



UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

Categorización usuaria por riesgo y dependencia, ¿utilidad o rutina? Percepción de enfermería.

Tesis presentada como parte de los
requisitos para optar al grado de
Licenciado en Enfermería.

PAULO RENATO BRUZZONE FILGUEIRA
GABRIELA DEL PILAR OCHOA QUIÑONES

VALDIVIA – CHILE
2010

Profesor Patrocinante:

Nombre : Vinka Yusef Contreras.
Profesión : Enfermera.
Grado : Magíster en Enfermería ©

Instituto : Enfermería
Facultad : Medicina

Firma :

Profesores Informantes:

1) -Nombre : Sra. María Julia Calvo Gil.
-Profesión : Enfermera y Matrona.
-Grado : Magíster en Bioética.
Magíster en Filosofía ©.
Licenciada en Educación.

-Instituto : Enfermería.
-Facultad : Medicina

-Firma :

2) -Nombre : Gema Santander Manríquez.
-Profesión : Enfermera.
-Grado : Magíster en Salud Pública
Mención Epidemiología

-Instituto : Enfermería
-Facultad : Medicina

-Firma :

INDICE

RESUMEN	Pág. 3
SUMMARY	Pág. 4
INTRODUCCIÓN	Pág. 5
MARCO TEORICO	Pág. 6
OBJETIVOS	Pág. 19
METODOLOGÍA	Pág. 20
RESULTADOS	Pág. 27
DISCUSIÓN DE RESULTADOS	Pág. 33
CONCLUSIONES	Pág. 37
REFERENCIAS	Pág. 39
ANEXOS	Pág. 43

RESUMEN

En 1995 enfermeras del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, elaboraron un instrumento de categorización usuaria, basado en el modelo de Autocuidado de Dorotea Orem. Este instrumento una vez validado, fue tomado como herramienta de categorización usuaria por el Ministerio de Salud (MINSAL) distribuyéndose a todos los hospitales de Chile a partir del año 2008, para su aplicación en los distintos servicios y unidades de hospitalizados. A la fecha no existen estudios publicados que indiquen el éxito o fracaso de este método.

El presente estudio tiene como objetivo describir las percepciones de Enfermeras supervisoras y Enfermeras clínicas en cuanto a la aplicación de la categorización de usuarios por riesgo y dependencia y las acciones de gestión de Enfermería efectuadas en base a los resultados obtenidos.

Para llevar a cabo la investigación se realizó un estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, donde profesionales de enfermería supervisoras y clínicas de las distintas unidades y servicios del Hospital Clínico Herminia Martín de Chillán respondieron un cuestionario de caracterización demográfica y otro tipo likert con el cual se lograron analizar las percepciones de los profesionales de enfermería en cuestión.

El estudio se realizó con 36 profesionales de enfermería, de los cuales 32 son clínicos promediando 37.5 años de edad y 4 corresponden a supervisoras promediando 50.8 años de edad. El promedio de años que llevan categorizando es de 1.8 y hay predominancia de sexo femenino con 88.9 %. Se observa que el 62.5% de profesionales clínicos y el 75% de supervisoras tienen una visión positiva frente a la claridad del instrumento y llama la atención la relación proporcional, donde a mayor promedio de edad de enfermeros clínicos, mayor es el desacuerdo con la afirmación, este suceso no es aislado, repitiéndose al preguntar por la utilidad de los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento de categorización, la factibilidad del cambio o traslado del equipo de enfermería y el aumento en el contrato de refuerzos de personal de salud en unidades con alto grado de riesgo y dependencia.

La percepción ante la categorización usuaria varía entre enfermeros clínicos y supervisoras, especialmente en aspectos administrativos, sin embargo ambas percepciones se inclinan en su mayoría a que aún no hay resultados concretos con la aplicación diaria del instrumento de categorización.

SUMMARY

During 1995, nurses at the Clinical Hospital of the Pontificia Universidad Católica de Chile, developed a client categorization tool based on Dorothea Orem's self-care model. This instrument, once validated, was taken as a categorization tool used by the Ministry of Health (MINSAL). This instrument was distributed to every hospital in Chile from 2008 to its application in different departments and inpatient units. Up to date, there are no published studies that indicate the success or failure of this method.

The aim of this study is to describe the perceptions of head nurses and clinical nurses in nursing in relation to the application of the categorization of users by risk and dependence and management actions based on the results.

To carry out this research, we undertook a quantitative, descriptive, and cross sectional study, in which nurses and clinical supervisors from different units and services of the Clinical Hospital called "Herminda Martín de Chillan", answered a demographic questionnaire characterization and a Likert questionnaire which were achieved with the nurses' perception in question.

The study was carried out with 36 nurses, of which 32 are clinical averaging 37.5 years old and 4 correspond to supervisors averaging 50.8 years old. The average number of years they have been categorized is 1.8 and a predominance of females with 88.9%. It is noted that 62.5% of clinicians and 75% of supervisors have a positive view compared to the clarity of the instrument and draws attention to the proportional relationship, in which the higher average age of nurses in practice, the greater the disagreement with the statement. This is not an isolated event, repeating the question about the usefulness of the results of the application of the categorization tool, the feasibility of the change or transfer of the nursing team and the increase in hiring health personnel reinforcements in units with high risk and dependency.

The perception of this user categorization varies between clinical nurses and supervisors, especially in administrative issues; however, both perceptions are mostly inclined to have no tangible results with a daily application of the instrument of categorization.

1.- INTRODUCCION

La categorización de pacientes ha sido un área tratada principalmente en las unidades de urgencia y de pacientes críticos, sin embargo con el paso del tiempo se ha ido incorporando en unidades de pacientes hospitalizados en áreas no críticas debido a su eficacia al organizar el recurso material y humano, actualmente en los hospitales nacionales se utiliza la pauta de Categorización usuaria por Riesgo y Dependencia creada por profesionales de enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile y modificado por el Ministerio de Salud, la cual ha sido aplicada a nivel nacional desde el año 2008 hasta la actualidad.

En relación al tema de Categorización usuaria por Riesgo y Dependencia no existen estudios publicados que indiquen el éxito o fracaso de este método, ni tampoco que opinión tienen los profesionales de enfermería ante este nuevo instrumento, lo que es de gran importancia, ya que una mala percepción puede influenciar en la aplicación de este. Por lo que en la presente investigación se mostrará la percepción por parte de las Enfermeras clínicas y Enfermeras Supervisoras de cada servicio clínico del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillan, Octava región, Chile, con el fin de conocer y determinar posibles diferencias, este estudio se realizó durante los meses de Agosto a Octubre de 2010.

Una de las principales motivaciones para realizar el presente estudio es la experiencia que se ha tenido como profesionales de enfermería en formación durante la práctica clínica, ya que desde la implementación del instrumento de categorización usuaria en 2008, se han escuchado diversos comentarios, algunos apoyando la iniciativa, pero la mayoría de ellos son en contra del instrumento y la poca claridad que hay en lo que se significa realmente su utilización para los profesionales y usuarios.

2.- MARCO TEORICO

2.1 INTRODUCCIÓN A LA CATEGORIZACIÓN

La categorización de pacientes es un tema que se ha comenzado escuchar cada vez con más fuerza durante los últimos años en nuestro país, sin embargo las escalas de categorización existen desde hace años, siendo éstas utilizadas principalmente en las áreas de pacientes críticos, algunas de las más conocidas son el TRIAJE, proveniente de la palabra francesa *triage*, que significa “clasificar”. Este sistema fue implementado en los años 80', es un método de identificación rápida de víctimas que poseen traumatismos que amenazan la vida inmediatamente, de quienes tienen mejor oportunidad de sobrevivir, otra es la clasificación *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation II y III* (APACHE II y III), creada por Knaus et al. en 1985, la cual es un índice de pronóstico - gravedad de los pacientes, que permite evaluar el actuar asistencial mediante el uso de indicadores de pronóstico en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), por otra parte se encuentra el *Therapeutic Intervention Scoring System* (TISS), creado en 1974 por Cullen et al. y actualizado en 1996 por Miranda y cols., quienes simplificaron de 72 a 28 ítems de evaluación, esta escala tiene por objetivo identificar la carga de trabajo en UCI, establecer la relación enfermera/paciente, medir la gravedad de la enfermedad y cálculo de costos, pero en 2003 Miranda y cols. estimaron que el TISS-28 no reflejaba adecuadamente la carga de trabajo, por lo que propuso la elaboración de otro indicador, el Nursing Activities Score (NAS), con el fin de estimar con precisión la carga de trabajo requerida. Este índice analiza 23 intervenciones de atención de salud, y se consolida un valor final que indica la duración real de las actividades de enfermería para cada paciente, analizados por turno (Nogueira et. al., 2007).

Actualmente, la categorización TRIAJE se utiliza en los servicios de Urgencia de diversos países como España, Estados Unidos, Colombia, Francia, Corea del Norte, Canadá, entre otros, por lo que es un sistema vigente, que se sigue perfeccionando para satisfacer las necesidades de cada país según sus demandas (Burstein, J. L. Y Hogan, D. E., 2007). En relación al score APACHE también es utilizado a nivel mundial, además se realizan diversos estudios de validación de este Score periódicamente y la comparación con otros sistemas de puntuación, como ejemplo existe un estudio realizado en el Hospital Militar Central “Dr. Luis Díaz Soto” de Cuba, donde se valida el uso del Score APACHE en la Unidad de Cuidados Intensivos (Dr. Padrón S. A. y cols., 2003). Otro trabajo realizado y dirigido por el Dr. Padrón es la creación de la *Escala de Evaluación de la Carga de Trabajo de Enfermería* (EVECTE), donde se cuantifica en forma objetiva la carga de trabajo de Enfermería, la puntuación de la Escala es de 4 puntos (Carga Mínima) a 50 puntos (Máxima), la aplicación de la escala conlleva una valoración y planificación más objetiva, lo que se traduce en una reorganización

más adecuada de trabajo y disminución positiva en indicadores del Servicio de Medicina Crítica.

En Chile como ejemplo, se mencionará el trabajo realizado en el Hospital El Salvador, que compara el modelo de Score APACHE y Score Salvador, que es un score local, este estudio sirvió para validar el Score propuesto por el Hospital El Salvador, donde los resultados evidencian que no existe una diferencia significativa en ambos índices de pronósticos. (Squella B.F. y cols., 2008).

En cuanto al Score TISS igualmente es utilizado a nivel mundial en la actualidad, existiendo estudios en diversos países, uno de estos es “Efectos de la asignación enfermera-paciente a través de la evaluación clínica (TISS-28)”, realizado en México, en el Hospital General Dr. Gaudencio González Garza, en donde se concluyó que la asignación de Enfermera-paciente según complejidad de los procedimientos requeridos y evaluados por TISS-28, disminuyó los días de hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos postquirúrgica del Hospital en estudio (Rodríguez M. y cols. 2002). Dentro de los estudios llevados a cabo en Chile se encuentra el realizado en el Hospital Padre Hurtado, el cual establece una relación entre incidentes centinela determinados para el estudio, Infecciones Intrahospitalarias y la carga laboral, este estudio concluye que no existe relación entre los eventos adversos ocurridos y la escala TISS, pero que si existe una relación en cuanto a mortalidad en los pacientes y un bajo puntaje en el TISS (Ferrada, S. y cols. 2005), por lo que cada centro de salud deberá buscar un método de categorización que se adecue a sus necesidades.

Estas escalas de puntuación se han creado con el fin de optimizar los tiempos de atención y recursos para cada grupo de pacientes. No es desconocido que existe un déficit de profesionales de enfermería a nivel mundial, así lo avalan múltiples estudios. Según el informe entregado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2006 se indica que “hay aproximadamente cuatro enfermeras por cada médico en Canadá y Estados Unidos, mientras que en Chile, menos de una por cada médico, además se ha informado un promedio de 780,4 enfermeras registradas por cada 100.000 habitantes, señalando que cifras de 626,1 por 100 mil personas se encuentran muy por debajo de las necesidades de la población. La media europea, para el año 2000, se encontraba en 755 enfermeras por 100.000 habitantes. En Chile no se maneja este tipo de estadísticas, por lo que sobre la base del número de médicos y su relación con el número de enfermeras que da cuenta la OMS se estimó una cifra de aproximadamente 600 enfermeras por cada 100.000 habitantes.” (Organización Mundial de la Salud, 2006.)

La gran mayoría de los estudios relacionados con categorización usuaria son realizados en Unidades de Pacientes Críticos, sin embargo existen pocos estudios que han abarcado otras áreas, como el de María de la Luz Balderas (1988) desarrollado hace 20 años, en México. Este estudio se basa en las horas de atención de enfermería que requieren los

pacientes geriátricos. Definiendo a éste como un sujeto de edad avanzada, especialmente frágil ante cualquier tipo de agresión, con patologías crónicas múltiples y normalmente productoras de limitaciones funcionales físicas y/o psíquicas. Además, suelen ser personas que tienen problemas sociales sobreañadidos y, con mucha frecuencia, trastornos de comportamiento (Rivera C. J., sin fecha).

Este estudio concluye que estos pacientes necesitan 37 horas de atención de enfermería por día, dando cuenta que la geriatría es una especialidad que requiere una gran demanda de atención. Relacionado con este tema, en Chile existe un estudio realizado por el Instituto Nacional de Geriatría en donde se agrupan a los pacientes en 4 niveles de dependencia:

- Nivel 1, cuidados básicos (16 a 23 puntos): Pacientes lúcidos, autovalentes, con tratamiento mínimo.
- Nivel 2, cuidados medios: (24 a 33 puntos): Pacientes parcialmente desorientados, con síntomas subagudos, que requieren ayuda y tratamiento moderado.
- Nivel 3, cuidados intermedios (34 a 41 puntos): Pacientes confusos, desorientados, con amplia dependencia de enfermería, observación y control frecuente, pacientes incontinentes, inmóviles y con tratamiento amplio.
- Nivel 4, cuidados intensivos (42 a 64 puntos): Total dependencia (perturbación grave), observación y control continuo, pacientes postrados, tratamiento y cuidados constantes.

El estudio reveló que un 59% de los pacientes geriátricos se encuentran en el nivel 2 de dependencia, esto quiere decir un nivel medio. Los indicadores de recursos humanos del Instituto Nacional de Geriatría establecen que se necesita una enfermera cada 11,1 pacientes, un técnico paramédico cada 8 pacientes, y un auxiliar de servicio cada 14 pacientes (camas) para poder cubrir las necesidades de éstos (Arias B., 2007).

Desde los años 90` en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile se ha venido trabajando en un método de categorización de usuarios, siendo esta institución pionera y líder en el tema a nivel nacional (García A. et. al., 2000), así poco a poco se han ido desarrollando investigaciones relacionadas con la categorización de usuarios y carga laboral de enfermería.

Por otra parte, cada vez se reportan más los beneficios de los servicios proporcionados por Enfermeras sobre la disminución de la morbi-mortalidad y sobre la satisfacción usuaria. Tourangeau, mencionado en Milos P. et. Al., 2009, concluye que los hospitales con alta proporción de enfermeras con formación superior reducen significativamente la tasa de mortalidad. Asimismo, ha quedado demostrado el impacto de una buena relación entre el número de enfermeras y el número de pacientes en términos de

resultados: menor mortalidad, menor índice de infecciones nosocomiales, úlceras por presión y complicaciones postoperatorias, estadía hospitalaria más corta, mejor calidad de la atención, mayor seguridad del paciente y mayor satisfacción usuaria (Milos, P. y cols 2009). Otro ejemplo es el del estudio realizado por Agency for healthcare Research and Quality (2006), el cual demuestra que los cuidados supervisados por profesionales de enfermería mejoran el funcionamiento vital de pacientes con insuficiencia cardiaca, dejando en evidencia una vez más, la importancia de la presencia enfermera en el cuidado de los pacientes, dando tema para analizar la carga de los profesionales de enfermería, ya que un equipo sobrecargado rendirá menos en su trabajo, teniendo repercusiones directas en la mejoría de los pacientes.

Al hablar de Calidad en Salud existen diversas definiciones, Donabedian (1980) define *“Calidad de la atención es aquella que se espera pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes”* (Net, A., Suñol, R. Sin fecha).

Otra definición es la de M. I. Roemer y C. Montoya Aguilar (1988), quienes definen Calidad como *“...el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se sabe que son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tienen la capacidad de producir un impacto sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición.”* (MINSAL, 2002).

La International Organization for Standarization (ISO), en 1989 define que: *“Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado”*, esta definición transmite dos conceptos fundamentales. El primero de ellos es que la calidad de la asistencia puede medirse y por otro lado que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo y por tanto depende de como se define éste (Net, A., Suñol, R. Sin fecha).

En 1991 la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirmaba que: *“Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite”* (Net, A., Suñol, R. Sin fecha).

Al momento de evaluar la calidad de la atención debemos pensar en un punto muy importante que es la disponibilidad de recurso humano, donde refiriéndonos al personal de enfermería a nivel nacional e internacional como un tópico conocido, donde diversos estudios avalan que hay un déficit de profesionales de la enfermería.

2.2 BASES TEORICAS.

Orem define el objetivo de la enfermería como " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Dentro de la ayuda que se puede brindar nombra cinco métodos: Actuar por otros, enseñar y dirigir, ofrecer apoyo físico y psicológico, proporcionar y mantener un entorno que favorezca el desarrollo personal y enseñar (Marriner, 2007).

Orem diseña su Teoría general basada en tres otras teorías que se relacionan entre sí, estas son:

En primer lugar se encuentra la *Teoría del Autocuidado*, donde define autocuidado como un sistema de acción que aplica en forma deliberada cada individuo para sí mismo, con el fin de mantener su desarrollo, estado de salud, vida y bienestar.

Además define tres requisitos de autocuidado para lograr este objetivo:

- *Requisitos de autocuidado universal*: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.
- *Requisitos de autocuidado del desarrollo*: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adultez y vejez.
- *Requisitos de autocuidado de desviación de la salud*: que surgen o están vinculados a los estados de salud. (Marriner, 2007).

Continuando define la *Teoría de Déficit de Autocuidado*, basada en la necesidad del servicio de atención de Enfermería de las personas, cuyas acciones están limitadas por problemas de salud o de cuidados sanitarios, lo que los hace total o parcialmente incapaces de descubrir los requisitos de cuidado propio o de las personas a su cargo.

Por último está la *Teoría de sistemas de Enfermería*, en la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

-Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo.

-Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados.

-Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda (Marriner, 2007).

Para administrar cuidados de enfermería, la Enfermera debe desarrollar un conjunto de roles estrechamente relacionados, que se combinan para el desarrollo integral del plan de atención, ejecuta cuidados de Enfermería, colaborando con el médico y otros profesionales de la salud, actúa como directiva y ejecutora del plan, y es educadora tanto del usuario como del personal de enfermería (García, MA., 1995).

2.3 CATEGORIZACION USUARIA POR RIESGO Y DEPENDENCIA

Durante los años 80, producto de la competitividad que presentaban las empresas de servicios de salud, las enfermeras del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, debieron adoptar modelos de asistencia y gestión para afrontar con ventajitas el futuro. Es por esto que desde el año 1983, surge la idea por parte de la Escuela de Enfermería y el Centro de Diagnóstico de la Facultad de Medicina de implementar el Modelo de Autocuidado de Dorotea Orem (García, MA., 1996).

La categorización usuaria nace como una propuesta metodológica con el fin de identificar el perfil de los enfermos y a la vez ser una herramienta capaz de definir el nivel y categoría del personal requerido para brindar cuidados acorde a las necesidades reales de los diferentes pacientes. Es por esto que en el año 1995 en el Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile, se creó un instrumento de categorización que permita medir las actividades de enfermería en cualquier servicio clínico, con las diferentes variaciones generadas por las demandas de los pacientes y así poder medir con el mismo instrumento la presión asistencial de las diferentes unidades y las cargas laborales de las enfermeras (García, MA., Castillo, L., 2000).

Con el fin de identificar las características de los pacientes, se analizaron las demandas de cuidados directos, categorizándolos según grado de dependencia y nivel de riesgo, los cuidados se agruparon en **universales o básicos y terapéuticos**. (García, MA., Castillo, L., 2000).

El nivel de dependencia se identifica a través de la valoración de las demandas de autocuidados universales, donde se seleccionaron tres grupos de autocuidado, los cuales son: **Prácticas de Confort, Alimentación y Eliminación** (García, MA., Castillo, L., 2000).

El nivel de riesgo se identifica a través de la valoración de cuidados terapéuticos, donde se eligieron tres grupos de cuidados, que permiten medir indirectamente el riesgo de los pacientes: **Medición de Parámetros, Intervenciones Profesionales Multidisciplinarias y Procedimientos de Enfermería** (García, MA., Castillo, L., 2000).

Los cuidados universales y terapéuticos preseleccionados, se valorizan utilizando el plan de atención como índice de valor predictivo de las demandas de cuidados, junto al instrumento de categorización, que contiene la tabla, con puntajes que identifica la dependencia y el riesgo de los usuarios. Desde 1995 hasta el año 2000 existían nueve variables de categorización, donde se excluían las categorías “D”, que se incorporaron en el año 2000, éstas fueron dadas a conocer en el artículo “Categorización de Usuarios: Una Herramienta para Evaluar las Cargas de Trabajo de Enfermería” (García, MA., Castillo, L., 2000).

2.3.1 TABLA DE CLASIFICACIÓN SEGÚN RIESGO Y DEPENDENCIA

	A	B	C	D
1	Máx. riesgo Dep. Total	Alto riesgo Dep. Total	Med. Riesgo Dep. Total	Bajo riesgo Dep. Total
2	Máx. riesgo Dep. Parcial	Alto riesgo Dep. Parcial	Med. Riesgo Dep. Parcial	Bajo riesgo Dep. Parcial
3	Máx. riesgo Aut. Parcial	Alto riesgo Aut. Parcial	Med. Riesgo Aut. Parcial	Bajo riesgo Aut. Parcial

(García, MA., Castillo, L., 2000)

Al cruzar las variables de dependencia y riesgo se reconocen doce categorías de clientes, las cuales se describen detalladamente en el anexo N° 1.

La identificación de Cargas de Trabajo se realiza a través del siguiente proceso:

Primero se analizan las necesidades de cuidados de las doce categorías establecidas de usuarios, estudiando los resultados de categorización de cada servicio se selecciona un paciente tipo de cada categoría, en áreas de diferente nivel de complejidad de atención y se determina el tiempo que invierten enfermeras, auxiliares de enfermería y apoyo, en los cuidados de atención directa de cada categoría, en cada turno. Se revisan las actividades de

gestión asistencial o cuidados indirectos, que se requieren para la administración de cuidados directos. Se establecen las medias de los tiempos ocupados para cada categoría de pacientes, en cada día (Ver Anexo 2).

Con los tiempos identificados de personal de enfermería, se obtiene la asignación de personal por categoría de pacientes, lo que posibilita el cálculo de las cargas de trabajo, al relacionar este resultado al perfil de clientes de cada servicio y al promedio de pacientes atendidos (Ver Anexo 3).

Identificada la relación personal de enfermería-paciente, para cada categoría de usuarios, se contrasta este estándar con porcentaje de categorías de pacientes atendidos en los servicios, lo que ofrece la fracción de categoría que puede atender una enfermera, un auxiliar de enfermería y un auxiliar de apoyo o de servicio. Con la suma de las fracciones se obtiene el número de enfermos que un determinado nivel de personal puede cuidar, es decir, la carga de trabajo o carga total (Ver Anexo N° 4).

Al relacionar la carga total con el promedio diario de pacientes atendidos, se obtiene la cobertura global de enfermeras y auxiliares requeridas en el turno.

El análisis de la actividad desarrollada en los servicios clínicos, en horarios de mañana, tarde y noche, permite a cada unidad establecer el porcentaje de personal que necesita en cada período de tiempo.

Aplicando la asignación de personal definida para cada categoría de pacientes, a los promedios diarios de ocupación y categorización de cada unidad asistencial, se obtiene el cálculo del número y nivel de personal requerido para cada día en todo el Hospital (Ver Anexo N° 5).

Del estudio se concluye que la categorización ha permitido conocer el perfil ocupacional de cada servicio, posibilitando la identificación de las cargas de trabajo del personal de enfermería, haciéndose factible la comparación de las dotaciones de personal de los servicios, con los requerimientos de los pacientes según su nivel de riesgo y dependencia. Por otro lado esta herramienta de gestión optimiza la distribución de personal, definiendo el nivel y categoría de personal acorde a las necesidades de los pacientes, estableciéndose plantillas de personal acorde a los requerimientos estándar de los servicios.

El perfil ocupacional que entrega la categorización, identifica las cargas de trabajo requeridas en situaciones de estabilidad, sin embargo debido a cambios estacionales de perfil

epidemiológico de algunas áreas de atención, conviene reacondicionar las cargas de trabajo. También es importante considerar que las plantillas establecidas de acuerdo al estándar no permiten cubrir las oscilaciones de actividad, debiendo contemplarse algún sistema complementario (planta flotante, turnos adicionales, redistribución de personal), para resguardar la seguridad de los enfermos (García, MA., Castillo, L., 2000).

Según M. Angélica García y G. Luis Castillo F. (2000) la categorización es un método fácil de aplicar, que no ocupa tiempo adicional y además ofrece información inmediata del nivel de riesgo y dependencia de los pacientes que se atienden, pudiendo identificar también el nivel de complejidad de la atención que necesita. Permite conocer la actividad de enfermería de las distintas unidades clínicas, posibilitando la comparación de la presión asistencial entre servicios y también entre instituciones de salud.

Cabe destacar que las variables de categorización han ido cambiando acorde a las diferentes actualizaciones que ha tenido el instrumento. Los Cuidados Universales Alimentación, Confort y Eliminación no mostraron mayor diferencia entre la primera y segunda publicación, no así con la última actualización realizada el año 2008, cuando el instrumento de categorización de usuarios es aceptado por el MINSAL y difundido para su aplicación en todos los hospitales de Chile, ya que aquí hay una subdivisión de los cuidados de confort y bienestar haciéndose más específica la valoración, además se agregan los ítems de apoyo psicosocial y vigilancia. Con lo que respecta a los Cuidados Terapéuticos en el instrumento elaborado el año 1995 se seleccionan tres grupos de cuidados, la Medición de Parámetros (control de signos vitales), Intervenciones Profesionales Multidisciplinarias y Procedimientos de Enfermería (balance hídrico, curaciones, drenajes, tratamiento, oxigenoterapia, manejo de aislamientos), los cuales tienen una leve variación con la segunda actualización al ahondar en el manejo de elementos invasivos permanentes, haciéndose la mayor diferencia el año 2008, cuando el manejo de los aislamientos es reemplazado por los cuidados diarios de la vía aérea.

En el año 2006 los profesores adjuntos asociados de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica de Chile, Claudio Robles, Angélica García y Lorena Camus presentan el proyecto FONIS SA06I20025, llamado “Modelo de asignación de personal según dependencia y riesgo de cuidados y complejidad de tratamiento médico (MAPE)”, así se obtuvo el financiamiento para realizar la ejecución del estudio, en donde mediante una fórmula matemática se identifican los requerimientos del personal enfermero y técnico por áreas de servicios hospitalarios.

Uno de los resultados de este proyecto fue la actualización y validación del instrumento de categorización de usuarios por dependencia y riesgo (CUDYR), desarrollado el año 1995 en el Hospital Clínico de la Universidad Católica. Este instrumento permite clasificar a los pacientes atendidos en instituciones hospitalarias, en base a cuidados de mayor

demanda que identifican dependencia y riesgo, es aplicable a cualquier unidad o servicio de atención de pacientes hospitalizados (desde unidades de paciente crítico a unidades de cuidados básicos) y en cualquier etapa del ciclo vital (adulto, infantil, materno y neonatal).

Para implementar la categorización usuaria, es imprescindible seleccionar los criterios de tiempo de aplicación del instrumento. Definir si se aplicará de lunes a viernes y/o de lunes a domingo. Se recomienda que en las unidades de paciente crítico se realice de lunes a domingo y en las camas básicas de lunes a viernes. Es así como también se debe definir la hora en que se aplicará la pauta. La experiencia recomienda que se realice en la mañana junto con la visita de enfermería (MINSAL, 2007, Pág. 65).

La aplicación del instrumento de categorización podrá ser realizada por enfermeras clínicas, enfermeras supervisoras, matronas, o cualquier otro profesional capacitado en esta estrategia y en la aplicación del instrumento. También debe definirse cómo y dónde se recolectará la información, y quién será el responsable de su manejo para posterior análisis (MINSAL, 2007, Pág. 65).

Con la información obtenida de este instrumento, es posible tomar decisiones fundamentadas en los hospitales públicos chilenos, con el fin de optimizar el uso de camas de pacientes que según su categorización, no corresponden a pacientes que deben recibir atención cerrada (MINSAL, 2007, Pág. 65), lo que contribuiría en el contexto de la Reforma de Salud a una mejor gestión hospitalaria y atención progresiva. Es por esto que este nuevo instrumento ha sido incorporado por el Ministerio de Salud y distribuido en todos los hospitales chilenos a partir del año 2008.

Por otro lado, es muy importante recalcar que el instrumento de categorización está inscrito con derecho de autor 158078, por lo que cualquier modificación debe ser con consentimiento del autor, además la adaptación del instrumento a las realidades de cada institución sanitaria o área asistencial puede generar sobre o subvaloración de los niveles de riesgo y dependencia de los usuarios si se cambian los indicadores de valoración y las escalas de puntajes, aunque tengan validación de expertos locales. Asimismo, si se define que los categorizadores serán las enfermeras y matronas clínicas, se requiere de un equipo de monitoras de categorización responsables de la capacitación de todas las profesionales de la institución y también de la validación permanente de los resultados de categorización de cada unidad que pueden estar sesgados por la interpretación del instrumento o por falta de profundidad en la valoración del paciente (C. Robles, comunicado de autores de instrumento, 6 de Noviembre de 2006).

2.4 POLÍTICAS NACIONALES DE SALUD, GESTIÓN DEL CUIDADO.

En Chile, desde aproximadamente 50 años atrás se viene produciendo un cambio demográfico de proporciones, esto quiere decir que hoy en día junto con el aumento de la población adulto mayor, hay un incremento de patologías crónicas no transmisibles propias de la vejez y que tienen directa relación con los estilos de vida asumidos por la sociedad chilena, por ende, hablar de vejez conlleva pensar que la atención en salud para este grupo etáreo trae consigo una alta dependencia laboral (MINSAL, 2002).

Cuando hablamos de categorización en enfermería, aludimos directamente al concepto de gestión del cuidado que según la norma general administrativa n° 19 “Gestión del cuidado de enfermería para la atención cerrada” se define como la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados oportunos seguros, integrales, que aseguran la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2007).

Dentro del proceso investigativo no se puede dejar de lado lo que hace el estado chileno por velar y asumir un rol protector para con la población, así se ve reflejado en el objetivo n°2 de los “Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010”, donde se hace un análisis de las patologías asociadas al envejecimiento de la población para así brindar una atención de calidad y atingente a las problemáticas de la sociedad chilena, las cuales exigen un aumento de recurso humano profesional, técnico y material en un corto plazo (MINSAL, 2002).

En el objetivo sanitario n° 4 “Proveer servicios acordes con las expectativas de la población”, existe un objetivo específico relacionado con la calidad de atención en salud, que hace alusión al concepto de calidad como *“aquella propiedad de los productos o servicios con la que los usuarios expresan el grado de satisfacción que el producto o servicio da a sus expectativas”*, para llegar a esta definición de calidad en salud se tuvo que considerar tres perspectivas: los usuarios externos (pacientes, comunidad en general), los prestadores y administradores/financiadores (MINSAL, 2002).

Una de las prioridades sobre calidad a nivel nacional es cautelar que las decisiones clínicas sean adecuadas de acuerdo a la mejor ciencia y recurso disponible, en pocas palabras que sea eficiente y eficaz, donde la función del estado es garantizar atención de calidad asegurando un determinado nivel base a la población (MINSAL, 2002).

Los servicios profesionales del profesional de enfermería comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico, además del deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente (Artículo 113, Código Sanitario. Ministerio de Salud Pública, 2002). Sin embargo por la escasez de recurso humano varias de estas acciones de gestión del cuidado se ven afectadas, reflejándose en gran parte cuando los estudios confirman que el sistema de salud en Chile no cumple satisfactoriamente con las expectativas de la población, viéndose afectada directamente en los resultados de producción (prestaciones, rendimiento de los recursos, uso de recursos, entre otros) manifestándose en la insatisfacción de sus requerimientos como consumidores de un sistema cerrado de atención (MINSAL, 2002).

La categorización usuaria se enmarca dentro de los compromisos de Gestión, específicamente en el compromiso N° 5 “Transformación de la Gestión Hospitalaria”. Los compromisos de Gestión son compromisos que asume el Gestor de Red, o sea el director de cada servicio de salud, en nombre de toda la Red, junto al Ministro de Salud. Son 10 y se firman previo acuerdo a comienzos de cada año y se evalúan trimestralmente.

El compromiso de gestión N° 5 tiene como objetivo transformar la gestión Hospitalaria para entregar una respuesta eficaz y eficiente a las Redes Asistenciales, incorporando buenas prácticas de atención centradas en el usuario, la familia y la comunidad, orientadas al trato digno, acogedor y amable, estimulando la participación social y el control ciudadano en salud. (Servicio de Salud de Chiloé, Sin Fecha).

2.5 DESCRIPCIÓN DE ESCENARIO: HOSPITAL HERMINDA MARTÍN, CHILLÁN, CHILE.

El estudio fue realizado en el Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, dicho establecimiento cuenta con 386 camas, horario de atención las 24 horas del día, atención médica especializada según gravedad y patología de los usuarios, contando con las siguientes unidades y servicios:

- Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios para adultos, niños y neonatal.

Servicios Clínicos de:

- Cirugía Adulto.
- Cirugía Infantil.
- Oftalmología.
- Otorrino.
- Urología.

- Neurocirugía.
- Traumatología.
- Medicina Adulto.
- Pediatría.
- Ginecología y Obstetricia.

(Inf. Interna Hospital Herminda Martín Chillán. 2010)

Actualmente y debido al terremoto ocurrido en febrero del presente año, ha habido una redistribución de los servicios clínicos, ya que la torre quirúrgica construida en 1999 fue gravemente dañada quedando inutilizable, con un tiempo estimado de reparación de 2 años. Todos los servicios clínicos han sido redistribuidos en el edificio antiguo construido en 1945, lo que ha significado hacinamiento, malestar y diversos conflictos, los cuales se han ido superando con el paso del tiempo (Hospital Herminda Martín Chillán .Cuenta pública Gestión 2009, 2010.)

Los servicios de Urología, Traumatología y Neurocirugía se han agrupado en un solo espacio físico llamado “Cirugía Indiferenciada”, donde trabajan 12 profesionales de enfermería. Medicina Adulto se ubica en el 2º piso, con un total de 19 profesionales de enfermería, 16 de ellos rotan en cuarto turno y realizan categorización. El servicio de Cirugía Adulto se encuentra distribuido en 2 pisos del edificio, 1º piso Cirugía Mujeres y en el 3º piso Cirugía Hombres, también cuenta con sistema de camas indiferenciadas, aquí trabajan 16 profesionales de enfermería, quienes rotan en sistema de cuarto turno, dentro del hospital y en clínicas de la ciudad, ya que han debido comprar servicios externos para suplir la demanda existente, éstos turnos deben ser cubiertos por personal del hospital, realizando también la categorización de los usuarios. El servicio de pediatría se encuentra en el tercer piso, contando con 16 enfermeras clínicas que rotan en sistema de cuarto turno que realizan categorización. La Unidad de Paciente Crítico adulto (UPC) se encuentra en el segundo piso del establecimiento, y cuenta con 16 enfermeras clínicas que rotan en sistema de cuarto turno y realizan categorización. En resumen la dotación total de enfermeras clínicas es de 80 y las enfermeras supervisoras en total son 5.

Es importante mencionar que si bien el MINSAL propone realizar la categorización usuaria una vez al día y en el mismo horario, siendo el más adecuado en la mañana junto con la visita de enfermería, no obstante la categorización en el Hospital Herminda Martín de Chillán se realiza en las noches.

3.- OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Describir las percepciones de Enfermeras Supervisoras y Enfermeras clínicas en cuanto a la aplicación de la categorización de usuarios por riesgo y dependencia y las acciones de gestión de Enfermería efectuadas en base a los resultados obtenidos, en el Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, durante los meses de Agosto a Octubre de 2010.

3.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

-Caracterizar a la población de estudio, profesionales supervisoras y clínicas, en relación a los antecedentes demográficos, tales como sexo, edad, años de servicio totales, años de servicio en la unidad y años que lleva categorizando.

-Determinar posible influencia de la edad como variable sobre la percepción de enfermeras supervisoras, frente a las acciones de gestión de Enfermería resultantes de la categorización de usuarios por riesgo y dependencia.

-Determinar posible influencia de la edad como variable sobre la percepción de enfermeras clínicas, frente a las acciones de gestión de Enfermería resultantes de la categorización de usuarios por riesgo y dependencia.

-Conocer la percepción de los profesionales de enfermería y enfermeras supervisoras con respecto a la aplicación de la categorización usuaria y gestión de Enfermería efectuadas en base a los resultados obtenidos.

4.- METODOLOGÍA

4.1 TIPO DE ESTUDIO:

La investigación es de tipo cuantitativo, descriptivo, ya que se estudió un fenómeno de interés, identificando las variables del estudio y definiéndolas, además es de corte transversal, ya que las variables se estudiaron un determinado periodo de tiempo, sin que éste influya directamente en la forma en como se dan los fenómenos (Pineda, E., Alvarado, E., 2008).

4.2 POBLACIÓN EN ESTUDIO:

Se eligieron dos grupos de profesionales de enfermería (clínicos y supervisoras) que durante los meses de Agosto a Octubre de 2010 se encontrarán trabajando en el Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán.

El tipo de muestreo fue de naturaleza censal, el cual se entiende como la enumeración completa de todos los elementos de la población de interés (Aceituno, M. 2006). En este caso el tamaño del universo fue de 80 Enfermeras Clínicas y 5 Enfermeras Supervisoras que corresponden a los servicios y/o subdepartamentos más representativos, ya que poseen un mayor número de profesionales que llevan a cabo la categorización de pacientes.

Los servicios que participaron en el estudio fueron:

- a) Medicina Interna.
- b) Cirugía Adulto.
- c) Pediatría.
- d) Cirugía Indiferenciada (Traumatología, Neurocirugía, Urología).
- e) Unidad de Paciente Crítico (UPC)

Durante la realización de la investigación 48 profesionales de enfermería que desarrollan labores clínicas no desearon participar y/o no hicieron devolución de la encuesta aplicada, disminuyendo el tamaño de la muestra a 32 profesionales clínicos y por motivos de licencia una de las cinco enfermeras supervisoras quedó excluida del estudio, disminuyendo el número a cuatro.

4.2.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Enfermeras/os que deseen participar en el estudio
2. Enfermeras/os los cuales lleven más de un año trabajando en el subdepartamento y/o servicio clínico.

4.2.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Enfermeras/os que se encuentren con licencia médica prolongada (mayor a 3 meses) durante el periodo de desarrollo de la investigación.
2. Enfermeras/os que durante el periodo de desarrollo de la investigación se encuentren con vacaciones.

4.3 LUGAR DE DESARROLLO:

Servicios y/o subdepartamentos de Medicina Interna, Cirugía Adulto, Pediatría, Cirugía Indiferenciada (Traumatología, Neurocirugía, Urología) y Unidad de Paciente Crítico (UPC) del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán. Octava Región. Chile.

4.4 MÉTODO E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN:

El instrumento utilizado consta de dos partes, la primera contiene un cuestionario de antecedentes personales laborales, que cuenta con 6 preguntas cerradas con el fin de relacionar el problema investigado según características o condiciones propias de los sujetos, luego se aplicó un cuestionario Likert el cual está compuesto por una serie de ítems que tratan de reflejar los diferentes aspectos de un objeto hacia los que cabe tener una posición diferente (Guil, M., 2006), el que consta de 10 preguntas, y fue autoaplicado por Enfermeras clínicas y supervisoras de los servicios y/o subdepartamentos de Medicina Interna, Cirugía Adulto, Pediatría, Cirugía Indiferenciada (Traumatología, Neurocirugía, Urología) y Unidad de Paciente Crítico (UPC) del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán.

El proceso de recolección de información se inició luego de haber sido aprobada la solicitud por el director del establecimiento. Posterior a esto se llevó a cabo una entrevista con cada enfermera supervisora, para informar del proceso investigativo y así acceder al resto de

los profesionales, se entregaron encuestas para su auto aplicación durante dos semanas con el fin de abordar a todo el universo en estudio.

4.5 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

4.5.1 VARIABLES CUESTIONARIO DE CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA:

VARIABLE	DEFINICIÓN NOMINAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
SEXO	Constitución orgánica que diferencia al hombre de la mujer.	a) Femenino. b) Masculino.
EDAD	Tiempo de vida transcurrido en años.	Cantidad de años escrita en números.
AÑOS DE SERVICIO TOTAL	Cantidad de años que ha trabajado como Enfermera/o.	Cantidad de años escrita en números.
AÑOS DE SERVICIO EN LA UNIDAD	Cantidad de años que ha trabajado como Enfermera/o en su actual lugar de trabajo.	Cantidad de años escrita en números.
TIEMPO CATEGORIZANDO	Cantidad de años que lleva realizando categorización usuaria como Enfermera/o.	Cantidad de años escrita en números.
OCUPACIÓN DENTRO DE LA UNIDAD	Cargo que desempeña el profesional de enfermería	a) Enfermera Supervisora b) Profesional de enfermería clínico

Cuestionario de caracterización demográfica (Anexo nº 7, Parte 1).

4.5.2 VARIABLES CUESTIONARIO LIKERT:

VARIABLE	DEFINICIÓN NOMINAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL
CLARIDAD	Facilidad para comprender la aplicación del instrumento de categorización.	1.- Totalmente de acuerdo. 2.- De acuerdo. 3.- Indiferente 4.- Desacuerdo. 5.- Totalmente en desacuerdo.
TIEMPO	Duración de la aplicación de cada pauta de categorización.	1.- Totalmente de acuerdo. 2.- De acuerdo. 3.- Indiferente 4.- Desacuerdo. 5.- Totalmente en desacuerdo.
FRECUENCIA	Periodicidad con la que se categoriza a cada usuario.	1.- Totalmente de acuerdo. 2.- De acuerdo. 3.- Indiferente 4.- Desacuerdo. 5.- Totalmente en desacuerdo.
UTILIDAD	Provecho que se logra con los resultados de la aplicación del instrumento de categorización.	1.- Totalmente de acuerdo. 2.- De acuerdo. 3.- Indiferente 4.- Desacuerdo. 5.- Totalmente en desacuerdo.
PLANIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN	Organización de la atención hacia los pacientes acorde a su categoría de riesgo y dependencia.	1.- Totalmente de acuerdo. 2.- De acuerdo. 3.- Indiferente 4.- Desacuerdo. 5.- Totalmente en desacuerdo.

REDISTRIBUCIÓN PERSONAL DE ENFERMERÍA	Capacidad que existe actualmente de cambio o traslado permanente o transitorio del equipo humano encargado de brindar cuidados de enfermería.	1.- Totalmente de acuerdo. 2.- De acuerdo. 3.- Indiferente 4.- Desacuerdo. 5.- Totalmente en desacuerdo
REDISTRIBUCIÓN PERSONAL TECNICO PARAMEDICO	Capacidad de cambio o traslado permanente o transitorio del equipo técnico paramédico	1.- Totalmente de acuerdo. 2.- De acuerdo. 3.- Indiferente 4.- Desacuerdo. 5.- Totalmente en desacuerdo
DERIVACIÓN DE PACIENTES SEGÚN CATEGORÍA	Traslado de paciente a unidades de mayor o menor complejidad según su categorización.	1.- Totalmente de acuerdo. 2.- De acuerdo. 3.- Indiferente 4.- Desacuerdo. 5.- Totalmente en desacuerdo
AUMENTO DEL PERSONAL DE SALUD (personal de refuerzo)	Incremento del personal de salud en los turnos según la categorización del paciente.	1.- Totalmente de acuerdo. 2.- De acuerdo. 3.- Indiferente 4.- Desacuerdo. 5.- Totalmente en desacuerdo.
AUMENTO DE RECURSO MATERIAL	Incremento de los recursos materiales acorde a las nuevas necesidades de los pacientes.	1.- Totalmente de acuerdo. 2.- De acuerdo. 3.- Indiferente 4.- Desacuerdo. 5.- Totalmente en desacuerdo.

Cuestionario de percepción tipo Likert (Anexo nº 7, parte 2)

4.6 ANALISIS DE RESULTADOS:

Los datos provenientes de los cuestionarios fueron traspasados a formato digital de manera codificada empleándose los programas computacionales Microsoft Word 2003 y Microsoft Excel 2003, usando estadígrafos de tendencia central, entendidos estos como “*Los valores que ayudan a cuantificar las características de un grupo de datos, donde la idea es mostrar con un solo número las características más sobresalientes de un conjunto de datos*” (Cauas, D. 2010), recurriendo principalmente a la media aritmética y estimación modal. Para esto se confeccionaron figuras resumen según correspondiese, las cuales fueron:

- Gráfico circular.
- Gráfico columnas paralelas.
- Gráfico de Líneas.
- Tabla.

4.7 RIGOR ETICO Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Los profesionales de Enfermería fueron informados del propósito de la investigación y del uso de los resultados, además se hizo saber que tienen la opción de abandonar el estudio en el momento que lo deseen sin ser objeto de alguna presión orientada a lograr su participación o a persuadirlos a no desertar, por otra parte su participación fue anónima, manteniendo la confidencialidad de la información entregada, ya que los nombres de los participantes del estudio, no fueron mencionados y no implican relevancia para la investigación.

Los investigadores presentaron competencias profesionales para la realización de la investigación, así como solidez en cuanto a la fundamentación teórica de la intervención y prudencia con la aplicación de los instrumentos, logrando así la comodidad y seguridad de los participantes en esta investigación. Fue imperativo por parte de los investigadores mantener la honestidad y sinceridad en cada etapa de la investigación, inclusive al dar información a los participantes así como al analizar, interpretar y dar a conocer resultados, ya que de no ser así, no se hubiese cumplido con el rigor ético, que requiere de reconocimiento y la discusión por parte de los investigadores al ver las implicancias relacionadas con el estudio (Burns, N., Grove, S., 2005. Pág. 467).

Para el desarrollo de este estudio se ha tenido como base los principios de investigación, manteniendo durante todo el proceso la autonomía, respetando así la libertad de los profesionales para decidir su participación y para expresar su percepción frente a los diferentes enunciados. El principio de beneficencia se aseguró resguardando la integridad mental y social del individuo. El principio de justicia se respetó ya que la selección de los sujetos fue en forma equitativa, y no por alguna razón ideada por los investigadores (Pineda, E., Alvarado, E., 2008). El principio de no maleficencia se mantuvo ya que al analizar los resultados no se hizo alusión a datos que puedan identificar en forma particular a los involucrados, asegurando así el anonimato de los participantes. En el anexo N° 6 se adjunta el consentimiento informado utilizado durante la investigación.

5.- RESULTADOS

5.1. CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA.

El presente estudio contó con un universo de 80 enfermeras/os clínicas y 5 enfermeras supervisoras, de las cuales se trabajó con un número final de 32 y 4 respectivamente. La edad promedio del grupo de enfermeras/os clínicas/os fue de 37.5 años, predominando el rango etáreo de 20 a 35 años, mientras que el de enfermeras supervisoras es de 50.8, siendo predominante el rango entre 46 a 60 años de edad (gráfico N° 2). Del total de encuestados 4 (11%) fueron de sexo masculino, todos del grupo de enfermeros clínicos y 32 (88.9 %) de sexo femenino (gráfico N° 1). Los años de servicio promedio para el grupo de enfermeras/os clínicas/os fue de 10 años y para el grupo de enfermeras supervisoras de 27.8 años. El promedio de años de categorización es de 1,8 años aproximadamente para las enfermeras clínicas, ya que el proceso de categorización usuaria se inició a mediados del año 2008.

Gráfico N° 1: Distribución porcentual de encuestados según sexo.

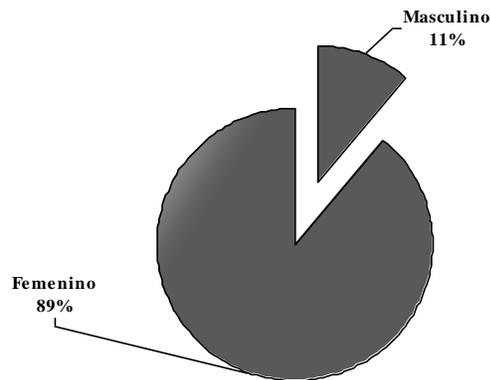
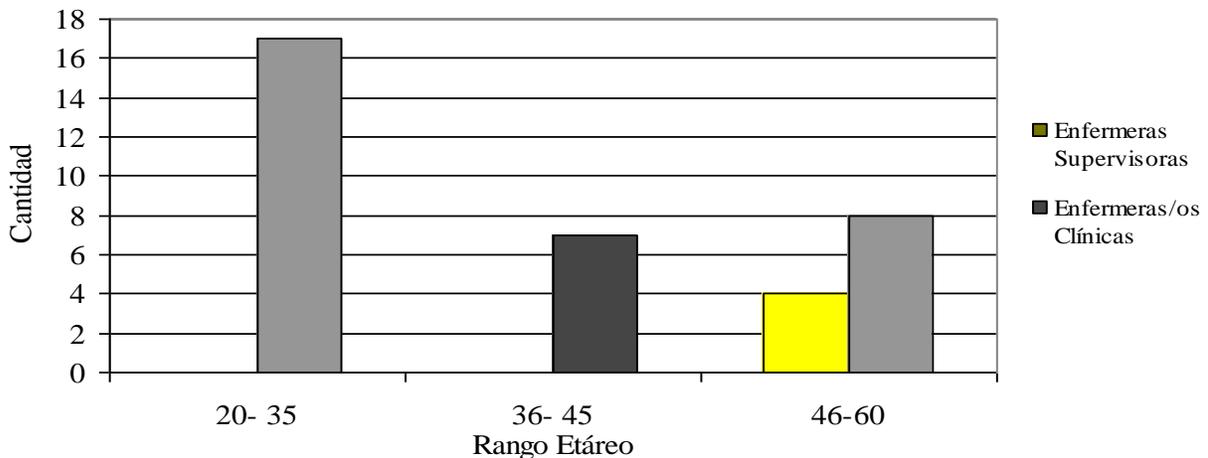


Gráfico N° 2: Distribución Numérica según rango etáreo y grupo de estudio



5.2. RESULTADOS CUESTIONARIO DE PERCEPCION

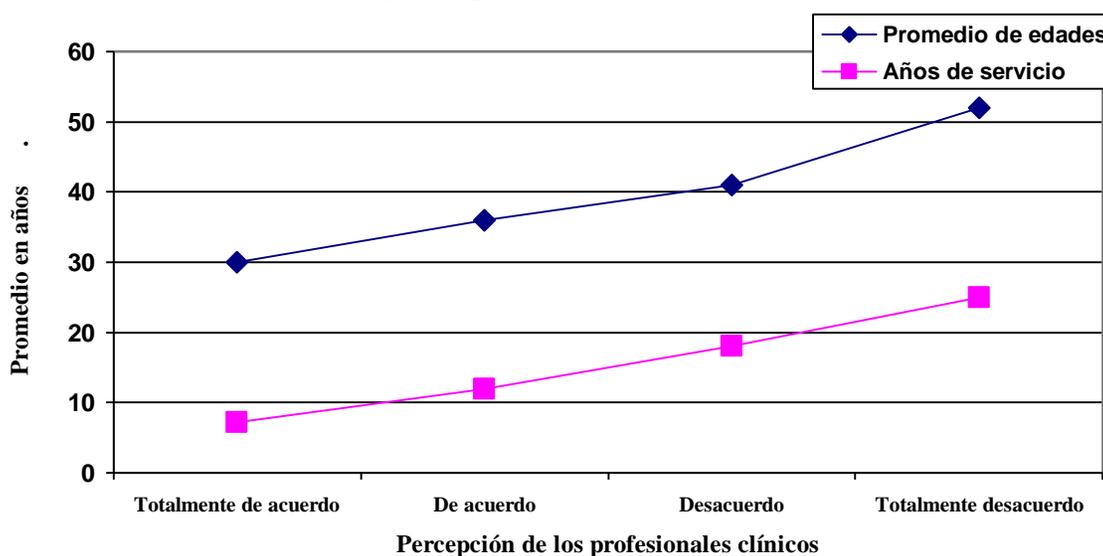
A continuación se presentan los resultados obtenidos de las encuestas aplicadas a Enfermeras (os) clínicas (os) y Enfermeras Supervisoras de las Unidades de Medicina Adulto, Cirugía Adulto, Pediatría, Cirugía indiferenciada (Traumatología, Urología, Neurocirugía) y Unidad de Paciente Crítico Adulto.

Tabla N° 1: Distribución numérica de respuestas al cuestionario de percepciones por parte de enfermeras clínicas y enfermeras supervisoras.

Variables	<i>Enfermeras Supervisoras</i>					<i>Enfermeras Clínicas</i>				
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	Desacuerdo	Totalmente desacuerdo	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	Desacuerdo	Totalmente desacuerdo
1 El instrumento de categorización es claro al momento de su aplicación.	1	2	0	1	0	4	16	0	11	1
2 La aplicación del instrumento de categorización no requiere de tiempo adicional.	0	0	0	2	2	3	2	0	12	15
3 La frecuencia con que se aplica el instrumento de categorización es la adecuada.	2	2	0	0	0	4	20	1	6	1
4 Los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento de categorización son útiles para los profesionales de enfermería.	2	2	0	0	0	4	7	5	4	12
5 El plan de atención se organiza en relación a la clasificación obtenida por cada paciente.	0	3	0	0	1	1	6	0	11	14
6 Con la incorporación de la categorización usuaria se hace más factible el cambio o traslado permanente o transitorio del equipo de enfermería.	1	0	0	2	1	1	3	7	5	16
7 Con la incorporación de la categorización usuaria se hace más factible el cambio o traslado permanente o transitorio del personal técnico paramédico.	2	0	0	1	1	0	2	7	8	15
8 El traslado de pacientes a unidades de mayor o menor complejidad se realiza en base a su categorización.	1	0	0	2	1	2	3	1	8	18
9 Existe un aumento en el contrato de refuerzos del personal de salud en unidades de pacientes con alto grado de riesgo y dependencia.	0	0	0	1	3	2	2	1	9	18
10 Existe un aumento del recurso material en unidades de pacientes con alto grado de riesgo y dependencia.	0	0	0	1	3	1	4	1	10	16

En la primera afirmación, “El instrumento de categorización es claro al momento de su aplicación”, se observó que 20 profesionales clínicos (62,5%) tienen una visión positiva con respecto a la claridad del instrumento al igual que 3 de sus pares supervisoras (75%). Cabe destacar que un número no menor (12) de profesionales clínicos se encuentra en desacuerdo con esta afirmación siendo alrededor de un 35%. Por otro lado llama la atención la relación directamente proporcional, en donde a mayor promedio de edad de los enfermeros clínicos, mayor es su desacuerdo con la afirmación, lo cual se muestra en el gráfico N° 3. Otro punto que se condice con el anterior es que a más años de servicio, mayor es la disconformidad con la afirmación planteada.

Gráfico N° 3: “Distribución de la percepción frente a la claridad del instrumento de categorización usuaria por profesionales clínicos de enfermería según promedio de edad y años promedio de servicio totales”.

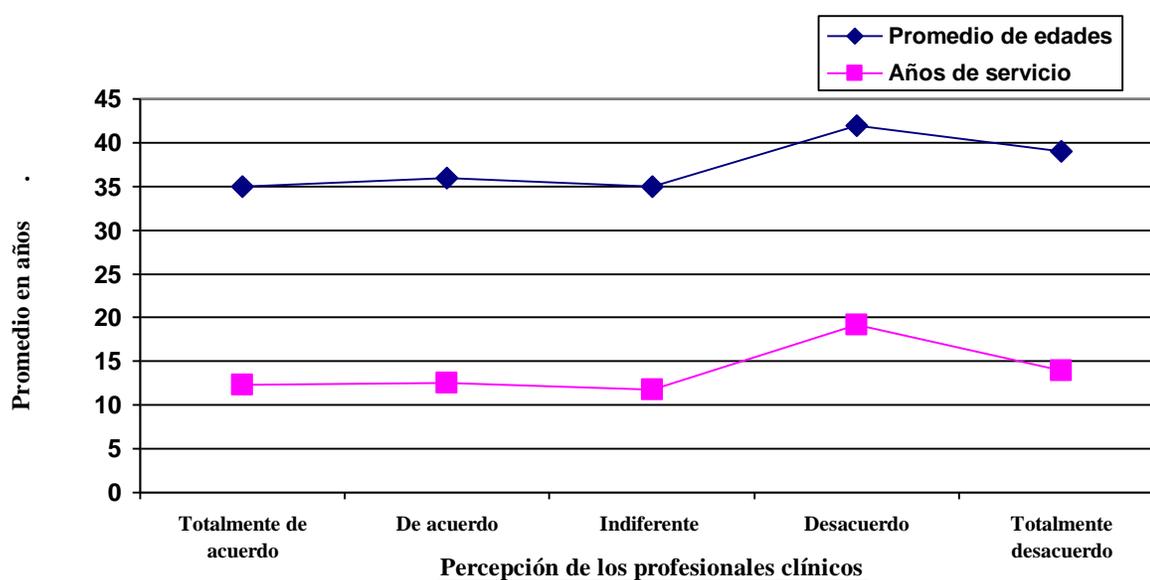


En la segunda afirmación, “La aplicación del instrumento de categorización no requiere de tiempo adicional”, el total de las enfermeras supervisoras tienen una visión negativa, repitiéndose esta tendencia en sus pares clínicos, en donde 27 profesionales (84,3%) se encuentran en desacuerdo y total desacuerdo.

De los resultados obtenidos para la afirmación número tres, relacionada con la frecuencia de la aplicación del instrumento de categorización, se desprende que 4 (100%) de las enfermeras supervisoras manifiesta que la periodicidad de aplicación del instrumento es adecuada, concordando con la percepción de las enfermeras clínicas, de las cuales 24 (75%) apoyan el enunciado, y 7 de éstas (21,4%) tienen una percepción negativa.

Con respecto a la afirmación número cuatro “Los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento de categorización son útiles para los profesionales de enfermería”, las 4 enfermeras supervisoras (100%) tiene una percepción positiva frente a los resultados obtenidos del instrumento de categorización, por otro lado 16 enfermeras clínicas (50%) no percibe esta utilidad, y a demás es importante destacar que a 5 de éstas (15,6%) le es indiferente la utilidad de los resultados.

Gráfico N° 4: “ Distribución de la percepción frente a la utilidad de los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento de categorización usuaria por profesionales clínicos de enfermería según promedio de edad y años promedio de servicio totales”.

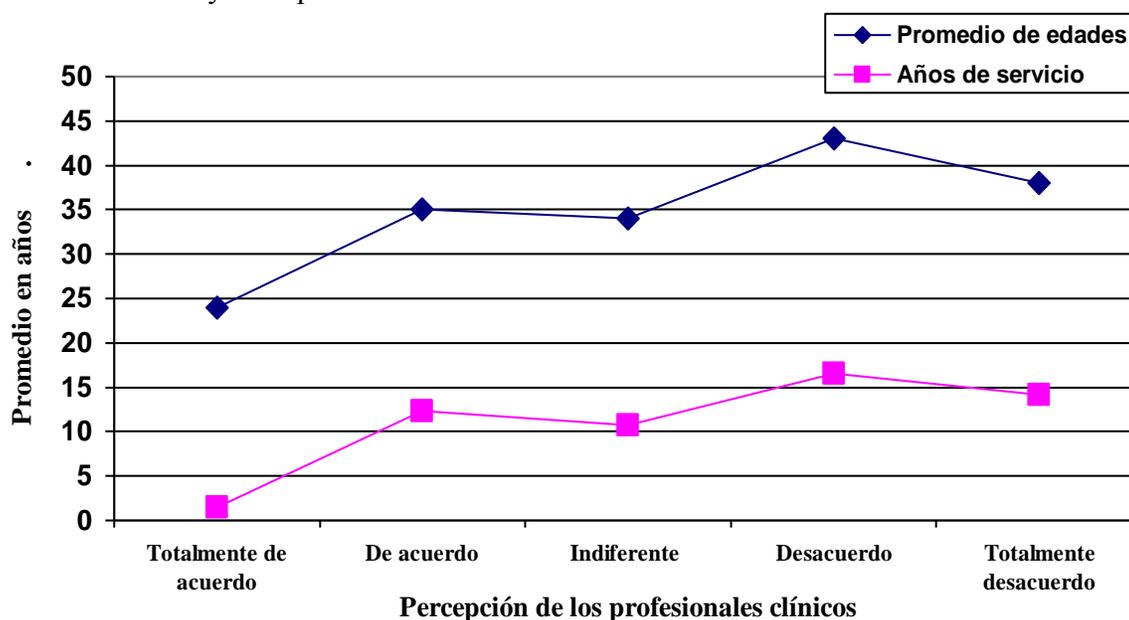


Dentro de los resultados para la afirmación número cuatro también es importante destacar que los profesionales con promedios de edad y años de servicio más altos son los que menos perciben la utilidad de los resultados obtenidos con el instrumento de categorización (gráfico N° 4).

En relación a si “El plan de atención se organiza en relación a la clasificación obtenida por cada paciente.” se observa que 3 de las 4 enfermeras supervisoras, equivalente a un 75% se encuentran de acuerdo con la afirmación, la enfermera supervisora restante por el contrario a sus pares se encuentra en total desacuerdo. Los profesionales clínicos en tanto en su mayoría (25) equivalentes al 78,1% manifiestan estar en contra de la afirmación planteada, y sólo 7 (21.9%) contestaron estar a favor.

Tres de las enfermeras supervisoras (75%) y 21 profesionales clínicos (65,5%) se encuentran en desacuerdo con la factibilidad de cambio o traslado permanente o transitorio del equipo de enfermería producto de la incorporación de la categorización usuaria; sólo 1 enfermera supervisora (25%) y 4 clínicas (12,6%) apoyan la afirmación, mientras que 7 profesionales clínicos (21,8%) manifiestan estar indiferentes frente al enunciado.

Gráfico N° 5: “Distribución numérica de la percepción frente a la factibilidad de cambio o traslado permanente o transitorio del equipo de enfermería producto de la incorporación de la categorización usuaria por profesionales clínicos de enfermería según promedio de edad y años promedio de servicio totales”.



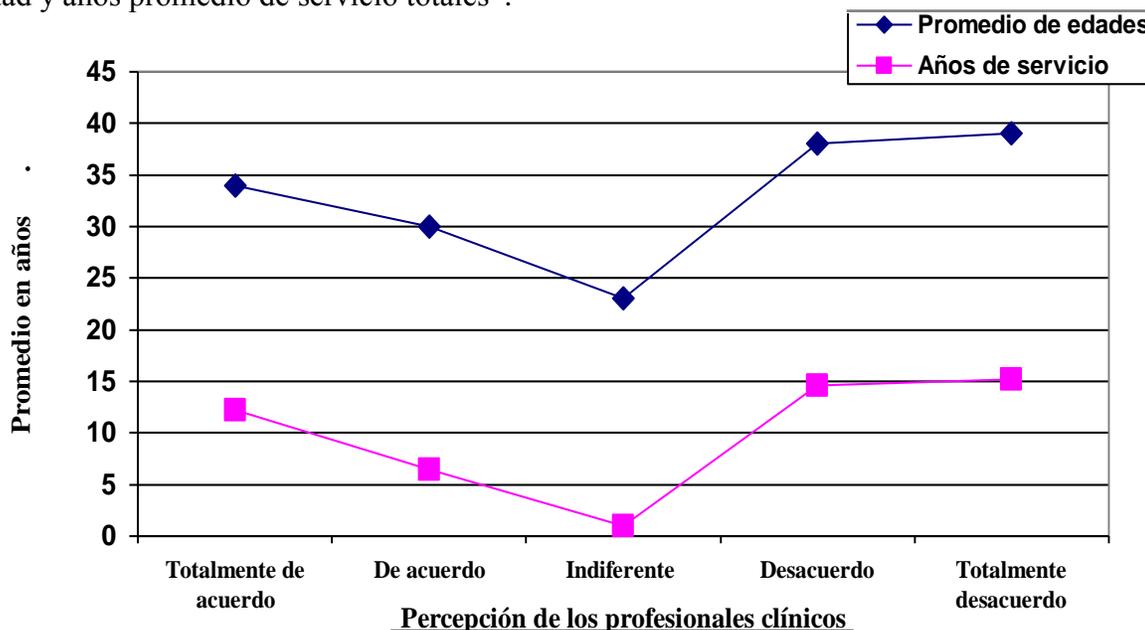
En el gráfico N°5 se muestra que existe una relación entre la edad y la percepción negativa ante la afirmación, lo que puede deberse a la experiencia adquirida por los profesionales y su posibilidad de comparación con lo que sucedía previo a la introducción de la categorización usuaria.

Con respecto a la afirmación n° 7 “Con la incorporación de la categorización usuaria se hace más factible el cambio o traslado permanente o transitorio del personal técnico paramédico”, los profesionales clínicos mantienen la tendencia con respecto al punto anterior, manifestando 23 de ellos una percepción desfavorable (71,8%). Con respecto a las enfermeras supervisoras se observa un cambio en la tendencia, demostrando percepciones equitativas frente a este punto (ver tabla n° 1), nuevamente 7 profesionales clínicos se muestran indiferentes ante la afirmación (21,8%), llamando la atención que es el grupo con promedio de edad y años de experiencia más bajo (29 y 9,1 años respectivamente).

Con respecto al traslado de pacientes a unidades de mayor o menor complejidad en base a su categorización, el 3 de las enfermeras supervisoras (75%) demuestran una percepción desfavorable frente a esta acción, mientras que 26 profesionales clínicos (81,2%) manifiestan al igual que sus pares supervisoras estar en desacuerdo o en total desacuerdo.

Para la afirmación relacionada con la existencia de un aumento en el contrato de refuerzos del personal de salud en unidades de pacientes con alto grado de riesgo y dependencia, el total de las enfermeras supervisoras tiene una percepción negativa, en cuanto a los enfermeros clínicos 27 de ellos, lo que corresponde a un 84,3%, coincide con sus pares. Sólo 4 enfermeros clínicos manifiestan conformidad con la afirmación, y tan solo 1 se encuentra indiferente. Además mientras mayor es la edad promedio y los años de servicio, mayor es el desacuerdo (gráfico N°6).

Gráfico N° 6: “Distribución numérica de la percepción frente a la existencia de un aumento en el contrato de refuerzos del personal de salud en unidades de pacientes con alto grado de riesgo y dependencia, por profesionales clínicos de enfermería según promedio de edad y años promedio de servicio totales”.



Con respecto al aumento de recurso material en unidades de pacientes con alto grado de riesgo y dependencia se observa que las 4 enfermeras supervisoras (100%) tienen una percepción desfavorable, a su vez 26 de los profesionales clínicos (81,2%) manifiestan al igual que sus pares supervisoras una percepción desfavorable. Por otro lado sólo un profesional se muestra indiferente y 5 profesionales (15,6%) manifiestan estar de acuerdo y/o totalmente de acuerdo con el enunciado.

6.- DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La categorización usuaria nace como una propuesta con el fin de identificar el perfil de los enfermos y a la vez ser utilizada como una herramienta para definir el personal y los recursos materiales acorde a las necesidades reales de cada paciente.

En Chile a partir del año 2008, por indicación del Ministerio de Salud, se comenzó a aplicar en todos los hospitales públicos el instrumento de categorización usuaria por riesgo y dependencia.

Los hallazgos de este estudio demostraron que gran parte de los profesionales de enfermería encuestados en el Hospital Herminda Martín durante el mes de Octubre del presente año, percibieron que el instrumento de categorización es claro al momento de su aplicación, lo que concuerda con lo planteado por García M. A y Castillo L. (2000), mentores y creadores del instrumento original, quienes afirman que la categorización es un método fácil de aplicar. Sin embargo no deja de ser menor el porcentaje de enfermeras clínicas que manifiesta su descontento frente a la claridad, siendo alrededor de un 35% que expresa estar en desacuerdo o total desacuerdo con este punto, este desacuerdo coincidió con una relación directa en donde a más edad de los enfermeros clínicos mayor es su desacuerdo con la afirmación planteada, lo que podría deberse a una resistencia al cambio, ya que esto constituye una conducta natural del ser humano, cuando algo dista en alguna medida de nuestro esquema de pensamiento y de acción vigente, acentuándose aún más con la edad y estado de cansancio (Quirant, A., Ortega, A., 2006). Las implicancias que pudiera traer consigo es que el grupo de mayor edad se resista al cambio, ya que no considera claridad en el instrumento al momento de aplicarlo.

En relación al tiempo que se requiere para aplicar el instrumento García M.A. y Castillo L. (2000) plantean la afirmación "*La aplicación del instrumento de categorización no requiere de tiempo adicional*", tanto enfermeras clínicas como supervisoras se encuentran en desacuerdo con la afirmación, esto establece una diferencia entre la teoría y lo que perciben los ejecutores y administradores de los instrumentos de categorización. Es importante mencionar que la percepción de enfermería se podría ver influenciada de acuerdo al momento en el que se aplica el instrumento de categorización, ya que si éste se realiza en horarios de alta carga asistencial podría causar retrasos en el resto de las actividades programadas, alterar la calidad de la atención, faltando así a uno de los principales objetivos para los cuales fue creado el instrumento (International Organization for Standardization (ISO) 1989, mencionado en Net, A., Suñol, R. sin fecha) y por ende alterar la percepción en forma negativa. Esto se relaciona directamente con la frecuencia de aplicación del instrumento, que por indicación del

Ministerio de Salud se debe realizar una vez al día, quedando a elección de cada establecimiento el horario de categorización, para así adecuarlo a su realidad, sin embargo aunque se recomienda aplicar el instrumento en las mañanas junto con la visita de enfermería, en los servicios clínicos del establecimiento en cuestión se categoriza por las noches junto con la última visita, a demás de aplicar de lunes a domingo en Unidades de Paciente Crítico, y de lunes a viernes en servicios con camas básicas (MINSAL, 2007. Pág. 65). Respecto a la frecuencia de aplicación del instrumento las enfermeras supervisoras en su totalidad presentan una percepción favorable junto con sus pares clínicos, la frecuencia de categorización es cada 24 horas, esto incide directamente en mantener datos actualizados del paciente, donde además se debería facilitar el traslado de éstos según su categorización a unidades de mayor o menor complejidad, optimizando el uso de camas, tiempos de atención y recursos (MINSAL, 2007, Pág. 65).

Si bien con la implementación de la categorización por riesgo y dependencia se facilita la estandarización de planes de cuidados para cada categoría de usuario, (MINSAL, 2007. Pág. 63) los planes de atención deben ser atingentes a las necesidades de cada paciente, lo que debería verse reflejado en la categorización diaria obtenida por éste. Con respecto a este punto las enfermeras supervisoras manifestaron estar de acuerdo con el enunciado, mientras que los profesionales de enfermería clínicos expresan estar en desacuerdo, lo cual nos indica nuevamente una diferencia de opinión importante entre estos profesionales, de lo que se infiere la no utilización de esta herramienta de gestión por parte de las enfermeras clínicas para la elaboración de planes de cuidado, no aprovechando así las ventajas que ofrece el instrumento de categorización.

El instrumento de categorización es una herramienta ministerial que ofrece una evaluación objetiva, estructurada de demandas de cuidados de las personas hospitalizadas (MINSAL, 2007. Pág. 63), por lo que no aprovechar sus beneficios podría influir en una gestión de menor calidad.

El personal clínico de enfermería en sus respuestas refleja no estar de acuerdo con la afirmación *“Los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento de categorización son útiles para los profesionales de enfermería”*, esto indica que el personal no está viendo resultados concretos con la aplicación del instrumento de categorización, mientras que por el contrario, sus pares supervisoras apoyan la afirmación, pudiendo ser esta diferencia debido a que éstas últimas les sirve de apoyo en el ámbito administrativo, como por ejemplo llevar estadísticas diarias de la categoría de pacientes atendidos en sus servicios, pudiendo así realizar gestiones para incrementar el recurso material, técnico y profesional, pueden también llevar estadísticas del consolidado diario para así establecer las necesidades de traslado a otros niveles de complejidad y disminuir el número de camas ocupadas por personas que según su categorización no deberían estar en una cama hospitalaria (MINSAL, 2007. Págs. 64 y 65).

La literatura y experiencia relacionada con categorización usuaria en nuestro país refiere que ésta permite conocer el perfil ocupacional de cada servicio, posibilitando la identificación de la carga de trabajo para técnicos y profesionales, además de hacer hincapié en que es una poderosa herramienta de gestión, que optimiza la distribución de personal, donde éste es otro punto controversial, porque tanto para la afirmación número 6 “*Con la incorporación de la categorización usuaria se hace más factible el cambio o traslado permanente o transitorio del equipo de enfermería*” y número 7 “*Con la incorporación de la categorización usuaria se hace más factible el cambio o traslado permanente o transitorio del personal técnico paramédico*” del cuestionario de percepción (anexo 7), los enfermeros clínicos en su gran mayoría y la mitad de enfermeras supervisoras manifiestan estar en desacuerdo, lo que significa que uno de los principales objetivos de la categorización no se está cumpliendo (García M. A y Castillo L. 2000), o al menos así lo percibe la mayoría de los profesionales de enfermería participantes en el estudio, el no cumplimiento de este beneficio que otorga el instrumento puede deberse a la escasez de profesionales y técnicos en salud que existe actualmente (Organización Mundial de la Salud, 2006), y también a una resistencia al cambio (Quirant, A., Ortega, A., 2006), en donde una estructura organizacional se rompe, ya que el personal debería ir a brindar refuerzos a los servicios en donde exista mayor carga laboral (García, MA., Castillo, L., 2000).

Al realizar el traslado de pacientes entre unidades de mayor y menor complejidad según la percepción de los profesionales de enfermería encuestados no se toma en cuenta su grado de riesgo y dependencia, viéndose reflejado en que un gran porcentaje manifiesta estar en desacuerdo o total desacuerdo con ello. Si bien el instrumento de categorización es una herramienta útil que entrega información valiosa y atingente sobre el estado del paciente (García, MA., Castillo, L., 2000), a opinión de las enfermeras supervisoras que participaron en el estudio, la utilidad que esta proporciona aún no es conocida por todo el equipo de salud, por lo que no es tomada en cuenta al momento de decidir el traslado de pacientes, sin embargo el ministerio de salud no atribuye la aplicación del instrumento a enfermeras clínicas o enfermeras supervisoras, si no que también se da la posibilidad que el instrumento sea aplicado por cualquier otro profesional que este capacitado en esta estrategia, por lo que si el instrumento fuera conocido por todo el equipo se podría utilizar la información e ir en beneficio del traslado de pacientes, ya sea servicios de mayor o menor complejidad, o bien para disminuir el número de camas por personas que no lo requieran (MINSAL, 2007. Pág. 65).

Con respecto a las dos últimas afirmaciones planteadas, “*Existe un aumento en el contrato de refuerzos del personal de salud en unidades de pacientes con alto grado de riesgo y dependencia*” y “*Existe un aumento de recurso material en unidades de pacientes con alto grado de riesgo y dependencia*”, tanto enfermeras supervisoras como enfermeros clínicos no se encuentran de acuerdo con éstas, dejando en evidencia que pese al riesgo y dependencia de los pacientes no se incrementa la planta de personal, ni el recurso material, lo que podría afectar la calidad de la atención, no pudiendo brindar una atención oportuna (Net, A., Suñol, R. Sin fecha), esto se traduce en la insatisfacción de los usuarios, al no cumplir con las

expectativas de la población frente a las prestaciones que ofrece el sistema de salud nacional, lo que se manifiesta en los estudios de calidad realizados en Chile (MINSAL, 2002).

Según los creadores uno de los motivos por el cual se implementa la categorización usuaria en los hospitales nacionales, es que establece la carga laboral y así se puede determinar el incremento necesario de personal para brindar una atención de calidad a los usuarios del sistema de salud, junto con aumentar los recursos materiales cuando sea necesario. A opinión de los profesionales participantes del estudio esto no se cumple a cabalidad hoy en día, debido a la escasez de personal y a la falta de presupuesto por parte de los hospitales nacionales.

Al analizar los resultados obtenidos en la investigación se observó que en algunos de los puntos existía diferencia de percepción entre los rangos etéreos de las enfermeras clínicas, ésto no se dio en el caso de las enfermeras supervisoras, ya que todas pertenecían al mismo rango de edad (gráficos N° 2, 3, 4, 5 y 6).

Si bien en la literatura se afirma que el instrumento de categorización es una valiosa herramienta de gestión, la realidad nacional en salud no permite dar un correcto uso al instrumento (García, MA., Castillo, L., 2000), desaprovechando los beneficios que ofrece, ya que no se cuenta con el recurso económico para llevar a cabo los cambios sugeridos, no pudiendo aumentar la planta flotante de personal ni el recurso material necesario para satisfacer las necesidades de una población con alto grado de riesgo y dependencia (MINSAL. 2002).

7.- CONCLUSIONES

Tras la presentación e interpretación de datos a través del informe de investigación, es el momento de dar a conocer las conclusiones finales obtenidas:

El grupo de profesionales de enfermería encuestado durante el desarrollo de la presente tesis es predominantemente femenino, joven con un promedio de edad de 37,5 años para las enfermeras clínicas, y de 50,8 años para enfermeras supervisoras, con experiencia en categorización usuaria, con un promedio de 1,8 años aproximadamente, lo cual indica que la mayoría realiza el proceso desde su implementación en el año 2008, los años de servicio promedio en la unidad son de 10 años para las enfermeras clínicas y de 27,8 para el grupo de supervisoras, siendo estos dos últimos puntos los de mayor importancia para la realización de la investigación, por lo que se obtuvieron resultados basados en la experiencia.

Al realizar un análisis de los datos se pudo observar que existen diferencias de percepciones en algunos aspectos dependiendo de la edad y los años de servicio de los profesionales clínicos. Los profesionales más jóvenes tienen una mejor relación con el instrumento de categorización, encontrándolo claro y fácil de aplicar, lo que dista de la mayoría de profesionales con mayor trayectoria, por lo que la edad y los años de servicio fueron variables que influyeron en la percepción de los profesionales de enfermería.

Al determinar si la edad y los años de servicio de las enfermeras supervisoras era una variable que influyó en su percepción, no se puede concluir nada al respecto, ya que todas correspondían al mismo rango etáreo, y los años de servicio similares.

Se observaron diferencias de percepción entre enfermeras supervisoras y enfermeros clínicos con respecto a ciertos puntos de la investigación, especialmente en el área administrativa. Por un lado, las enfermeras supervisoras, sí ven una utilidad de los resultados de la categorización para enfermería ya que pueden realizar estadísticas diarias y presentar respaldos a la hora de solicitar insumos, los enfermeros clínicos en cambio manifiestan no verlos en terreno. Además según la percepción de enfermeras clínicas el plan de atención de enfermería no se organiza en relación a la clasificación obtenida por cada paciente, lo cual se contrapone con la percepción de enfermeras supervisoras, quienes responden desde sus bases administrativas.

Hay puntos en los cuales tanto Enfermeras Supervisoras como Enfermeros Clínicos concuerdan, éstos son los referentes a aumento de personal, de material y traslado de pacientes de unidades de mayor o menor complejidad, lo que demuestra que si bien el instrumento se aplica diariamente, no están viendo reflejados los resultados de su utilización, ni se observan cambios de la situación a cuando la categorización usuaria no era incorporada.

Con la investigación realizada se dio a conocer la percepción general que tienen enfermeras supervisoras y clínicas de los servicios que participaron en el estudio realizado en el Hospital de Chillán Herminda Martín, respecto de la aplicación de la categorización por riesgo y dependencia y las acciones de gestión de enfermería efectuadas en base a los resultados obtenidos, con el fin de contribuir con la gestión de cuidado y mejorar la calidad de atención, a través de la identificación de la utilidad que se da actualmente al instrumento de categorización usuaria, con lo que se abren las puertas para realizar nuevas investigaciones en otros establecimientos del país y así confirmar o desmentir lo obtenido.

En cuanto al logro de los objetivos planteados para la investigación, se han cumplido en su totalidad, pudiendo describir las percepciones de Enfermeras Supervisoras y Enfermeras clínicas en cuanto a la aplicación de la categorización de usuarios por riesgo y dependencia, se realizó la caracterización de la población en estudio, y se ha determinado que existen puntos en donde la edad y años de servicio influyen en la percepción que tienen enfermeras clínicas y supervisoras.

Como conclusión final y dando respuesta a la interrogante planteada en título de la investigación, la categorización usuaria según la percepción de los profesionales de enfermería es aún rutina con una gran fundamentación teórica, más que utilizarse como una herramienta útil para gestión, ya que es un proceso que está en un periodo de adaptación y de familiarización tanto para los profesionales clínicos como administrativos.

REFERENCIAS

1. Aceituno, M. (2006). Teoría de Muestreo. [en línea] [Fecha de acceso 22 de Noviembre de 2010] Disponible en: <http://sitios.ingenieria-usac.edu.gt/estadistica/estadistica3/teoria.html>
2. Arias, B. Rubén. (2007). Complejidad y Demanda, Atención Progresiva, Administración de Recursos, Gestión del Cuidado, Gestión por Procesos. [en línea] [Fecha acceso 5 de abril 2010] Disponible en: <http://www.medwave.cl/enfermeria/Enfgeriatrica/4/1.act>
3. Balderas, M. (1988). Administración de los Servicios de Enfermería. 2a edición. México: Editorial Interamericana; Págs. 97-98.
4. Burns, N., Grove, S., (2005). Investigación en Enfermería. 3ª Edición. España. Editorial Elsevier: Pág 467.
5. Burstein, J. L., Hogan, D. E., (2007). Medicina del desastre (2do ed.). Philadelphia, Editorial Lippincott Williams y Wilkins. [en línea] [Fecha de acceso 5 de Mayo 2010] Disponible en: <http://www.worldlingo.com/ma/enwiki/es/Triage>
6. Cauas, E. D., (2010). Análisis Estadístico. [en línea] [fecha de acceso 21 Noviembre 2010] Disponible en: <http://www.ninvus.cl/AnlisisEstadstico.htm>
7. Ferrada, S., Urso, A., Riffo, C., Dr. Sánchez, H., Villamizar G. (2005). Relación entre carga laboral e incidentes en una unidad de cuidados intensivos polivalente. Revista Chilena de Medicina Intensiva. [en línea] [Fecha de acceso 8 Mayo 2010] Disponible en: <http://www.revistamedintensiva.cl/html/articulo.php?id=108&nom=Volumen%2020%20No.%202,%202005>
8. García MA. (1995): “Categorización de los usuarios del hospital clínico de la Universidad Católica de Chile, según dependencia y riesgo”. Revista Horizonte de Enfermería vol. 6 N° 2.
9. García, MA., (1996). “Categorización de Usuarios: Una herramienta de Gestión”. Aplicación en el Hospital Clínico de la Universidad Católica de Chile.
10. García, MA., Castillo, L. (2000). “Categorización de Usuarios: Una herramienta para evaluar cargas de trabajo de enfermería”. Revista Médica de Chile. v. 128. n. 2.

11. Guil, M., (2006). Escala Mixta Likert- Thurstone. Revista Andaluza de Ciencias Sociales. N°5.
12. Hospital Clínico Herminda Martín Chillán. (2010). “Cuenta Pública Gestión 2009”. [en línea]. [Fecha de acceso 23 de Noviembre 2010]. Disponible en: <http://hospitaldechillan.cl/cuentapublica.php>
13. Hospital Clínico Herminda Martín Chillán. (2010). “Centros de responsabilidad”. [en línea]. [Fecha de acceso 23 de Noviembre 2010]. Disponible en: <http://hospitaldechillan.cl/centroresponsabilidad.php>
14. Marriner, T. A. (2007). Modelos y Teorías de Enfermería. 6ª Edición. Española. Editorial Elsevier. Págs. 175- 187.
15. Milos, P., Larraín, A., Simonetti, M. (2009). Categorización de Servicios de Enfermería. Propuesta para asegurar una atención de calidad en tiempos de escasez de enfermeras. Revista Ciencia y Enfermería XV. Págs. 17- 24.
16. Ministerio de Salud de Chile., División de Rectoría y Regulación Sanitaria., Dpto. Epidemiología. (2002). “Objetivos para la Década 2000- 2010”.Primera Edición. Págs. 3-4.
17. Ministerio de Salud de Chile., Subsecretaria de Redes Asistenciales. (2007). “Compromisos de Gestión 2007”., Págs.63, 64 y 65.
18. Ministerio de Salud Pública., (2002). “Código Sanitario”. [en línea] Artículo 113. Pág. 30. [Fecha de acceso 15 abril 2010] Disponible en: http://www.ist.cl/acerca_ley/leyes/df1725.pdf
19. Miranda, R. L., Villa, C. S., Libreros. B. V., Bonilla, L. (2002). Efectos de la asignación enfermera-paciente a través de la evaluación clínica (TISS-28). Revista Enfermería IMSS [en línea] N°10 Págs. 73- 78 [Fecha acceso 15 abril 2010] Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/DC5A0907-5CE2-44C1-949B-76ECFEC6E6BD/0/efectosasig10.pdf><http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/DC5A0907-5CE2-44C1-949B-76ECFEC6E6BD/0/efectosasig10.pdf>
20. Net, A., Suñon, R. (S. F.). La Calidad de la Atención. [en línea] [Fecha acceso 5 Mayo 2010] Disponible en: http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/214/rosa_sunol.pdf
21. Nogueira, de S. L., Santos, R. M., Mataloun, S. E., Moock, M. (2007). Nursing Activities Score: comparação com o Índice APACHE II e a mortalidade em pacientes admitidos em unidade de terapia intensiva. Rev. bras. ter. Intensiva. [en línea] vol.19, n.3, pp. 327-330. [Fecha acceso 15 abril 2010] Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2007000300010&lang=pt

22. Organización Mundial de la Salud., (2006). Colaboremos por la salud. “Informe sobre la salud en el mundo”. [en línea] [Fecha de acceso 15 de abril 2010]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2006/es>
23. Padrón, S.A., Ayala, P. J., Puga, T. M., Alonso, D. T., Salazar, G. T., Quiñones, T. N. (2003). Validación del sistema predictivo Apache II en un grupo de pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos. Revista Cubana de Medicina Militar. [en línea] N° 32. [Fecha de acceso 8 de Mayo 2010] Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol32_2_03/mil08203.htm
24. Padrón, S.A., Ayala, Gutiérrez, N. C., Enríquez, C. P., Rivero, G. Y. (S. Fecha). Escala de Evaluación de la Carga de Trabajo de Enfermería (EVECTE). Propuesta de una nueva Escala. Revista cubana de Medicina Intensiva y Emergencias.
25. Pineda, E., Alvarado, E., (2008). Metodología de la Investigación. 3ª Edición. (Pág. 133).
26. Quirant, A., Ortega, A., (2006). El cambio organizacional: La importancia del factor humano para lograr el éxito del proceso de cambio. Revista Empresa. N° 18. España. [en línea]. [Fecha de acceso 23 de Noviembre 2010]. Disponible en: [http://www.revistadeempresa.com/REVISTA/Private.nsf/VPDFArt/B28DA9D7CB6B905CC1257249004399AE/\\$file/quirant_ortega_cambio.pdf](http://www.revistadeempresa.com/REVISTA/Private.nsf/VPDFArt/B28DA9D7CB6B905CC1257249004399AE/$file/quirant_ortega_cambio.pdf)
27. Rivera, C.J., (Sin fecha). Características Generales del Paciente Geriátrico. Hospital Universitario San Carlos. Madrid. España. [en línea]. [Fecha de acceso 19 de Junio 2010]. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/med/11330414/articulos/CLUR9393110013A.PDF>
28. Servicio de Salud Chiloé. (Sin fecha). Compromisos de Gestión y Metas Sanitarias. [en línea] [Fecha de acceso 10 de Mayo 2010] Disponible en: http://sschiloe.redsalud.gov.cl/url/page/ssalud/sschiloe/g_conozcanos/compromisos%20de%20gestion%20y%20metas%20sanitaria.html
29. Servicio de Salud Valdivia. Hospital Base Valdivia. (2007). Instructivo de Uso: Instrumento de Categorización de Usuarios Hospitalizados. Págs. 3-4.
30. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Dpto. Asesoría Jurídica. (2007). Aprueba Norma General Administrativa n° 19, “Gestión del Cuidado de Enfermería para la Atención Cerrada”. Pág. 4. Pto. 3- 4.
31. [Squella, B. F.](#), [Mosella, F.](#), [Ibáñez, C.](#), [Muñoz, M.](#), [Chávez, B.](#), [Ugarte, U. S.](#) (2008). Comparación de los modelos pronósticos APACHE II y Score Salvador en sepsis abdominal. Revista Chilena de Medicina Interna. [en línea] N° 23. Págs. 7- 11. [Fecha de acceso 8 de Mayo 2010] Disponible en:

http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=52578&id_seccion=2669&id_ejemplar=5326&id_revista=161

32. U.S. Department of Health & Human Services. Agency for Healthcare Research and Quality. (2006). Los cuidados supervisados por enfermeras mejoran el funcionamiento vital de pacientes con insuficiencia cardiaca que residen en comunidades minoritarias. [en línea] [Fecha de acceso 25 de abril 2010] Disponible en: <http://www.ahrq.gov/news/press/pr2006/spnursepr.htm>

ANEXOS

ANEXO N° 1: DESCRIPCIÓN POR CATEGORÍA DE USUARIO.

Categoría	Descripción por categoría
A1	Cliente de dependencia total, con máximo riesgo. Requiere un gran número de procedimientos y controles de parámetros con gran intensidad en la vigilancia, diversidad y complejidad de los cuidados. Es el cliente que habitualmente se atiende en UCI o UTI.
B1	Cliente de dependencia total y alto nivel de riesgo. Se caracteriza por un alto número de procedimientos de confort y de procedimientos de enfermería, disminución de atenciones profesionales. Este cliente puede ser atendido en UTI, servicios generales, en ocasiones en intensivivos. Es el cliente que habitualmente llega a los servicios pediátricos.
C1	Cliente en dependencia total, con mediano nivel de riesgo. Mantiene alta necesidad de procedimientos que cubren necesidades básicas, con cuidados de escasa complejidad. Puede ser atendido en servicios con confluencia de pacientes crónicos, pero generalmente se cuida en el hogar o casa de reposo.
D1	Cliente de dependencia total, con bajo nivel de riesgo. Mantiene alta necesidad de procedimientos que cubren necesidades básicas, sin complejidad en los cuidados.
A2	Cliente en dependencia parcial, con máximo nivel de riesgo. Aunque participa en la satisfacción de sus necesidades básicas, requiere de un importante apoyo terapéutico. En el cliente que mayoritariamente se atiende en unidades de tratamiento intermedio o en las Unidades Médico Quirúrgicas.
B2	Cliente en dependencia parcial, con alto nivel de riesgo. Junto con participar de su autocuidado, puede participar en el desempeño de algún requerimiento de cuidados terapéuticos. Es el cliente que habitualmente esta en Unidades de Hospitalización electiva.
C2	Cliente en dependencia parcial y con mediano nivel de riesgo. Aunque sigue requiriendo ayuda para sus actividades de autocuidado básico, sus necesidades de cuidado terapéutico son escasas. En este nivel están las señoras atendidas en maternidad.
D2	Cliente en dependencia parcial y bajo nivel de riesgo. Aunque sigue requiriendo ayuda para sus actividades de autocuidado básico, no tiene necesidades de cuidados terapéuticos.
A3	Cliente con autosuficiencia para satisfacer sus necesidades básicas, pero su máximo nivel de riesgo requiere un número importante de procedimientos específicos. Entre estos están los transplantados en ambulatorio y los usuarios de la unidad de diálisis.

B3	Cliente autosuficiente en cuidados universales, que requiere acciones terapéuticas, en las que participa, de alta complejidad, los clientes ingresan a servicios quirúrgicos.
C3	Cliente autosuficiente, con escasas intervenciones específicas en las cuales puede participar. Estos pacientes están a punto de ser dados de alta.
D3	Clientes autosuficientes, sin nivel de riesgo. Pacientes de alta, con patología resuelta.

(García, MA., 1996, citado en documento Servicio Salud Valdivia, 2007).

ANEXO N° 2: TIEMPOS OCUPADOS EN CUIDADOS

CLASIFICACION DE CUIDADOS	PERSONAL DE ENFERMERIA	CATEGORIAS DE USUARIOS											
		A1	B1	C1	D1	A2	B2	C2	D2	A3	B3	C3	D3
CUIDADOS UNIVERSALES	ENFERMERA	25'	20'	10'	0'	10'	10'	10'	0'	0'	0'	0'	0'
	AUX. ENFERM.ERIA	280'	270'	230'	200'	210'	200'	190'	140'	90'	60'	45'	30'
	AUX.DE APOYO	140'	140'	120'	75'	110'	90'	60'	35'	60'	30'	20'	15'
CUIDADOS TERAPEUTICOS	ENFERMERA	620'	550'	260'	65'	240'	175'	75'	50'	90'	80'	55'	35'
	AUX. ENFERM.ERIA	450'	450'	310'	110'	255'	210'	165'	65'	115'	100'	65'	20'
	AUX.DE APOYO	40'	40'	30'	25'	45'	35'	35'	25'	25'	25'	20'	5'
CUIDADOS INDIRECTOS	ENFERMERA	35'	35'	35'	35'	35'	35'	35'	35'	35'	35'	35'	35'
	AUX. ENFERM.ERIA	20'	20'	20'	20'	20'	20'	20'	20'	20'	20'	20'	20'
	AUX.DE APOYO	12'	12'	12'	12'	12'	12'	12'	12'	12'	12'	12'	12'
TOTAL MINUTOS EN CUIDADOS X CAT.USUARIOS	ENFERMERA	680	605	305	100	285	220	120	85	125	115	90	70
	AUX. ENFERM.ERIA	750	740	560	330	485	430	375	225	225	180	130	70
	AUX.DE APOYO	192	192	162	112	167	137	107	72	97	67	52	32

La tabla muestra los tiempos promedios que invierte el personal de enfermería en los pacientes tipo de cada categoría, en las veinticuatro horas. También identifica el tiempo ocupado en la totalidad de los cuidados universales que satisfacen las necesidades básicas y el tiempo invertido en todos los cuidados terapéuticos requeridos en situación de desviación de salud. (García, MA., Castillo, L., 2000).

ANEXO N° 3: RELACION PACIENTE PERSONAL.

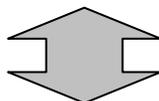
NIVEL DE PERSONAL	CATEGORIAS DE USUARIOS											
	A1	B1	C1	D1	A2	B2	C2	D2	A3	B3	C3	D3
ENFERMERA	1 x 2,1	1 x 2,4	1 x 4,7	1 x 14,4	1 x 5,0	1 x 6,5	1 x 12	1 x 16,9	1 x 11,5	1 x 12,5	1 x 16,0	1 x 20,6
AUX. ENFERM.	1 x 1,9	1 x 1,9	1 x 2,6	1 x 4,4	1 x 3,0	1 x 3,3	1 x 3,8	1 x 6,4	1 x 6,4	1 x 8,0	1 x 11,1	1 x 20,6
AUX. DE APOY.	1 x 7,5	1 x 7,5	1 x 8,9	1 x 12,8	1 x 8,6	1 x 10,5	1 x 13,4	1 x 20,0	1 x 14,8	1 x 21,5	1 x 27,7	1 x 45,0

Para obtener esta relación se debe dividir 24 (un día) por el total del tiempo invertido por cada nivel de personal de enfermería y multiplicarlo por 60 (una hora). (García, MA., Castillo, L., 2000).

La fórmula es: $24 / t \times 60$

ANEXO N° 4: CÁLCULO DE CARGAS DE TRABAJO.

CATEGORIAS DE USUARIOS	A1	B1	C1	D1	A2	B2	C2	D2	A3	B3	C3	D3	CARGA TOTAL
PERFIL OCUPACIONAL %	79,4	9,3	0	0	4,7	5	1,6	0	0	0	0	0	
ENFERMERA	1,6 7	0,2 1			0,2 4	0,3 3	0,1 9						2,63
AUX. ENFERMERIA	1,5 1	0,1 8			0,1 4	0,1 7	0,0 6						2,05
AUX. DE APOYO	5,9 6	0,7			0,4	0,5 3	0,2 1						7,80
FRACCION DE PACIENTES ATENDIDOS													



ASIGNACION DE PACIENTES POR PERSONAL												
ENFERMERA	2,1	2,4	4,7	14,4	5,0	6,5	12,0	16,9	11,5	12,5	16,0	20,6
AUX. ENFERMERIA	1,9	1,9	2,6	4,4	3,0	3,3	3,8	6,4	6,4	8,0	11,1	20,6
AUX. DE APOYO	7,5	7,5	8,9	12,8	8,6	10,5	13,4	20,0	14,8	21,5	27,7	45,0
CATEGORIAS DE USUARIOS	A1	B1	C1	D1	A2	B2	C2	D2	A3	B3	C3	D3

Para conocer el perfil de pacientes de una unidad asistencial se suman los pacientes de cada categoría atendidos, las que se dividen por el total de pacientes atendidos ese día x 100.

Si se multiplica ese porcentaje por la asignación paciente-personal (APP) de la categoría de usuarios correspondiente y se divide por 100, se obtiene la fracción de pacientes de la categoría que una enfermera o una auxiliar cuidan. La suma horizontal de las fracciones identifica el número total de enfermos que pueden atender, es decir la carga de trabajo de ese servicio.

La fórmula es: $APP \times PF (\text{perfil}) / 100 = Fr-p(\text{fracción pacientes})$.

Suma Fr-p horizontal = Carga Total

(García, MA., Castillo, L., 2000).

**ANEXO N° 5: CARGA DE TRABAJO DE DIFERENTES AREAS DE ATENCIÓN,
SEGÚN CATEGORIZACIÓN DE USUARIOS.**

UNIDADES TRATAMIENTO	% CATEGORIA DE PACIENTES ATENDIDOS												CARGA TOTAL		
	A1	B1	C1	D1	A2	B2	C2	D2	A3	B3	C3	D3	ENF	A.ENF	A.AP
<i>INTENSIVO</i>	79,6	14,4			2,4	2,5	1,1						2,41	1,98	7,67
UNIDADES MEDICO QUIRURGICAS	% CATEGORIA DE PACIENTES ATENDIDOS												CARGA TOTAL		
	A1	B1	C1	D1	A2	B2	C2	D2	A3	B3	C3	D3	ENF	A.ENF	A.AP
		15,7	12,6	0,6		18,1	29,4	1,3		0,2	8,9	13,2	10,04	6	16,8
UNIDADES OBSTETRICAS	% CATEGORIA DE PACIENTES ATENDIDOS												CARGA TOTAL		
	A1	B1	C1	D1	A2	B2	C2	D2	A3	B3	C3	D3	ENF	A.ENF	A.AP
			23,7				23,2	20,9	1,1		7,9	23,2	13,58	8,48	22,2
UNIDADES PEDIATRICAS	% CATEGORIA DE PACIENTES ATENDIDOS												CARGA TOTAL		
	A1	B1	C1	D1	A2	B2	C2	D2	A3	B3	C3	D3	ENF	A.ENF	A.AP
	1,4	25,7	29,3	2,9		4,3	17,9	10,7		0,7	5,7	1,4	7,94	3,82	12,3

(García, MA., Castillo, L., 2000).

ANEXO N° 6: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo....., he sido debidamente informado por la señorita Gabriela Ochoa Q. y don Paulo Bruzzone F., alumnos tesistas de la Escuela de Enfermería de la Universidad Austral de Chile, acerca del cuestionario que se me hará, con fines de realizar su Tesis de Licenciatura que se titula “Categorización por riesgo y dependencia, ¿utilidad o rutina? Percepción de enfermería”.

He recibido explicaciones claras acerca del propósito y modo en que se realizará, habiendo tenido ocasión de aclarar las dudas que me han surgido.

Manifiesto que he entendido y otorgo mi consentimiento para que sea efectuada y utilizada este cuestionario en el documento de tesis.

Comprendo que mi participación es voluntaria y puedo retirarme en cualquier momento. Además, que la información será confidencial y se mantendrá el anonimato. Además de que no existirán implicancias que signifiquen riesgos para mí.

Acepto Participar

No Acepto Participar

Firma Encuestado/a

Paulo Bruzzone F.
Tesista

Gabriela Ochoa Q.
Tesista

ANEXO N° 7: INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS.

Introducción:

El propósito de la aplicación de los siguientes instrumentos es conocer sus antecedentes personales generales, percepciones, ideas y opiniones relacionadas con la categorización usuaria por riesgo y dependencia, basada en su propia experiencia. Al respecto pueden existir distintas opiniones, por lo tanto, **NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS NI INCORRECTAS.**

Lo que se pretende obtener es su opinión personal y sincera, Toda información que nos proporcione es **ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL**, ya que su cuestionario será analizado por personas ajenas al Hospital. Además los resultados no tienen valor individual, sino en el conjunto de una muestra seleccionada.

Instrucciones:

El instrumento consta de 2 partes:

Parte 1: Cuestionario de antecedentes personales, donde deberá completar con los datos que se solicitan o marcar con una “x” según corresponda.

Parte 2: Cuestionario Likert, donde usted encontrará una serie de afirmaciones relacionadas con la categorización usuaria por riesgo y dependencia. Para cada una de ellas tendrá 5 alternativas de respuesta:

1.	Totalmente de acuerdo
2.	De acuerdo
3.	Indiferente
4.	Desacuerdo
5.	Totalmente en desacuerdo

Su tarea consistirá en marcar con una “x” en los **CASILLEROS** que aparecen al lado derecho de cada afirmación, la alternativa que según su opinión describe con mayor exactitud **LO QUE USTED PIENSA.**

Agradecemos desde ya su disposición por colaborarnos en esta actividad.

PARTE 1: Cuestionario de caracterización demográfica:

1. SEXO:
Femenino Masculino
2. EDAD: _____ años.
3. AÑOS DE SERVICIO TOTAL: _____ años.
4. AÑOS DE SERVICIO EN LA UNIDAD: _____ años.
5. TIEMPO QUE LLEVA CATEGORIZANDO: _____ años.
6. CARGO: :
Enfermera/o Clínica/o Enfermera/o Jefe

PARTE 2: CUESTIONARIO DE PERCEPCION LIKERT

Por favor recuerde: Marcar **SÓLO** una alternativa en el casillero correspondiente.

Nº	Variable	Conducta	“X”
1	El instrumento de categorización es claro al momento de su aplicación	Totalmente de acuerdo.	
		De acuerdo	
		Indiferente	
		Desacuerdo	
		Totalmente en desacuerdo	
2	La aplicación del instrumento de categorización no requiere de tiempo adicional.	Totalmente de acuerdo.	
		De acuerdo	
		Indiferente	
		Desacuerdo	
		Totalmente en desacuerdo	
3	La frecuencia con la que se aplica el instrumento de categorización es la adecuada.	Totalmente de acuerdo.	
		De acuerdo	
		Indiferente	
		Desacuerdo	
		Totalmente en desacuerdo	
4	Los resultados obtenidos de la aplicación del instrumento de categorización son útiles para los profesionales de enfermería.	Totalmente de acuerdo.	
		De acuerdo	
		Indiferente	
		Desacuerdo	
		Totalmente en desacuerdo	
5	El plan de atención se organiza en relación a la clasificación obtenida por cada paciente.	Totalmente de acuerdo.	
		De acuerdo	
		Indiferente	
		Desacuerdo	
		Totalmente en desacuerdo	
6	Con la incorporación de la categorización usuaria se hace más factible el cambio o traslado permanente o transitorio del equipo de enfermería.	Totalmente de acuerdo.	
		De acuerdo	
		Indiferente	
		Desacuerdo	
		Totalmente en desacuerdo	
7	Con la incorporación de la categorización usuaria se hace más factible el cambio o traslado permanente o transitorio del personal técnico paramédico.	Totalmente de acuerdo.	
		De acuerdo	
		Indiferente	
		Desacuerdo	
		Totalmente en desacuerdo	

8	El traslado de pacientes a unidades de mayor o menor complejidad se realiza en base a su categoría.	Totalmente de acuerdo.	
		De acuerdo	
		Indiferente	
		Desacuerdo	
		Totalmente en desacuerdo	
9	Existe un aumento en el contrato de refuerzos del personal de salud en unidades de pacientes con alto grado de riesgo y dependencia.	Totalmente de acuerdo.	
		De acuerdo	
		Indiferente	
		Desacuerdo	
		Totalmente en desacuerdo	
10	Existe un aumento de recurso material en unidades de pacientes con alto grado de riesgo y dependencia.	Totalmente de acuerdo.	
		De acuerdo	
		Indiferente	
		Desacuerdo	
		Totalmente en desacuerdo	