencia.									
	La dotación de médicos y de enfermería es suficiente, relacionada con número de camas ocupadas, nivel de complejidad de los pacientes, capacitados para el cuidado de l paciente críticamente enfermo.									



	La unidad cuenta con la documentación que avale dichas capacidades del personal en el cuidado del paciente crítico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Los responsables de la UMI vigilan la existencia de un clima laboral acorde .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Las condiciones y medio ambiente laboral son adecuadas para el desarrollo del cuidado en: luz, espacio y ruido. Según las normativas laborales actuales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Existen políticas para los RR.HH. de ingreso, contratación, remuneración y promoción.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	La planificación de las necesidades del personal es sistemática a mediano y largo plazo y se modifica según los cambios tecnológicos, las cargas de trabajo o los cambios socio-sanitarios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	La medición del grado de satisfacción del personal , es un indicador de calidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuidados de Enfermería	En la UMI se miden las cargas de trabajo de enfermería.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	El NAS (Nursing activities score) porcentaje de tiempo usado por enfermería por turno en la asistencia directa al paciente, es el más fiel, para medir la carga de trabajo de enfermería.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestión asistencial de los protocolos clínicos	La U.M.I. posee constancia documental fehaciente de las guías, o protocolos de práctica clínica y de cuidados , junto con sus evaluaciones y, en su caso, modificaciones y adaptaciones.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Esta documentación debe ser de acceso al personal responsable de la asistencia del paciente, disponible las 24 horas en formato papel o digitalizado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	La elaboración, implementación y evaluación de protocolos clínicos es participativa , involucrando al personal sanitario que debe intervenir en los mismos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	El empoderamiento (empowerment) autonomía clínica de los profesionales es imprescindible en el quehacer diario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Consentimiento informado: La realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos, así como la administración de tratamientos que impliquen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, requiere su consentimiento por escrito, o en su defecto de su familia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gestión de recursos	Se dispone de un sistema registro informático en tiempo real para saber el	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



económicos y financieros.	gasto por paciente o grupo de pacientes.									
	Las normas y actividades de control constituyen la unidad de medida para determinar el cumplimiento de la gestión.									
	La información y comunicación en la gestión y control de la UMI, contribuye a una eficiente y eficaz toma de decisiones.									
	La eficiencia y eficacia de los recursos se controlan mediante auditorías contables .									
Gestión de estructura edilicia equipos y materiales.	Es responsabilidad de las autoridades institucionales y de la UMI vigilar el cumplimiento de l mantenimiento actualizado de las tecnologías de soporte al paciente crítico.									
	La estructura física de la U.M. I. responde a las necesidades, y actividades de cada uno de los usuarios de la misma (pacientes, personal sanitario, visitantes). Se dispone de espacios adecuados para: acceso y recepción del familiar, unidad del paciente y control de enfermería, apoyos generales de la unidad y personal.									
	La video vigilancia en la U. M.I, incluyendo la unidad de l paciente, con centralización en una central de enfermería es importante para la seguridad y el cuidado del paciente.									
Gestión de tecnología y de sistemas de Información	La U.M.I. cuenta con un sistema que permite gestionar las informaciones clínicas y epidemiológicas y generar informes en tiempo real. De esta manera los gestores pueden obtener informes, que ayuden en el análisis de indicadores y la mejora de la calidad de la atención hospitalaria.									
	Existe de un sistema formalizado de intercambio de información entre los profesionales implicados en la atención de cada paciente durante los cambios de turno, así como al alta al paciente a otras unidades.									
	Ante nuevas tecnologías de tratamiento y/o soporte vital, antes de la incorporación en el servicio se orienta al personal que utiliza los mismos.									
	La herramienta informática debe permitir determinar precozmente las estimaciones mediana del tiempo de internación en la UCI, con base en las características clínicas de los pacientes y en el respectivo riesgo de experimentar larga permanencia.									
Indicadores	Los Criterios para selección de indicadores deben ser:									



	<ul style="list-style-type: none"> • variabilidad de la práctica asistencial en el servicio • puntos débiles conocidos • aspectos básicos de la atención • posibilidad de riesgos • existencia de fuentes de información válidas y fiables • Posibilidad de generación automática de resultados. 								
	Los indicadores de Estructura : Se deben reportar semestralmente .								
	Los Indicadores de Proceso son más sensibles para la mejora de la calidad asistencial.								
	Los Indicadores de Resultado que miden las consecuencias del proceso asistencial, se reportan mensualmente. (Indicadores Comisión Honoraria Asesora Medicina Intensiva. Ministerio de Salud. República Oriental del Uruguay) ANEXO I								
	El seguimiento de un indicador es responsabilidad del jefe de servicio, y este distribuye entre los miembros de su staff el seguimiento de los distintos indicadores elegidos.								
	Los indicadores de Resultado : índice de gravedad, estimación de la probabilidad de muerte y las tasas de mortalidad estandarizadas son esenciales para un modelo en gestión de calidad de la UMI.								
	Cuando la evolución del indicador está por debajo del estándar , el responsable propone las actuaciones más adecuadas para mejorarlo.								
	Los indicadores de la SEMICYUC son los recomendados para un programa de calidad de una UMI. (ANEXO II).								
SEGURIDAD PACIENTE	En Estrategia en Seguridad paciente, la prevención de eventos adversos , son fundamentales para minimizar el tiempo de la internación en la UMI.								
	Enfermería planifica los cuidados y la transición de los cuidados post alta de los pacientes evitando así reingresos.								
	Se identifican potenciales factores y eventos que contribuyen al aumento del riesgo de mayor tiempo de permanencia en la UMI por paciente.								
	Se cuentan con informes internos y externos de los incidentes (sin daños, con daños y “near miss”), las no conformidades y quejas técnicas.								
	La Comisión de Seguridad Paciente de la institución recibe todas las								



	notificaciones realiza análisis de causa raíz y plan de acción.								
	Se realiza el seguimiento de los indicadores de calidad y seguridad de los pacientes de acuerdo con la Comisión de Seguridad Paciente del Ministerio de Salud.								
	Los indicadores incluyen las Infecciones Asociadas a la Asistencia Sanitaria.								
	En la UMI se utilizan herramientas de calidad como el análisis de causa raíz (diagrama de Ishikawa) y plan de acción (5W -2H).								
	En la U.M.I. se aplica el Protocolo de Londres.								
	El uso de una herramienta de seguridad aleatoria en tiempo real mejora el proceso de atención y la adhesión a las guías de práctica clínica y se asocia con una mejora en la estructura, el proceso y los indicadores de resultados.								
	En seguridad se recomienda la realización de informe individualizado con datos clínico-epidemiológicos del paciente, tales como datos demográficos, diagnóstico, puntación del pronóstico, incidente, análisis de causa raíz y plan de acción.								
	Para prevenir eventos adversos relacionados con la administración de medicación se recomienda: promover la implantación de prácticas de conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales.								
	Para evitar eventos adversos relacionado con la administración de fármacos se posee historia clínica informatizada y de sistemas de prescripción farmacológica asistida electrónica.								
	Se utilizan protocolos actualizados de tratamiento y/o guías de uso de medicamentos basados en la evidencia sobre las principales enfermedades tratadas en la UMI								
	La valoración del paciente para identificar el riesgo de desarrollar úlceras por presión (upp) es imprescindible en el ingreso del mismo a la UMI.								
	La u.p.p. es un indicador de calidad de la UMI.								
	Se recomienda reducir al mínimo las medidas de limitación de la movilidad en la UMI y que estas no se utilicen de manera rutinaria.								



	La UMI está en coordinación con las áreas donde se trasladan los pacientes al alta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	La UMI mantiene un seguimiento de apoyo al alta de l paciente, al equipo que recibe, para evitar complicaciones, asegurando así la continuidad de la asistencia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	No se aconseja el traslado nocturno de un paciente desde la UMI a otra unidad o dentro de l hospital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	El traslado de un paciente en horario nocturno se registra como un evento adverso .	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Es recomendable estandarizar la comunicación entre el personal sanitario en el momento de l traspaso, los cambios de turno y entre distintas unidades de atención en el transcurso de la transferencia de un paciente a otra unidad o ámbito asistencial.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Se utiliza la técnica SBAR modelo de lenguaje común, para comunicar la información crucial, estructurada en cuatro apartados: S, Situation (situación); B, Background (antecedentes); A, Assessment (evaluación); R, Recommendation (recomendación);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	La gestión del riesgo es supervisada y coordinada por un grupo de gestión de la propia Unidad, dirigido por el Jefe médico, con una representación multidisciplinaria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



INDICADORES RELEVANTES SEMICYUC AÑO 2011

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA INTENSIVA, CRÍTICA Y UNIDADES CORONARIAS

INDICADORES RELEVANTES

NOMBRE DEL INDICADOR RELEVANTE	Indicador n°	Grupo o especialidad al que corresponde
1. Hipotermia terapéutica en la parada cardíaca (PCR)	9	Cuidados cardiológicos
2. Posición semincorporada en pacientes con ventilación mecánica invasiva	18	Respiratorio
3. Prevención de la enfermedad tromboembólica	20	Respiratorio
4. Instauración precoz de ventilación (VM) no invasiva, en la agudización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.	23	Respiratorio
5. Ventilación pulmonar protectora en la lesión pulmonar aguda (LPA) /SDRA	24	Respiratorio
6. Bacteriemia relacionada con catéter venoso central	39	Enfermedades Infecciosas
7. Neumonía asociada a ventilación mecánica	41	Enfermedades Infecciosas
8. Inicio precoz antibióterápia en la sepsis grave	46	Enfermedades Infecciosas
9. Nutrición enteral precoz	53	Metabolismo y nutrición
10. Profilaxis de la hemorragia gastrointestinal en enfermos con ventilación mecánica invasiva	59	Metabolismo y nutrición
11. Sedación adecuada	64	Sedación y analgesia
12. Manejo de la analgesia en el enfermo no sedado	66	Sedación y analgesia
13. Transfusión inadecuada de concentrado de hemáties	74	Hemoderivados
14. Donantes reales	80	Trasplantes
15. Cumplimentación del protocolo de lavado de manos	93	Enfermería
16. Información a los familiares de los enfermos en el servicio de medicina intensiva	97	Bioética
17. Limitación del tratamiento de soporte vital	100	Bioética
18. Encuesta de calidad percibida al alta del servicio de medicina intensiva	108	Planificación, organización y gestión
19. Presencia de intensivista en el servicio de medicina intensiva las 24 horas del día	113	Planificación, organización y gestión
20. Registro de eventos adversos	114	Planificación, organización y gestión

144 INDICADORES DE CALIDAD EN EL ENFERMO CRÍTICO



ANEXO 10

Dimensión 1: Programa mejora de calidad

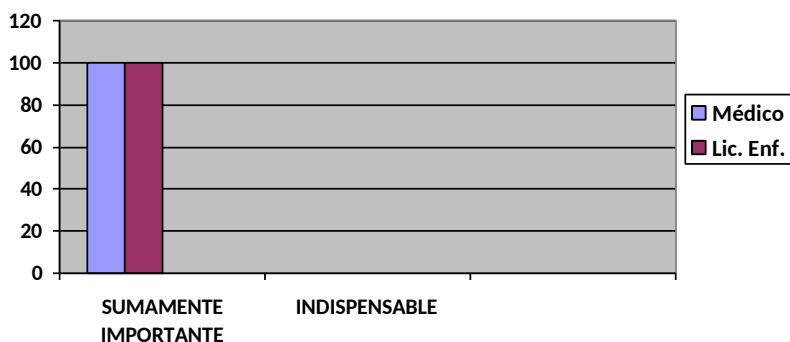
Componentes 5, 7, 8, 9, 10, 13

Tabla N°8: Grado de adhesión de Expertos a Componentes 5,7,8,9,10,13.
Dimensión 1 según Profesión. Período enero mayo 2017. Montevideo.
Uruguay.

Categorías	No se toma en cuenta		Poco Importante		Medianamente Importante		Sumamente Importante		Indispensable	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Médicos	0	0	0	0	0	0	7	100 %	0	0%
Lic. Enf.	0	0	0	0	0	0	14	100 %	0	0%

Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero mayo 2017

Gráfico N°5: Grado de adhesión de Expertos a Componente 5, 7, 8,9, 10,13.
Dimensión 1 según Profesión. Período enero- mayo 2017. Montevideo.
Uruguay.



Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero mayo 2017



Dimensión 1: Programa mejora de calidad

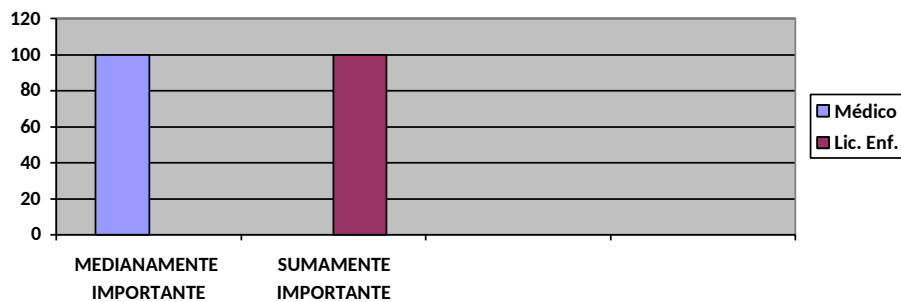
Componentes 11 y 12

Tabla N°9: Grado de adhesión de Expertos a Componentes 11 y 12. Dimensión 1 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay.

Categorías	No se toma en cuenta		Poco Importante		Medianamente Importante		Sumamente Importante		Indispensable	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Médicos	0	0	0	0	7	100%	0	0 %	0	0%
Lic. Enf.	0	0	0	0	0	0	14	100 %	0	0%

Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero mayo 2017

Gráfico N° 6: Grado de adhesión de Expertos a Componentes 11 y 12. Dimensión 1 según Profesión. Período enero mayo 2017. Montevideo. Uruguay





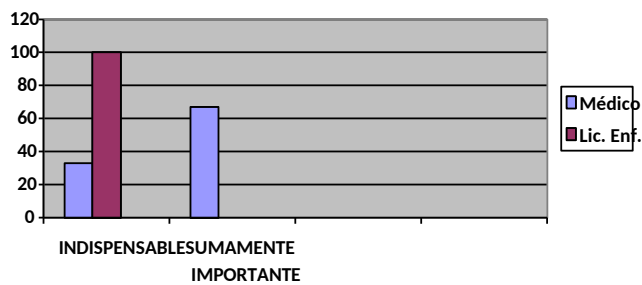
Componentes 1, 2

Tabla N°5: Grado de adhesión de Expertos a Componentes 1, 2. Dimensión 1 según Profesión. Período enero mayo 2017. Montevideo. Uruguay.

Categorías	No se toma en cuenta		Poco Importante		Medianamente Importante		Sumamente Importante		Indispensable	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Médicos	0	0	0	0	0	0	5	67%	2	33%
Lic. Enf.	0	0	0	0	0	0	0	0%	14	100%

Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero mayo 2017.

Gráfico N°2: Grado de adhesión de Expertos a Componentes 1, 2. Dimensión 1 según Profesión. Período enero mayo 2017. Montevideo. Uruguay.



Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero mayo 2017.



Dimensión 1: Programa mejora de calidad

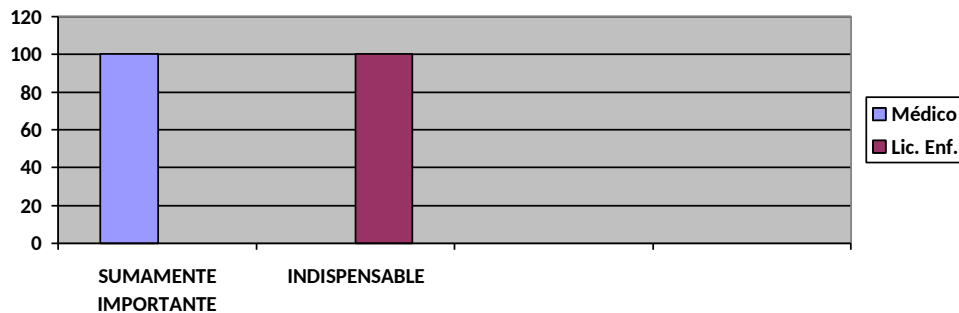
Componentes 3. 6

Tabla N°6: Grado de adhesión de Expertos a Componentes 3, 6. Dimensión 1 según Profesión. Período enero mayo 2017. Montevideo. Uruguay.

Categorías	No se toma en cuenta		Poco Importante		Medianamente Importante		Sumamente Importante		Indispensable	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Médicos	0	0	0	0	0	0	7	100 %	0	0%
Lic. Enf.	0	0	0	0	0	0	0	%	14	100%

Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero mayo 2017.

Gráfico N°3: Grado de adhesión de Expertos a Componentes 3, 6. Dimensión 1 según Profesión. Período enero mayo 2017. Montevideo. Uruguay.



Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero mayo 2017.



Dimensión 1: Programa mejora de calidad

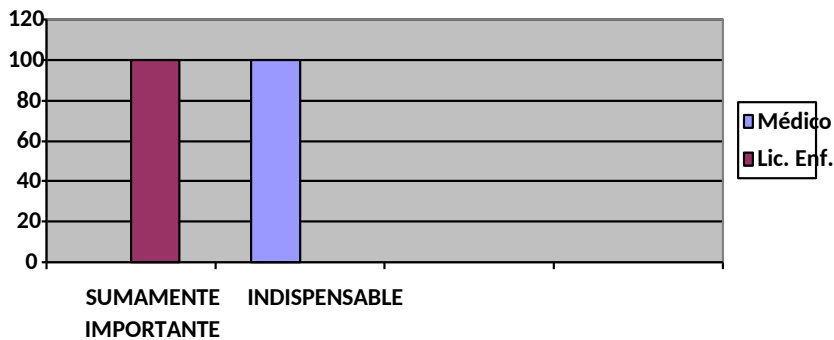
Componente 4

Tabla N°7: Grado de adhesión de Expertos a Componentes 4. Dimensión 1 según Profesión. Período enero mayo 2017. Montevideo. Uruguay.

Categorías	No se toma en cuenta		Poco Importante		Medianamente Importante		Sumamente Importante		Indispensable	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Médicos	0	0	0	0	0	0	0	0 %	7	100%
Lic. Enf.	0	0	0	0	0	0	14	100 %	0	0%

Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017.

Gráfico N°4: Grado de adhesión de Expertos a Componente 4. Dimensión 1 según Profesión. Período enero mayo 2017. Montevideo. Uruguay.



Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017.



Dimensión 2: Comunicación

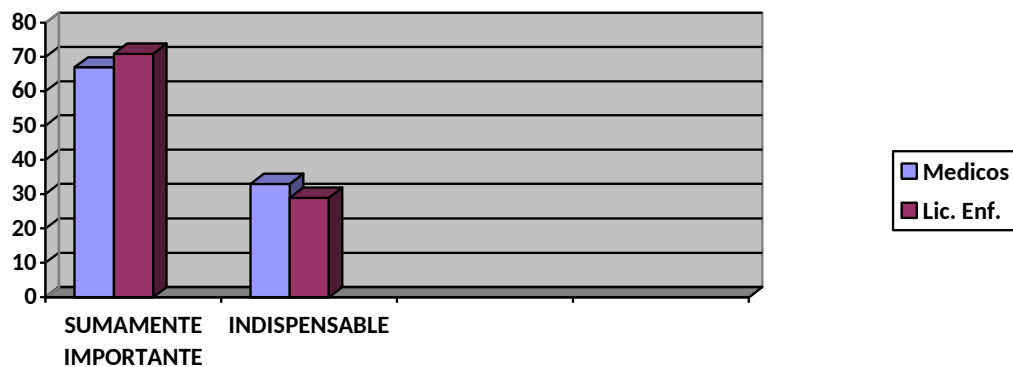
Componente 1

Tabla N°19: Grado de adhesión de Expertos al Componente 1, Dimensión 2 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay

Categorías	No se toma en cuenta		Poco Importante		Medianamente Importante		Sumamente Importante		Indispensable	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Médicos	0	0%	0	0%	0	0%	5	67 %	2	33%
Lic. Enf.	0	0%	0	0%	0	0%	10	71 %	4	29%

Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017.

Gráfico N°7: Grado de adhesión de Expertos al Componente 1, Dimensión 2 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay



Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017.



Dimensión 2: Comunicación

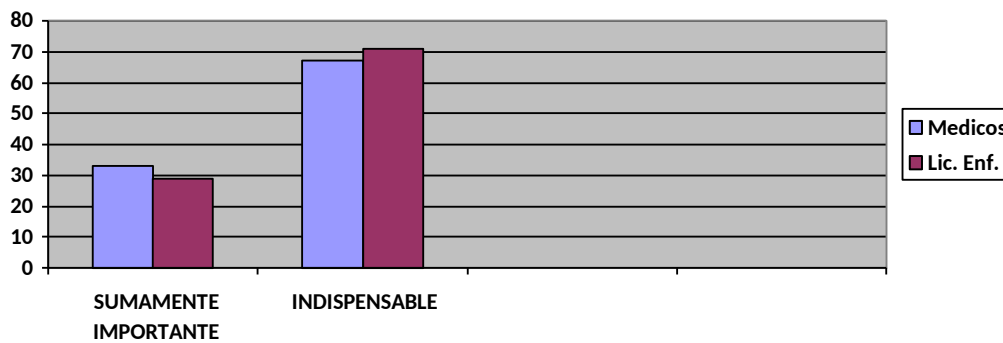
Componente 2

Tabla N°20: Grado de adhesión de Expertos al Componente 2, Dimensión 2 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay

Categorías	No se toma en cuenta		Poco Importante		Medianamente Importante		Sumamente Importante		Indispensable	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Médicos	0	0%	0	0%	0	0%	2	33%	5	67%
Lic. Enf.	0	0%	0	0%	0	0%	4	29%	10	71%

Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017.

Gráfico N°8: Grado de adhesión de Expertos al Componente 2, Dimensión 2 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay



Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017.



Dimensión 2: Comunicación

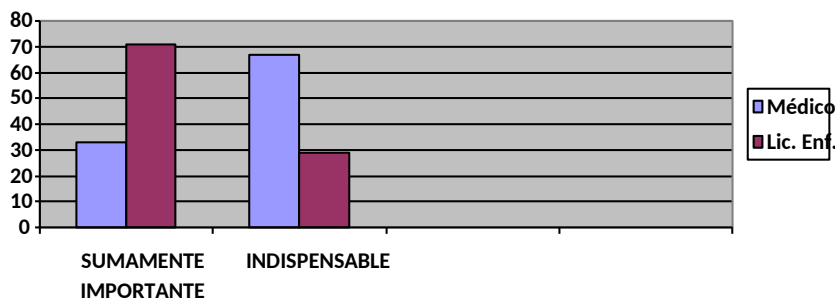
Componente 3

Tabla N° 21: Grado de adhesión de Expertos al Componente 3, Dimensión 2 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay.

Categorías	No se toma en cuenta		Poco Importante		Medianamente Importante		Sumamente Importante		Indispensable	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Médicos	0	0%	0	0%	0	0%	2	33%	5	67%
Lic. Enf.	0	0%	0	0%	0	0%	10	71%	4	29%

Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017.

Gráfico N°9: Grado de adhesión de Expertos al Componente 3, Dimensión 2 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay



Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017.



Dimensión 2: Comunicación

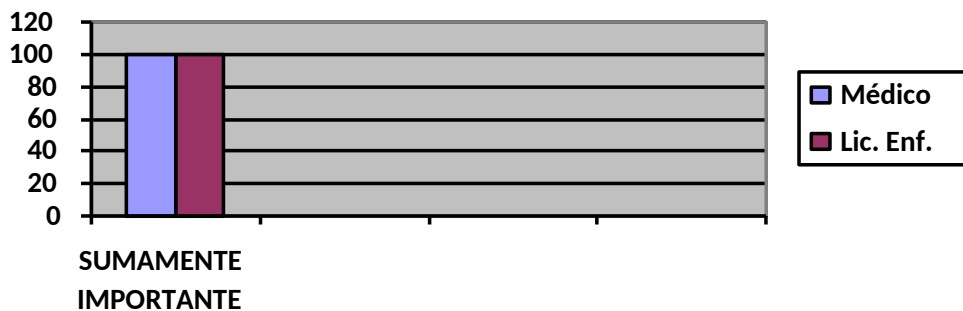
Componente 4,5

Tabla N°22: Grado de adhesión de Expertos al Componente 4,5 Dimensión 2 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay

Categorías	No se toma en cuenta		Poco Importante		Medianamente Importante		Sumamente Importante		Indispensable	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Médicos	0	0%	0	0%	0	0%	7	100%	0	0%
Lic. Enf.	0	0%	0	0%	0	0%	14	100%	0	0%

Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017.

Gráfico No. 10: Grado de adhesión de Expertos al Componente 4,5 Dimensión 2 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay



Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017.

Estadístico de prueba: $\chi^2 = 0,48$ p valor $>0,05$



Dimensión 3: Gestión de Recursos Humanos.

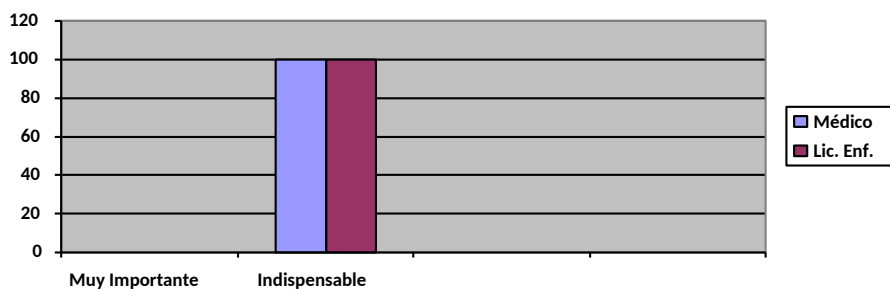
Componentes: 1, 2, 6, 10.

Tabla N°23: Grado de adhesión de Expertos al Componente 1, 2, 6,10 Dimensión 2 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay

Categorías	No se toma en cuenta		Poco Importante		Medianamente Importante		Sumamente Importante		Indispensable	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Médicos	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	7	100%
Lic. Enf.	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	14	100%

Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017.

Gráfico No. 11: Grado de adhesión de Expertos al Componente 1, 2, 6,10 Dimensión 2 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay



Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017.



Dimensión 3: Gestión de Recursos Humanos

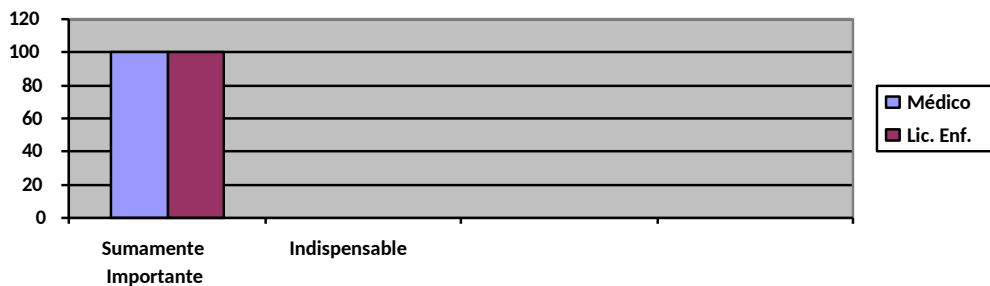
Componentes: 3,4, 5, 11, 12.

Tabla N°24: Grado de adhesión de Expertos al Componente 3, 4, 5, 11,12 Dimensión 3 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay

Categorías	No se toma en cuenta		Poco Importante		Medianamente Importante		Sumamente Importante		Indispensable	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Médicos	0	0%	0	0%	0	0%	7	100%	0	0%
Lic. Enf.	0	0%	0	0%	0	0%	14	100%	0	0%

Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017.

Gráfico No. 12: Grado de adhesión de Expertos al Componente 3, 4, 5,11,12 Dimensión 3 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay



Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017.



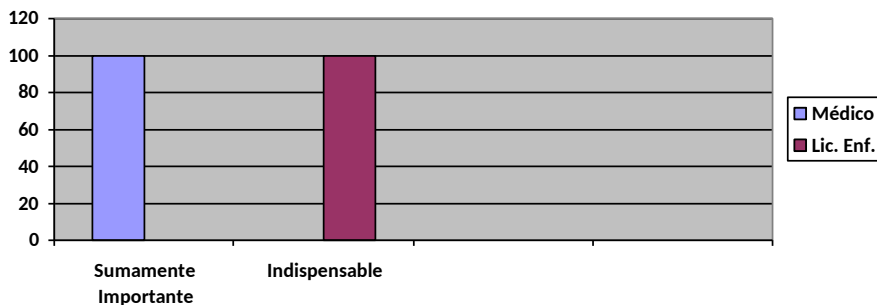
Componentes: 7, 8, 9.

Tabla N°25: Grado de adhesión de Expertos al Componente 7,8,9 Dimensión 3 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay

Categorías	No se toma en cuenta		Poco Importante		Medianamente Importante		Sumamente Importante		Indispensable	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Médicos	0	0%	0	0%	0	0%	7	100%	0	0%
Lic. Enf.	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	14	100%

Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017.

Gráfico No. 13: Grado de adhesión de Expertos al Componente 7,8,9 Dimensión 3 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay



Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017.

Estadístico de prueba: $\chi^2 = 1,52$ p valor > 0,05



Dimensión 4: Enfermería

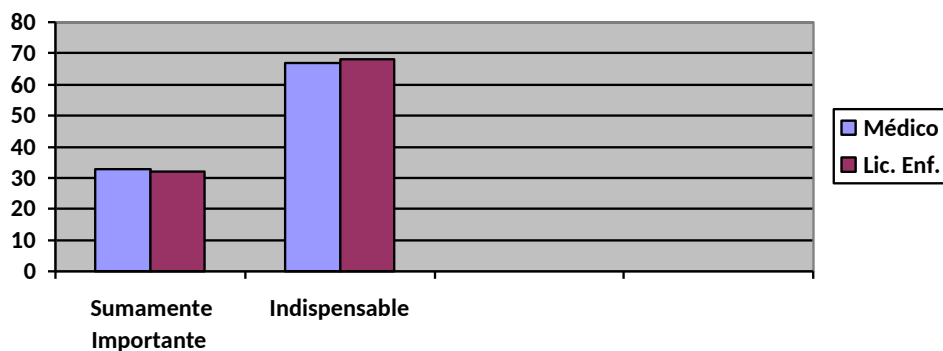
Componente: 1

Tabla N°26: Grado de adhesión de Expertos al Componente 1 Dimensión 4 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay

Categorías	No se toma en cuenta		Poco Importante		Medianamente Importante		Sumamente Importante		Indispensable	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Médicos	0	0%	0	0%	0	0%	2	33%	5	67%
Lic. Enf.	0	0%	0	0%	0	0%	5	32%	9	68%

Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017.

Gráfico No. 14: Grado de adhesión de Expertos al Componente 1 Dimensión 4 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay



Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017.



Dimensión 4: Enfermería

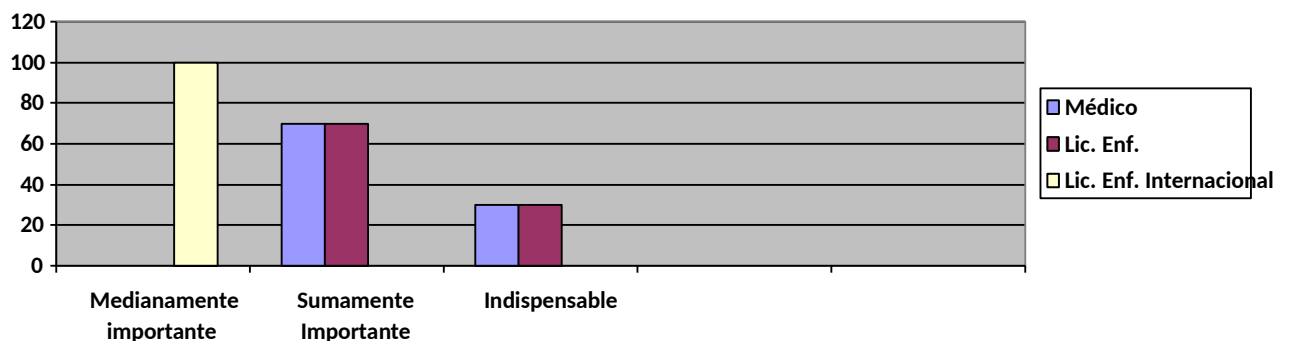
Componente: 2

Tabla N°27: Grado de adhesión de Expertos al Componente 2 Dimensión 4 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay

Categorías	No se toma en cuenta		Poco Importante		Medianamente Importante		Sumamente Importante		Indispensable	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Médicos	0	0%	0	0%	0	0%	5	70%	2	30%
Lic. Enf.	0	0%	0	0%	0	0%	9	70%	4	30%
Lic. Enf. Int.	0	0%	0	0%	1	100%	0	0	0	0

Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017.

Gráfico No. 15: Grado de adhesión de Expertos al Componente 2 Dimensión 4 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay



Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017.

Estadístico de prueba: $\chi^2 = 3,1$ p valor: $>0,05$



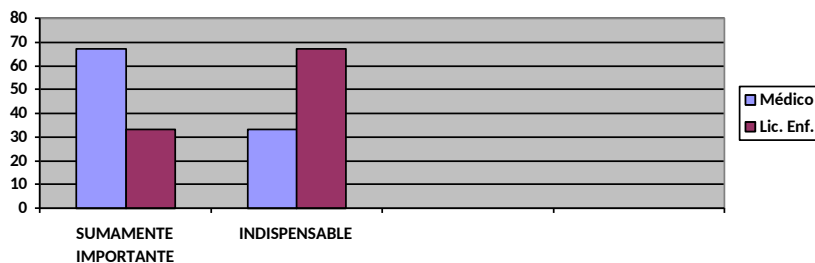
Dimensión 5: Gestión asistencial de los protocolos clínicos.

Componente 1

Tabla N°28: Grado de adhesión de Expertos al Componente 1 Dimensión 5 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay

Categorías	No se toma en cuenta		Poco Importante		Medianamente Importante		Sumamente Importante		Indispensable	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Médicos	0	0%	0	0%	0	0%	5	67%	2	33%
Lic. Enf.	0	0%	0	0%	0	0%	5	33%	9	67%

Gráfico No. 16: Grado de adhesión de Expertos al Componente 1 Dimensión 5 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay



Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017.



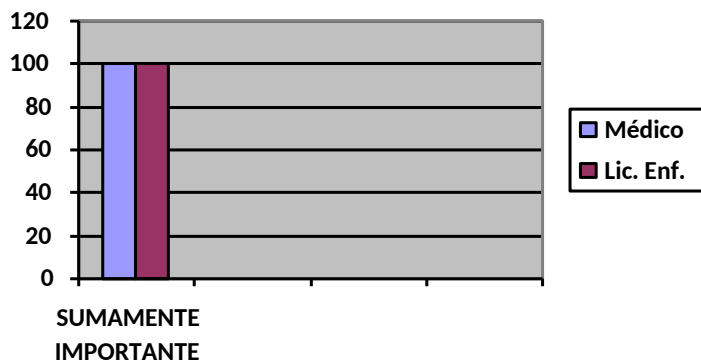
Componente 2, 3,4

Tabla N°29: Grado de adhesión de Expertos al Componente 2, 3, 4 Dimensión 5 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay

Categorías	No se toma en cuenta		Poco Importante		Medianamente Importante		Sumamente Importante		Indispensable	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Médicos	0	0%	0	0%	0	0%	7	100%	0	0%
Lic. Enf.	0	0%	0	0%	0	0%	14	100%	0	0%

Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017.

Gráfico No. 17: Grado de adhesión de Expertos al Componente 2, 3, 4 Dimensión 5 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay



Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017.



Dimensión 5: Gestión asistencial de los protocolos clínicos.

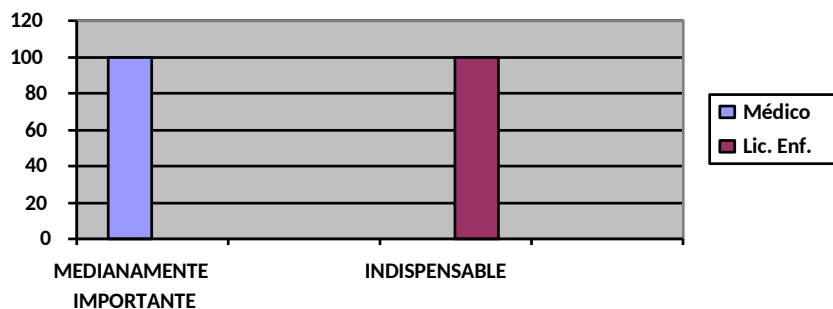
Componente 5

Tabla N°30: Grado de adhesión de Expertos al Componente 5 Dimensión 5 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay

Categorías	No se toma en cuenta		Poco Importante		Medianamente Importante		Sumamente Importante		Indispensable	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Médicos	0	0%	0	0%	7	100%	0	0%	0	0%
Lic. Enf.	0	0%	0	0%	0	0	0	0%	14	100%

Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017.

Gráfico No. 18: Grado de adhesión de Expertos al Componente 5 Dimensión 5 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay



Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017.

Estadístico de prueba: $\chi^2 = 4,33$ p valor: $>0,05$



Dimensión 6: Gestión Recursos económicos y financieros.

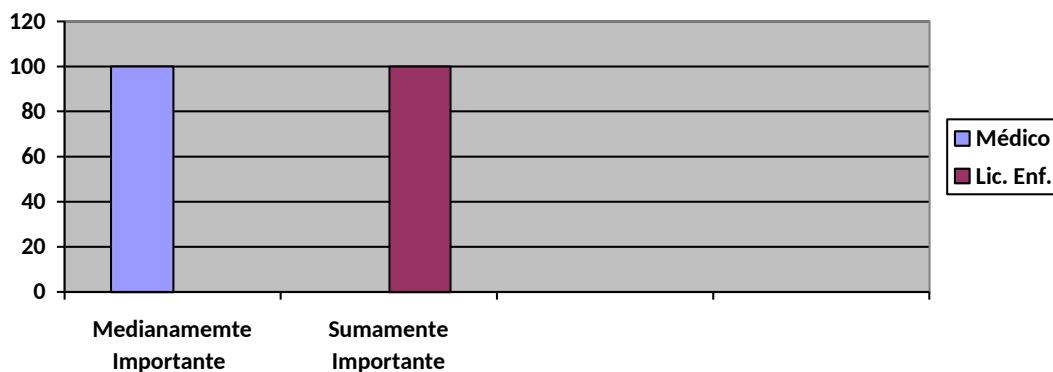
Componentes: 1,2.

Tabla N°31: Grado de adhesión de Expertos al Componente 1, 2 Dimensión 6 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay

Categorías	No se toma en cuenta		Poco Importante		Medianamente Importante		Sumamente Importante		Indispensable	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Médicos	0	0%	0	0%	7	100%	0	0%	0	0%
Lic. Enf.	0	0%	0	0%	0	0	14	100%	0	0%

Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017.

Gráfico No. 19: Grado de adhesión de Expertos al Componente 1, 2 Dimensión 6 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay



Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017.



Dimensión 6: Gestión Recursos económicos y financieros.

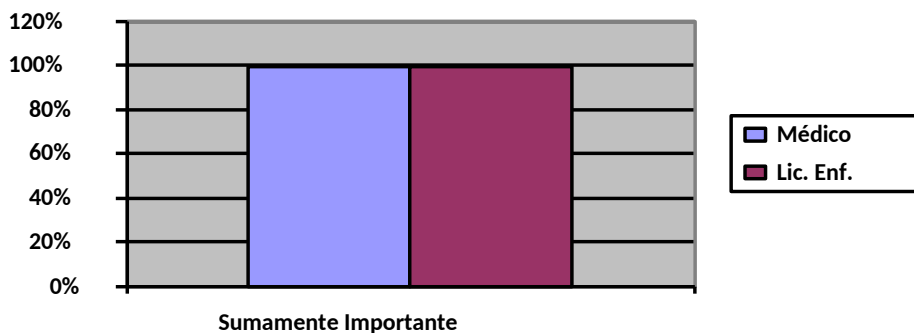
Componentes: 3,4

Tabla N°32: Grado de adhesión de Expertos al Componente 1,3, 4 Dimensión 6 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay

Categorías	No se toma en cuenta		Poco Importante		Medianamente Importante		Sumamente Importante		Indispensable	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Médicos	0	0%	0	0%	0	0%	7	100%	0	0%
Lic. Enf.	0	0%	0	0%	0	0%	14	100%	0	0%

Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017.

Gráfico No. 20: Grado de adhesión de Expertos al Componente 1,3, 4 Dimensión 6 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay



Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017

Estadístico de prueba: $\chi^2 = 2,67$ p valor: $>0,05$



Dimensión 7: Gestión de estructura edilicia equipos y materiales.

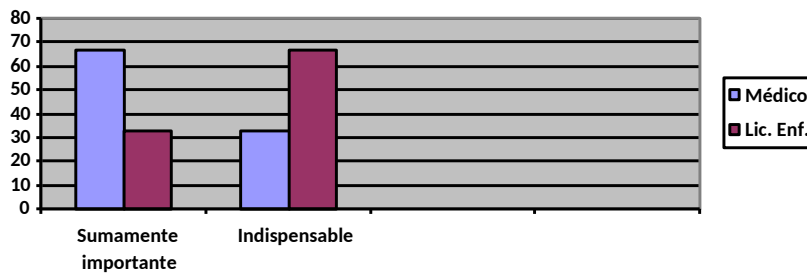
Componente 1

Tabla N°33: Grado de adhesión de Expertos al Componente 1, Dimensión 7 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay

Categorías	No se toma en cuenta		Poco Importante		Medianamente Importante		Sumamente Importante		Indispensable	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Médicos	0	0	0	0	0	0%	5	67%	2	33%
Lic. Enf.	0	0	0	0	0	0%	5	33%	9	67%

Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017

Gráfico No. 21: Grado de adhesión de Expertos al Componente 1, Dimensión 7 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay



Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017



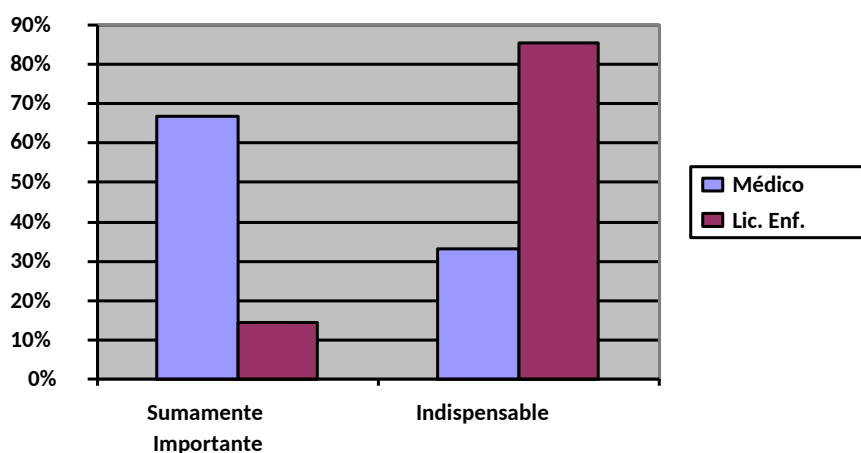
Componente 2

Tabla N°34: Grado de adhesión de Expertos al Componente 2 Dimensión 7 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay

Categorías	No se toma en cuenta		Poco Importante		Medianamente Importante		Sumamente Importante		Indispensable	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Médicos	0	0	0	0	0	0%	5	67%	2	33%
Lic. Enf.	0	0	0	0	0	0%	2	14,5%	12	85,5%

Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017

Gráfico No. 22: Grado de adhesión de Expertos al Componente 2 Dimensión 7 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay



Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017



Dimensión 7: Gestión de estructura edilicia equipos y materiales.

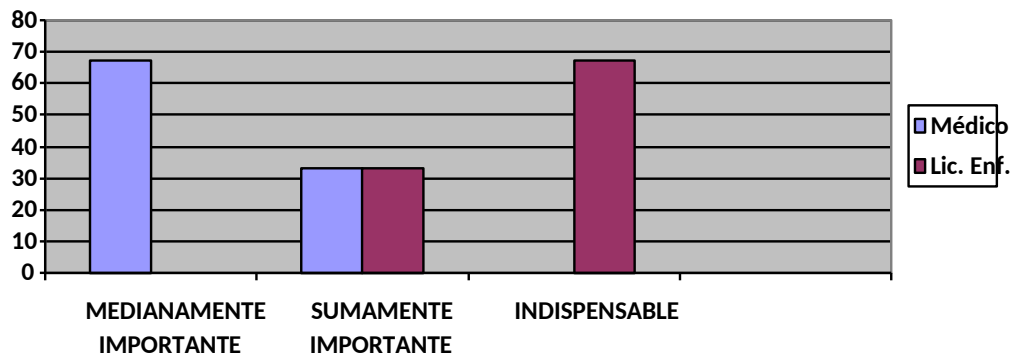
Componente 3

Tabla N°35: Grado de adhesión de Expertos al Componente 3 Dimensión 7 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay

Categorías	No se toma en cuenta		Poco Importante		Medianamente Importante		Sumamente Importante		Indispensable	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Médicos	0	0	0	0	5	67%	2	33%	0	0%
Lic. Enf.	0	0	0	0	0	0%	5	33%	9	67%

Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017

Gráfico No. 23: Grado de adhesión de Expertos al Componente 3 Dimensión 7 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay



Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017

Estadístico de prueba: $\chi^2 = 4,1$ p valor: $>0,05$



Dimensión 8: Gestión de tecnología y de sistemas de información.

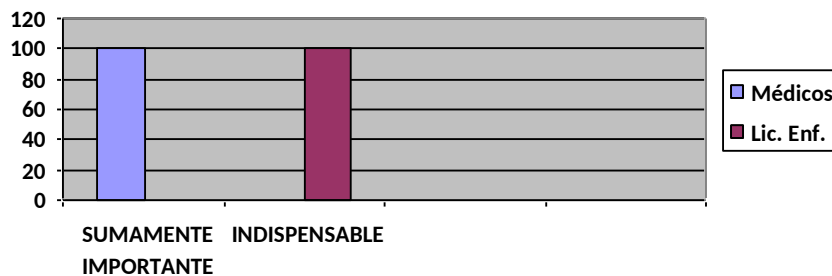
Componentes 1,2

Tabla N°36: Grado de adhesión de Expertos al Componente 1,2 Dimensión 8 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay

Categorías	No se toma en cuenta		Poco Importante		Medianamente Importante		Sumamente Importante		Indispensable	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Médicos	0	0	0	0	0	0%	7	100%	0	0%
Lic. Enf.	0	0	0	0	0	0%	0	0%	14	100%

Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017

Gráfico No. 24: Grado de adhesión de Expertos al Componente 1,2 Dimensión 8 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay



Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017

Estadístico de prueba: $\chi^2 = 3,03$ p valor: $>0,05$



Dimensión 9: Indicadores

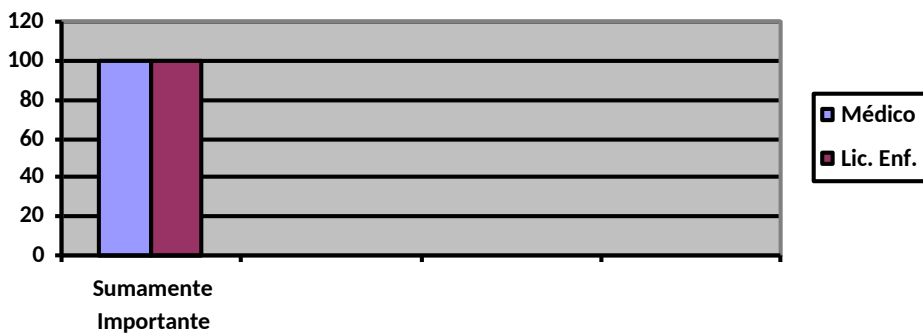
Componentes: 1, 3,4.

Tabla N°37: Grado de adhesión de Expertos al Componente 1,3,4 Dimensión 9 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay

Categorías	No se toma en cuenta		Poco Importante		Medianamente Importante		Sumamente Importante		Indispensable	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Médicos	0	0	0	0	0	0%	7	100%	0	0%
Lic. Enf.	0	0	0	0	0	0%	14	100%	0	0%

Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017

Grafico No. 25: Grado de adhesión de Expertos al Componente 1,3,4 Dimensión 9 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay



Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017



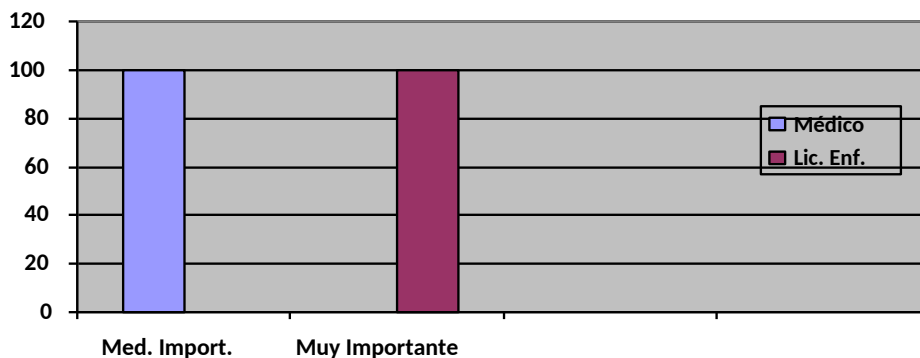
Componentes: 2, 8.

Tabla N°38: Grado de adhesión de Expertos al Componente 2,8 Dimensión 9 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay

Categorías	No se toma en cuenta		Poco Importante		Medianamente Importante		Sumamente Importante		Indispensable	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Médicos	0	0	0	0	7	100%	0	0%	0	0%
Lic. Enf.	0	0	0	0	0	0%	14	100%	0	0%

Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017

Gráfico No. 26: Grado de adhesión de Expertos al Componente 2,8 Dimensión 9 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay



Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017



Dimensión 9: Indicadores

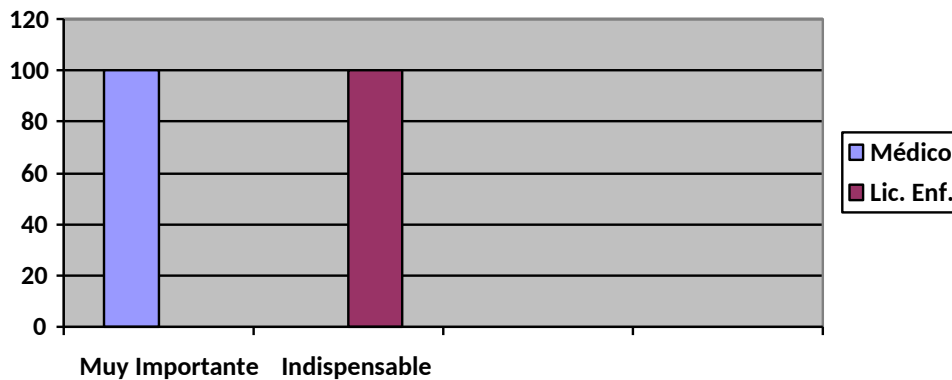
Componente: 5

Tabla N°39: Grado de adhesión de Expertos al Componente 5, Dimensión 9 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay

Categorías	No se toma en cuenta		Poco Importante		Medianamente Importante		Sumamente Importante		Indispensable	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Médicos	0	0	0	0	0	0%	7	100%	0	0%
Lic. Enf.	0	0	0	0	0	0%	0	0%	14	100%

Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017

Gráfico No. 27: Grado de adhesión de Expertos al Componente 5, Dimensión 9 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay



Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017



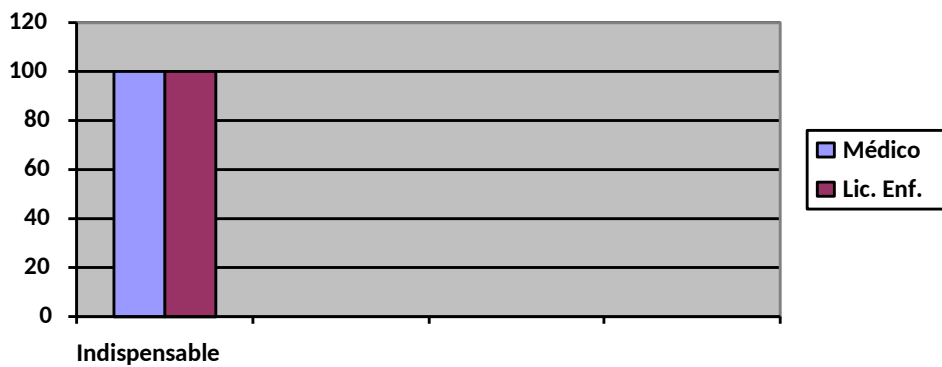
Componentes: 6.7.

Tabla N°40: Grado de adhesión de Expertos al Componente 6,7 Dimensión 9 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay

Categorías	No se toma en cuenta		Poco Importante		Medianamente Importante		Sumamente Importante		Indispensable	
	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR	FA	FR
Médicos	0	0	0	0	0	0%	0	0%	7	100%
Lic. Enf.	0	0	0	0	0	0%	0	0%	14	100%

Fuente: Elaboración propia. Montevideo, período enero – mayo 2017

Gráfico No. 28: Grado de adhesión de Expertos al Componente 6,7 Dimensión 9 según Profesión. Período enero - mayo 2017. Montevideo. Uruguay



Estadístico de prueba: $\chi^2 = 3,2$ p valor: $>0,05$



Dimensión 10: Seguridad Paciente. Tabla N°41: Pirámide de Grado de adhesión de los expertos a los Componentes de la Dimensión 10 Seguridad Paciente. Periodo enero- mayo 2017, Montevideo. Uruguay.

Médicos					Lic. Enfermería					
I	SI	MI	PI	NSTC	Componentes	NSTC	PI	MI	SI	I
					1					
					2					
					3					
					4					
					5					
					6					
					7					
					8					
					9					
					10					
					11					
					12					
					13					
					14					
					15					
					16					
					17					
					18					
					19					
					20					
					21					
					22					
					23					
					24					

Estadístico de prueba: $\chi^2 = 3,01$ p valor: $>0,05$