

Nivel de Complejidad en Atención Cerrada

2012

La finalidad de este documento es contar con estándares y recomendaciones de recursos humanos y equipamiento para camas hospitalarias, según los niveles de cuidado requeridos.

Índice

1. Introducción
2. Antecedentes Generales
3. Metodología de trabajo
4. Niveles de Cuidados en los establecimientos de atención cerrada.
 - a. Nivel Cuidados Básicos.
 - b. Nivel de cuidados Medios.
 - c. Nivel de Cuidados Críticos
5. Conceptos Claves
6. Bibliografía

1. Introducción

Uno de los grandes desafíos de la Reforma de Salud, es la transformación de la cultura hospitalaria, la cual debe pasar de ser una actividad asistencial reactiva y centralizada, a un Modelo de Gestión Hospitalaria en Red, con énfasis en la gestión eficiente, con calidad y participativa, a través de una mejora continua de los procesos tanto propios del hospital, como fuera de ellos, enfocado a las necesidades del usuario.

La gestión por procesos se define como una herramienta encaminada a conseguir los objetivos de la calidad total en torno a las características mencionadas. Es decir, procuran en forma rápida, ágil y sencilla el abordaje de los problemas de salud desde una visión centrada en el paciente, en las personas que prestan los servicios y en el proceso asistencial en sí mismo. En ese sentido supone un cambio en la organización basado en el compromiso de las personas para mejorar los resultados de la misma.

Cuando los procesos logran el ordenamiento y organización de sus recursos y actividades, consiguiendo como resultado una atención de calidad, podría decirse que un establecimiento asistencial "acredita" o es "acreditado".

Esta acreditación, entendida como el procedimiento de evaluación de los establecimientos asistenciales (hospitales, clínicas, otros) de manera periódica, requiere de la definición, validación y aceptación de estándares, estos pueden ser mínimos (definiendo el piso o base) o más elaborados y exigentes, según los distintos niveles de satisfacción.

Los estándares constituyen un marco de referencia necesario para el funcionamiento de los establecimientos, ya que, permiten definir con claridad los recursos que se necesitan, para controlar los costos, optimizar e identificar claramente cuál será la producción, en definitiva la oferta disponible para optimizar la gestión de los recursos destinados a salud.

Este documento de estándares de camas asociados a cada nivel de cuidados, tiene por objetivo ser un instrumento que contenga los requisitos mínimos para el buen funcionamiento de las unidades por donde transitarán los usuarios, orienten al personal de los servicios y sea aplicable en establecimientos hospitalarios del país. Se enmarca en la gestión de procesos, y pretende facilitar a los profesionales el conocimiento de aquellos que hay que mejorar y las herramientas para lograrlo.

El Documento de Estándares de cama según niveles de cuidados NO TIENE UN CARÁCTER NORMATIVO.

2. Antecedentes Generales

Según Rubilar y Rossi (1995), las organizaciones son sistemas sociales compuestos por individuos y grupos de individuos que, mediante la utilización de recursos, desarrollan un sistema de actividades relacionadas y coordinadas para el logro de un objetivo común, dentro de un contexto con el que se establece una influencia recíproca.

La variedad es la medida de la complejidad de un sistema. Se encuentra dada por el conjunto de las diferentes conductas posibles que pueden desarrollar sus partes. Por lo que, permite predecir que mientras mayor fuera la variedad, o la complejidad de un sistema, más difícil sería la posibilidad de prever su comportamiento.

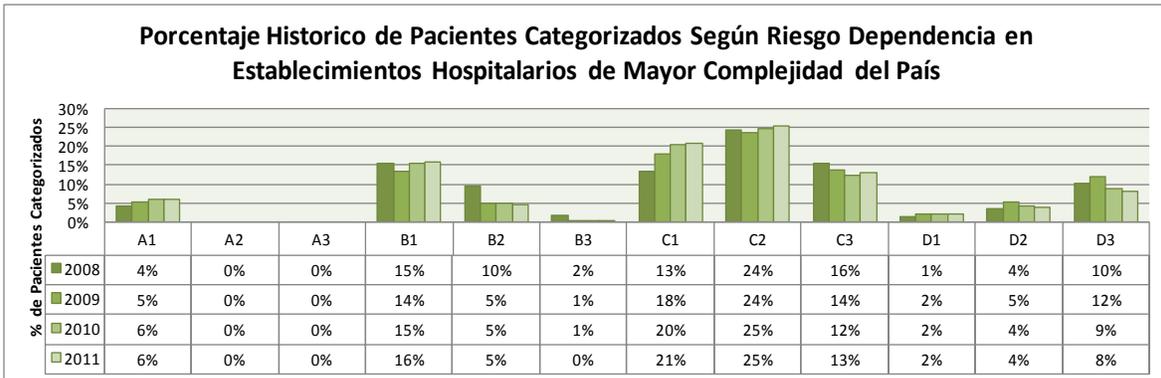
Las instituciones o establecimientos de salud que participan en los diferentes niveles de atención, poseen una disímil complejidad, medida esta última por la diversidad de acciones de salud que realizan, la tecnología y recursos que poseen, así como también de la especialidad médica y de otros profesionales de salud que en ellos se desempeñan.

Esta variabilidad se expresa en las formas personales y dispares con que profesionales enfrentan el estudio o tratamiento de diversos cuadros que presentan características clínicas y de necesidades de cuidado semejantes, sin que la evidencia científica o el menor costo, mayor efectividad u otra razón, sean valederas como motor del cambio.

De lo anterior se deduce que si deseamos controlar el sistema, es decir, si se desea predecir los eventuales resultados y consecuencias, el aparato contralor o gestor deberá tener la capacidad necesaria para conocer todos los posibles estados del sistema bajo control y disponer, además, de un repertorio de respuestas para cada uno de los estados que puede desarrollar el sistema, de manera de hacerlo controlable.

Por otra parte, el proceso de transformación que viven los establecimientos hospitalarios en la actualidad, ha sido apoyado por la implementación de diferentes estrategias (atención progresiva, autogestión hospitalaria, indiferenciación de camas, entre otras) y herramientas (GRD, gestión centralizada de camas, balance score card y categorización riesgo dependencia) tendientes a apoyar este proceso, sin embargo, existe aún, una brecha de causa multifactorial que impide que los establecimientos puedan responder de manera óptima a las actuales necesidades de sus beneficiarios

Desde la perspectiva de la demanda de requerimiento de hospitalización, la información que entrega la categorización de pacientes según riesgo y dependencia señala un cambio importante en el perfil de los pacientes hospitalizados. (Grafica N° 1),



Grafica N°1

Si analizamos y comparamos los resultados de serie 2008/2011 ilustrados en la tabla, podemos observar: La clasificación de pacientes en máximo o alto riesgo y dependencia total o parcial ha mantenido su porcentaje en el tiempo (promedio 27%), en el caso de pacientes con mediano riesgo y dependencia total y/o parcial se observa un aumento de 39 a 46%, a diferencia de los pacientes con bajo riesgo y dependencia parcial o autovalencia donde las cifras disminuyen de 31 a 27%.

De acuerdo a la categorización riesgo dependencia se ha establecido a juicio de expertos, una relación entre los niveles de cuidados requeridos según estos criterios, asociado al recurso cama que otorga estos cuidados. (Figura N°1- N°)

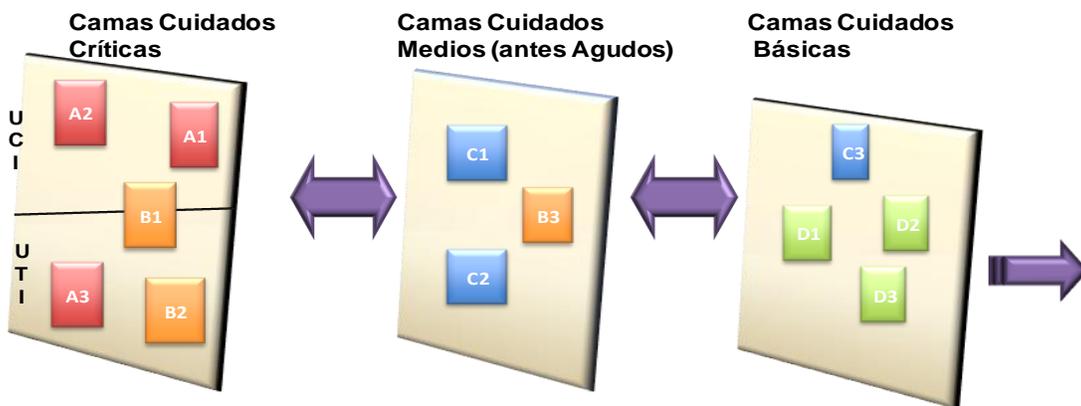
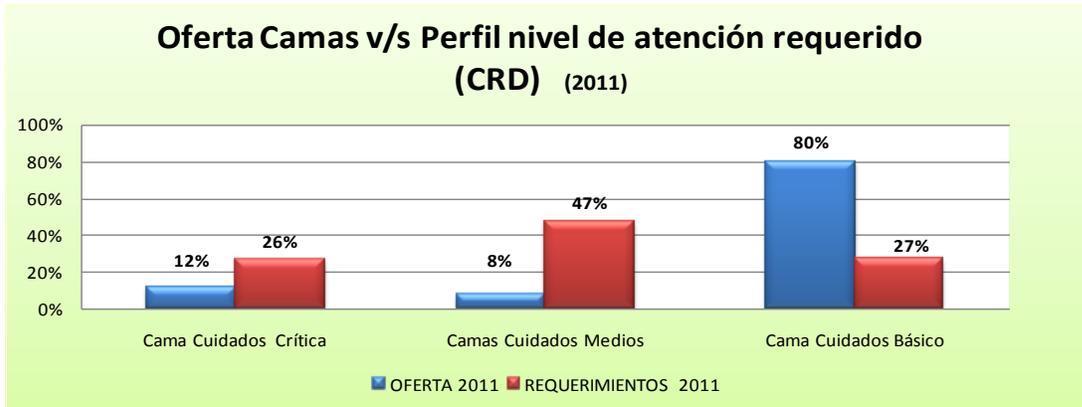


Figura N° 1

| | A | B | C | D |
|----------|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| 1 | Max. Riesgo Dep Total | Alto Riesgo Dep Total | Mediano Riesgo Dep Total | Bajo Riesgo Dep Total |
| 2 | Max. Riesgo Dep Parcial | Alto Riesgo Dep Parcial | Mediano Riesgo Dep Parcial | Bajo Riesgo Dep Parcial |
| 3 | Max. Riesgo Aut Parcial | Alto Riesgo Aut Parcial | Mediano Riesgo Aut Parcial | Bajo Riesgo Aut Parcial |

Figura N° 2

El análisis comparativo entre el tipo de camas que disponen los hospitales de alta complejidad, (12% de camas críticas, 8% de camas de cuidados medios y 80% de camas de cuidados básicos) y el perfil de pacientes según los resultados categorización riesgo dependencia obtenidos en el 2011, muestra que existe una brecha en relación a la oferta de camas necesarias para otorgar un nivel de cuidados medios (8%) mientras la demanda es de 47%, así mismo existe una sobre oferta de camas de cuidados básicos para las actuales necesidades según perfil de pacientes. **(DEIS 2011)**



Grafica N° 2

Este desequilibrio entre la demanda y el tipo de oferta, hace que se profundice la falta de acceso para una hospitalización oportuna y adecuada a las necesidades del paciente, así mismo, se produce un retraso en el flujo de pacientes desde las unidades críticas, debiendo permanecer en ellas más allá de lo necesario aumentando el riesgo de complicaciones por no contar con un recurso cama de complejidad media que les de salida, impidiendo así la atención progresiva.

Finalmente es importante recordar que no son las camas "básicas" o "complejas", sino las personas usuarias las que requieren de diversas intensidades de cuidados en forma dinámica, y es la organización que debe adaptarse para prestar eficaz y eficientemente dicho nivel de cuidados y no al revés.

3. Metodología de trabajo

La División de Gestión de la Red Asistencia (DIGERA) ha dirigido el proceso de elaboración del documento de estándares y recomendaciones dentro del marco establecido por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, realizando un trabajo en conjunto con las Divisiones de Gestión de las personas (DIGEDEP), el Departamento de Inversiones (DI) y la información proporcionada por el Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS).

La elaboración del documento se ha realizado por referentes técnicos Ministeriales del Departamento de Procesos y Transformación Hospitalaria seleccionando en base a la experiencia, conocimientos, estadísticas y bibliografía el material a documentar.

Así mismo se ha contado con un grupo de apoyo técnico de la DIGEDEP, DI y DEIS, que han cooperado en la realización de reuniones, análisis de la información recopilada, análisis de situación actual, revisión de los documentos creados por expertos, estudio de la evidencia nacional e internacional, revisión de documento borrador, entre otros.

4. Niveles de Cuidados en los establecimientos de atención cerrada.

Se definen los niveles de complejidad en tres grandes áreas de cuidados, predominando estos criterios por sobre la diferenciación de camas por especialidad. Para ello el establecimiento se organiza según los requerimientos y/o cuidados que el usuario requiere:

a. Nivel Cuidados Básicos.

Este nivel de cuidados, está destinado a pacientes que, estando en cualquiera de las etapas de una enfermedad (evaluación, diagnóstico, tratamiento y/o recuperación), requiera hacer uso de instalaciones hospitalarias con el fin de que le sean otorgados cuidados médicos y de enfermería y/o matronería básicos. El perfil de pacientes a ingresar es de riesgo bajo y dependencia parcial o autosuficiencia (CUDYR C3-D1-D2-D3).

En general, en este nivel se entrega atención de especialidad en ámbitos de adulto, pediátrico, neonatológico y gineco-obstétrico. Cuentan además con acceso a procedimientos básicos de tipo médico y/o quirúrgico (intervenciones menores).

Estándar de Recursos Humanos

El Equipo encargado de la Unidad de Cuidados Básicos estará constituido por Médico Jefe, Enfermera y/o Matrona Supervisora Diurna según corresponda.

| ADULTO | | | | |
|-----------------------------|--------------------|---------|---------|-----------|
| CAMAS CUIDADOS BASICOS | | | | |
| Relación Camas | 24 | | | |
| | 22 Hrs. | 28 Hrs. | 44 Hrs. | 4º Turno. |
| Medico de Continuidad | 2 | | | |
| Medicos Residente | | * | | |
| Profesional Continuidad | | | 1 | |
| Profesional Clinica | | | | 4 |
| Kinesiologos | | | 1 | |
| Tecnicos Paramedicos | | | | 8 |
| Tecnicos Paramedicos Diurno | | | 1 | |
| Auxiliar de Servicio | | | 2** | |
| Administrativo | | | * | |
| Observaciones | * 1 x 96 camas | | | |
| | **TURNO MODIFICADO | | | |

| PEDIATRÍA | | | | |
|-------------------------------|----------------|---------|---------|-----------|
| CAMAS CUIDADOS BASICAS/MEDIOS | | | | |
| Relación Camas | 24 | | | |
| | 22 Hrs. | 28 Hrs. | 44 Hrs. | 4º Turno. |
| Medico de Continuidad | 2 | | | |
| Medicos Residente | | * | | |
| Enfermera Continuidad | | | 1 | |
| Enfermera Clinica | | | | 8 |
| Kinesiologos | | | 1 | |
| Tecnicos Paramedicos | | | | 12 |
| Tecnicos Paramedicos Diurno | | | 1 | |
| Auxiliar de Servicio | | | 1 | |
| Observaciones | * por 48 camas | | | |

| NEONATOLOGÍA | | | | |
|-------------------------------|---------|---------|---------|-----------|
| CAMAS CUIDADOS BÁSICOS/MEDIOS | | | | |
| Relación Camas | 24 | | | |
| | 22 Hrs. | 28 Hrs. | 44 Hrs. | 4º Turno. |
| Medico de Continuidad | 2 | | | |
| Medicos Residente | | | | |
| Profesional Continuidad | | | 1 | |
| Profesional Clinica | | | | 12 |
| Kinesiologos | | | 1 | |
| Tecnicos Paramedicos | | | | 16 |
| Tecnicos Paramedicos Diurno | | | 1 | |
| Auxiliar de Servicio | | | 1 | |
| Observaciones | | | | |

Estándar de Equipamiento

Mobiliario clínico/equipamiento por estación de enfermería

| UNIDAD | ESTACION DE ENFERMERIA |
|---|---|
| Cama clínica con barandas | Carro de paro completo * con monitor desfibrilador con marcapaso transcutaneo |
| Porta sueros | |
| Mesa de alimentación | Monitor de transporte |
| Velador | Negatoscopio |
| Mesa rodable multiuso | Electrocardiografo |
| Dispensador de Jabón líquido | Calentador de pacientes |
| Biombo para habitaciones compartidas | Bipap |
| Dispensador de Gel Alcohol | Flujómetro de o2 de pared c/ humidificador |
| Dispensador de Papel para secado de manos | Equipo analizador de glucosa en sangre capilar 1 por cada 6 pacientes |
| Disponibilidad puntos suministro electrico | |
| Disponibilidad de puntos de suministro de oxigeno con manometro, regulador de flujo y humidificador | Carro de Procedimientos |
| Disponibilidad de puntos de suministro de aspiración con vacuometro y frasco de aspiración | |
| Disponibilidad de puntos de aire de comprimido medicinal | |

Equipamiento Clínico

| Equipamiento | Basico |
|--|-------------------------|
| Equipo de monitoreo presión arterial no invasiva | 1 por cada 6 pacientes |
| Monitor ECG/ Signos Vitales | 1 por cada 12 pacientes |
| Bombas de Infusión o Jeringas de Infusión | 1 por cada 12 pacientes |
| Bombas Nutrición Enteral | 1 por cada 6 pacientes |
| Colchon Antiescaras | 1 por cada 6 pacientes |

b. Nivel de Cuidados Medios (ex agudos)

Este nivel, está destinado a entregar cuidados a pacientes de mediana complejidad. Se asocian a una fase aguda de enfermedad paciente, que en general debiera compensarse en pocos días.

Los afluentes de este nivel de atención son pacientes provenientes de las unidades de emergencia (observación y posterior derivación) y camas critica. En estas unidades se debe mantener una vigilancia estrecha y periódica de los parámetros vitales de los pacientes, además de realiza atención integral con alta demanda de cuidados de Enfermería y/o Matronería según corresponda, por lo tanto, el perfil de pacientes a ingresar es con mediano riesgo y alta dependencia (CUDYR C1-C2-B3)

Estándar de Recursos Humanos

El Equipo encargado de la Unidad de Cuidados Medios estará constituido por médico Jefe, Enfermera y/o Matrona Supervisora Diurna según corresponda.

| ADULTO | | | | |
|-----------------------------|----------------------------|---------|---------|-----------|
| ESTAMENTO | CAMAS CUIDADOS MEDIOS | | | |
| Relación Camas | 24 | | | |
| | 22 Hrs. | 28 Hrs. | 44 Hrs. | 4º Turno. |
| Medico de Continuidad | 2 | | | |
| Medicos Residente | | * | | |
| Profesional Continuidad | | | 2 | |
| Profesional Clínico | | | | 8 |
| Kinesiologos | | | 1 | |
| Tecnicos Paramedicos | | | | 12 |
| Tecnicos Paramedicos Diurno | | | 1 | |
| Auxiliar de Servicio | | | | 4 |
| Observaciones | * 1 residente por 48 camas | | | |

Estándar de Equipamiento

Mobiliario clínico/equipamiento por estación de enfermería

| UNIDAD | ESTACION DE ENFERMERIA |
|---|---|
| Cama clínica con barandas | Carro de paro completo * con monitor desfibrilador con marcapaso transcutaneo |
| Porta sueros | |
| Mesa de alimentación | Monitor de transporte |
| Velador | Negatoscopio |
| Mesa rodable multiuso | Electrocardiografo |
| Dispensador de Jabón líquido | Calentador de pacientes |
| Biombo para habitaciones compartidas | Bipap |
| Dispensador de Gel Alcohol | Flujómetro de o2 de pared c/ humidificador |
| Dispensador de Papel para secado de manos | Equipo analizador de glucosa en sangre capilar 1 por cada 6 pacientes |
| Disponibilidad puntos suministro electrico | |
| Disponibilidad de puntos de suministro de oxigeno con manometro, regulador de flujo y humidificador | Carro de Procedimientos |
| Disponibilidad de puntos de suministro de aspiración con vacuometro y frasco de aspiración | |
| Disponibilidad de puntos de aire de comprimido medicinal | |

Equipamiento Clínico

| Equipamiento | Agudo |
|--|-------------------------|
| Equipo de monitoreo presión arterial no invasiva | 1 por cada 3 pacientes. |
| Monitor ECG/ Signos Vitales | 1 por cada 6 pacientes |
| Bombas de Infusión o Jeringas de Infusión | 1 por cada 3 pacientes |
| Bombas Nutrición Enteral | 1 por cada 3 pacientes |
| Colchon Antiescaras | 1 por cada 12 pacientes |

c. Nivel de Cuidados Críticos

Es el nivel de cuidados destinado a brindar cuidados de alta complejidad definida para la internación y atención de pacientes críticos, es decir, con una condición patológica que afecta uno o más sistemas, que pone en serio riesgo actual o potencial su vida y que presenta condiciones de reversibilidad. Para ellos se hace necesaria la aplicación de técnicas de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital avanzado hasta la compensación de sus signos vitales y hemodinámicos,

Este nivel organiza sus camas en Unidades de Pacientes Crítico (UPC) con áreas de tratamiento intensivo e intermedio. El perfil de pacientes a ingresar es máximo o alto riesgo y dependencia total (CUDYR A1-A2-A3-B1-B2).

Estándar de Recursos Humanos

El Equipo encargado de la UPC (adulto, pediátrico o neonatal) estará constituido por médico jefe, Enfermera Supervisora Diurna, (en caso de neonatología enfermera y/o matrona) y 1 Secretaria cada 36 cupos.

| CUIDADOS CRÍTICOS ADULTOS | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|---------|---------|---------|---------|--------|---------|---------|---------|---------|--------|
| ESTAMENTO | UCI | | | | | UTI | | | | |
| Relación Camas | 6 | | | | | 12 | | | | |
| | 22 Hrs. | 33 Hrs. | 28 Hrs. | 44 Hrs. | Turno. | 22 Hrs. | 33 Hrs. | 28 Hrs. | 44 Hrs. | Turno. |
| Medico de Continuidad | 1 | | | | | 1 | | | | |
| Medicos Residente | | | 6 | | | | | 6 | | |
| Enfermera Continuidad | | | | 1 | | | | | 1 | |
| Enfermera Clinica | | | | | 8 | | | | | 8 |
| Kinesiologos | | | | | 4 | | | | | 2 |
| Tecnicos Paramedicos | | | | | 12 | | | | | 12 |
| Tecnicos Paramedicos Diurno | | | | 1 | | | | | 1 | |
| Auxiliar de Servicio | | | | | 4 | | | | | 4 |

| CUIDADOS CRÍTICOS PEDIATRICOS | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|---------|---------|---------|---------|--------|---------|---------|---------|---------|--------|
| ESTAMENTO | UCI | | | | | UTI | | | | |
| Relación Camas | 6 | | | | | 12 | | | | |
| | 22 Hrs. | 33 Hrs. | 28 Hrs. | 44 Hrs. | Turno. | 22 Hrs. | 33 Hrs. | 28 Hrs. | 44 Hrs. | Turno. |
| Medico de Continuidad | 1 | | | | | 1 | | | | |
| Medicos Residente | | | 6 | | | | | 6 | | |
| Enfermera Continuidad | | | | 1 | | | | | 1 | |
| Enfermera Clinica | | | | | 12 | | | | | 8 |
| Kinesiologos | | | | | 4 | | | | | 2 |
| Tecnicos Paramedicos | | | | | 8 | | | | | 12 |
| Tecnicos Paramedicos Diurno | | | | 1 | | | | | 1 | |
| Auxiliar de Servicio | | | | | 4 | | | | | |

| CUIDADO CRÍTICOS NEONATOLOGICOS | | | | | | | | | | |
|---------------------------------|---------------------|---------|---------|---------|--------|---------|---------|---------|---------|--------|
| ESTAMENTO | UCI | | | | | UTI | | | | |
| Relación Camas | 6 | | | | | 12 | | | | |
| | 22 Hrs. | 33 Hrs. | 28 Hrs. | 44 Hrs. | Turno. | 22 Hrs. | 33 Hrs. | 28 Hrs. | 44 Hrs. | Turno. |
| Medico de Continuidad | 2 | | | | | 2 | | | | |
| Medicos Residente | | | 6 | | | | | 6 | | |
| Profesional Continuidad | | | | 1 | | | | | 1 | |
| Profesional Clinico | | | | | 8 | | | | | 8 |
| Kinesiologos | | | | | 4 | | | | | 2 |
| Tecnicos Paramedicos | | | | | 8 | | | | | 12 |
| Tecnicos Paramedicos Diurno | | | | 1 | | | | | 1 | |
| Auxiliar de Servicio | | | | | 4* | | | | | |
| Observaciones | * Para UPC Neonatal | | | | | | | | | |

Estándar de Equipamiento

Mobiliario clínico y equipamiento por UPC

| Equipamiento General Servicio Clínico de Paciente Crítico |
|--|
| Equipos de rayos portatil |
| Maquina de hemofiltración |
| Ecocardiografo |
| Fibrobroncoscopio |
| Balon Oxigeno Portatil |
| Monitor Central |

| Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) |
|---|
| Cama articulada eléctrica con barandas |
| Porta sueros |
| Mesa de alimentación |
| Velador |
| Mesa rodable multiuso |
| Dispensador de Jabón líquido |
| Dispensador de Gel Alcohol |
| Dispensador de Papel para secado de manos |
| Disponibilidad puntos suministro electrico con al menos 10 tomas |
| Disponibilidad de puntos de suministro de oxigeno con manometro, regulador de flujo y humidificador (2) |
| Disponibilidad de puntos de suministro de aspiración (2) |
| Disponibilidad de puntos de aire comprimido medicinal (2) |

Equipamiento por cada unidad de paciente

| Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) | | Unidad de Cuidados Intermedios (UTI) | |
|--|-----------------------------------|--|---|
| Monitor cardiaco con posibilidad de conexión a central de monitores con: | 1 Canal ECG | Monitor cardiaco con posibilidad de conexión a central de monitores con: | Monitor ECG con un canal de presión no invasiva |
| | 2 o 3 Canales de Presión invasiva | | |
| | 1 Canal de Presión no invasiva | | |
| | Oxímetro de pulso | | |
| | Control de Temperatura | | |
| | Alarmas correspondientes | | |
| | Memoria y registro de eventos | | Saturómetro de pulso |
| | | | 1 canal de ECG |
| | | | Alarmas correspondientes |
| Ventilador Mecánico Invasivo | | Bombas de infusión por cama | |
| Bombas de infusión de Jeringa | | Bomba de nutrición por cama | |
| Bombas de infusión volumétricas (mínimo 4 por cama) | | Bi-pap | |
| Fonendoscopio | | Colchon Antiescaras (ADULTOS) | |
| Ambu | | | |
| Apurador de infusion | | | |

Equipamiento por cada modulo de 6 camas (UCI) y 12 camas

| Equipamiento cada 6 camas UCI | Equipamiento cada 6 - 12 camas UTI |
|---|---|
| Bipap | |
| Calentador de Pacientes | Calentador de Pacientes |
| Carro de Paro Completo * con Monitor Desfibrilador con marcapaso transcutaneo | Carro de Paro Completo * con Monitor Desfibrilador con marcapaso transcutaneo |
| Carro de Procedimientos | Carro de Procedimientos |
| Central de Monitoreo | Central de Monitoreo |
| Electrocardiografo | Electrocardiografo |
| Equipo analizador de glucosa en sangre capilar | Equipo analizador de glucosa en sangre capilar |
| Flujómetro de O2 de Pared c/ humidificador | Flujómetro de O2 de Pared c/ humidificador |
| Monitor de transporte | Monitor de transporte |
| Negatoscopio | Negatoscopio |
| VM de transporte | Ventilador No Invasivo (Tipo Bi-Pap) por cada 4 camas |
| Modulo de capnografia, si existe la factibilidad tener uno por cada tres monitores. | |
| Modulo de debito cardiaco, si existe la factibilidad tener uno por cada tres monitores. | |
| Módulo SGanz, Capnografía, PICCO | |
| Sistema de prevención trombosis venosa profunda | |

Los servicios de medicina crítica, tanto terapia intensiva como intermedio, dependen de manera sustantiva de la infraestructura tecnológica por cada plaza de atención intensiva. En este caso los distintos niveles de satisfacción de los estándares reflejan, en parte, grados de complejidad tecnológica del servicio; si bien se han contemplado algunos aspectos de calidad del proceso de atención médica, tienen un contenido descriptivo del equipamiento existente.

Consideraciones especiales

Se incorpora en este documento los estándares asociados a **plazas** destinadas a la estrategia de hospitalización diurna y cerrada de corta y mediana estadía integrada a los establecimientos hospitalarios.

| CORTA ESTADIA | | | | |
|---------------------------|-----------------------|---------|---------|-----------|
| ESTAMENTO | CAMAS CUIDADOS MEDIOS | | | |
| Relación Camas | 12 | | | |
| | 22 Hrs. | 33 Hrs. | 44 Hrs. | 4º Turno. |
| Medico Psiquiatra | | 1 | | |
| Profesional Psicologo | 1 | | 1 | |
| Terapeuta Ocupacional | | | 1 | |
| Tecnico en rehabilitación | | 1 | | |
| Asistente social | | 1 | | |
| Enfermera Continuidad | | | 1 | |
| Enfermera Clinica | | | | 4 |
| Tecnicos Paramedicos | | | | 16 |

La infraestructura y el equipamiento de las unidades de salud mental deben contar con los elementos necesarios para resguardar la integridad de los pacientes, y poder asegurar la realización de los programas terapéuticos. Deben considerar además el acceso a patio y espacios abiertos.

5. Conceptos Claves

Complejidad: La complejidad no tiene una sola forma de definirse y entenderse, esto es, la definición de complejidad depende del punto de vista del observador, como menciona Warfield (1994). Algo que es complejo para un observador tal vez no lo será para un segundo observador o para un grupo de observadores. Desde esta perspectiva la complejidad se nos presenta como el diferencial entre la demanda de recursos (materiales, intelectuales, valores, etc.) para enfrentar una situación y los recursos de que dispone el observador

Cuidados Progresivos: La Organización Panamericana y Mundial de la Salud (OPS/OMS) adoptó en 1.973 la siguiente definición para el Cuidado Progresivo del paciente (1): "Es la concepción mediante la cual se organizan los servicios hospitalarios y otros afines según las necesidades de atención del paciente, en tal forma que el enfermo recibe los servicios hospitalarios y otros afines según el grado en que los requiera, en el momento más oportuno y en el sitio y área física del Hospital más apropiado a su estado clínico.

Categorización de pacientes por riesgo dependencia surge como una estrategia para medir el nivel de atención requerido por ellos. Es una herramienta de gestión (CUDYR) que ofrece una evaluación objetiva y estructurada de las demandas de cuidados del paciente hospitalizado e identifica su perfil, ayuda a mejorar la distribución de recursos humanos y materiales de cada servicio asistencial, identificar la carga de trabajo del personal de enfermería, y facilita la estandarización de planes de cuidados para cada categoría de pacientes.

El grado de dependencia se identifica a través de la valoración de las demandas de autocuidados universales preseleccionados, con las acciones programadas y proporcionadas. Se seleccionan tres grupos de autocuidados universales, para medir la dependencia de los usuarios: Prácticas de Confort, Alimentación y Eliminación.

El nivel de riesgo se identifica a través de la valoración de cuidados terapéuticos preseleccionados, que se requieren en situación de desviación de salud. Se eligen tres grupos de cuidados terapéuticos, que permiten medir indirectamente el riesgo de los pacientes: Medición de Parámetros, Intervenciones Profesionales Multidisciplinarias y Procedimientos de Enfermería.

Paciente crítico

Se denomina paciente crítico a aquel enfermo cuya condición patológica afecta uno o más sistemas, que pone en serio riesgo actual o potencial su vida y que

presenta condiciones de reversibilidad, que hacen necesaria la aplicación de técnicas de monitorización, vigilancia, manejo y soporte vital avanzado.

Unidad de Pacientes Críticos (UPC)

Estructura que reúne a la Unidad de Cuidados Intensivos y Unidad de Cuidado Intermedio de un establecimiento bajo una organización y dependencia común.

Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)

Es aquella dependencia hospitalaria destinada a proporcionar cuidado médico y de enfermería permanente y oportuna a pacientes críticos inestables. Se caracteriza por contar con residencia médica permanente, así como tecnología de alta complejidad, solamente disponibles en estas unidades.

Unidad de Tratamiento Intermedio (Intermedio)

Es aquella dependencia del hospital destinada al manejo de pacientes críticos estables que requieren para su cuidado de monitoreo no invasivo, vigilancia y manejo de enfermería permanente además de cuidados médicos. En los hospitales de mayor complejidad formarán parte de la Unidad de Paciente Crítico, con al menos 12 camas y residencia médica.

6. Bibliografía

- (a) "Metodología para la Clasificación de la Complejidad Hospitalaria " elaborado por DINRED en 1999 y de algunos elementos provenientes del documento "Manual de Procedimientos para Clasificación de Hospitales" elaborado por el Departamento de Estudios en 1996.
- (b) "Normas Técnicas Básicas de Autorización Sanitaria para establecimientos de salud de atención cerrada"
- (c) Guía de Organización y funcionamiento unidades de paciente crítico adultos 2004.
- (d) Reglamento orgánico de los servicios de salud(dto. 140 de 2004)
- (e) Decreto supremo N° 34, de 2009, del Ministerio de Salud.
- (f) Manual de Procedimientos para la clasificación de hospitales 2001
- (g) Modelo de Atención para hospitales comunitarios (Febrero 2010)
- (h) Especificaciones técnicas generales, licitación de camas año 2007
- (i) Reglamento del sistema de acreditación para los prestadores institucionales de salud, Decreto N° 15 de 2007.
- (j) Reglamento orgánico de los establecimientos de salud de menor complejidad y los establecimiento de autogestión e red, DTO. N° 38 de 2005.
- (k) Programa medico arquitectónico PMA. Departamento de Inversiones. Ministerio de Salud, Chile.
- (l) Ministerio de Sanidad y Política Social, estándares y recomendaciones.
- (m) Elementos de Orientación para la Incorporación de la Atención de Salud Mental en Modelos de Gestión de Hospitales.
- (n) Guía de Diseño y Mejora Continua de Procesos Asistenciales: calidad por sistema. Junta de Andalucía, 2001