

## ¿QUÉ MODELO O ELEMENTOS SON IMPRESCINDIBLES EN UNA UNIDAD DE GESTIÓN PARA CONSEGUIR UN MODELO ÓPTIMO?

*José Luis Cobo Sánchez*, Raquel Menezo Viadero,  
M<sup>a</sup>. Eugenia Cuadrado Mantecón, Rosa Alonso Nates

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

### INTRODUCCIÓN

Contestar esta pregunta en cualquier ámbito de profesionales no dedicados al mundo de la gestión, no sería fácil o podríamos decirlo de otra manera; en el ámbito sanitario en el cual nos movemos, la pregunta expresa en sí misma lo que confunde el lenguaje, dependiendo de a quien se le haga: los gestores o los profesionales. Los primeros, lo traducen en modelos de gestión dirigidos a la obtención de la excelencia; los profesionales lo expresan hacia modelos de calidad dedicados a procurar el mayor bienestar de los usuarios del sistema de salud. Pero todos sabemos que no es posible hablar de modelos de gestión, de calidad o de lo que es óptimo o excelente, si no están de acuerdo todos los componentes de cualquier unidad de gestión: los gestores y los trabajadores.

La aparición de la medicina gestionada o de gestión, ha supuesto un cambio cualitativo en todos los debates, introduciendo términos como la eficacia y la eficiencia, pero lo que está claro es que éstas no pueden llevarse a efecto sin la colaboración de los profesionales sanitarios.

En los últimos 20 años se han escrito cientos de libros que hablan de gestión de calidad de las organizaciones sanitarias. Todos los estudios se prestan a cometer errores de análisis. Las grandes empresas, organizaciones e instituciones deben su grandeza a un reducido número de personas que poseían dotes para el liderazgo y supieron crear un espíritu y una cultura que la hicieron diferente.

El sistema sanitario está demostrándose ineficaz al no saber dominar y conjugar una serie de actitudes que permitan adaptarse con facilidad y flexibilidad a los distintos cambios impuestos por el sistema, usuarios y trabajadores. Se habla e intentamos cumplir: “fijar objetivos, establecer metas, organizar, motivar, controlar, análisis de la situación, implantación de cambios, evaluar resultados”.

A lo largo de estos 20 años está demostrado que esto solo, no es suficiente. Aristóteles decía que: “el hombre no puede alcanzar la excelencia sin la ayuda de los otros. Que para conseguir unos resultados óptimos necesita la ayuda de la comunidad”. La comunidad consiste en la convivencia entre las personas que comparten unos mismos valores.

La calidad de los servicios sanitarios como objetivo para obtener los mejores resultados, al menor coste y con la mayor satisfacción por parte de usuarios y trabajadores, constituyen una preocupación fundamental para los servicios de salud. La estrategia más utilizada en la actualidad es la denominada Gestión Total de Calidad, cuyo fin se sustenta en la idea de que la calidad depende del producto o servicio y sus características, sin olvidarse de que éste responda a las necesidades de los usuarios y consiga satisfacerlas.

Según la OMS, la calidad de la asistencia sanitaria consiste en “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para

*conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos, y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”.*

Podríamos decir que dentro de la calidad asistencial existen 3 grandes áreas:

-*Calidad directa.*- establece en la medida de los cambios objetivos en el estado de salud de los pacientes, demostrado por curación o mejoría de la situación, clínicamente comprobadas.

-*Calidad indirecta.*- aborda el aspecto de aquellas cuestiones significativas que influyen o condicionan la posibilidad de establecer un mayor y mejor estado de salud: entre ellas, la dotación de los servicios, los tratamientos, la disminución de los costes...

-*Calidad percibida.*- principalmente por el usuario de los servicios de salud, en la valoración que éste o su familia hacen de la atención sanitaria y sus circunstancias.

Uno de los pilares básicos para el cumplimiento de los objetivos que se marque cualquier programa de calidad de servicios sanitarios es el trabajo enfermero y los cuidados que éste proporciona.

## **OBJETIVO**

Conocer qué aspectos, dentro de la calidad indirecta, considera el personal de enfermería de una unidad de Nefrología como imprescindibles para lograr un modelo óptimo para la gestión de calidad total en cualquier unidad asistencial.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Tras una exposición del marco teórico que implica la fundamentación de un sistema de gestión basado en la calidad de los cuidados, se pidió a todo el personal de enfermería de nuestra Unidad de Nefrología, en Abril de 2004, que respondiesen a una pregunta abierta:

*¿Qué cosas son necesarias para que una Unidad Asistencial funcione gestionando cuidados de calidad?.*

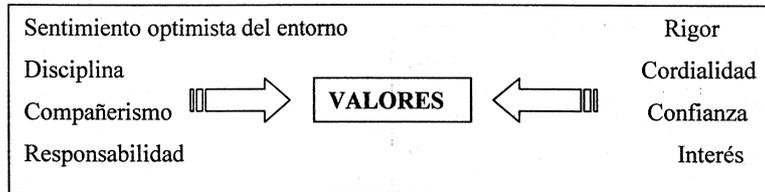
Cada trabajador escribió las respuestas que creyó oportunas, utilizando para cada necesidad un papel. Las respuestas se agruparon en 7 grandes apartados:

- Actitudes de Equipo.
- Capacitación Profesional.
- Organización del Equipo.
- Recursos materiales y humanos.
- Atención integral al paciente.
- Protocolizar.
- Organización del trabajo.

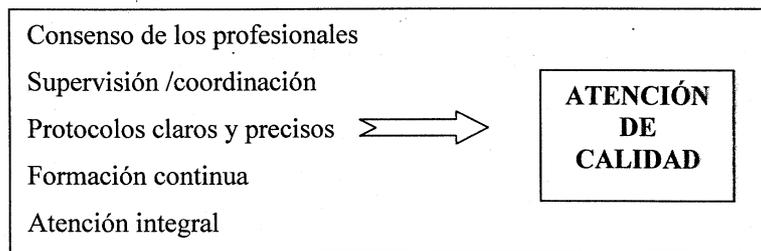
## **RESULTADOS**

Mayoritariamente, el personal de enfermería considera imprescindibles las Actitudes de Equipo, valorando con especial énfasis la cordialidad entre los componentes del mismo y el compañerismo, relacionándose este aspecto, con un buen ambiente de trabajo que repercute en la sensación de confianza y tranquilidad que se trasmite al paciente desde un personal de enfermería que se siente a gusto en su ambiente laboral. Una buena coordinación /comunicación, junto con el trabajo en equipo y un sentimiento optimista del entorno y del trabajo, fueron actitudes básicas consideradas como fundamentales para

motivar al personal a realizar cuidados de excelencia.



La organización del equipo y del trabajo, junto con la protocolización de los cuidados, se situaron en segundo lugar. En cuanto a la organización del equipo y del trabajo, el consenso entre todos los profesionales para trabajar en equipo y una buena supervisión /coordinación, fueron de los mas valorados. Realizar protocolos de enfermería consensuados, claros y precisos, para unificar criterios y poder así brindar cuidados continuados fue otro de los aspectos a destacar, valorándose el modelo enfermero como uno de los pilares para proporcionar una atención de calidad.



El hecho de que el personal esté cualificado junto a la formación continua, fueron los 2 aspectos de la capacitación profesional elegidos mayoritariamente, mostrando la preocupación del personal de enfermería por la formación y el conocimiento como bases fundamentales de unos cuidados de enfermería satisfactorios.

Esto, confirma que el personal de enfermería está motivado para aprender y trabajar en equipo, valorando el aprendizaje continuo, tanto de los profesionales que están alrededor como de las posibles iniciativas académicas.

Los recursos materiales y humanos fueron de los menos justificados, quizá por el hecho de que en la actualidad esta necesidad esta cubierta, aunque se hace más hincapié en la capacitación del profesional que en el número. La atención integral al paciente sin embargo, fue el punto al que menos importancia se dio, a pesar de expresar valores como confianza, responsabilidad y rigor dentro de las actitudes valoradas como positivas en el personal. Quizá esto se deriva de la importancia que se le da al trabajo en equipo, valorándose ahí la necesidad de prestar cuidados de un modo común por parte de todo el equipo asistencial, dándose por hecho la atención integral.

Se podría decir que al personal de enfermería le parecen elementos básicos para proporcionar unos cuidados de calidad una serie de actitudes dentro del equipo y

organizativas que fomenten unas relaciones óptimas entre el personal, prestando prioridad a la parte humanista, tanto entre el personal como en su relación con el paciente, sobre la visión material o de recursos de la gestión.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

No tenemos ninguna duda, y así lo dicen todos, que no es posible obtener resultados óptimos en nuestro trabajo si no existen actitudes en el equipo encaminadas a conseguir el fin de nuestra profesión: asegurar la calidad de nuestros cuidados. Un equipo que no trabaja con unos objetivos comunes, difícilmente puede conseguir el objetivo para el que está creado.

Es necesario que exista una organización del equipo, que marque metas, las estudie, las evalúe y las comparta con todos los profesionales, motivo incentivador que contribuye a mantener dinámica y viva toda organización.

Es preciso disponer de protocolos que permitan el conocimiento, que sirvan de acogida a nuevos trabajadores y que no sean estáticos. De todos es conocido que en nuestra práctica clínica, los pacientes aportan nuevas situaciones que exigen que las normas se actualicen continuamente. Nada cambia más deprisa que el conocimiento científico.

Podemos concluir diciendo:

Cuando se nos pregunta cómo creemos que nuestro trabajo puede obtener mejores resultados,

– *Hablamos de valores*: sentimiento optimista del entorno, compañerismo, cordialidad, rigor, interés, confianza, disciplina y responsabilidad.

– *Hablamos de capacitación profesional*: sesiones formativas, personal cualificado, formación continuada, registros / cuidados enfermeros consensuados y evaluables. En una palabra, hablamos de saber y conocimiento.

– *Hablamos de organización*: tanto del equipo humano como del espacio donde trabajar adecuadamente, objetivos comunes del equipo. Hablamos de supervisoras que quieran y puedan organizar su trabajo.

– *Hablamos de recursos*: tanto materiales como humanos: personal suficiente y capacitado. Optimizar los recursos, éstos siempre son escasos y hay que darles la máxima operatividad.

– *Hablamos de atención integral a los pacientes*: educación al paciente, animarle a cuidarse, continuidad en los cuidados, que sólo es posible con personal estable. La comunicación con ellos, única forma de que se genere confianza mutua y desde ella, ponerle en condiciones de mejorar su salud.

En resumen hablamos:

- Valores.
- Formación continuada y sentimiento de avance.
- Organización y evaluación de actividades.
- Recursos.
- Atención integral.

Gestores y profesionales, seguramente decimos lo mismo, pero el lenguaje entre ambos no lo hacemos común, no hemos encontrado el camino o las formas de unir calidad y costes. Tenemos todos que sentirnos parte de la misma organización y mirar hacia el futuro, pero si quitamos los «VALORES» como valor intrínseco de la medicina, seguiremos fracasando.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Aranaz Andrés JL. La calidad en los servicios sanitarios. una propuesta general para los servicios clínicos. <http://neurologia.rediris.es/congreso/conferencias/asistencia-7.html>).1998.
2. Badía A., Bellido S. Técnicas para Gestión de la Calidad. Ed.Tecnos,S.A. Madrid. 1999.
3. Badía, X, del Llano J. Investigación en resultados de salud. Medicina Clínica. 2000. Vol 114 (3): 1-7.
4. Carrasco Genis, Polo Carmen, Humet Carlos, Cot Roser, Fornaguera, Fernández Dolors, Duch Maria, Mas Lourdes, Tord de Llu, Pelaez Juan C., Lopez-Vialde. Los costes de la Calidad como instrumento para evaluar los programas de calidad desde la gestión. Rev. Calidad Asistencial. 2000 Junio Vol 15. nº 5.
5. García Urbaneja M. Mapa de procesos. Unidad de metodología de calidad. Hospital de Galdácano. Taller: Gestión de Procesos y Calidad Total en Organizaciones Sanitarias. XVIII Congreso de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Granada. Octubre 2000.
6. Gutiérrez Guillén E.J. y Chaín de la Bastida J.L. Gestión por procesos en un centro de Hemodiálisis. Libro de comunicaciones al 28º Congreso Nacional de la SEDEN. Palma de Mallorca. Octubre 2003: 241-247.
7. López Molino, Raquel Carratalá Galiana, Cristina Escalant Calpena, Laura Cantón García, M J y Baeza Ruiz, M A. Definición de un sistema de gestión de calidad en una unidad de hemodiálisis desde el punto de vista de enfermería. Enferm Nefrológica. 2002 oct-dic. 5(4):6-12.
8. Lorenzo S. , Mira J. J. y Sánchez E. Gestión de calidad total y medicina basada en la evidencia. Med Clínica. 2000 abr. 114(12):460-463. Revisión, artículo.
9. Ministerio de Sanidad y Consumo. Memorias de calidad del Insalud en atención especializada. Año 1998. <http://www.msc.es/insalud/docpub/memycat/memorias/calidad1998/IV.htm>
10. Revista Calidad Asistencial. Número monográfico sobre gestión de procesos. 1999 Junio; vol 14 nº 4.
11. Vuori HV. El control de la Calidad en los servicios sanitarios, conceptos y metodología. Barcelona: Editorial Masson, 1989.