

La calidad todo un reto para los profesionales de Enfermería

Pilar Pérez Company
Adjunta Política Calidad. Hospital de Bellvitge

Buenos días, ante todo agradecer a los organizadores, la cortesía de invitarme a este congreso de SEDEN, para hablar de calidad. Y a todos Uds. por el interés que demuestra el hecho de estar aquí durante estos 45 minutos intercambiándonos información y experiencias sobre este tema.

Sobre todo, porque el haber incluido la calidad como uno de los puntos a tratar en este congreso, pone de manifiesto vuestra sensibilidad ante un tema que en estos momentos se hace necesario plantear desde nuestra propia profesión y en las organizaciones donde trabajamos.

Hasta hace apenas unos cuantos años, nadie conocíamos el significado que la palabra calidad tenía en el sistema sanitario, si bien alguna vez, la habíamos leído o la habíamos utilizado como un calificativo imprescindible, para reforzar alguna puntualización, acción u objetivo a alcanzar.

Decíamos algo así como, «... y prestaremos cuidados de enfermería con la máxima calidad» o «... nuestro objetivo será garantizar la calidad asistencial», etc...

Realmente nuestras intenciones eran inmejorables, pero nadie sabía a ciencia cierta como aseguraríamos, garantizaríamos o bajaríamos en calidad.

No muy lejos de nosotros y tampoco hace tantos años, otras enfermeras/os habían tenido las mismas preocupaciones.

Ellas/os habían ido poco a poco introduciéndose en ese mundo y habían ido elaborando sus definiciones, sus standards y sus propios métodos de evaluación.

Me estoy refiriendo a la enfermería de EE.UU., Canadá, Australia, etc...

Nosotros, conforme hemos ido

recorriendo un camino de profundización y desarrollo de nuestra profesión «la enfermería», hemos ido quemando etapas, hasta situarnos en estos momentos, que como ya he dicho al principio, se hace necesario plantear la calidad desde nuestra propia profesión, en las organizaciones donde trabajamos y desde las expectativas de los usuarios.

“ El haber incluido la calidad como uno de los puntos a tratar en este congreso, pone de manifiesto vuestra sensibilidad ante un tema que en estos momentos se hace necesario plantear desde nuestra propia profesión y en las organizaciones donde trabajamos. ”

En este sentido, ya hemos empezado a andar, de forma muy incipiente y con grandes dificultades de todo tipo, pero seguras y conscientes de estar abriendo nuevas perspectivas en el campo sanitario. Es por esto, que ya existen experiencias, a lo largo del estado español, que podemos compartir y discutir, y una mues-

tra es, sin ir más lejos, la aportación que expondrán los diferentes componentes de esta mesa.

PERO, ¿POR QUÉ LA CALIDAD?

Diríase, con una visión muy superficial de los últimos acontecimientos, que unos pocos se han puesto de acuerdo en hablar siempre de la misma cuestión, hasta el punto de metérsela en la sopa.

O que ahora los vientos giran hacia otros lugares y está de «moda» y hace muy «in» hablar de calidad.

O bien que son ganas de complicar las cosas, ya que siempre hemos trabajado de una forma determinada y no hemos tenido problemas.

Sin embargo, la realidad de nuestro trabajo de cada día es que carecemos de criterios y estándares, que nos sirvan de modelo.

- Que difícilmente detectamos nuestros problemas.
- Que no sabemos dimensionar nuestras actividades.
- Que no utilizamos, ni somos hábiles en la metodología que nos servirá para no andar por casa.
- Que no tenemos resultados cuantitativos de nuestras acciones.
- Que el impacto perceptivo y sensitivo de nuestros servicios a los usuarios, es un enigma.

En pocas palabras, que no sabemos como definir científicamente: «lo mejor que debemos hacer y no sabemos como ir mejorándolo».

¿Qué profesionales que trabajen en empresas de servicios pueden permitirse el lujo de desconocer tantas cosas?

Es necesaria pues, la calidad y

podemos ver el porqué. Existen varios motivos que justifican sobradamente la introducción de la calidad en el campo sanitario.

Uno de ellos y a mi entender el prioritario, está contemplado desde la perspectiva de la misma existencia de la profesionalidad y la ética que conlleva.

El hecho de ser profesionales de la salud, es inherente a la responsabilidad consciente de la tarea específica que desempeña y a la comprobación sistemática, de que lo que se realiza dá los resultados que se esperaban.

Nuestra profesión tiene un componente ético importante, su objeto es el ciudadano, esto encierra una serie de valores culturales enmarcados en el código deontológico que nos obliga a posicionarnos frente a la obligación de garantizar nuestros servicios.

Otro es el motivo legal. El estado, cuyas obligaciones son velar por la salud y el bienestar de los ciudadanos, ha ido elaborando una serie de leyes que forman un conjunto de normas o estándares de calidad en unos casos, y en otros, formas organizativas que propician la obligatoriedad del fomento de la calidad.

Así nos encontramos con:

- Ley General de Sanidad. B.O.E. 25-4-86.
- Reglamento sobre Estructura, Organización y Funcionamiento de los Hospitales. B.O.E. 16-4-87.
- Ley de Acreditación de Centros y Servicios Asistenciales en Cataluña. D.O.G.C. 4-5-83.
- Ley de Ordenación Sanitaria. D.O.G.C. 4-5-83.

El tercer motivo, el social.

Aunque los usuarios de nuestros servicios son capaces de apreciar el impacto inmediato de los mismos. Tienen grandes dificultades para apreciar y conocer los diferentes niveles de calidad que se les están ofreciendo y por lo tanto les resulta difícil la comparación entre uno u otro servicio.

De forma, que su actitud todavía es de receptores de favores y su papel, pasivo en las decisiones.

Por suerte, el nivel económico

y cultural de nuestra sociedad ha ido aumentando poco a poco. La información y formación de nuestros ciudadanos está cambiando favorablemente hacia su seguridad. Los ciudadanos van adquiriendo un nivel que les permite conocer y decidir. Al igual que exigen calidad en los alimentos, ropa, coches, etc... también en las empresas de servicios sanitarios.

“ Es imprescindible para los gestores, conocer no solamente los datos cuantitativos, o sea, cuanta actividad y de que tipo se está realizando, sino también, la calidad de la misma, que les posibilita marcar las políticas y estrategias necesarias, para que en definitiva conduzcan a la empresa hacia los objetivos propuestos, hacia el éxito en la gestión. ”

Poco a poco, van surgiendo asociaciones ciudadanas asesoradas por profesionales, cuyo objetivo es exigir y garantizar la calidad.

Los motivos de seguridad, nacen desde el reconocimiento por parte de cada profesional, de su contribución a la calidad o a los defectos del sistema. Ello implica la introducción en la cultura sanitaria del factor error, *los*

profesionales se pueden equivocar, este es el primer paso para ir hacia la eliminación de riesgos siempre presentes. En el mundo industrial consideran que los errores llevan a grandes problemas y a pérdidas incalculables. Su máxima preocupación es evitarlos.

Si trasladamos este planteamiento a nuestras empresas, donde el error adquiere formas más dramáticas, haría que prioritariamente trabajáramos en la prevención de los mismos, y por tanto, la calidad, un buen garante de esta prevención.

Estamos viviendo en una época donde las autoridades políticas y sanitarias hablan de la precariedad de los recursos y de su distribución equitativa. Pues bien, está más que demostrado que las empresas que tienen programas de calidad, son más rentables, y que sus productos salen al mercado con más fiabilidad que el resto.

Los programas de calidad, hacen que los recursos estén racionalizados y optimizados, debido a que son considerados desde esta óptica, como elementos necesarios para alcanzar la mejora del conjunto.

En otro orden de cosas, los formadores de nuestras empresas se planteaban conocer las necesidades y las expectativas de formación de los profesionales a través de diversos métodos y la evaluación de los programas formativos, pero desconocían el desarrollo de los conocimientos y habilidades en la plasmación práctica. Hoy ya se están planteando utilizar los resultados de las evaluaciones de la calidad asistencial, para la detección de problemas, cuya solución pasa por la incidencia de la formación operativa.

Por último, es imprescindible para los gestores, conocer no solamente los datos cuantitativos, o sea, cuanta actividad y de qué tipo se está realizando, sino también, la calidad de la misma, que les posibilita marcar las políticas y estrategias necesarias, para que en definitiva conduzcan a la empresa hacia los objetivos propuestos, hacia el éxito en la gestión.

Podríamos extendernos mucho más en esta disertación, que el único objetivo que pretende es hacerles ver a Uds. como desde la perspectiva que se mire, se hace obvio la calidad.

Pues, si estamos todos convencidos de su necesidad, es obligado plantearnos cómo podemos abordarla.

¿COMO ABORDAR LA CALIDAD?

El primer paso, lo tienen que dar las direcciones de nuestras empresas, que tienen que plantearse dentro de su filosofía empresarial cuál es el modelo de calidad que podrían seguir y esto, como bien dice el señor H. Vouri es todo *«un ejercicio de audacia»* y sigue diciendo *«de la misma forma en que demostró ser un valiente, el hombre que comió la primera ostra, probablemente también lo es, el que intenta introducir la calidad en un país o en una institución»...*

Un ejercicio de audacia, porque supone entender que gestión y calidad van íntimamente unidos en el contenido y la forma de hacer.

Porque la calidad en este sentido se convierte en una estrategia de gestión. Un elemento de cambio, que supone volver dinámico lo que parece estático.

Entender la necesidad de un cambio profundo en la gestión pasando lista a la iniciativa y la responsabilidad de todos.

En la búsqueda de la calidad total, como un proceso de mejora metódico, riguroso, pragmático, evolutivo y perseverante, a todos los niveles de la organización.

Un funcionamiento de madurez de la organización, definiendo los centros de responsabilidad y los sistemas de información.

Una flexibilidad de la estructura orgánica y social haciéndola capaz de una indispensable adaptabilidad, capacidad de anticipación y de reacción ante los nuevos cambios.

Una identificación de los problemas que surgen, introduciendo la participación del personal en la búsqueda de soluciones.

Como Uds. ven, «todo un ejercicio de audacia».

La estrategia del cambio, para ir hacia una empresa capaz de abordar la mejora, no tiene una sola respuesta, ni plantea una sola vía de abordaje, cada empresa es un caso específico, ya que tiene numerosas características propias de estilo, de cultura, de puntos fuertes y débiles, amenazas, oportunidades, etc... que las diferencian. Por esto deberían plantearse propuestas distintas, dependiendo de cada una.

“No es posible cambiar las cosas a menos que los actores principales sientan que la situación actual es insatisfactoria H. Vouri”

Nuestras empresas son un conjunto complejo en el que los cambios deben introducirse muy poco a poco, sólo los necesarios, en los momentos precisos y en los sitios adecuados. Por esto no deberían realizarse al mismo tiempo muchas transformaciones, que provocarían fenómenos de rechazo, sino determinar bien la estrategia y tácticamente elegir el momento, promoviendo los cambios culturales y organizativos que respondan a sus necesidades, a las expectativas del personal y a la satisfacción de los usuarios.

«No es posible cambiar las cosas a menos que los actores principales sientan que la situación actual es insatisfactoria.» H. Vouri.

Por lo que hay que tener en cuenta, que es preferible cambios pequeños que produzcan transformaciones inmediatas, muy rentables y exportables, ya que esto abrirá la puerta a transformaciones más profundas, con más implicación y con el personal más preparado para el cambio.

Una pieza organizativa clave para la introducción de los cam-

bios hacia la mejora, son los cargos intermedios, gestores dinámicos en todo este engranaje.

Su situación dentro de la organización, les hace responsables de la concreción en cada núcleo funcional de las políticas y estrategias de la dirección y a la vez verdaderos animadores del desarrollo de sus grupos, con la suficiente sensibilidad para detectar sus problemas y poner en marcha las soluciones más adecuadas.

Por último, es necesario contar con recursos y medios necesarios, aunque sean los mínimos indispensables para asegurar el éxito. No olvidando por esto, que la calidad no es un problema de medios, sino de actitud y aptitud de las personas.

Bien, vamos a ver con que problemas nos encontramos en la actualidad, que dificultan la introducción y/o desarrollo de políticas de calidad, tal como hemos venido definiendo.

El modelo de gestión:

- Poco definido.
- Poco ágil.
- Desconocido por el resto de la organización.
- Limitado por aspecto legales.

El modelo bio-médico:

- Basado en la curación.
- Principal protagonista, el médico.
- Poco espacio profesional para el resto.
- Falta de coordinación entre distintos profesionales.
- No existe visión de integralidad.

La estructura orgánica y funcional:

- Jerarquizada.
- Excesivamente rígida.
- Burocratizada.

Una dirección poco sensible a la calidad:

- Sin conocimientos.
- Insegura.
- Poca credibilidad.
- Poca capacidad de decisión.
- Incapaz de motivar al personal.

Una cultura organizativa:

- Basada en el control.
- Poco profesionalizada.
- De funcionariado.
- El usuario no es el objetivo.

- La organización contra mí.

Los circuitos información-comunicación:

- Inexistentes o poco fluidos.
- Pocos saben lo que se pretende.
- Pocos saben los resultados que se obtienen.

La participación:

- No existen mecanismos para que el personal decida como realizar la actividad y como mejorarla.

Unas condiciones de trabajo sin calidad de vida:

- Insatisfacción.
- Inhibición.
- Desmotivación.

Este análisis crítico de la realidad, se dá en mayor o menor grado, o en algunos, o todos los aspectos, en nuestras empresas. Lejos de ser un análisis pesimista, no es esa la pretensión, nos dará la posibilidad de poder elaborar una política de calidad que parta, de

base del conocimiento de aquello que podemos transformar para ir hacia la mejora de la calidad.

Habiendo llegado a este punto, es necesario plantear que son precisamente los profesionales de enfermería, el sector más susceptible, favorecedor del cambio, en nuestras empresas, a pesar de todos sus problemas.

Porque las características que lo identifican:

- Visión integral del individuo.
- Conocimientos en la resolución de problemas de salud.
- Permanencia de veinte y cuatro horas en el hospital.
- Coordinación de las diferentes actividades hospitalarias.
- Organización capaz de adaptación, etc...

Hacen que tenga conocimientos de globalidad de la problemática hospitalaria, y que toda ella incida de forma directa en sus propias actividades.

Permítanme decirles, sin ánimo de ser chovinista, que mi expe-

riencia desde la perspectiva del trabajo en calidad, ha demostrado la capacidad de respuesta de este sector y el entusiasmo si es que se puede expresar así, de los profesionales, a entrar en el mundo de la calidad.

Y como no me gustaría que toda esta conferencia quedara como una mera declaración de principios, les voy a mostrar un ejemplo concreto que recoge todos los planteamientos que he ido haciendo.

Se trata, de la Política de Calidad del Departamento de Enfermería de la Ciudad Sanitaria de Bellvitge.

Como conclusión de esta conferencia, me daría por satisfecha si he intervenido en su ánimo, para dejarles patente que la calidad está al alcance de su mano, que es un reto inmediato, y que ese reto es posible, porque estamos haciéndolo posible entre todos.

Aquí me tienen en su disposición para todo lo que precisen.

Evaluación de la acogida del paciente

INTRODUCCION

Se han utilizado dos métodos de evaluación: observación directa y opinión, profesionales y pacientes. La muestra en ambos métodos fue de 78 casos, 2 y/o 3 por unidad de hospitalización y han sido tratados por un programa SPSSx en un ordenador H.P. 3000, en el que se han obtenido resultados globales, por servicios y unidades de hospitalización, en la observación directa y comparativos en el de opinión pacientes/enfermeras.

1. OBSERVACION DIRECTA DE LA CUMPLIMENTACION POR INDICADORES DEL PROTOCOLO DE ACOGIDA.

Material y método.

Cuestionarios de observación directa, en la que se evalúan 18 items que corresponden a las actividades de los cuatro indicadores de que consta el protocolo: recibir e identificar, ubicar y acompañar, informar y realizar el

plan de cuidados inmediatos, que ha sido llevado a cabo por un grupo de enfermeras, el mismo que realizó la evaluación de 1988, coordinados por los responsables de Política de Calidad.

Resultados

El índice global es del 77% que corresponde a un 53% de cumplimentación de los indicadores de actividades, en los que hemos clasificado la evaluación.

1.1. Cumplimentación por indicadores.

INDICADOR 1: «Recibir e identificar al paciente» (4 ITEMS).

Se ha cubierto el standard en los tres items que se refieren respectivamente a: «recibir», «identificar» y «recoger la H.C. o registro del paciente». El cuarto item referido a «presentarse la enfermera» no llega al standard.

INDICADOR 2: «Ubicar y acompañar al paciente a la habitación» (8 ITEMS).

Se cubre el standard en cinco

items que se refieren respectivamente a: «acompañar e indicar la cama», «ayudarle si precisa», «administrarle la medicación», «informarle de la estructura de la habitación», y «darle pijama, bata, etc.».

Los referidos a «presentarle al compañero de habitación» y «colocarle la pulsera de identificación»; no llegan al standard.

INDICADOR 3: «Información» (4 ITEMS).

No se alcanza el standard, en ninguno de ellos, siendo este indicador el que ha modificado el índice global.

Los items evaluados son: «darle y explicarle los folletos de información general», «informarle del personal que le atenderá durante las 24 h.», «recomendar medidas de seguridad para los objetos de valor» e «informarlo del horario de visita médica y de información a los familiares».

INDICADOR 4: «Plan de curas inmediatas». (2 ITEMS).

Aunque en el protocolo hay 10 items, 8 de ellos se han evaluado

desde la documentación de enfermería, y son aquellos que corresponden a la hoja de entrevista y a la hoja de cuidados. Respecto a los dos que se han evaluado, el de «obtener la información necesaria para iniciar el plan de cuidados» supera el estándar, no así el de «dar información específica de las pruebas y cuidados que se le realicen».

1.2. Comentario a los resultados estadísticos de la encuesta.

Todos los ítems, en los que no se ha cubierto el estándar, se deben básicamente a problemas de conocimiento del protocolo y de actitud personal, en cuanto a falta de trato humanizado hacia el paciente. Si se compara esta situación con el objetivo del protocolo de «ofrecer una atención de enfermería globalizada al paciente y que se sienta adaptado al hospital desde que llega a la unidad asistencial» podemos ver que no se corresponde, sin embargo, todos aquellos aspectos que tienen que ver con las actividades técnicas de enfermería cumplen los estándares, ya sea por la adquisición de la cultura propia de la institución, o bien por tener asumidos ciertos criterios implícitos de algunas tareas profesionales.

1.2.1. Problemas detectados:

A. Respecto a la carencia de información que experimentaron los pacientes a su ingreso, en parte es debido a que no existen los folletos de información general, pendiente de aprobar por la Dirección.

B. La pulsera como medio de identificación de los pacientes, no ha sido aceptada positivamente por los profesionales de enfermería. Sin embargo, hay que tener en cuenta que las que se utilizan no reúnen todas las condiciones necesarias.

C. Resaltar el tiempo que se tarda en ubicar a los pacientes en las unidades de hospitalización, que aunque en un 77% de los casos es inmediatamente, se han contabilizado hasta 4 horas en el 5,12%.

Este problema de ubicación es debido fundamentalmente a la descoordinación entre altas e ingresos y a los traslados de los ectópicos.

De los datos obtenidos se desprende que en un 12,16% de los ingresos tarda más de una hora en ubicarse llegando a un máximo de 1,28% de 5 h. y 30 minutos. Respecto a la cumplimentación del protocolo en general es inmediato, dependiendo exclusivamente de que el enfermo pueda ser ubicado.

2. ESTUDIO DE OPINION A PACIENTES Y ENFERMERAS

Material y método.

Encuestas de opinión a pacientes y enfermeras referidas a aspectos de trato, de información y de cuidados de 40 y 36 ítems respectivamente que corresponden a las actividades del protocolo.

Resultados

Hay diferencias significativas con una confianza del 95%, en la opinión de pacientes y enfermeras en los 4 indicadores de que consta el protocolo: identificar, ubicar, informar y planificación de curas inmediatas.

Por ejemplo:

- En el indicador «ACOMPañAR Y UBICAR».

A la pregunta hecha al usuario: ¿le presentan al compañero de habitación? contesta que si en un 48%, mientras que la enfermera contesta que sí, se le presentó, en un 87%.

- En el indicador: «RECIBIR E IDENTIFICAR».

A la pregunta; ¿Si se presentó la enfermera?, el 51% de los usuarios contestan que si, frente al 78,3% que responden las enfermeras de que se identificaron al recibir al paciente.

Estas diferencias significativas

no son explicable por el azar o la casualidad.

3. CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos en ambos estudios muestran grandes diferencias en los cuatro indicadores de que consta el protocolo (cuadro n.º 1).

Mientras que en la observación directa y la opinión de las enfermeras existe una gran correlación en los cuatro indicadores, si que existen diferencias muy significativas respecto a la opinión de los pacientes a los mismos indicadores.

3.1. En el indicador RECIBIR E IDENTIFICAR el resultado de la observación directa es de 83% de cumplimentación mientras que en la opinión del usuario está en el intervalo del 44% al 77% y en la de la enfermera es del 68% al 92%.

3.2. En el indicador UBICAR Y ACOMPAÑAR el resultado de la observación directa es de 87,91% de cumplimentación mientras que en la opinión del usuario está en el intervalo del 5% al 21% y en la de la enfermera es del 83% al 99%.

3.3. En el indicador INFORMACION el resultado de la observación directa es de 25,32% de cumplimentación mientras que en la opinión del usuario está en el intervalo del 5% al 21% y en la de la enfermera es del 37% al 61%.

3.4. En el indicador PLAN DE CURAS INMEDIATAS el resultado de la observación directa es de 75,50% de cumplimentación mientras que en la opinión del usuario está en el intervalo del 57% al 85% y en la de la enfermera es del 81% al 99%.

CUADRO N.º 1 RESULTADOS COMPARATIVOS DE AMBOS ESTUDIOS

RESULTADOS OBSERVACION	INDICADORES	RESULTADOS OPINION (%)		
		NIVEL DE SIGNIFICACION	PACIENTES	ENFERMERAS
83,90 %	RECIBIR Y IDENTIFICAR	p < 0,05	44% - 70%	68% - 92%
87,91 %	UBICAR Y ACOMPAÑAR	p < 0,001	5% - 21%	83% - 99%
25,32 %	INFORMACION	p < 0,001	5% - 21%	37% - 61%
75,50 %	PLAN DE CURAS	p < 0,05	57% - 85%	81% - 99%

(*) Confianza del 95%