



## ADMINISTRACIÓN - GESTIÓN - CALIDAD

### LA CALIDAD DE LA ACCIÓN DE ENFERMERÍA.

THE QUALITY OF THE NURSING PERFORMANCE.

**\*Moreno Rodríguez, Ana.**

\*Enfermera. Hospital Nuestra Señora de Sonsoles. Ávila.

Palabras clave: Calidad asistencial, Evaluación, Enfermería.

Keywords: Quality assurance, Evaluation, Nursing.

#### RESUMEN

Desde hace muchos años ya, existe una creciente preocupación en todas las empresas de los países más avanzados por la búsqueda incesante de niveles más altos de calidad en sus productos y servicios.

El origen de esta preocupación está claramente fundamentado en la evidencia de que la calidad ha cobrado un papel protagonista y constituye el factor fundamental de la competitividad de las empresas.

Si consideramos el Hospital como una empresa productora de servicios sanitarios parece necesario también en éstos, desarrollar controles de calidad; si no por competitividad, sí por exigencias sociales o por imperativos profesionales.

Se pretende con este trabajo dar una idea general de lo que es Garantía de Calidad y que sea un recordatorio de distintos aspectos de la calidad de la atención de Enfermería.

#### ABSTRACT

Since many years, in developed countries, there is a growing concern and interest in reaching the best quality standards in the products and services offered.

This is not surprising, considering that the "quality assurance" has nowadays an important role and contributes enormously to the improvement of competitiveness of enterprises.

If we consider the hospital as an enterprise which offers health services, it seems

necessary to perform a quality assessment of these services. In this case, the primary goal might not be the improvement of the competitiveness; it is mainly a social necessity and a professional obligation.

Through this work, we want to emphasize what is the quality assurance and to remind the importance of a good quality of the nursing care.

## INTRODUCCIÓN

La calidad es un concepto relativo, es el grado de aproximación al modelo teórico ideal.

Podemos decir que es la diferencia entre “ser” y “querer ser”.

Para la Real Academia Española, la calidad es “la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permite apreciarla, mejor o peor que las restantes de su especie”.

La Norma UNE define la calidad como “el conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confiere su aptitud para satisfacer unas necesidades expresadas o implícitas”.

Podemos expresar la calidad de la asistencia sanitaria en los siguientes términos: Calidad asistencial es dar la respuesta más adecuada a las necesidades y expectativas del usuario de los servicios de salud, con los recursos humanos y materiales de que disponemos y el nivel de desarrollo científico actual, para lograr el máximo grado de desarrollo posible de satisfacción, tanto para el usuario como para los profesionales, al costo más razonable.

Conseguir un nivel de calidad óptimo equivale, por tanto, a desarrollar grados de efectividad, de eficiencia, de adecuación y de calidad científico-técnica en la práctica asistencial que satisfagan por igual a administradores, profesionales y usuarios.

La Calidad de la Atención de Enfermería podemos definirla como la consecución del conjunto de características y acciones que posibilitan la restauración en cada paciente, del nivel de salud que nos es dado remitirle. Esta definición está basada en la definición de la función propia de Enfermería que nos aporta Virginia Henderson.

## EL PORQUÉ DE LA CALIDAD EN ENFERMERÍA Y SU CONTROL

Podemos hablar de tres razones para justificar el control de calidad:

- Las exigencias de gestión.
- La demanda social.
- Los imperativos profesionales.

Vuori y Donabedian en un contexto general, indican también tres razones para el necesario control de calidad:

1. **Motivos éticos y deontológicos:** El valor social de la salud implica que con los medios disponibles se prestan los mejores servicios posibles.
2. **Motivos sociales y de seguridad:** La comunidad exige que la competencia de los profesionales esté garantizada. Por suerte, la información y formación de nuestros ciudadanos ha ido cambiando y aumentando hacia su seguridad. Van tomando un

nivel que les permite conocer y decidir. Igual que exigen la calidad en alimentación, vestimenta, coches, también como enfermos exigen calidad en los servicios sanitarios. Esto implica en la cultura sanitaria el factor "error". Si en la empresa industrial los errores producen pérdidas económicas incalculables y por esta razón, entre otras, se desarrollan programas de calidad, en salud, donde las pérdidas pueden ser más dramáticas, merece la pena evitar los errores o, al menos, prevenirlos.

3. **Motivos económicos:** se precisa eficiencia, ya que los recursos son escasos y las necesidades son crecientes.

La calidad no hace muchos años era real, se podía percibir, se la apreciaba, pero no se la consideraba susceptible de medición. Posteriormente, se buscó en este campo quizás demasiado tecnicismo, con lo que se olvidaba todo el aporte humanístico y personal que requiere la correcta atención del paciente, desvirtuándose la esencia de nuestra profesión.

En cuanto a la acción de Enfermería:

¿Sabemos definir bien las necesidades de nuestros clientes?

¿Dimensionamos bien nuestras acciones?

¿Utilizamos y somos hábiles en la metodología científica?

¿Tenemos resultados cuanti-cualitativos de nuestras acciones?.

¿Conocemos el impacto que producen nuestras acciones en los usuarios?.

Si la respuesta es negativa, no nos podemos permitir el lujo de desconocer tantas cosas. El colectivo más numeroso del hospital, el que tiene más contacto y durante más tiempo con sus clientes y, por tanto, más relación, no puede trabajar por trabajar sin un objetivo definido.

Mal podemos saber si un grupo de enfermeros está proporcionando un trabajo de calidad si no tenemos clara la idea de lo que está tratando de conseguir en ese trabajo.

Difícilmente se podrá establecer una relación entre el proceso y el producto. Para Lindenman "el primer paso en la elaboración de un instrumento de medida de la calidad de los cuidados de Enfermería consiste en precisar el concepto de los cuidados, en explicitar el objetivo de los mismos".

De ahí, la gran importancia del Modelo Conceptual y la evaluación de la calidad sobre la base de elementos a investigar siempre referidos a dicho modelo, así como el refuerzo de los Principios Teóricos y el soporte documental que sustentan nuestra práctica.

Nuestra relación con el paciente la podemos estructurar en los siguientes aspectos:

- Afectivo o de relación de confianza.
- Cognoscitivo o de definición de las necesidades de atención, a través de los Diagnósticos de Enfermería.
- Activo o de aplicación de las acciones y técnicas de enfermería precisas.
- Ético, en el que el enfermero es consciente de sus capacidades y vigilante respecto a las condiciones de la asistencia y motivado por el beneficio del paciente.

Sobre todos los aspectos podremos encontrar variables a estudiar y poder ver el resultado que produce dicha relación.

Por otra parte, la realización de un trabajo implica un consumo de tiempo y energía, tanto humano como material, y si el fruto de este trabajo no tiene la calidad requerida, todo este consumo no habrá servido para nada. Estaríamos consumiendo esfuerzos en la generación de servicios inútiles, como si parte de nuestro trabajo lo realizásemos en una “fábrica fantasma”, dentro de la propia empresa.

Es necesaria la calidad y como profesionales de la salud es inherente a la responsabilidad y a la comprobación sistemática tanto de lo que se realiza como de los resultados que se producen o se esperan.

## **OBJETIVO DE LA EVALUACIÓN**

El objetivo que persigue la evaluación de los cuidados es mejorar el nivel del conjunto de las atenciones que la enfermería ofrece. No persigue errores para imponer sanciones. Es un método de búsqueda de problemas, de resolución de problemas y de análisis de sus causas, con el fin de encontrar soluciones que mejoren la atención.

En muchos casos se tiende a hablar de Garantía de Calidad en vez de control de calidad por la parte coercitiva que lleva la palabra control.

Teniendo en cuenta que el volumen de personal de Enfermería es aproximadamente el 50% de la plantilla del hospital, dada la continuidad de la asistencia que presta y el porcentaje del presupuesto global que utiliza, se hace absolutamente necesario que la Dirección de enfermería establezca sus propios sistemas de control para conocer de forma sistemática y periódica, que calidad de servicio se está ofreciendo en comparación con estándares previamente elaborados.

Históricamente los sistemas para evaluar la calidad de los servicios de enfermería se centraron en el análisis de la estructura, más tarde en el proceso y, posteriormente, en los resultados obtenidos de los cuidados. Desde los años 90 se reconoce la necesidad de analizar los tres componentes básicos pero haciendo siempre hincapié en que sirve para la identificación y resolución de problemas.

El conocimiento de las necesidades de cada uno de los pacientes para sustituirlos o complementarlos de forma que éste alcance el máximo de plenitud y satisfacción posible, evitar molestias, complacer deseos, anticiparse a los fallos... da una sensación de bienestar que sitúa la calidad de vida en el hospital en unos niveles altos que deben perdurar después del alta del paciente, proporcionando instrucciones precisas y consultorio abierto para cada tipo de problema que pudiera surgir.

La idea de calidad del producto debe partir del concepto del propio producto, nace en la filosofía del cuidado enfermero. No puede, por tanto, centrarse el control en acciones puntuales, como encuestas de satisfacción del usuario, ni tampoco sobre el personal aunque sean elementos importantes a tener en cuenta.

La acogida del paciente, así como la despedida al alta; la alimentación ajustada a necesidades, a la temperatura adecuada, con una presentación digna e incluso adaptada a gustos; la vigilancia de un ambiente de confort y agradable, así como de una escrupulosa limpieza; la cumplimentación de las prescripciones terapéuticas de forma idónea y en tiempo correcto, información en los registros de enfermería de todos los datos necesarios; un trato educado y en lo posible amable..., son puntos de posible medición que afectan a la calidad

de atención, aunque ésta esté siempre sujeta a la propia valoración de la calidad del propio paciente.

## PROCEDIMIENTOS DE EVALUACIÓN DE LA ACCIÓN ENFERMERA

Los procedimientos de evaluación de las acciones enfermeras son los mismos utilizados en la atención global del hospital, aunque específicos de la atención de enfermería.

- Estadísticas cualitativas relacionadas con la tasa de infección y determinadas complicaciones como úlceras por presión, flebitis...
- Encuestas y entrevistas dirigidas al personal del hospital y / o pacientes. La entrevista bien diseñada es de estimable valor para evaluar la atención de enfermería. Este es el caso de método MAQSI, descrito por Chagnon en 1982.
- Observación de la actividad por un comité de observación, formado por enfermeras que recogen datos, de forma aleatoria, de los cuidados observados y los compara con los estándares previamente definidos.
- Auditoria de enfermería a partir de análisis retrospectivos de historias clínicas. De especial interés para detectar y analizar problemas concretos. La JCAH (Joint Comisión on Accreditation of Hospitals USA), propone desde 1973 el método P.E.P. (Perfomance Evaluation Procedure) para evaluar la atención médica y de enfermería.

Además, ya desde 1987, cuando se promulga el R. D. de reglamentos de estructuras, se establecen las Comisiones Monográficas de infección hospitalaria, profilaxis y política antibiótica, la de historias clínicas, de tejidos y mortalidad, de farmacia y terapéutica, de tecnología y adecuación de medios diagnósticos y terapéuticos y de investigación, la de docencia y formación continuada.

Mediante estas Comisiones se fijan unos mecanismos de control de calidad y las enfermeras deben estar representadas con, al menos, un miembro en cada comisión.

## DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE CALIDAD ASISTENCIAL DE ENFERMERÍA

El programa debe definir aspectos relevantes de la práctica asistencial para establecer sobre ellos una vigilancia continuada, identificar áreas de actividad, que por su importancia dentro de la organización hospitalaria pueden servir de termómetro de medida del “ buen hacer” del conjunto de la organización.

### Acciones enfermeras

Podemos distinguir seis fases:

1ª Fase.- Definición institucional del Modelo de Enfermería. El nivel de aplicación vendrá marcado por el análisis de los recursos humanos, asistenciales, materiales, la presión asistencial.

2ª Fase.- Identificación de Problemas de Enfermería. Los protocolos se pueden elaborar en función de necesidades físicas u otras patologías más frecuentes, por aparatos, grupos edad.

3ª Fase.- Elaboración de protocolos de atención. Los Planes de Cuidados de los que extraeremos los indicadores útiles para medir la calidad del proceso y los resultados.

4ª Fase.- Diseño de registros unificados. Un derecho del usuario es la continuidad de la asistencia. Para ello encontraremos registros que se adapten a las necesidades de información entre todos los profesionales.

5ª Fase.- Definición de criterios de evaluación y normas de aplicación de los mismos.

6ª Fase.- Evaluación del proceso de atención. Establecer la relación existente entre los resultados obtenidos y los objetivos de salud marcados y la pertinencia de las acciones prescritas con éstos y los problemas de salud detectados.

### Monitorización de los recursos

- De los recursos humanos:
  - Definición de características del puesto de trabajo.
  - Adscripción al puesto de trabajo en base a conocimientos teórico-prácticos y características personales.
  - Valoración objetiva del desempeño profesional. De la estructura física y organizativa:
  - Características físicas del medio donde se produce la asistencia, Atención Primaria, Unidades de hospitalización, Servicios especiales...
  - Características organizativas: normas, reglamentos y circuitos de información.
- De los recursos materiales:
  - Definición en función de las características de los cuidados a prestar.
  - Elaboración de criterios de uso que hagan posible la forma menos lesiva para el paciente y más ágil para el profesional.

### Monitorización del riesgo

Monitorización de índices de UPP, de flebitis, de infecciones respiratorias, urinarias...

Monitorización de accidentes hospitalarios, caídas, errores en la administración de tratamientos, lesión por mala conservación o utilización de material o fármacos.

### Monitorización de la opinión del usuario

Es un método indirecto. La fuente son las encuestas de opinión que realizan los Servicios de Atención al Paciente o bien cuestionarios diseñados por la propia división de enfermería o profesionales de una Unidad concreta.

Los aspectos a monitorizar suelen ser los agradecimientos y las reclamaciones. Un número de reclamaciones alto puede ser positivo, si está potenciado por el propio hospital y sirve para mejorar.

Si el cuestionario está bien realizado nos puede valer incluso, si leemos entre líneas, para conocer la opinión de la sociedad y lo que nos demanda o espera de nosotros, para poder anticiparnos y adecuar nuestras respuestas a sus necesidades.

## LA CALIDAD PARA LOS PACIENTES

En caso extremo, en una enfermedad aguda que pone en peligro la vida, los pacientes se privan gustosos de muchos de los refinamientos o atenciones interpersonales aún cuando más tarde, retrospectivamente, sientan mucho haber tenido que hacerlo; en algunas enfermedades crónicas, cuando no se puede esperar mucha mejoría en la función física y el objetivo del cuidado es ayudar al paciente a adaptarse a su invalidez, los elementos relativos al manejo de las relaciones interpersonales cobran mucha importancia.

Cuando el juicio sobre la calidad toma en cuenta los deseos y expectativas, valoraciones y medios del paciente, podemos hablar de una definición "individualizada" de la calidad.

Los pacientes son distintos unos de otros en el tipo y etapa de su enfermedad, así como por las características demográficas y sociales que influyen sobre el curso del tratamiento y respuesta de cada enfermo. Conociendo todas estas fuentes de variación, es razonable preguntar si es posible formular criterios y estándares específicos acerca de la calidad de atención.

Rara vez se le pide a la gente que diga en qué consiste, para ella, la calidad de atención. La pregunta se plantea de forma indirecta. Para hacerlo más sencillo a veces, se da al interrogado una serie de variables y se le pide solamente que los valore o los seleccione.

Al hacer esto es posible que el investigador imponga su punto de vista o los límites y contenido del concepto de calidad. Y puede ser además que las respuestas estén influenciadas por la interpretación que el sujeto haga de las preguntas que se presentan.

En estudios realizados por Coser y Silo se pueden distinguir dos tipos diferentes de pacientes: los igualitarios y los jerárquicos.

Los primeros se ven partícipes del hospital, con derecho a información acerca de su padecimiento y a intervenir en la toma de decisiones. Están satisfechos de los aspectos técnicos pero critican el modo impersonal y poco comunicativo en la atención, se quejan del ambiente hospitalario incluyendo su ruido, falta de limpieza y critican distintos aspectos de la comida, queriendo regresar lo antes posible a su domicilio.

Por el contrario, los segundos se consideran agradecidos y pasivos en su atención. Les impresiona el aparato técnico del hospital y están satisfechos con su confort, no tienen prisa por salir y además suelen tener problemas personales, familiares o económicos que esperan que el hospital les ayude a resolver.

La división de los pacientes en dos tipos y la adaptación del estilo del tratamiento o asignación de cada tipo a los profesionales, sería un elemento importante en la definición individualizada de la calidad.

Algunos pacientes aprecian la familiaridad bromista, otros una reserva respetuosa, pero todos están en contra de un trato mecánico, rutinario e impersonal.

La formación, experiencia y cultura de los clientes determinan un concepto distinto de la calidad del servicio y el trato personal también es percibido y está sometido a la variabilidad del estado de ánimo de las personas.

De una manera o de otra, el cliente no disocia los componentes y prevalece la sensación de conjunto: La calidad del servicio es total o inexistente.

Teniendo en cuenta lo anterior, tendríamos que ir hacia la Calidad Total, ya que si no es así, el eslabón más débil de la cadena del trabajo puede arruinar todo el proceso.

Un problema añadido en relación con la calidad, cuando se refiere a servicios es que éstos se prestan “en tiempo real” y en algunos casos, si el tiempo es corto no permite enmendar fallos o deficiencias mediante la repetición del servicio.

## CONCLUSIÓN

Se logrará la calidad máxima de nuestro servicio si las personas que realizan la asistencia al enfermo tienen conocimientos adecuados permanentemente actualizados, (Aspecto científico de la asistencia), si los aplican correctamente para lo que necesitan aparataje adecuado y suficiente (Aspecto tecnológico de la atención) y lo hacen poniendo al enfermo como centro de toda actuación, (Acto asistencial percibido), recordando que la persona que se siente enferma acude al hospital generalmente angustiada y se le debe tratar pacientemente. Usaríamos más este término para el que asiste que para el asistido, ya que a este último hay que darle trato exquisito como a cliente.

Si resulta aconsejable que las iniciativas de control de calidad provengan de una forma conjunta y articulada de la Administración, de los profesionales médicos y enfermeras y de los usuarios, éste es un hecho que no se da en la realidad. No por ello, por un lado profesionales y los gestores de los centros por otro, deben renunciar a evaluar la eficiencia de las estructuras y las actividades.

Debemos ir a la resolución de problemas, evitando programas de control de calidad que acaban almacenando toneladas de información irrelevante, que jamás se analiza y mucho menos se utiliza para promover cambios que mejoran la calidad.

Podemos concluir diciendo que los buenos hospitales son necesarios, eficaces, eficientes, equitativos, de CALIDAD y bien gestionados.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aguilera, M. Oferta de Servicios en Atención Primaria. Rev. Aten Primaria 2003; 31:319-27
2. Biosca I Vidal, D. Como aplicar con éxito en los “90” los Círculos de Calidad. Ed. CDN Ciencias de la Dirección. S.A.
3. Cámara Ibáñez, D. Aplicación del marketing a la gestión de hospitales. Gestión Hospitalaria. Tomo II. Ed. Eurosystem. S.A.
4. Caminal J, Sánchez E, Schiaffino A. El análisis por segmentos de población insatisfecha: una propuesta para optimizar la información de las encuestas de satisfacción global. Rev. Calidad Asistencial 2002; 17 :4-10
5. Camprubí García, J. La satisfacción del cliente: Singularidades de los servicios sanitarios. Del Llano Señarís, J., editor. Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos. Barcelona: Masson 1998.
6. Casado I Zurrigel, F. Biseden. IV Trimestre 90; p: 7-9.



7. Donabedian, A. La calidad de la atención médica. Definición y métodos de evaluación. Ed. La Prensa Médica Mexicana, S.A.
8. Dubois, B. Le marketing management hospitalier. Ed. Berger- Levrault. París 1987.
9. Vuori, H.V.El control de calidad en los servicios sanitarios. Concepto y metodología. Ed. Masson. Barcelona 1988.
10. Gutiérrez Martí, R. La reciente evolución de la Garantía de Calidad en el sector sanitario. Todo Hospital / 58. Jul-Ag. 1989.
11. Gutiérrez R., Rubio M., Fernández J., Navarro C. y Para B. Mejora en la calidad percibida: el plan de los Pequeños Detalles del SESCAM. Rev. Calidad Asistencial 2004; 19 (2) :88-91.
12. Lituan, H. Et alt. El control de calidad en los servicios clínicos. Control de calidad asistencial; 1990. 5, 2; p: 38-43.
13. Martínez, P., Sanz, C. Organización de los programas de calidad asistencial en enfermería. Todo Hospital / 80. Octubre 1991; p: 39-47.
14. Mason, E J. Normas de Calidad de Enfermería. Métodos de elaboración. Ed. Doyma. 1988.
15. Mira J, Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. Med. Clin (Barc) 2000; 114 (Supl 3) : 26-33 -
16. Pérez, C. Biseden IV Trimestre 90; p: 11-14.
17. Suñol R., Humet, C. Garantía de calidad y acreditación en España. Informe SESPAS 2002. Tomo I. Cap.22 Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria. Valencia. Conselleria de Sanitat, 2002.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia