



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA ADMINISTRACIÓN**

IMPACTO DE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA : MEDICIÓN DE IMPACTO EN LA ATENCIÓN DE SALUD REALIZADA POR INTERNOS DE ENFERMERÍA EN LA POLICLÍNICA DEL HOSPITAL SAINT BOIS PARA UNA POBLACIÓN INSERTA EN EL PLAN ADUANA

AUTORES:

Br. Búcalo, Paula
Br. Costa, Líber
Br. García, Beatriz
Br. Lemos, Nelson

TUTORES:

Lic Enf. Santana, Silvia
Lic. Enf. Garay, Margarita

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Montevideo, 2005

ÍNDICE

	Páginas
I) RESUMEN.....	3
II) FUNDAMENTACIÓN Y ANTECEDENTES.....	4
III) OBJETIVOS.....	6
IV) MARCO REFERENCIAL.....	7
V) MARCO TEÓRICO.....	9
VI) MÉTODO.....	22
VII) ANÁLISIS de RESULTADOS de IMPACTO.....	26
VIII) DISCUSIÓN.....	40
IX) CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS.....	42
X) AGRADECIMIENTOS.....	43
XI) BIBLIOGRAFÍA.....	44
XII) ANEXOS.....	46
CATÁLOGO DE ANEXOS.....	47

I.- RESUMEN

El presente estudio responde a requisitos curriculares de la carrera de Licenciatura en Enfermería de la Facultad de Enfermería cuyo plan 93 establece la realización de un Trabajo de Investigación previo a la obtención del Título. El mismo se basa en el análisis de gestión de Internos de Enfermería llevada a cabo en el período mayo - octubre del año 2004.

El estudio del Impacto del Programa Internado, junto con la Satisfacción del Usuario y los Sistemas de Registros, forman parte de las líneas de investigación de la Cátedra de Administración de la Facultad de Enfermería, en el marco de la acreditación de los Servicios de Salud.

La gestión de los Servicios de Salud, implica inexorablemente una evaluación como etapa del proceso administrativo, que permite identificar los resultados y su pertinencia con los objetivos planificados.

La evaluación implica medir el proceso global y los resultados obtenidos en relación a los productos o servicios y la satisfacción de los prestadores y los destinatarios.

El Objetivo de esta investigación es conocer cual es el impacto producido por las prestaciones realizadas por el Interno de Enfermería en la población captada en el Programa Aduana en el área Oeste de Montevideo perteneciente al Hospital Saint Bois (HSB). En el entendido que el grado de satisfacción de los usuarios asistidos por el Equipo de Enfermería en los Centros de Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud (MSP) en forma global se está llevando adelante como línea para los Maestrandos, este grupo se propone medir el impacto a través de la Productividad con el objetivo de contribuir en la mejora de la calidad de los servicios y como contribución en la producción científica de la Academia.

Se trata de un estudio descriptivo, de corte transversal, para lo cual se aplica un instrumento que permite recabar la información sistematizada en un Informe Final, realizado por los Internos de Enfermería que da cuenta del proceso de prestación de servicios de Enfermería a la población del Programa Aduana del HSB. El análisis de la información se realiza en forma de tablas y gráficas en relación a las variables definidas por el equipo investigador. Plantando conclusiones y sugerencias en relación al propio trabajo y a trabajos futuros en contribución a la sistemática de información necesaria en cualquier proceso de evaluación.

Las limitaciones están planteadas por una población restringida en relación a la población asistida por los Internos en todo el país y a la escasa generalización de los resultados por el tipo de estudio empleado.

II.- FUNDAMENTACIÓN Y ANTECEDENTES.

A partir del Plan de Estudios 93, la Institución responsable de la formación de Licenciados en Enfermería (INDE) incorpora el Internado Obligatorio, como una experiencia pre-profesional.

En este sentido, esta figura, puede incorporarse a los equipos de Enfermería de cualquiera de las Instituciones prestadoras de servicios de Salud, en carácter de Interno con responsabilidades Profesionales supervisadas por Licenciados de Enfermería Docente-Asistenciales, dando marco a la producción de acciones de salud que a su vez constituyan la base fundamental del proceso Educativo.

En contrapartida, el producto de este proceso es la consecución de un mejor nivel científico de la atención, lo que se traduce en una mejora de la calidad de la prestación de los Servicios de Enfermería, con un mejor nivel científico de la Atención, por la necesaria integración teórico-práctico.

Estudios anteriores permitieron conocer la percepción tanto de los Licenciados Enfermeros como de los Internos en relación con el Programa Internado. En este sentido se viene trabajando en apoyo a los profesionales e Internos mejorando el sistema de Información y estrategias de comunicación, de acuerdo a los resultados obtenidos de las antes mencionadas.

Actualmente el Programa Internado tiene una descentralización a nivel nacional, se encuentra ubicado en servicios asistenciales de Artigas, Salto, Paysandú, Rivera, Tacuarembó, Florida, San José, Colonia, Canelones y Montevideo.

El Equipo de Enfermería en los Centros de Primer Nivel de Atención del MSP está integrado por profesionales y Auxiliares enfermeros del MSP y del Interno de Enfermería que integra el equipo desde el año 2002. El Profesional de Enfermería ocupa hoy las Direcciones de Enfermería en los Centros de Salud con poblaciones de más de 10.000 habitantes. La asistencia directa de Enfermería desde el año 2002 se brinda a través del auxiliar y del Interno de enfermería, que es el estudiante que se encuentra en el último semestre de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, realizando el ejercicio pre-profesional.

Es el Interno quién bajo la dirección del Profesional, planifica, organiza y evalúa los cuidados, integrando en ellos al Auxiliar de Enfermería. Es el referente directo para el usuario y la cara visible del equipo de enfermería. Es quien en todas las etapas del proceso asistencial mantiene un estrecho relacionamiento con el usuario que le permite evaluar la satisfacción por la prestación recibida.

La población destinataria del servicio brindado por el equipo de Enfermería puede categorizarse según los programas priorizados por el MSP : Captación del RN y Seguimiento del Lactante Menor de un Año, Programa de Embarazo Normal (Bajo riesgo), Programa de Embarazo Adolescente y Programa de Usuarios con Patología Crónica (Hipertensión y Diabetes) en Centros de Primer Nivel de Atención.

Esto unido al interés de las instituciones e inserto en los acuerdos generales del convenio MSP-UDELAR, permitió plantear el problema como : ¿Cuál es el Impacto de

la prestación de servicios de enfermería recibida por la población del Programa Aduana en HSB del MSP? Medida en la población de los programas priorizados por el MSP, por ser esta la que ha mantenido un relacionamiento constante y permanente con el Equipo de Enfermería a través del recurso Interno.

En el desarrollo conceptual el Departamento ha tomado a Hipólito Pabón Lasso para definir la evaluación, donde dice que " EVALUAR es medir un fenómeno, o el desempeño de un proceso, comparar el resultado obtenido con criterios pre-establecidos y hacer un juicio de valor tomando en cuenta la magnitud y dirección de la diferencia"... (cap.1, pág.11).

Se corresponde con una primera etapa de la evaluación asistencial que complementa las dos etapas anteriores de evaluación educativa del programa. En este sentido busca nuevas formas de comprensión e integración entre la Academia y la asistencia necesaria como continente del desarrollo profesional del Interno.

El producto final esperado permitirá conocer si aquellas experiencias educativas se integran con los objetivos asistenciales, colmando las expectativas de los Servicios, de los Profesionales y de la población en particular.

El presente estudio pretende contribuir a los objetivos generales de la línea de Investigación, así como a los particulares del área de referencia tomada, HSB y a una población específica como es la del Programa Aduana.

En este sentido permitirá sentar las bases en relación a indicadores de evaluación asistencial, como primera medida de Impacto del Programa Internado, inserto en las Instituciones Asistenciales.

(Material Programa Internado 1999-2004)

III.- OBJETIVOS:

- ***GENERAL***

Evaluar el impacto de la Atención de Salud que realizan los Internos de Enfermería en la población del Programa Aduana del Hospital Saint Bois en el período comprendido entre mayo – octubre de 2004.

- ***ESPECÍFICOS.***

Caracterizar la función asistencial de los internos de Enfermería en el Programa Aduana.

Medir el Resultado o Impacto de los servicios a través de la eficacia de los recursos humanos, (Internos).

IV.- MARCO REFERENCIAL

A) Historia del Hospital Saint Bois.

El Hospital Saint Bois es el marco institucional donde se desarrolla la gestión de enfermería de los Internos asignados al Programa Aduana.

El mismo, se encuentra ubicado en el barrio Villa Colón de la ciudad de Montevideo, en Camino Colman S/N entre Camino Fauquet y Dr. A.Massa. Es inaugurado en el año 1928 siendo diseñado por los arquitectos Qünke y Massa. ^{*(1)}

En el año 1943 los Arquitectos Carlos Surraco y Morialdo, construyen una extensión del edificio original del Hospital, la que se conoció como Pabellón Martirené destinado a albergar numerosas personas afectadas por una epidemia de tuberculosis.

Este centro asistencial es una unidad ejecutora de Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), dependiente del Ministerio de Salud Pública. El mismo tiene por finalidad brindar asistencia de salud en primer y segundo nivel de atención a la población beneficiaria de la Administración de Servicios de Salud del Estado - Ministerio de Salud Pública (A.S.S.E. – MSP.)

La policlínica donde se desarrolla el Programa Aduana, cuenta con dos Pediatras, una Asistente Social, dos Internos de Enfermería que a su vez trabajan en forma coordinada con la Policlínica de Ginecología y las Internas de Enfermería asignadas al Programa Setiembre.

La zona de influencia corresponde al Zonal N° 12 de la IMM, esta zona abarca una superficie de 112 Km², incluye los barrios Colón, Villa Colón, Pueblo Ferrocarril, Conciliación, La Tablada, Lezica, Melilla, Rincón de Melilla, Peñarol Viejo, Cuchilla Pereira, Abayuba y San Bartola; correspondiendo más del 90% a zona rural, con diversas características y heterogeneidad en sus diferentes áreas.

Es importante señalar el incremento de la población debido a la instalación de cooperativas de viviendas, grupos habitacionales y fundamentalmente un notorio incremento de los asentamientos precarios con sus necesidades básicas insatisfechas.

Actualmente se contabilizan un total de 30 asentamientos

B) Historia del Programa Aduana

Como se ha mencionado el Programa Aduana comienza a ser implementado en el HSB en octubre del 2003 por la primer generación del Programa Internado de la Licenciatura de Enfermería; gestión que continúa la siguiente rotación.

^{*} (1) Ver mapas de la zona. Anexo N° 3

A los inicios de la década del 70, en nuestro país, se desarrolla el primer Programa Materno Infantil o Triple Programa, que incluye: el Programa de Salud Integral Materno Infantil en Áreas Periféricas, el Programa de Atención Intensiva iniciado en Hospital Público y el Programa Aduana que vincula las maternidades con los Centros Periféricos.

Este Triple Programa, surge en respuesta a investigaciones epidemiológicas de la mortalidad infantil donde se identifica en ese momento tres áreas de mayor incidencia: *Área Poblacional Marginada*; *Área geográfica*, comprendida por la población que habita en los cinturones de la ciudad y la Ciudad Vieja; *Área etarea* dentro de los primeros 6 meses de vida, en especial los 3 primeros (con gran aporte de la mortalidad neonatal).

En el año 1971 el Profesor Dr. Ramón Guerra aplicó el Subprograma Aduana elaborado por las autoridades del Centro Materno Infantil, el cual comienza a funcionar a partir de 1974, en los Hospitales Pedro Vizca y Pereyra Rosell. Consistía en la coordinación del alta de Puérperas y sus Recién Nacidos y altas de Lactantes, que se derivan a cuatro Centros de Salud y Diez Gotas del Consejo del Niño y lo llevaba a cabo el personal de Enfermería de los Centros de Salud.

En 1976 se capacita personal para esta tarea específica y se les asigna a tiempo completo a dichos Hospitales.

En el momento actual y desde 1983 (cierre del Hospital Pedro Vizca), lo hace el Hospital Pereyra Rosell, existiendo coordinación al respecto con el Hospital de Clínicas. Este programa que refiere a los recién nacidos y lactantes a Control en Salud en su zona de residencia, permite una captación oportuna, vinculándolo a un Centro de Salud local y permite un adecuado seguimiento mediante Consulta y Visita Domiciliaria.

C) Antecedentes de evaluación del Programa Aduana en el H.S.B

No existen antecedentes de evaluación del Programa Aduana como tal, ni de poblaciones de niños menores de un año de vida. La primera rotación de Internos de Enfermería que realiza su experiencia en el año 2003 en el H.S.B. partió de un "punto cero" en la aplicación de este Programa.

De las entrevistas realizada a la Directora del Programa Aduana (A.S.S.E.- M.S.P.), la Dra. E.S. y a la Lic. Enf. L., que colabora con el Programa Internado realizando la articulación del convenio MSP-UDELAR, corrobora que este programa comienza su implementación en el año 2003 en dicho nosocomio. Es institucionalizado por los Internos de Enfermería que impulsan su aplicación, enmarcados en el programa Internado del I.N.D.E.

La Directora del Programa Aduana refiere la falta de coordinación de la Institución prestadora de los servicios con la Dirección General de este programa. Que recién desde la llegada de los Internos de enfermería se observa la aplicación del Programa Aduana, si bien con períodos de discontinuidad cuando alternan las distintas rotaciones; quedando así en evidencia la falta de seguimiento por parte de la Institución.

V.- MARCO TEÓRICO

A.- Revisión bibliográfica

Se realizó una búsqueda de antecedentes en bases electrónicas (Fundación Index, Scielo, BVS, Cochran Plus en español). Se utilizó el idioma español y los términos MESII empleados fueron: Evaluación de programas, Impacto, Programa Aduana y/o Materno Infantil, Evaluación en el Primer Nivel de Atención.

SÍNTESIS DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Entre la bibliografía consultada en España y Latinoamérica se encuentra una vasta lista de estudios de impacto medidos sobre el indicador satisfacción; realizados en variadas Instituciones, todas apuntan a un mismo objetivo: conocer la satisfacción de los usuarios una vez recibido el servicio. Entre los estudios consultados aparecen mediciones en el área de 2do. nivel de atención (hospitalización) y escasos en el 1er. nivel de atención. En el contexto Ibero Americano existen experiencias de medición del impacto en estudios globales, por ejemplo que responden a procesos de reforma. Otros son estudios que forman parte de programas de mejora continua de la calidad, con la aplicación de instrumentos validados y probados y forman parte de una sistemática de medición una vez que el usuario es dado de alta.

En la Revista Brasileira de Enfermería del 2003 se relevaron tres estudios, de los cuales dos de ellos consistían en validar estrategias ministeriales tomadas en la prestación de servicios de enfermería mediante la incorporación de recursos en el mejoramiento de la accesibilidad a los servicios, así como referentes a la aplicación de cuestionarios de satisfacción del personal de enfermería y personal en general, uno en Centros de Salud y otro para ser aplicado en el 2do. Nivel. Los resultados obtenidos luego de la búsqueda y revisión bibliográfica permiten observar la importancia de la evaluación del impacto a través de la productividad y la satisfacción de los prestadores y los usuarios.

No se encuentran antecedentes de evaluaciones que incorporen Recursos Docentes-Asistenciales en el equipo de enfermería, en la prestación de poblaciones definidas con las características de nuestro trabajo de investigación.

A continuación se detalla un resumen de los artículos mencionados, cuyo desarrollo se encuentran en Anexo 15.

I.- Método de evaluación de resultados de la asistencia de enfermería

Este estudio de revisión bibliográfica cuyo objetivo es el abordaje de los aspectos teóricos y metodológicos de la evaluación de resultados de los cuidados de enfermería; analiza diferentes métodos de evaluación de resultados. Ellos son: *Acreditación hospitalaria* (evaluación externa de la institución por parte de otra institución capacitada para ello), *Método de trazadores o marcadores* (evaluación de los cuidados otorgados a las patologías mas comunes), *Administración de riesgos* (luego de detectados los riesgos se implementan las medidas para minimizarlos o erradicarlos), *Infección hospitalaria* (utilizado como principal indicador de calidad asistencial), *Caídas* (fomentar prácticas preventivas para evitar las caídas), *Notificación de ocurrencias* (refiere a la necesidad de optimizar la información de cada evento inesperado para actuar sobre las causas), *Medida de satisfacción de los clientes* (como indicador de calidad asistencial mediante el uso de instrumentos estructurados a tales efectos.

Concluye que el monitoreo continuo de las ocurrencias adversas constituyen una de los medios disponibles para reducir y controlar los efectos indeseables de los cuidados de enfermería prestados mejorando así la calidad de los servicios de salud.

II.- Impacto de una resolución ministerial. Aspectos del acuerdo social y político de la enfermería obstétrica.

Esta investigación refiere a la medición del impacto que a la opinión pública y colectividad científica hubiera inferido una resolución ministerial y como incidió en la población la estrategia de los medios formadores de opinión. Se partió de la realidad de la idea popular que la hegemonía médica no permitía el desempeño y retribuciones de enfermeros profesionales en la rama obstétrica. Se concluye que el manejo de la información es tendenciosa siendo manipulada según intereses socio-ideológicos; produciéndose los efectos buscados en la opinión pública.

III.- El trabajo de la enfermería: análisis y perspectivas.

Esta investigación analiza las actividades de enfermería como el trabajo que modifica el bien salud. Es decir un servicio cuya producción es cuidar, educar y administrar persiguiendo como producto la satisfacción de las necesidades de salud de cada individuo. Concluyéndose que en la creatividad, en los microespacios operacionales y en las inter-relaciones en la vida y en el trabajo, los trabajadores enfermeros encuentran las fortalezas propias de su profesión.

IV.- Evaluar calidad; una condición para la eficacia.

Se considera la evaluación de la calidad como elemento garantizador de la eficacia del proceso. Se aplican métodos de evaluación parcial y global de los cuidados de enfermería. Se crean e implementan unos registros de enfermería que permiten la aplicación de los criterios producidos en relación al modelo de cuidados y a la metodología de trabajo. Se concluye que la evaluación es un elemento impulsor en el proceso de mejora. Permite potenciar la implantación de normas y criterios, detectar desviaciones e introducir medidas correctoras, con el resultante de un incremento en la calidad.

V.- Impacto de la gestión integrada del proceso en la organización de los cuidados de enfermería.

Se concluye que realizando una gestión integrada de proceso facilita la polivalencia de los servicios de enfermería como así su multifuncionalidad, fomenta la participación y el talento organizacional, el uso de la metodología de cuidados que permiten trazar los procesos y sumar valor añadido. Se analizó la experiencia de un hospital en donde no existen camas distribuidas por especialidades sino por niveles de cuidados colocándose todo el énfasis en el proceso completo.

VI.- Evaluación del impacto de la reforma de la atención primaria sobre salud.

Investigación realizada en Barcelona España entre los años 1984 y 1996, en veintitrés áreas básicas de menor nivel socioeconómico de esta ciudad. Las conclusiones relatan que se comprueba una clara asociación entre el proceso de reforma de la atención primaria y la disminución de la mortalidad general en la región estudiada. Estos resultados sugieren que en España se puede registrar un impacto considerable de la reforma de la atención primaria en la mortalidad de la población de zonas de bajo nivel socioeconómico. El estudio muestra el coste en salud y vidas humanas que comporta el mantenimiento de servicios obsoletos y masificados para algunos segmentos de

población y justifican la necesidad y la urgencia de completar el cambio de los dispositivos de atención primaria en España.

B. – Impacto

Consideramos este como el cambio o conjunto de cambios duraderos que se producen en la sociedad, ciencia, medio ambiente, población, etc., mejorando sus indicadores como el resultado de acciones que le introducen valor agregado a los productos, servicios, procesos y /o tecnologías.

Sin resultados no hay impacto. El resultado refleja el cumplimiento del objetivo. Este puede ser negativo o positivo, pero debe ser posible de ser medido.

Para medir el impacto es necesaria la utilización de indicadores. Estos indicadores pueden cuantitativos o cualitativos siempre que sean capaces de reflejar con la mayor objetividad posible el efecto producido

Podemos objetivar el impacto desde dos perspectivas:

- 1) PRODUCTIVIDAD
- 2) SATISFACCIÓN

- o **Productividad** — Es el número de servicios o actividades producidas por unidad de recursos disponible por unidad de tiempo.
- o **Satisfacción** — (**Aceptabilidad, Calidad percibida**) Es la calidad como la perciben los propios usuarios; toma en cuenta las condiciones materiales, psicológicas, administrativas y éticas en que las acciones e pro de la salud se desarrollan. Es decir que abarca todos los aspectos del proceso de atención, desde la mera percepción del trato recibido a la provisión de información, capacidad de elección, gestión administrativa, hospedaje, continuidad de los cuidados entre niveles de atención, etc.. (OPS. Revista Panamericana de la Salud Pub. 8-1/2: Jul-Ago. 2000).

Para evaluar impacto en servicios de salud se requiere inicialmente una descripción orientada de tres elementos generales:

- *La población con sus necesidades de salud*
- *Los recursos de salud existentes*
- *Las actividades fundamentales que desarrollan esos recursos.*

La población con sus necesidades de salud: se enfoca a ilustrar la forma como se podrían describir las necesidades de salud de una población.

Los recursos de salud existentes: se enfoca a la descripción de los bienes o medios existentes en el servicio o programa.

Las actividades fundamentales que desarrollan esos recursos: se describen las actividades más significativas que desarrollan los programas y efectores de salud con los recursos existentes. El tipo y volumen de actividades, son elementos que representan el producto más inmediato de los servicios de salud y sirven de base para estimar buena parte de los indicadores de conceptos evaluativos.

Las actividades se pueden clasificar en tres grupos:

1-Actividades de servicios finales, están ligadas estrictamente con los objetivos de los usuarios y el proveedor, Ej. : Hospitalización, consulta médica, vacunaciones.

2-Actividades de servicio intermedio, complementan las actividades finales, por Ej.: radiografías, exámenes de laboratorio.

3-Actividades administrativas, facilitan a las dos anteriores, por Ej.: presupuestar, supervisar.

La medida de las actividades realizadas y su comparación ya sea con las programadas o con las realizadas en períodos anteriores en la misma institución, o en el mismo período en instituciones similares, pueden indicar bien el desempeño del efector de salud solo cuando está acompañada de otros indicadores como disponibilidad, productividad, cobertura, eficacia, etc.

C.- Programa Aduana

Antecedentes

En el año 1971 el Profesor Dr. Ramón Guerra aplicó un subprograma elaborado por las autoridades del Centro Materno Infantil, el cual comienza a funcionar a partir de 1974, en los Hospitales Pedro Vizca y Pereyra Rossell. Consistía en la coordinación del alta de Puérperas y sus Recién Nacidos y altas de Lactantes, que se derivan a cuatro Centros de Salud y 10 gotas del Consejo del Niño, y lo llevaba a cabo el personal de Enfermería de los Centros de Salud.

En 1976 se capacita personal para esta tarea específica, y se les asigna a tiempo completo a dichos hospitales.

En el momento actual y desde 1983 (cierre del Hospital Pedro Vizca), lo hace el Hospital Pereyra Rossell, existiendo coordinación al respecto con el Hospital de Clínicas. Este programa que refiere a los Recién Nacidos (y lactantes de alta) a control de su zona de residencia, permite una captación oportuna, vinculándolo a un Centro de Salud local y permite un adecuado seguimiento mediante Consulta y Visita Domiciliaria.

Objetivos

Disminuir los índices de morbi-mortalidad infantil mediante la captación y seguimiento del Recién Nacido, Lactantes y Embarazadas.

Población Objetivo

Recién Nacidos y Lactantes de madres residentes en Montevideo, nacidos en el Hospital Pereyra Rossell y Hospital de Clínicas.

Recursos Humanos

A nivel hospitalario: personal específico para la derivación de la madre y el niño.

A nivel periférico:

- Médico Pediatra, Médicos de Familia, Enfermería de los Centros de Salud, Asistentes Sociales, Nutricionistas, etc.
- Equipo Coordinador del Programa Aduana en Central del SSAE.

PROGRAMA ADUANA CENTRAL

PARTE MENSUAL GLOBAL DE LOS SERVICIOS

Métodos: Realizar estudios prospectivos de tipo descriptivos de las variables definidas por un plazo de tres meses.

Variables:

- Total de Recién Nacidos
- Total de Lactantes derivados
- Total de embarazadas y puérperas captadas y derivadas
- Lugar de control del Embarazo
- Madres adolescentes
- VDRL positivos – ETS
- Bajo peso al nacer
- Visitas domiciliarias

Los RN que no concurren pero fueron visitados por el centro, Médico de Familia o por los otros efectores coordinados del área.

VISITA DOMICILIARIA:

La visita domiciliaria (VD), en general es una técnica de gran valor en los Programas preventivo asistenciales. Posibilita el acercamiento hacia el usuario, su familia y su hábitat por parte del equipo de salud, lo que debe redundar en la humanización de la relación y en mejorar el conocimiento de las condiciones de los usuarios. Permite realizar citas programadas y detectar riesgos sin control.

La VD en el marco del Programa Aduana, busca estrechar el lazo entre madre y equipo de salud, destacando la importancia del control del niño, conociendo la situación socio económica concreta y adaptando a las mismas las nociones elementales de puericultura.

Población a visitar

La VD en el marco de este programa debe realizarse a todo RN y Lactante independiente sea su riesgo y haya o no concurrido a control, así como la madre adolescente o de riesgo.

Priorización

- a) A aquellos RN que no concurren.
- b) A aquellos RN con riesgo, aún controlados y el seguimiento hasta el año.
- c) Fallecidos.

Funcionarios que realizan la VD

La VD se realizaba en general por personal de enfermería, sea Enfermera Universitaria o Auxiliar, Médico de familia. Podrá ser acompañada por otro funcionario del equipo, o si hay otras acciones planteadas (Asistente Social, etc.).

Sistematizar la VD: (Elementos a tener en cuenta)

Solicitar entrada al domicilio observando en lo posible:

- A. Al visitado.
- B. Su hábitat.
- C. Su carné de control.

A. Observación:

- Aspecto general del RN (incluyendo observación de zona glútea y periné).
- Estado del ombligo.
- Color de la piel (en lo posible a la luz del día).
- Higiene de piel y ropas.
- Vestimenta (exceso o defecto).
- Lactancia: interrogar a la madre al respecto. En lo posible ponerlo al pecho.
- Inmunizaciones.

B. Observación del hábitat:

- Higiene.
- Lugar donde duerme.
- Riesgo de accidentes (Próximo a fuentes de calor, tóxicos)

C. Observación del Carné de Salud del niño:

- Observar si constan fecha y lugar de controles y tomar nota.
- Observar si se documentaron situaciones de riesgo.

Registro de la V.D. realizada:

De los elementos anteriormente sistematizados se registrarán aquellos que a juicio del funcionario sean de valor para el control del niño, anotando la fecha de cita.

Fecha VD:

Se pondrá día en que se realiza la VD, en lo posible se efectuará a la falta a cita a clínica llevándosele en esa oportunidad nueva citación, que a la vez se registrará en la planilla donde dice fecha de cita, para volver a controlar la asistencia. Se hará educación.

Observaciones:

Se pondrá allí información aclaratoria. Por ejemplo: Prematuros que continúan internados, RN que corresponde a Hospital Militar en el que continuará el control, dirección que no corresponde etc.

TODOS LOS CENTROS DEBEN CONTAR CON:

- Historia clínica.
- Tarjetas de casos.
- Planillas para VD
- Planillas para captación de referidos por Programa Aduana.
- Plano de la zona de influencia del Centro señalado, Policlínicas Barriales, Policlínicas de la IMM. y otras, consultorios de Médicos de Familia, asentamientos marginales, mortalidad infantil de la zona, mapeo de morbi-mortalidad.
- Flujoograma del Centro.
- Evaluación de actividades.
-

SEGUIMIENTO DE MENORES DE UN AÑO ALTO RIESGO

De acuerdo a lo establecido en el plan de trabajo para el área Infantil, los equipos de **Pediatría** de los Centros de Salud encaran en el 1995 el seguimiento de los menores de 1 año, en forma sistemática, priorizando las situaciones de **ALTO RIESGO**.

A efectos de unificar los criterios de **ALTO RIESGO** a manejar por los servicios, se ha realizado una encuesta a los pediatras, a partir de la cual se unificó la siguiente **PROPUESTA DE CRITERIOS DE ALTO RIESGO INFANTIL**. La misma deberá hacerse conocer a todo el equipo, desde los pediatras y enfermeros hasta los funcionarios de recepción que confeccionarán las hojas de citas señalizando adecuadamente estas situaciones.

CRITERIOS DE ALTO RIESGO INFANTIL (ARI)

- 1) Bajo peso al nacer (PEG o pretérmino).
- 2) No amamantamiento o destete precoz (menos de 2 meses).
- 3) Desnutrición
- 4) Falta de inmunización.
- 5) Patologías digestivas (trastornos disabsortivos), cardiovasculares, neurológicos, respiratorios, infecciones y malformaciones congénitas (Síndrome de Down, etc.)
- 6) Cuadros de diarrea aguda infantil (DAI) o enfermedades respiratorias a repetición.
- 7) Maltrato.
- 8) Hermanos fallecidos (de menos de 5 años)
- 9) Madre adolescente y/o sola y/o analfabeta.
- 10) Severísimo riesgo social: vivienda muy precaria y falta de agua potable.
- 11) Madre con patología (... O HIV +, HTA, Diabetes juvenil, ...)
- 12) Embarazo no controlado.
- 13) Más allá de que cada pediatra pudiera solicitar el seguimiento de algún niño no incluido en este listado, el mismo busca sistematizar el correcto control de estos niños de mayor riesgo.
- 14) Cada equipo de trabajo reunido encara la operativa de seguimiento de acuerdo a sus posibilidades, distribuyendo responsabilidades en la citación de los mismos, en el control de los que faltan a la cita y la respectiva confección de hoja de visita, en la realización de las VD y su correcto registro.
- 15) Mesa Central supervisará esta operativa en forma semanal o quincenal por medio de planillas de seguimiento, y apoyará al equipo del Centro siempre que lo necesiten.

ACTIVIDADES

A nivel hospitalario:

1. Visita diaria a salas de internación de:
Maternidad.

Lactantes.

Registro Civil del HPR por defunciones.

2. Entrevista a los casos ingresados para:

Recabar información.

Brindar nociones primarias de cuidados del RN y Puérpera

Derivación al establecimiento que corresponda, anotando en el carné del niño fecha de control.

3. Llamado telefónico o fax a los Centros del SAE para comunicar citas otorgadas, altas de lactantes y defunciones.

4. Entrega bisemanal a Mesa Central del SSAE de las planillas con los datos totales de derivación.

A nivel periférico:

1. Recepción de las citas – informe telefónico periódico – por personal responsable del equipo, en planilla correspondiente, y apertura de tarjetas por cada niño citado.

2. Realizar tarjeta de visitas domiciliarias (a los mismos niños) priorizando aquellos de mayor riesgo.

3. Control pediátrico, de enfermería, de nutrición y Asistente Social si correspondiera del RN, ingresado al Centro, Registrando datos del control (en especial: alimentación, percentiles de peso y patologías) en historias pediátricas y tarjetas de seguimiento.

4. Seguimiento de los niños derivados dicho mes, repitiendo VD de aquellos que no concurrieron procurando su captación.

A partir de julio de 1992, y en base al criterio de Área de responsabilidad de cada Centro de Salud, se establece la derivación zonal a múltiples efectores – Centro y Policlínicas del SSAE, Policlínicas de la IMM, Médicos de Familia, Policlínicas Barriales Coordinadas – a través del informe y supervisión del equipo del Centro de Salud, que realiza la referencia zonal de todos los casos de su área y recibe de los efectores la contrarreferencia pertinente.

De esta forma se logra derivar todos los RN del área de Montevideo, bajo responsabilidad de un Centro o su supervisión.

La contrarreferencia de la información, difícil de sistematizar, es de sumo interés para el Servicio de RN y para el SSAE. Estando actualmente en proceso de totalización cuantitativa según el nuevo sistema de Áreas.

EVALUACIÓN

Mensualmente se hará un procesamiento primario de datos y semestralmente se realizará una reunión conjunta de Directores y Nurses de los Centros de Salud para evaluar la marcha del programa y proponer los posibles ajustes a implementar.

Interesa:

- Total de RN vivos captados en la Maternidad del CHPR, Hospital de Clínicas, referidos por el programa Aduana.
- Total de RN vivos captados según lugar de referencia en Montevideo.
- Total de embarazadas y puerperas adolescentes o con riesgo de vida.
- Total de defunciones del Área.
- Total de visita domiciliarias (VD) realizadas.

CENTROS DE SALUD

- Teléfono o fax.
- Tarjeta del caso para facilitar el seguimiento en cada servicio para anotar la contrarreferencia desde los servicios coordinados hacia el Centro de Salud.
- Planilla que se lleva en el Centro de Salud y se envía a Mesa Central para supervisión con datos del usuario, su control y eventual VD a completar con la contrarreferencia de servicios coordinados por fax o teléfono.

D. - *Primer Nivel de Atención y rol del Profesional Enfermero en el Primer Nivel de Atención.*

Para el rol de enfermería en el 1er nivel de atención.

El perfil de competencias del Licenciado en Enfermería en el Primer Nivel de Atención, entendiéndose por competencias a la aptitud de un individuo para desempeñar una misma función productiva en diferentes contextos y con base en los requerimientos de calidad esperada por el sector productivo. Esta aptitud se logra con la adquisición y desarrollo de conocimientos, habilidades y capacidades que son expresadas en el saber, el hacer y el saber hacer. (Conocer, 1997) quedan definidas de esta manera:

Identifica necesidades y demandas de cuidados de enfermería en la población objetivo, mediante diagnóstico comunitario sistémico.

- Actúa como proveedor de cuidados integrales, continuos y personalizados, considerando a las personas como ser humano integral, formando parte de la familia y de una comunidad.
- Caracteriza y clasifica a la población objetivo de acuerdo a criterios de riesgo biológico, psicosocial y ambiental.
- Desarrolla los programas de atención de enfermería, aplicando el Proceso de Atención de Enfermería a lo largo del ciclo vital, mediante el control del individuo sano y el seguimiento de las personas con capacidades diferentes.
- Dirige la asistencia de enfermería integrando a los colaboradores en los programas locales, teniendo en cuenta los principios éticos y los recursos disponibles.
- Presta cuidados directos a pacientes sanos y enfermos en diferentes ámbitos y modalidades (Hogar, centros laborales, centros educativos y otros conglomerados) con pautas protocolizadas.
- Apoyo profesional continuo en domicilio a pacientes con proceso irreversible y pronóstico de muerte.

- Orienta a familiares, acompañantes o agentes, para integrarlos a actividades de apoyo en los programas.
- Desarrolla acciones de vigilancia epidemiológica en los grupos poblacionales definidos por el equipo sanitario.
- Educación sanitaria a grupos para la creación de hábitos saludables y técnicas de autocuidado y cuidado familiar, en proceso de enfermedad.
- Coordina recursos comunitarios disponibles y promueve la movilización de esfuerzos, mediante el trabajo participativo e integrado con los líderes y grupos organizados.
- Coordina actividades interdisciplinarias en intersectoriales.
- Genera mecanismos de accesibilidad a los servicios de atención sanitaria, para los grupos postergados o marginados.
- Genera e implementa mecanismos de referencia y contrarreferencia que favorezcan la continuidad del proceso asistencial y el fortalecimiento de la red
- Desarrolla investigaciones interdisciplinarias y propias que apunten a generar soluciones a los problemas reales de la población.
- Participa en la docencia formal de nivel básico y pos básico de centros formadores de recursos humanos de enfermería.
- Sistematizar la información (estadística y banco de datos) de las intervenciones de enfermería y evalúa resultados en los diferentes programas desarrollados.
- Mide la productividad de enfermería por programa a través de la consulta de enfermería, visita domiciliaria, tratamientos u otras unidades de producción.
- Evalúa los componentes de calidad técnica y satisfacción de la población usuaria de los diferentes programas.

Primer Nivel de Atención:

Es la puerta de entrada del usuario al sistema de salud. Bien organizado permite resolver las necesidades básicas y mas frecuentes en la atención de salud de una población dada, con tecnologías simples. Se agrupan en este nivel aquellos servicios, procedimientos y tipo de personal que el Ministerio de Salud Pública considera deben estar accesibles en forma inmediata a la población.

Principales Actividades del primer nivel:

- ✓ **Promoción**
 - ✓ **Protección específica**
 - ✓ **Diagnóstico precoz**
 - ✓ **Tratamiento oportuno**
 - ✓ **Rehabilitación**
 - ✓ **Saneamiento ambiental**
 - ✓ **Con amplia participación de la comunidad organizada**
- 1) La función del primer nivel es brindar atención de salud a través de:
 - Atención ambulatoria
 - Atención a domicilio, seguimiento domiciliario casos de riesgo.
 - Atención de urgencia.
 - 2) Vigilancia epidemiológica.
 - 3) Educación para la salud.
 - 4) Investigación.

E. - Rol del Interno de Enfermería –

- Aplica el proceso administrativo en una unidad de enfermería o programa, dispuesta para atender una población limitada en número y complejidad, con los recursos acorde al programa.
- Realiza el diagnóstico primario de la unidad o programa que administra, incluyendo: Situación de salud de los usuarios o población a su cargo. Recursos de que dispone (materiales humanos, financieros, tiempo, dinámica de trabajo, resultados de la atención ofrecida).
- Asume el rol de codirigente del equipo de enfermería con la licenciada del servicio, favoreciendo la participación del usuario y su núcleo y la integración del personal de la unidad.
- Instrumenta el plan de atención con los recursos disponibles.
- Realiza actividades de coordinación para el funcionamiento de la unidad, intra e intersectorialmente.
- Conoce y aplica la normativa institucional dentro del área de su responsabilidad.
- Busca mecanismos de comunicación que favorezcan el trabajo interdisciplinario desde su rol profesional.
- Brinda atención profesional personalizada cuando detecte que las necesidades de la población a su cargo así lo exigen.
- Representa el equipo de enfermería ante los niveles institucionales, en la medida que compete a su rol, por la administración del área asignada.
- Participa en el abordaje de situaciones de carácter jurídico-legal, conjuntamente con la licenciada encargada de la unidad, según su competencia, en acciones propias del equipo de enfermería.

F. - Atención Primaria – (Según declaración de Alma-Ata 1978)

“La asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo; con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación.

La atención primaria es parte integrante tanto del Sistema Nacional de Salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como el desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de atención sanitaria.” Surge como *estrategia* por la necesidad de racionalizar los recursos y efectivizar la extensión de la cobertura de atención a la salud.

G.-Variable – Una variable es cualquier cualidad o característica de un organismo, grupo o situación capaz de adoptar valores diferentes.

Las variables podemos clasificarlas en: *Continuas – Categóricas; Activas – De atributo; Dependientes -- Independientes; Puras – Espúreas.*

H.-Definición operacional – Supone la especificación de las operaciones que el investigador deberá realizar a fin de obtener la información.

I.-Indicador – Es una subdimensión de la variable. Se refiere a componentes o índices del hecho que se estudia.

Características de un buen indicador - Un buen indicador debe abarcar, como sea posible, el mayor número de las siguientes características:

- o Disponibilidad: los datos básicos para la construcción del indicador deben ser de fácil obtención sin restricciones de ningún tipo.
- o Simplicidad: el indicador debe ser de fácil elaboración.
- o Validez: la validez de los indicadores significa que éstos deben tener la capacidad de medir realmente el fenómeno que se quiere medir y no otros.
- o Especificidad: si un indicador no mide realmente lo que se desea medir, su valor es limitado, pues no permite la verdadera evaluación de la situación al reflejar características que pertenecen a otro fenómeno paralelo.
- o Confiabilidad: los datos utilizados para la construcción del indicador deben ser fidedignos (fuentes de información satisfactorias).
- o Sensibilidad: el indicador debe ser capaz de poder identificar las distintas situaciones de salud aún en áreas con distintas particularidades, independientemente de la magnitud que ellas tengan en la comunidad.
- o Alcance: el indicador debe sintetizar el mayor número posible de condiciones o de distintos factores que afectan la situación descrita por dicho indicador. En lo posible el indicador debe ser globalizador.

Al medir el nivel de salud se intenta estimar como se manifiesta el proceso salud enfermedad en una población. A pesar del desarrollo y los avances experimentados en la investigación sobre indicadores positivos de salud, hoy por hoy, la información que está disponible recurre al uso de indicadores negativos de salud, basados en la pérdida de ésta. Pese a las limitaciones propias de trabajar con una parte del fenómeno salud enfermedad (daños), estos son los indicadores de mayor utilidad en salud.

J.-Establecimiento de indicadores de evaluación;

Estos pueden ser de estructura; de proceso; resultado:

- I. Estructura: A - Disponibilidad
 B - Accesibilidad
- II. Proceso: A - Productividad
 B - Rendimiento
 C - Calidad
- III. Resultado: A - Eficacia
 B - Eficiencia
 C- Cobertura

I A - Disponibilidad - Define los recursos existentes en función de la población a servir. Debe tener en cuenta todos los tipos de recursos necesarios para prestar un servicio.

I B - Accesibilidad — Está íntimamente ligada con disponibilidad a pesar de ser conceptos diferentes., debiéndose considerar las diversas barreras que pueden impedir o dificultar el uso de los servicios por parte de la población.

II A - Productividad — Es el número de servicios o actividades producidas por unidad de recursos disponible por unidad de tiempo.

II B - Rendimiento — Número de servicios o actividades producidas por unidad de recurso utilizado por unidad de tiempo.

II C - Calidad — Se define en términos de cuatro variables:

- a) Integridad (Satisfacer todas las necesidades de los pacientes).
- b) Contenido (Hacer todo lo que se debe hacer en cada caso).
- c) Destreza (Hacer bien lo que se debe hacer).
- d) Oportunidad (Hacer a tiempo y en la secuencia adecuada lo que se debe hacer).

III A - Eficacia—Se mide en términos del resultado deseable o del propio objetivo del servicio.

III B - Eficiencia— La relación entre los resultados logrados o los productos producidos con los insumos utilizados.

III C - Cobertura— Es la proporción de personas con necesidad de servicios que han recibido para dicha necesidad.

VI.- MÉTODO

Diseño – Descriptivo.

La postura del investigador es pasiva (no experimental).

El eje temporal es transversal.

De base individual (...un grupo de individuos no siempre conforma una población de características estables). * (2)

Universo – El universo está conformado por el 100% de los niños nacidos en el área de influencia del IISB y derivados o captados por este centro.

Muestra – El total de los niños captados y seguidos en el programa en el período antes mencionado. (La muestra es de carácter no probabilística).

Criterios de inclusión – 100% de los RN y los lactantes incluidos en el Plan Aduana en el área de influencia del IISB.

Fuente de información – El informe final realizado por Internos de Enfermería de la rotación correspondiente al HSB en el período que abarcó desde el 3/5/04 al 3/11/04).

Registros – Corresponden a cada niño y al total.

Procesamiento de los datos – Los datos serán presentados en tablas y gráficos, con las frecuencias porcentuales y absolutas.

Análisis de la información – Acorde a la información obtenida se efectuará con posterioridad, un análisis de esta que permitirá la elaboración de un resultado.

Operacionalización de las variables

El IMPACTO: Entendido como el Cambio logrado en la situación de la comunidad como resultado del producto de un *proceso*. Es el nivel más elevado o la finalidad última del *proceso* y donde se genera la totalidad de los beneficios previstos.

El Impacto de un Programa en una realidad es una Variable Compleja que se desglosa en **Productividad y Resultados**. Ambas se operativizan en indicadores, con medición numérica.

Puede medirse entonces a través de:

1- LA PRODUCTIVIDAD: se expresa como la relación entre la cantidad de bienes y servicios por cantidad de recursos usados. También se refiere al número de productos que se obtienen con una cantidad de insumos en un período de tiempo.

Se traduce en este Programa por:

- N° Visitas Domiciliarias
- N° de Consultas de Enfermería
- Inmunizaciones aplicadas
- Intervenciones educativas
- Captación telefónica

* (2) Ver Anexo 2 Polit Hungler

1. A – VISITA DOMICILIARIA:

Definición conceptual: Es la gestión que se realiza en el hogar con fines de investigación, diagnóstico o tratamiento; permitiendo desarrollar la observación del medio y apreciar el desenvolvimiento en él.

La misma nos permite, entre otros:

- Identificar necesidades.
- Entregar contenidos educativos.
- Verificar un tratamiento indicado desde el servicio.
- Entregar asistencia profesional a un usuario que está imposibilitado para acudir al consultorio.

Para programar esta actividad es necesario tener en cuenta:

- Determinar las causas de la visita.
- Conocer los antecedentes del usuario.
- Planificar y preparar el material necesario.
- Mantener una conducta profesional.

Definición Operacional: Nos referimos a la cantidad de visitas domiciliarias realizadas por las Internas de Enfermería en el plazo de su experiencia.

1. B – CONSULTA DE ENFERMERÍA:

Definición conceptual: Es una actividad independiente de Enfermería en donde se valora sistemáticamente al individuo de una manera personalizada e integradora, evaluando su situación de salud.

A partir de la valoración pueden identificarse problemas los cuales el Enfermero traduce en diagnósticos y sobre los cuales debe actuar, elaborando un Plan de Acción, por el cual se dará respuesta a las necesidades y problemas identificados en la consulta.

Definición Operacional: Se refiere a la cantidad de consultas de enfermería realizadas por las Internas de Enfermería en el plazo de su experiencia, cuando el usuario concurre a los controles en salud.

1. C – VACUNACIONES APLICADAS:

Definición conceptual: Inyecciones de microorganismos atenuados, como bacterias, virus o rickettsias que se administran para inducir inmunidad o reducir los efectos de ciertas enfermedades infecciosas.

Definición Operacional: Es el número de inoculaciones realizadas por Enfermería durante el período analizado, en usuarios correspondientes al programa Aduana (acorde a la edad del niño y al C.E.V.)

1. D – ACTIVIDADES EDUCATIVAS:

Definición Conceptual: Denominaremos así al conjunto de acciones planificadas por las Internas de Enfermería, mediante las cuales se administra información tendiente a incidir positivamente en la situación sanitaria de la población objetivo.

Definición Operacional: Es el número de estas actividades realizadas por las dos Internas de Enfermería durante estos seis meses.

1. E – CONTACTOS TELEFÓNICOS:

Definición conceptual: Es una actividad mediante la cual por intermedio de la telefonía se contacta al usuario o familiar, con la finalidad de lograr la inserción al Programa, otorgar citas, suministrar información etc.

Definición Operacional: Es la cantidad de llamadas telefónicas exitosas realizadas por las Internas de Enfermería durante su gestión.

2 - EL RESULTADO: se traduce a través de:

- **LOGROS** (alcance de objetivos)
- **SATISFACCIÓN** (aumento del bienestar)

A continuación sólo se abordarán los logros a través de los siguientes indicadores.

- N° usuarios captados/ N° Recién Nacidos vivos(RN)
- N° usuarios con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.
- N° usuarios con CEV vigente y actualizado.
- N° usuarios captados/ N° Recién Nacidos vivos(RN)
- N° usuarios con seguimiento al año/ total.
- N° usuarios con percentiles dentro de lo esperado, (p10 – p90)
- N° niños con patologías agudas.

2. A – USUARIOS CAPTADOS / RECIEN NACIDOS VIVOS

Definición Conceptual: (Captados) Niños ingresados al Programa Aduana del HSB.
(R N vivos) Niños que se encuentran con vida luego de las 48 hs. de nacidos.

Definición Operacional: Total de usuarios captados, sobre el total de niños derivados por A.S.S.E. al centro de salud de SAYAGO comprendidos en su zona de influencia, durante el período Mayo – Octubre 2004.

2. B – C.E.V. (Certificado Esquema Vacunación) VIGENTE Y ACTUALIZADO

Definición Conceptual: Poseer las vacunas correspondientes a la edad y dentro de los tiempos de caducidad establecidos, y aquellos cuyo carné fueron actualizados mediante la inoculación correspondiente.

Definición Operacional: Es la cantidad de niños con C.E.V. vigente y actualizado a la fecha de finalización del período Mayo-Octubre 2004.

2. C – LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA

Definición Conceptual: Es el acto de alimentar al niño únicamente con leche materna.

Definición Operacional: Es la cantidad de niños que se alimentan con leche materna exclusiva hasta los 6 meses de edad.

2. D – SEGUIMIENTO AL AÑO

Definición Conceptual: Es el monitoreo continuo del niño, que abarca desde su captación a Programa hasta el cumplimiento de su primer año de vida, por parte del Interno de Enfermería.

Definición Operacional: Total de niños a los que se les realizó el seguimiento, durante el período de gestión de esta rotación de Internos, o sea 6 meses.

2. E – PERCENTILES DENTRO DE LO ESPERADO

Definición Conceptual: Se refiere al rango pre-establecido en la relación peso/edad y talla/edad como Camino de la Salud en la gráfica del carné de control pediátrico.

Definición operacional: Total de usuarios cuyas mediciones antropométricas se registren entre los Percentiles P10 y P90 de las graficas estandarizadas del CARNÉ de control pediátrico.

2. F – PATOLOGÍAS AGUDAS

Definición Conceptual: Se refieren a enfermedades de curso acotado en el tiempo no más de 6 meses y susceptibles de ser reversible.

Definición operacional: Total de niños que consultan cursando una patología aguda durante el período mayo-octubre 2004.

VII. – ANÁLISIS de RESULTADOS de IMPACTO

POBLACIÓN DE REFERENCIA	FA	FR%
El número total de Recién Nacidos Vivos del período	245	100
El número de población captada en el período	113	46

Del total de usuarios nacidos vivos en el área de referencia se captaron e ingresaron a programa el 46% de la población. El 54% restante se refirieron a otros efectores de la zona d influencia. No correspondiendo su captación a la policlínica del HSB.

POBLACIÓN DE REFERENCIA	FA	FR%
El N° de usuarios en el programa	165	100
El número de población captada en el período	113	46
N° de usuarios con alta del Programa	52	32

Del total de usuarios en el Programa Aduana en este período 165(100%) se observa que 113 (68%) conforman la población con seguimiento en el período y que 52 (32%) son los que salieron del programa por no estar comprendidos dentro del período de 1 año de seguimiento.

1- PRODUCTIVIDAD

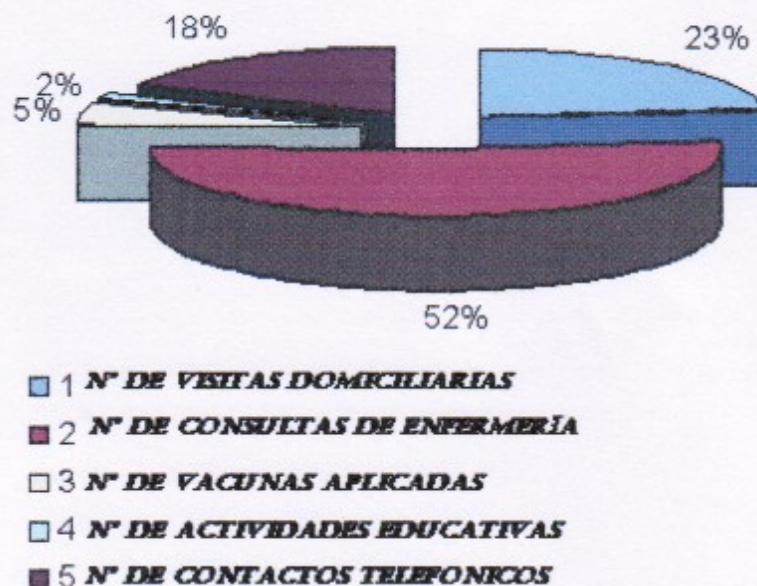
Tomada la productividad como: (El N° de servicios o actividades producidas por unidad de recursos disponible por unidad de tiempo)

TABLA N° 1.1:

Productividad Total

INDICADORES	FA	FR%
N° de Visitas Domiciliarias	163	23
N° de Consultas de Enfermería	361	52
N° de Vacunaciones aplicadas	35	5
N° de Actividades Educativas	12	2
N° de contactos Telefónicos	124	18
TOTAL	695	100

GRÁFICA N° 1.1:



Se observa un total de 695 intervenciones de enfermería donde el mayor porcentaje se ubica en el indicador *Consulta de Enfermería*, siguiendo *Visitas Domiciliarias* como la segunda intervención con mayor porcentaje.

TABLA 1.2:**Productividad en relación a la edad en semestres**

INDICADORES	0-6 meses	7-12 meses	TOTAL
Nº de Visitas Domiciliarias	89	74	163
Nº de Consultas de Enfermería	241	120	361
Nº de Vacunaciones aplicadas	18	17	35
Nº de Actividades Educativas	6	6	12
Nº de contactos Telefónicos	46	78	124
TOTAL	400	295	695

Cuando se analiza la productividad total (695) sobre el número de usuarios en programa (113) se puede observar que existe una distribución de 6 intervenciones por usuario en el período. Si se analizan estas intervenciones en relación a la edad del niño menor de un año por semestre se observa que: Es mayor la frecuencia de intervenciones por usuario que realiza el interno de enfermería (58%) en el primer semestre de vida del niño; (4 contactos por niño por interno); que en el segundo semestre (3 contactos por niño por interno).

1. A - N° de Visitas Domiciliarias

Nos referimos a la cantidad de visitas domiciliarias realizadas por las Internas de Enfermería en el plazo de su experiencia.

TABLA 1A:

INDICADOR	0-6 meses	7-12 meses	TOTAL
N° de Visitas Domiciliarias	89	74	163

GRÁFICA 1A:



COMENTARIO: En esta representación gráfica se observa un mayor N° de visitas a la población entre 0 y 6 meses.

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

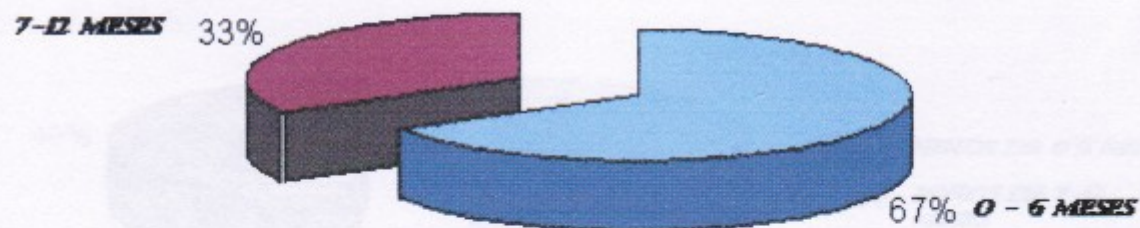
1.B – N° de Consultas de Enfermería:

Se refiere a la cantidad de consultas de enfermería realizadas por las Internas de Enfermería en el plazo de su experiencia, cuando el usuario concurre a los controles en salud.

TABLA 1B.

INDICADOR	0-6 meses	7-12 meses	TOTAL
N° de Consultas de Enfermería	241	120	361

GRÁFICA 1B.



COMENTARIO: De 361 Consultas de Enfermería se observa un porcentaje mayor en la población de 0 a 6 meses correspondiendo a un tercio del total.

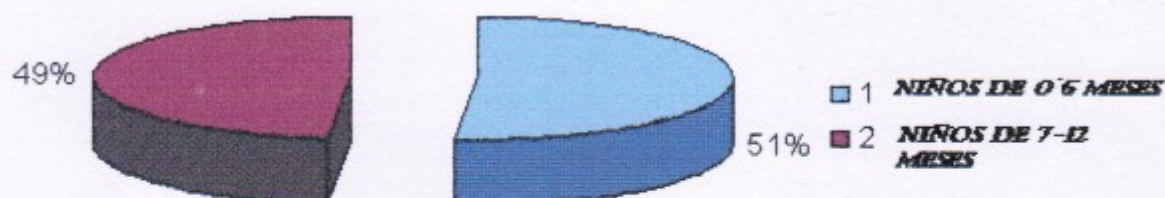
1.C - N° de Vacunaciones Aplicadas:

Es el número de inoculaciones realizadas por Enfermería durante el período analizado, en usuarios correspondientes al programa Aduana (acorde a la edad del niño y al C.E.V.)

TABLA 1C.

INDICADOR	0-6 meses	7-12 meses	TOTAL
N° de Vacunas Aplicadas	18	17	35

GRÁFICA 1C.



COMENTARIO: Se puede apreciar una leve mayoría en la aplicación de vacunas en la población menor de 6 meses.

1.D – Actividades Educativas:

Es el número de estas actividades realizadas por las dos Internas de Enfermería durante estos seis meses.

TABLA 1D.

INDICADOR	0-6 meses	7-12 meses	TOTAL
Nº de Actividades Educativas	6	6	12

GRÁFICA 1D.



COMENTARIO: La cantidad de actividades educativas que se realizaron en conjunto suman 12 siendo el total realizado durante el período.

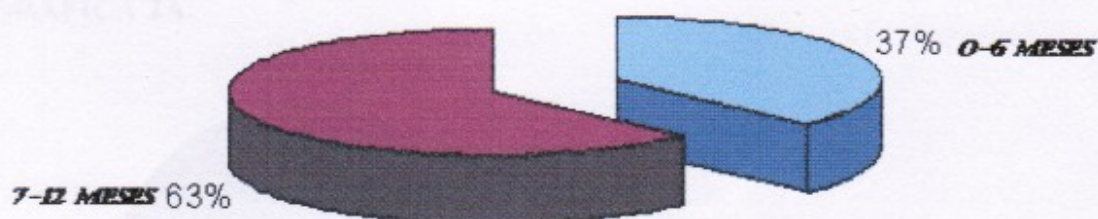
1.E - N° de Contactos Telefónicos:

Es la cantidad de llamadas telefónicas exitosas realizadas por las Internas de Enfermería durante su gestión.

TABLA 1E.

INDICADOR	0-6 meses	7-12 meses	TOTAL
N° de Contactos Telefónicos	46	78	124

GRÁFICA 1E.



COMENTARIO: De 124 Contactos Telefónicos se observa un porcentaje mayor en la población de 7-12 meses lo que indica un creciente aumento de los incumplimientos a las citas acordadas a medida que aumenta la edad.

2 - RESULTADO

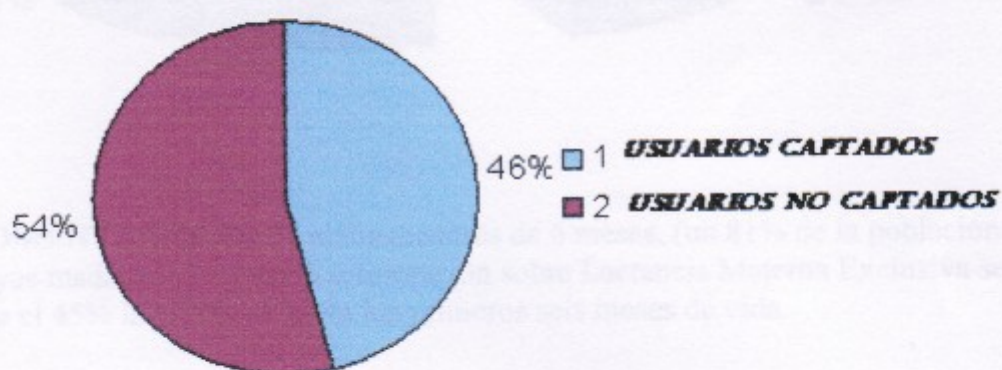
2 A.- N° de usuarios captados / RN nacidos vivos.

Total de usuarios captados, sobre el total de niños derivados por A.S.S.E. al centro de salud de SAYAGO comprendidos en su zona de influencia, durante el período Mayo – Octubre 2004.

TABLA 2 A.

INDICADOR	TOTAL	
	FA	FR%
N° de usuarios captados/RN vivos	113/245=0,46	46

GRÁFICA 2A.



COMENTARIO: Del total de los RN vivos de la zona de influencia se captaron e ingresaron al programa el 46%. El 54% restante fue referido a otros efectores de la zona, no correspondiendo su captación a la policlínica del HSB

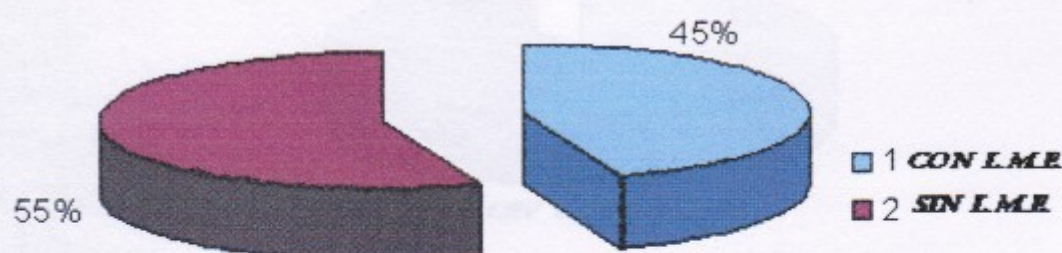
2 B.- N° de usuarios con lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses.

Es la cantidad de niños que se alimentan con leche materna exclusiva hasta los 6 meses de edad.

TABLA 2 B.

INDICADOR	SI		NO		TOTAL	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
N° DE USUARIOS CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA HASTA LOS 6 MESES DE EDAD	41	45	51	55	92	100

GRÁFICA 2 B.



COMENTARIO: De 92 niños menores de 6 meses, (un 81% de la población captada) cuyas madres se les brindó información sobre Lactancia Materna Exclusiva se observa que el 45% la mantiene hasta los primeros seis meses de vida.

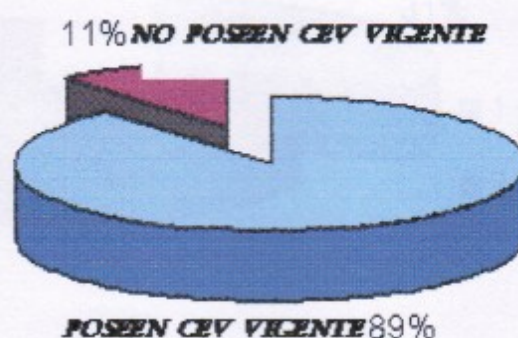
2 C.- N° de usuarios con C.E.V. vigente y actualizado.

Se toma el total de la población con intervenciones de Enfermería en el cumplimiento del C.E.V., correspondiente a **165**.

TABLA 2C.

INDICADOR	TOTAL			
	SI		NO	
	FA	FR%	FA	FR%
N° de usuarios con CEV vigente	147	89	18	11

GRÁFICA 2C.



COMENTARIO: 2B = Corresponde destacar que del total de la población asistida por las internas (165) a la cual se brindaron intervenciones de Enfermería a los efectos de tener la vigencia del C.E.V., solamente el 11% no mantuvo tal condición obedeciendo a prescripciones médicas de no vacunar debido a:

b) Tránsito por procesos patológicos

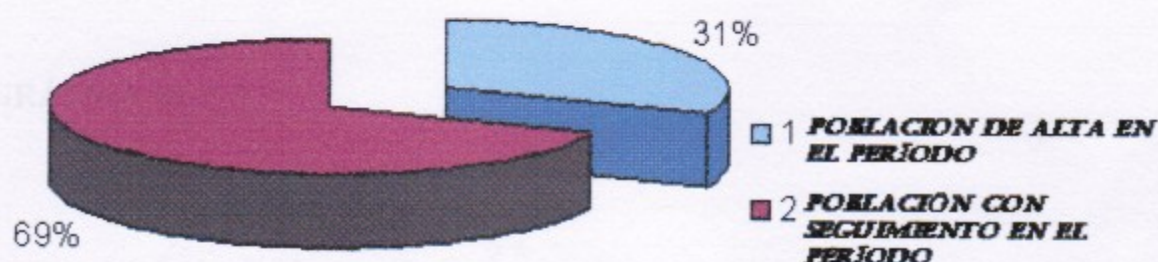
2 D.- N° de usuarios con seguimiento al año.

Total de niños a los que se les realizó el seguimiento, durante el período de gestión de esta rotación de Internas, sobre el total de la población asistida por el programa Aduana. (Se consideran aquellos que cumplieron con la totalidad del Programa y por consiguiente relevados en la continuidad de la rotación siguiente).

TABLA 2D.

INDICADOR	FA	FR%
Total de población en seguimiento en el período	113	69
Total de población de alta en el período	52	31
TOTAL	165	100

GRÁFICA 2D.



COMENTARIO: El total de la población ingresada por el grupo de Internas y seguida durante el período correspondió a 113; el 32 % de la población que totalizan 52 obtuvo el alta del programa por encontrarse en edades superiores al año y cuya captación fue realizada en el segundo semestre de vida.

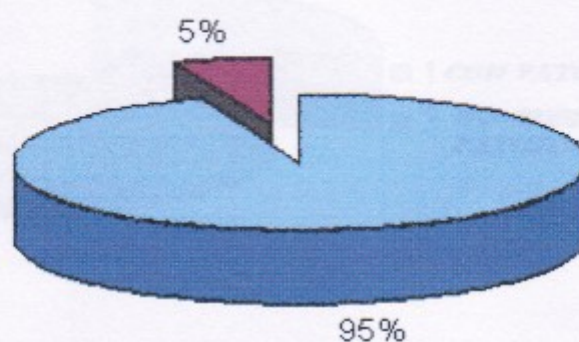
2 E.- N° de usuarios con percentiles dentro de lo esperado (p10-p90).

Total de usuarios cuyas mediciones antropométricas se registren entre los percentiles p10 y p90 de las graficas estandarizadas del Carné de control pediátrico.

TABLA 2E.

INDICADOR	SI		NO		TOTAL	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
N° de usuarios con percentiles dentro de lo esperado	156	95%	9	5%	165	100%

GRÁFICA 2E.



COMENTARIO: 2E. = Un 95% de la totalidad de los niños asistidos en el Programa Aduana por las Internas de Enfermería durante este período, transita por el camino de la salud.

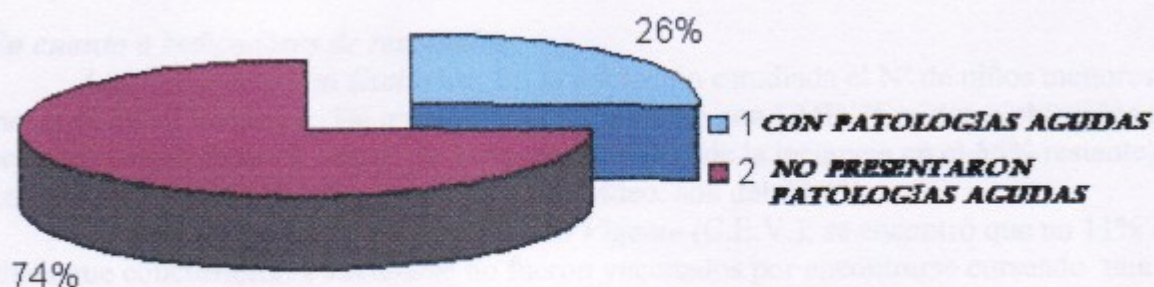
2 F.- N° de usuarios con patologías agudas.

Total de niños que consultan cursando una patología aguda durante el período mayo-octubre 2004.

TABLA 2F.

INDICADOR	Totales					
	SI		NO		TOTAL	
	FA	FR%	FA	FR%	FA	FR%
	43	26%	122	74%	165	100%

GRÁFICA 2F.



COMENTARIO: Se puede apreciar que el 74% de la población se mantiene en contacto con el servicio por control. El 26% de la población mantiene contacto por cursar alguna patología aguda. No se constatan ni internaciones ni fallecimientos.

VIII.- DISCUSIÓN

En cuanto a la Productividad

Los datos obtenidos muestran un mayor porcentaje de Visitas Domiciliarias (VD) y de Consultas de Enfermería (CE), realizadas a la población de 0 a 6 meses. Estas últimas (CE) duplicarían la cantidad realizada con relación a la población de 7 a 12 meses. Con respecto a los Contactos Telefónicos la relación es a la inversa; siendo significativamente mayor para la población de 7 a 12 meses. Estas cifras siguen las pautas establecidas por el Programa Aduana en cuanto a la frecuencia de los controles, en una relación inversamente proporcional a la edad del niño.

Las *Visitas Domiciliarias*; por ser establecidas en base a criterios de riesgo darían cuenta de una mayor vulnerabilidad a edades más tempranas.

Con respecto a las *Vacunas Aplicadas*; La cifra de vacunados es similar en ambas franjas atareas. Se destaca que el dato correspondiente a la población de 0 a 6 meses se extrajo del informe complementario, realizado por la rotación de internas siguiente a la estudiada.

Las *Actividades Educativas*; fueron 12 en total y se realizaron en equipo (las dos Internas de Enfermería con maestros y pediatras).

Los *Contactos Telefónicos*; fueron mayores para la población de 7 a 12 meses. Enfermería instrumenta la estrategia de los contactos telefónicos para recaptar la población que no asiste a las citas convenidas. Observamos una inasistencia a los controles directamente proporcional al aumento de edad del niño.

En cuanto a indicadores de resultados

Lactancia Materna Exclusiva; En la población estudiada el N° de niños menores de 6 meses es de 92 lactantes. De estos el 45% se alimentó con LME. (Los datos obtenidos no permiten discriminar las causas de la no exclusividad de la lactancia en el 55% restante) Los porcentajes de LME según el MSP para Mdeo. son del 23,4%.*

Certificado Esquema de Vacunación Vigente (C.E.V.); se encontró que un 11% de niños que concurren a vacunarse no fueron vacunados por encontrarse cursando una patología aguda.

Número de Usuarios Captados / Número de RN. Vivos; Se captó en este período un 46% de los RN vivos relacionados al área correspondiente al HSB.

Número de Usuarios con Seguimiento al Año, los datos obtenidos indican que el 32% de los niños asistidos en este período egresaron del programa luego de transitarlo íntegramente. El 68% restante continuaba en el Programa al finalizar el informe.

Número de Usuarios con Percentiles Dentro de lo Esperado; Observamos que el 95% de la población transita por "Camino de la Salud" (entre el p10 y el p90).

Ninguna de los niños de la población estudiada en relación al percentil peso-edad, esta por encima del p90. La mayoría de los niños de bajo peso para esta población se encuentran en la franja atarea de 7 a 12 meses.

Las cifras estadísticas del MSP para una población de características similares a la estudiada es de un 7% de niños con bajo peso.*

* Anexo I

* Fuente INE

Número de usuarios con Patologías Agudas; En relación a los usuarios que concurren al H.S.B. en este lapso, se infiere que el 74% de estos se vinculó al servicio motivado por el Control en Salud del niño, mientras que el 26% restante concurre al Centro de Salud cursando una patología aguda. Si evaluamos esto, relacionándolo con la edad de los niños, vemos que el 85% de los lactantes de 0 a 6 meses concurre al centro de salud del H.S.B. por control y el 15% por cursar una patología. En los niños de 7 a 12 meses en cambio, el 60% concurre a Control en Salud y un 40% con una patología en curso.

IX.- CONCLUSIONES y SUGERENCIAS

Acorde con los objetivos planteados en este trabajo de investigación consideramos que se pudo medir el *IMPACTO de las ACTIVIDADES de ENFERMERIA* realizadas por la rotación de internas en el I.I.S.B. en el período correspondiente. (Sería deseable la realización de una medición de Satisfacción entre la población asistida que evalúe el Impacto producido sobre el binomio madre-hijo en relación a la modificación de las conductas de riesgo para la salud de los niños.*)

Concluimos que desde el punto de vista de Productividad y Resultados se obtuvo un IMPACTO POSITIVO en relación al trabajo realizado por las Internas de Enfermería.

En relación a los indicadores de *Productividad*, partiendo de que es con la llegada de las internas de enfermería que se comienza a implementar el Plan Aduana, vemos como positivo la realización de:

- 163 Visitas Domiciliarias
- 361 Consultas de Enfermería
- 35 Vacunaciones aplicadas
- 12 Actividades Educativas
- 124 Contactos Telefónicos.

Desde el punto de vista de los indicadores de *Resultados* valoramos como positivo; el número de usuarios con C.E.V. vigente; el número de usuarios captados; el número de usuarios con percentiles dentro de lo esperado y el número de usuarios que concurre a Control en Salud.

En relación al indicador de Lactancia Materna Exclusiva hasta los 6 meses de edad, apreciamos que las cifras obtenidas superan la media correspondiente a una población de similares características, acorde a los datos del MSP, apreciándose así el impacto obtenido por las intervenciones realizadas por las Internas de Enfermería. Sugerimos que en posibles futuros trabajos de investigación en esta temática se introduzcan indicadores que permitan objetivar las diversas modalidades de alimentación de los niños acorde a su edad.

* Anexo 4

X.- AGRADECIMIENTOS

Por tratarse de un trabajo curricular, de investigación y a la vez formativo, quisiéramos agradecer:

En primer término, *a todos aquellos que nos aportaron los conocimientos académicos* que hoy nos permiten la realización de este estudio.

En segunda instancia (pero no por ello menos importante) a: *Nuestras tutoras; Las Internas de Enfermería del HSB y su Docente; La directora del Programa Aduana.*

Finalmente a *nuestros seres queridos*, a quienes privamos de tantas cosas durante todo este tiempo.

A todos ellos (entre otras cosas por la paciencia demostrada)

¡Gracias!

XI.- BIBLIOGRAFÍA (según normas de Vancouver)

- *Canales F, Alvarado E, Pineda E*, Metodología de la investigación. Manual para desarrollo del personal de Salud. 1ª Edición – México- Limusa, OPS; OMS; 1994.
- *Polit D, Hungler B*, Investigación científica en ciencias de la Salud. Quinta edición, Mc Graw- Hill- Interamericana; 1996.
- *S, Ballesteros H, Vitancurt M, Sánchez*. Bases científicas de la Administración. Mc Graw- Hill- Interamericana; 1996
- *Pabón Lazo H*, Evaluación de los servicios de salud. Editorial XYZ, Cali 1985.
- *Alfaro R.*, Aplicación del Proceso de Enfermería 2ª Edición 1992 Barcelona.
- *Arango Y*. El trabajo comunitario como alternativa de los servicios de salud. Canaval EG. Promoción de la salud: preeditores de empoderamiento comunitario en mujeres, Cali, 1996. Investigación y Educación en Enfermería 1998;16(2):27-45.
- *Castrillón MC*, La dimensión social de la práctica de enfermería. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 1997:69-108.
- *Dever G A*, Epidemiología y administración de servicios de salud. OPS y OMS 1991.
- *Francés L, Blazey M*, Participación del paciente en el cuidado de la salud: Un recurso poco utilizado. Clínicas de Norteamérica 1992; 1.Instituto del Seguro Social. Plan Nacional de Promoción y Prevención 1995- 1999 Santa fe de Bogotá: Instituto de Seguro Social; 1995
- *Marie Di Vincenti*. Administración de los servicios de Enfermería. Editorial LIMUSA S.A. 2ª Edición 1981
- *Marriner*, Manual para administración de Enfermería. Editorial Interamericana. –Mc Graw – Hill 4ª edición 1995.
- *Muñoz LA, Díaz R, Miranda J*, Un desafío emergente para la salud de la comunidad: Promoción de la salud. Investigación y Educación en Enfermería 1998; 16(2):111-124.
- *Organización Panamericana de la Salud*. Las Escuelas de salud pública y el logro de SP1 el papel de los futuros en salud. Uruguay: OPS; 1996.

- *Pulido S, Escobar I, Escobar ME*, Proyecto Educativo: Maternidad y paternidad como proyecto de vida de los adolescentes. *Investigación y Educación en Enfermería* 1998; 16 (2):89-107.
- *Restrepo EH*, Promoción de la salud y equidad: un nuevo concepto para la acción en salud pública. *Educación Médica* 1995; 29.
- *Restrepo EH*, La reorientación de los servicios de salud: un área de acción de la promoción de la salud. Santa fe de Bogotá: Corporación salud y desarrollo; 1995.

XII.- ANEXOS

ANEXOS

Catálogo de Anexos:

Anexo 1 – Mortalidad infantil – Edad al morir – causas de muerte.

Anexo 2 – Clasificación de diseños.

Anexo 3 – Mapas de la zona de referencia del H.S.B.

Anexo 4 – Artículos analizados

Anexo 1

MORTALIDAD INFANTIL – EDAD al MORIR - CAUSAS de MUERTE

• 1- EDAD al MORIR

La Mortalidad Neonatal (0 a 28 días) ha sido subdividida en Mortalidad del Primer Día de vida, Mortalidad entre 1 y 6 días /ambas integran la Mortalidad Neonatal Precoz y la Mortalidad Neonatal Tardía (entre 7 y 28 días de vida). El 4to grupo es la Mortalidad Post-neonatal (entre 28 días y 365 días). Se reunió la última información disponible de 14 países de América Latina y Caribe y de Canadá y Estados Unidos.

En la Tabla 4-1 se muestran estos resultados. En las columnas se muestran los componentes de la Mortalidad Infantil, con el números de muertos en cada período y entre paréntesis () el porcentaje de cada uno de ellos de la mortalidad infantil.

Tabla 4-1

PAIS *	Mortalidad 1er día	Mortalidad 1-6 días	Mortalidad 7-27 días	Mortalidad 28-364 días	Mortalidad Infantil – 0- 364 días
Argentina (97)	2850 (22%)	3409 (26%)	1759 (14%)	4869 (38%)	12887
Chile (99)	657 (25%)	520 (20%)	370 (14%)	1107 (42%)	2654
Ecuador (00)	879 (16%)	1057 (19%)	724 (13%)	2820 (51%)	5480
México (00)	8190 (21%)	9745 (25%)	5989 (16%)	14688 (38%)	38621
Perú (00)	1364 (18%)	1409 (19%)	1263 (17%)	3413 (46%)	7449
Uruguay (00)	152 (20%)	124 (17%)	142 (19%)	324 (44%)	742
Venezuela (00)	1488 (15%)	3313 (34%)	1468 (15%)	3380 (35%)	9649
TOTAL	20.463 (21%)	24.561 (25%)	15.029 (15%)	39.697 (40%)	99.760
Canadá (98)	707 (39%)	334 (18%)	222 (12%)	548 (30%)	1811
EEUU (98)	11260 (40%)	3813 (13%)	3845 (14%)	9453 (33%)	28371
TOTAL	11.967 (40%)	4.147 (14%)	4.067 (13%)	10.001 (33%)	30.182

* () Se señala el año en que se recolectó la información

La fuente de información proviene de WHIO: World Health Organization. Table 2 – Infant death [en línea]. In: World Health Organization. Mortality database.

http://www.who.int/whio/data/mortality/mortality_mort_table2&language_english

• 2 CAUSAS de MUERTE

Se analizan las causas de muerte en número y porcentaje de los menores de 1 año, de 14 países de América Latina y Caribe y de Canadá y Estados Unidos.

En la Tabla 4-2, se observan el número de Causas de Muerte y entre paréntesis los porcentajes de Mortalidad Infantil. La diferencia entre la suma total de los mismos y 100% son "Otras Causas".

Tabla 4-2

PAÍS	Número de Muertos 1 año	Infección	Desnutrición	Anomalías Congénitas	Causas Perinatales	Accidentes	Muerte Súbita
Argentina (1997)	12.887	1.361 (10.6)	208 (1.6)	2.455 (19.0)	6.249 (48.5)	610 (4.7)	373 (2.9)
Chile (1999)	2.654	388 (14.6)	10 (0.4)	840 (31.7)	928 (35.0)	90 (3.4)	144 (5.4)
Ecuador (2000)	5.480	1.073 (19.6)	240 (4.4)	469 (8.6)	2.250 (41.1)	73 (1.3)	65 (1.2)
México (2000)	38.621	5.381 (13.9)	797 (2.1)	7.178 (18.6)	19.372 (50.2)	1.562 (4.0)	247 (0.6)
Perú (2000)	7.449	1.351 (18.1)	167 (2.2)	1.084 (14.6)	3.873 (52.0)	602 (7.8)	25 C (0.3)
Uruguay (2000)	738	68 (9.2)	11 (1.5)	167 (25.1)	326 (59.1)	28 (3.8)	26 (3.5)
Venezuela (2000)	9.649	1.798 (18.6)	280 (2.9)	1.413 (14.6)	5.276 (54.7)	320 (3.3)	26 (0.3)
TOTAL	99.756	15.872 (15.9 %)	2.298 (2.3%)	16.869 (16.9%)	49.452 (49.6%)	3.639 (3.6%)	993 (1.0%)
Canadá *(1998)	1.811	60 (2.9)	0	518 (31.0)	806 (46.1)	25 (1.4)	158 (8.7)
EEUU *(1999)	28371	1.282 (4.5)	11 (0.04)	6.212 (21.9)	13.294 (46.9)	753 (2.7)	2.822 (10.0)
TOTAL *	30.182	1.342 (4.4%)	11 (0.04%)	6.730 (22.3%)	14.100 (46.7%)	778 (2.6%)	2.980 (9.9%)

El grupo de Causas de Muerte responden a la Clasificación Internacional de Enfermedades (10ma Revisión) (CIE10) de acuerdo con los siguientes códigos:
 INFECCION: A00-B99, G00-G03 (Meningitis), J12-J18 (Neumonía), J10-J11 (Influenza).
 El grupo de Causas de Muerte responden a la Clasificación Internacional de Enfermedades (10ma Revisión) (CIE10) de acuerdo con los siguientes códigos:

INFECCION: A00-B99, G00-G03 (Meningitis), J12-J18 (Neumonía), J10-J11 (Influenza).
DESNUTRICION: E40-E64.

ANOMALIAS CONGENITAS: Q00-Q99 (Incluye Espina Bífida y Cardiopatías Congénitas).

CAUSAS PERINATALES: P00-P96 (Incluye Trauma y Asfixia al Nacer).

ACCIDENTES: V01, X59, Y85, Y86.

MUERTE SUBITA: R95.

- Canadá y Estados Unidos utilizaron la CIE-9.

La Fuente de información proviene de WHO: World Health Organization. Table 2 – Infant death [en línea]. In: World Health Organization. Mortality database.

http://www3.who.int/whosis/mort/table2.cfm?path=mort.mort_table2&language=english

Nutrición y Embarazo

La nutrición de la madre es un factor determinante, tanto antes como durante el embarazo, en el nacimiento de niños sanos, con pesos favorables y un potencial de crecimiento y desarrollo normal.

El peso al nacer **13** es el mejor parámetro para predecir la probabilidad de un niño de presentar desnutrición en su vida futura. Es por ello, que los programas de salud y nutrición persiguen dicha meta con la promoción y protección de la salud y el estado nutricional de la mujer embarazada.

Porcentaje de nacimientos con bajo peso (1977-2000)

Año	% nacimientos con bajo peso	Año	% nacimientos con bajo peso
1977	7.7	1988	
1979	7.9	1993	7.6
1983	7.1	1996	7.3
1984	7.6	1997	7.5
1985	7.9	1998	6.9
1986	7.6	1999	7.9
1987	7.8	2000	8.0

Fuente: División Estadística del MSP

- Como indican los datos, a lo largo de los últimos veinte años los nacimientos con bajo peso se han mantenido alrededor del 7% del total de los nacimientos, mostrándose un leve incremento hacia los dos últimos años.
- La presencia de sectores carenciados con la dificultad diaria de conseguir su alimentación habitual es una constante a lo largo del siglo. Bajo estas condiciones es casi imposible mantener los requerimientos nutricionales y las necesidades adicionales del embarazo y la lactancia. En razón de ello, tanto las madres como las nodrizas, han sido contempladas por políticas con la finalidad de cubrir gran parte de sus necesidades inmediatas. Las mismas fueron acompañadas de acciones provenientes tanto de organismos públicos como de organizaciones no gubernamentales (ONG.).
- El incremento de los embarazos adolescentes en sectores sociales desfavorecidos, influye de gran manera en las deficiencias del índice peso/talla inicial de la mujer embarazada. En las últimas tres décadas, el porcentaje de nacimientos de madres menores de 20 años respecto a los nacimientos totales, pasó de 11% a 16%. Dentro de este grupo, son las adolescentes entre 15 y 19 años las que contribuyen a este crecimiento de la maternidad adolescente casi en su totalidad (96%). La adolescencia es una etapa de profundos y rápidos cambios, tanto biológicos como psicosociales; sumarle un embarazo a este proceso, suele tener consecuencias muy negativas.

13 Internacionalmente se considera con bajo peso al nacer al recién nacido con un peso por debajo de 2.500 Kg.

Lactancia Materna

- En cuanto a las áreas geográficas, los valores son similares para Montevideo e Interior, presentando en ambos casos un mayor número de días para el sector privado*.
- En correspondencia con este comportamiento, los datos disponibles respecto a la edad media del destete, muestran que, para el período 1996-97, los niños que son atendidos en el sector privado alcanzan una edad superior a la del sector público.

Edad media de destete, en meses, por área, según tipo de servicios (1996-1997)*

Tipo de Servicios Montevideo Interior

Servicios Públicos	3,2	3,6
Servicios Privados	3,7	3,8
Total	3,6	3,7

- Muestra del incremento de los días promedio de lactancia, es la diferencia que se percibe entre la lactancia materna exclusiva y la predominante en los 4 primeros meses de vida del niño; la primera es notoriamente superior (25,6) a la lactancia materna predominante (11,4) la cual se complementa.

Lactancia materna hasta los 4 meses (1996)*14

	Total País	Montevideo	Interior
Lactancia materna exclusiva	25,6	23,4	26,5
Lactancia materna predominante	11,4	8,9	12,4
Total	37,0	32,3	38,9

- Cabe agregar que en lo que refiere a la alimentación a pecho exclusiva al momento del alta, el porcentaje más elevado (al año 1998) se presenta en usuarios del Banco de Previsión Social (B.P.S) con un 99.1%, mientras que en último lugar se encuentran los de Mutualistas de Montevideo con un 96.4 por ciento.
- Para el fomento y fortalecimiento de la lactancia materna se han realizado talleres para la implementación de clínicas de lactancia, campañas de capacitación, desarrollo de iniciativas de hospitales, campañas publicitarias a nivel de los medios de comunicación, distribución de afiches, diseñándose además un sistema de monitoreo sobre la frecuencia y duración de la lactancia materna.

Nutrición y Niñez

- La información sobre este tema se acumula en la última década del siglo, en la cual se percibe una reducción del porcentaje de niños y niñas asistidos por el MSP que presentan desnutrición en todo el país. Considerando el criterio Peso/Edad se registra una disminución del porcentaje de niños con desnutrición grave o moderada (de 5.6% en el período 1990-91 pasa a 3.4% en el bienio 1996-97).

(Fuente: Análisis y Tendencias de la Salud en Uruguay op.cit.)

Cobertura de Inmunizaciones

- A lo largo del siglo XX el avance científico ha posibilitado una importante evolución en la disminución de las enfermedades de orden infeccioso e inmunoprevenible. El Uruguay tiene una larga historia en lo que refiere al uso de la vacunación (ya en el siglo XIX se había declarado obligatoria la vacunación contra la viruela como condición de acceso a la escuela pública). Las inmunizaciones han

aumentado su cobertura, incorporándose además nuevas vacunas (Polio, DPT, Sarampión y BCG, a las que se agregan la de Paperas, Rubéola -1983-, Hlib - meningitis haemophilus tipo B- en 1994 y la Meningocócica A+C dos años después) dentro del Plan Nacional de Vacunaciones.

Porcentaje de inmunizaciones de niños y niñas menores de 1 año de edad

- En la última década del siglo, la cobertura para los tres grupos de inmunizaciones Consideradas (BCG, Triple Viral y Triple Bacteriana) ha tenido diversos cambios situándose hacia fines del mismo por encima del 80%.
- La aplicación de esta técnica preventiva dio como resultado que hacia fines de siglo, no se presenten casos de Difteria, Tétanos o Polio; la tos ferina, popularmente conocida como tos convulsa, muestra picos epidémicos aunque ha disminuido la cantidad de casos.

Respecto al Sarampión la tendencia hacia fines de la década de los noventa es a la baja y las Campañas preventivas realizadas sobre dicha enfermedad contribuyen a la reducción notoria en la morbilidad y mortalidad por esta causa.

Número promedio anual de casos de enfermedades infecto-contagiosas por período

- Como se observa en el gráfico, la meningitis muestra oscilaciones en las últimas décadas, en las cuales el control de las denuncias obligatorias se hace más estricto (los primeros años del siglo revelan una deficiencia en el registro de los casos de enfermedad por esta causa).
- En lo que respecta a la mortalidad por causa de la Tuberculosis, la tendencia al descenso que venía mostrando desde los años '60 se detiene en la década siguiente. En el año 1996 registra una tasa anual de mortalidad de 22 por 100.000 habitantes.
- No existen en el país casos autóctonos de malaria, dengue, peste, fiebre amarilla o esquistosomiasis.

Hace varios años que tampoco se presentan casos de enfermedades tales como rabia humana y cólera.

(Población y hogares residentes en localidades de 5.000 o más habitantes)

1. Población y pobreza

Incidencia de la pobreza por grupo de edades según sexo. Año 2002.

Grupo de edades Sexo

Total	0 a 6	7 a 12	13 a 19	20 a 59	60 y más
Total	23.6	46.5	41.1	32.9	20.8 6.5
Mujer	23.0	46.9	41.3	33.8	21.0 6.2
Hombre	24.4	46.2	40.9	32.0	20.6 7.1

(Fuente: INE, Encuesta Continua de Hogares) (ECH).

Índice de feminidad de la población por grupo de edades según condición de pobreza. Año 2002.

Grupo de edades Condición de pobreza

Total	0 a 6	7 a 12	13 a 19	20 a 59	60 y más
Total	113,2	89,9	100,0	98,1	113,2 145,2
No Pobre	115,3	88,6	99,3	95,4	112,7 146,6
Pobre	106,7	91,3	101,1	103,7	115,4 125,8

(Fuente: INE, ECH.)

Trabajo y pobreza

(Indicadores calculados para la población de 14 años o más)

Tasa de participación en la actividad económica por pobreza según sexo. Año 2002.

En hogares: Sexo	Total	No pobres	Pobres
Total	59,1	58,1	63,7
Mujer	49,4	49,2	49,9
Hombre	70,7	68,7	79,4

(Fuente: INE, ECIL.)

Tasa de empleo por pobreza según sexo. Año 2002.

En hogares: Sexo	Total	No pobres	Pobres
Total	49,1	50,1	44,7
Mujer	38,9	41,0	29,7
Hombre	61,2	61,1	61,6

(Fuente: INE, ECH.)

Tasa de desempleo por pobreza según sexo. Año 2002.

En hogares: Sexo	Total	No pobres	Pobres
Total	17,0	13,7	29,9
Mujer	21,2	16,8	40,5
Hombre	13,5	11,1	22,4

Anexo 2

Clasificación de diseños –

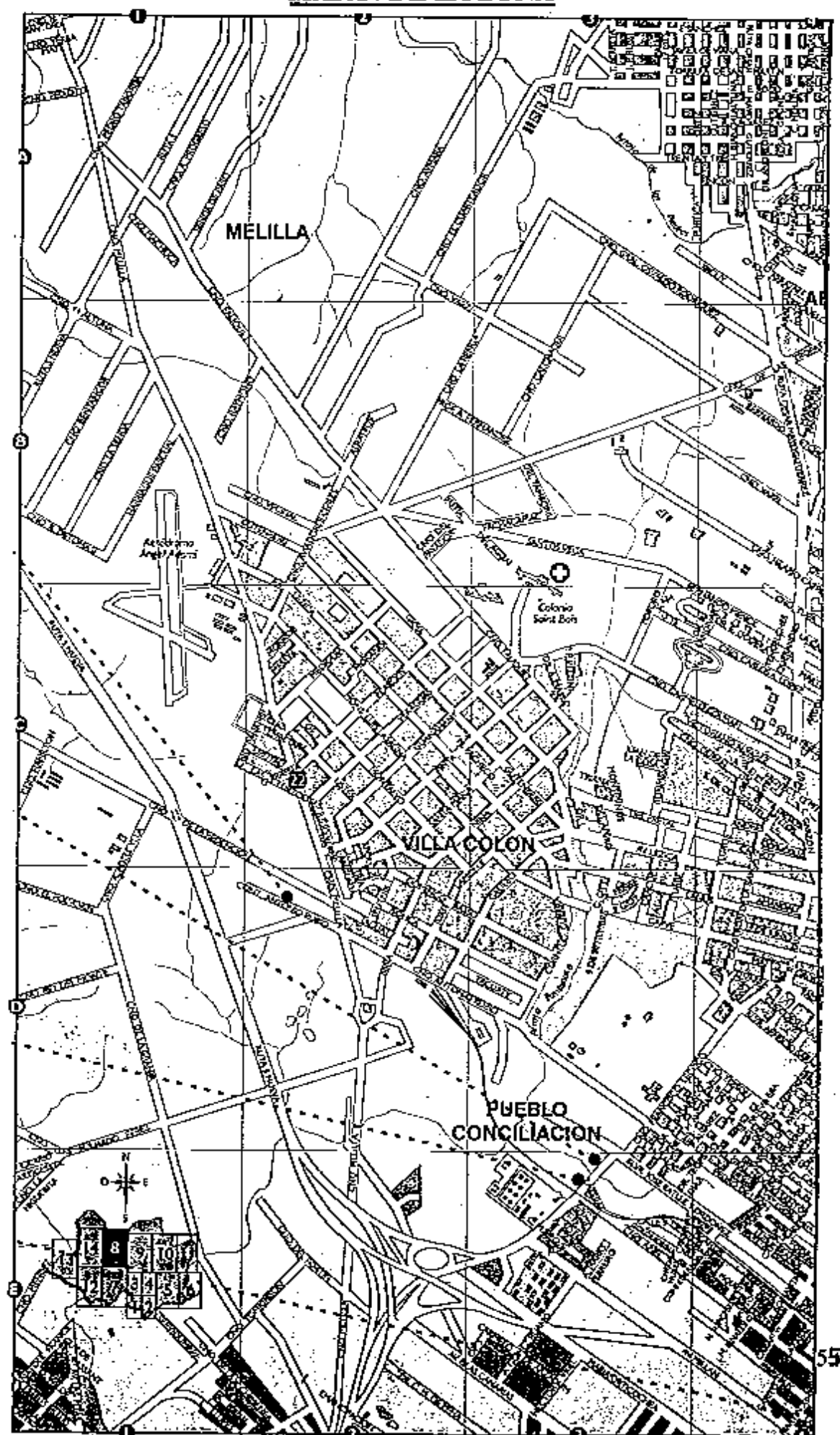
Es posible identificar dos formas de aproximación que son complementarias y en ningún caso excluyente entre sí: los estudios *descriptivos* y los *analíticos* cuyas consideraciones básicas fueron previamente comentadas.

Los diseños de investigación epidemiológica pueden ser agrupados de acuerdo con los siguientes criterios o ejes clasificatorios:

- La unidad de observación epidemiológica (base individual o base poblacional): casos aislados, conjunto de casos, población en general. En los de base individual, los sujetos participantes pueden ser sujetos sanos o enfermos. Teniendo en mente que el investigador busca prolongar los hallazgos de una investigación a la *población*, debe recordarse que un simple agregado de individuos no representa necesariamente una comunidad. Una *población* puede tener entonces, propiedades relacionales que no necesariamente logran ser deducidas a partir sólo de observaciones individuales. Por ejemplo, todos los pacientes hospitalizados en un establecimiento o servicio clínico pueden describir muy bien las características clínicas de una enfermedad. Sin embargo, por provenir de nichos comunitarios diferente, en términos de hallazgos de una investigación, puede darse la situación de que ellos no representen adecuadamente las características de la población general.
- Postura del investigador con respecto al diseño: pasiva (observacional), activa (experimental). Como ya se señaló, el investigador puede ejercer algún grado de influencia sobre las variables independientes que se desea evaluar o esta influencia puede estar del todo ausente. En términos prácticos esta influencia se suele denominar *manipulación de variables*, representando el hecho de que el investigador ejerce una intervención controlada sobre ellas.
- Eje temporal del diseño del estudio: transversal o longitudinal. Este aspecto describe el sentido de observación de las variables en el eje del tiempo por parte del investigador. Se debe recordar que el eje longitudinal puede a su vez ser prospectivo o retrospectivo.

Anexo 3

MAPA DE LA ZONA



Anexo 4

ARTÍCULOS ANALIZADOS

MÉTODOS DE AVALIAÇÃO DE RESULTADOS DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Níve Piva Adau
Aparecida Y. Yoshimoto

Resumo

Este trabalho, de revisão bibliográfica, visou abordar questões relacionadas aos aspectos teóricos e metodológicos de avaliação de resultados dos cuidados de enfermagem. O enfoque do tema abrangeu o componente resultados, as classificações de enfermagem que visam mensurar resultados e os principais métodos e estratégias adotados para avaliação de resultados dos cuidados de enfermagem prestados aos usuários dos serviços de saúde. **Descritores:** avaliação de resultados; qualidade dos cuidados de saúde; cuidados de enfermagem

Abstract

This review study aimed at the theoretical and methodological assessment of nursing care outcome. The study focused on the element outcome as a means to assess the nursing care service quality as well as on the nursing care classification and on the main methods and strategies used for assessing the outcome of nursing care, provided by health services. **Descriptors:** outcome assessment, quality of health care, nursing care
Title: Outcome assessment methods used in nursing care

Resumen

Este estudio de revisión bibliográfica, tu como objetivo abordar algunas cuestiones relacionadas a los aspectos teóricos metodológicos de la evaluación de resultados de los cuidados de enfermería. El abordaje de este tema se fundamentó en el componente de resultado, en las clasificaciones de enfermería dirigidas a medir resultados y, los principales métodos y estrategias utilizados para evaluación de resultados de los cuidados de enfermería prestados a los usuarios de los servicios de salud. **Descriptores:** evaluación de resultados (atención de salud); calidad de la atención de salud; atención de enfermería
Título: Métodos de evaluación de resultado de la atención de enfermería

1 Introdução

Nos últimos anos do século XX ocorreu, em âmbito internacional, o despertar pelo tema qualidade da assistência à saúde por múltiplas razões: incremento das demandas por cuidados de saúde; custos crescentes para manutenção dos serviços de saúde e limitados recursos disponíveis; evidências de variação na prática clínica; usuários mais exigentes com a qualidade dos serviços prestados; pressão tanto dos profissionais de saúde que desejam condições adequadas de trabalho para um exercício ético nas instituições de saúde como dos governos que financiam os sistemas de saúde em diversos países e, que em todos têm o dever de zelar pela saúde de suas populações^(1,2).

No Brasil, na década de 90, ocorreram algumas iniciativas independentes de acreditação hospitalar nos Estados de São Paulo, Rio Grande do Sul, Paraná e Rio de Janeiro^(3,4). Em 1996, o Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade estabeleceu, como prioridade, o projeto de Avaliação e Certificação dos Serviços de Saúde e, em novembro de 1999 foi lançado o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar pelo Ministério da Saúde. No ano seguinte, o Órgão Nacional de Acreditação (ONA) foi instituído juridicamente para credenciar as instituições acreditadoras sendo responsável também, pelo monitoramento do processo de acreditação desenvolvido por estas instituições^(5,6).

Observa-se também, a implementação de Programas de Garantia da Qualidade em instituições hospitalares, predominantemente do setor privado, ancorados no referencial teórico proposto para indústrias, no qual o cliente é considerado como a figura principal da definição de qualidade⁽⁷⁾.

Devido a este movimento ainda incipiente no país quando comparado às experiências já consolidadas nos Estados Unidos e Canadá⁽⁸⁾ considerou-se oportuno abordar, neste trabalho de revisão bibliográfica, questões relacionadas aos aspectos teóricos e metodológicos da avaliação de

resultados de assistência de enfermagem visando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos usuários dos serviços de saúde.

2 Quadro teórico para avaliação da qualidade em serviços de saúde

Apresenta-se a seguir, o quadro teórico que dá suporte às ações avaliativas.

A prestação de cuidados de qualidade se caracteriza pelos seguintes atributos: um alto grau de competência profissional; uso eficiente dos recursos; redução a um nível mínimo de lesões produzidas ou decorrentes da assistência; satisfação dos pacientes quanto às suas demandas expectativas e acessibilidade aos serviços de saúde; e, um efeito favorável na saúde^(9,10).

A corrente de avaliação da qualidade mais conhecida é a representada pelos trabalhos de Donabedian que, a partir dos anos 60, foi o primeiro autor que propôs as abordagens de estrutura, processo e resultado para avaliação da qualidade dos serviços de saúde, fundamentado na Teoria de Sistema⁽¹¹⁾. Dentre elas, enfoca-se a de resultado que abrange as consequências do cuidado ou de sua falta. A estrutura e o processo podem influenciar o resultado e seus domínios remetem às mudanças atuais e futuras no nível de saúde de uma determinada população atribuídas aos serviços de saúde oferecidos a esta população. Assim, os resultados podem ser mensurados por meio de mortalidade, sintomas, capacidade para trabalhar ou realizar atividades da vida diária, recuperação, restauração de uma função, sobrevida ou como um perfil abrangendo sete categorias: longevidade, atividade, bem-estar, satisfação, enfermidade, realização e capacidade de adaptação⁽¹²⁾, incluindo-se, também, conhecimentos e mudanças de comportamento.

O resultado é uma medida apropriada da qualidade dos cuidados prestados a, apesar de apresentar limitações,

* Professora Titular do Departamento de Enfermagem da UNIFESP.

** Mestre em Enfermagem, enfermeira da Disciplina Enfermagem de Saúde Pública do Departamento de Enfermagem da UNIFESP.
E-mail do autor: nplva@denf.unifesp.br

seus indicadores em geral, permitem dar validade à eficácia e qualidade da assistência.⁽¹²⁾

Na área da enfermagem, Florence Nightingale em meados do século XIX, foi a pioneira ao utilizar sistematicamente, dados de mortalidade para melhorar os cuidados prestados aos soldados feridos na guerra da Crimeia.⁽¹³⁾

Desde este período até 1960, dados de morbimortalidade eram utilizados como resultados para avaliar a qualidade do cuidado em serviços de saúde. Os anos 70 marcaram o período de elaboração de medidas para mensurar resultados através da Comissão Conjunta de Acreditação de Hospitais, que recomendou o uso de critérios de resultados e várias organizações de saúde desenvolveram seus próprios critérios para avaliar a qualidade dos seus serviços. Desta forma enfermeiras dos Estados Unidos apresentaram propostas para medidas de resultados e na década de 80, foi desenvolvida uma base de dados para monitorar certos tratamentos realizados em serviços de saúde financiados pelos programas Medicaid e Medicare. Ainda, a Agenda para mudança da Comissão Conjunta aprovada em 1986, incluiu o desenvolvimento de indicadores de resultados, para monitorar e avaliar a qualidade do cuidado prestado. Estes indicadores foram desenvolvidos por grupos de especialistas nos quais participaram enfermeiras resultando no desenvolvimento do indicador Measurement System em 1994. Entre 1980 até o presente, observou-se o aumento do interesse de enfermeiras em identificar resultados do paciente para mensurar a efetividade do cuidado de enfermagem e vários destes estudos se referem à assistência domiciliar.⁽¹⁴⁾

Em 1995, a Associação de Enfermeiras dos Estados Unidos (ANA) ancorada no modelo de Donabedian recomendou sete indicadores de qualidade focados no paciente que incluem a satisfação do paciente, nível da dor, integridade da pele, número de horas de enfermagem por paciente (ajustado à gravidade do caso), infecção hospitalar, taxas de injúrias ao paciente e avaliação e implementação dos cuidados requeridos pelo paciente.⁽¹⁵⁾

Em 1997, foi apresentado o Sistema de Classificação de Resultados do Paciente (NOC)⁽¹⁶⁾ desenvolvido pelo mesmo grupo de Iowa, responsável pela Classificação de Intervenções de Enfermagem sendo que a NOC é considerada como uma classificação integral e normalizada dos resultados obtidos com os pacientes, desenvolvida para avaliar os efeitos das intervenções de enfermagem. Um resultado é definido como "um conceito variável que representa o estado de uma pessoa, família ou comunidade quantificável ao longo de um contínuo e que responde às intervenções de enfermagem".^(17,18) A NOC pode ser utilizada na assistência, ensino e pesquisa em enfermagem e este sistema, como o da Associação de Diagnósticos de Enfermagem dos EUA (NANDA) e da Classificação de Intervenções de Enfermagem (NIC) contam com a aprovação da ANA, e são usados na padronização da linguagem da Enfermagem nos Estados Unidos.⁽¹⁹⁾

A segunda edição da NOC inclui 260 resultados, que permitem sua utilização nos sistemas computadorizados de informação clínica além, de possibilitar o uso de dados para mensurar a qualidade e a eficácia da assistência prestada pelo pessoal de enfermagem. Seus resultados podem ser aplicados durante o processo de cuidar para seguir a evolução do paciente em um episódio de doença ou durante um período prolongado da assistência.⁽¹⁹⁾

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - versão Alfa - publicada em 1996 sob a responsabilidade do Conselho Internacional de Enfermeiras é um sistema único e de caráter universal abrangendo, segundo

a versão Beta divulgada em 1999, os seguintes componentes os fenômenos de enfermagem (problemas, necessidades, diagnósticos); as ações de enfermagem (intervenções) e o resultados de enfermagem. Esta versão pode ser utilizada tanto nos serviços hospitalares como na rede básica de saúde.⁽¹⁷⁾ A avaliação em saúde compreende uma área ainda em construção tanto nos aspectos conceituais como metodológico.⁽²⁰⁾ Para procedê-la requer-se a emissão de um juízo de valor obtido pela comparação de dados da estrutura, processo e resultado com critérios previamente definidos podendo abarcar uma ou a combinação de duas ou das três destas abordagens.⁽²¹⁾

Os critérios e padrões devem derivar de fonte reconhecidas tais como: resultados de pesquisas, julgamentos de especialistas para assegurar consistência a processo avaliativo que pode ter por objeto de análise um cuidado individual, serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade e programas desenvolvidos.^(12,22)

Os critérios podem ser implícitos e explícitos. Os primeiros derivam da experiência, do senso comum e da autoridade sendo que o maior problema reside na sua baixa confiabilidade. Os explícitos são mais detalhados e definidos operacionalmente para melhorar sua confiabilidade.⁽²³⁾ No Estados Unidos, a ANA e a Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Saúde em parceria com as associações de especialidades são responsáveis pela elaboração de padrões da prática de enfermagem que contém critério explícitos para a avaliação dos cuidados prestados.⁽²⁴⁾

Assim, a avaliação pode ser categorizada em pesquisa avaliativa e avaliação normativa. A primeira visa gerar conhecimento para auxiliar a tomada de decisão. A segunda consiste em fazer um julgamento acerca de uma intervenção comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo) e o resultados alcançados, com critérios e normas pré estabelecidos correspondendo às funções de controle e de acompanhamento, como também, aos programas de garantia da qualidade.⁽²⁵⁾

3 Métodos para avaliar resultados

Os principais métodos e estratégias que podem ser utilizados pelos serviços de saúde para avaliação de resultados da assistência prestada são especificados a seguir.

Acreditação hospitalar. É uma atividade de avaliação externa realizada por uma instituição acreditadora sendo considerado um "método de consenso, racionalização, ordenação das Organizações Prestadoras de Serviço Hospitalares e, principalmente de educação permanente de seus profissionais".^(26,27) Assim, um hospital acreditado merece ou inspira confiança aos usuários e aos órgãos financiadores.

O modelo brasileiro de Acreditação Hospitalar utiliza três níveis de padrões, do mais simples ao mais complexo tendo por princípio "tudo ou nada", isto é, o padrão deve ser integralmente cumprido para que seja aceita a conformidade. Ainda, também, o conceito de homogeneidade implicando que todas as áreas do hospital devem satisfazer um determinado nível e o que define o resultado final é o menor nível alcançado. Pressupõe ainda, que os padrões estabelecidos são adaptados a todas instituições hospitalares de diferentes portes e níveis de complexidade. As exigências do nível 3, para a área de Enfermagem, considerado de excelência por focar resultados da assistência requer avaliação de procedimentos de enfermagem e de seus resultados; uso de indicadores epidemiológicos no planejamento e na definição do modo assistencial; comparação de resultados com referência

adequados e análise do impacto gerado junto à comunidade e sistema de aferição de satisfação dos clientes internos e externos¹⁷.

Método das traçadoras - este método avaliativo foi desenvolvido em 1969 pelo Instituto da Medicina da Academia Nacional de Ciências dos Estados Unidos, tendo por base que, determinados problemas de saúde poderiam servir como marcadores ou traçadores para analisar os serviços prestados. Parte do pressuposto que, a forma em que o médico ou a equipe de saúde presta cuidados de modo rotineiro às doenças comuns será um indicador de qualidade geral da assistência, incluindo-se a resolatividade, uso adequado de exames complementares, oportunidade das ações, acesso à medicação ou a serviços mais complexos do sistema de saúde. Este método mensura tanto o processo como os resultados da atenção à saúde aos pacientes com doenças selecionadas segundo alguns critérios: patologias comuns, com conhecimento de diagnóstico, conduta, evolução e resultados mais consolidados e com maior consenso, analisadas em serviços de saúde. Como exemplo citam-se as gastroenterocolites agudas, infecções respiratórias na infância, anemia ferropriva, hipertensão, infecção do trato urinário, tuberculose e câncer de colo uterino^{18,19}.

No Brasil, este método tem sido adotado principalmente em pesquisas acadêmicas devido às exigências rigorosas dos critérios propostos para sua utilização²⁰. Porém, seu marco conceitual pode ser útil para avaliar a qualidade dos serviços de saúde e sua utilização exige sistema de informação nas unidades de saúde possibilitando identificar problemas e pontos de estrangulamento tanto por limitações da estrutura como do processo assistencial²¹.

Administração de riscos - O aumento da complexidade na assistência à saúde tem incrementado os níveis de risco e danos aos pacientes. Os direitos dos consumidores e a atuação dos terceiros pagadores criaram um novo ambiente no qual crescem cada vez mais as ações judiciais contra profissionais, em especial médicos e organizações onde atuam²². Assim, as ações voltadas para a administração do risco visam a análise e prevenção das condições de risco existentes no hospital, que possam representar ameaça para os pacientes, seus familiares, visitantes, trabalhadores e a organização como um todo^{23,24} e que são desenvolvidas nas instituições de saúde dos Estados Unidos a partir da 1970 e, que são ainda, incipientes nas instituições de saúde no Brasil.

Neste contexto, surgiram duas abordagens: o modelo centrado na pessoa que responsabiliza os profissionais pelos atos não seguros consequentes principalmente do esquecimento, desatenção, baixa motivação, descuido e negligência; e, o modelo centrado no sistema que adota o princípio da falibilidade humana, ou seja, as falhas ocorrem, mesmo nas melhores organizações, implicando na concepção de defesas do sistema. Desta forma, na ocorrência de um evento adverso, a questão mais importante não é quem cometeu a falha, mas sim, como e porque as defesas falharam²⁵. Nesta estratégia salienta-se o monitoramento dos eventos sentinela e adversos.

A Comissão Conjunta em 2000, considera evento sentinela como qualquer ocorrência imprevista que resulta em dano para os clientes externos e/ou internos da organização como óbito, dano físico ou psicológico grave de uma pessoa.

A comunicação destas ocorrências pelas organizações acreditadoras é encorajada pela Comissão Conjunta com a intenção de que seu conhecimento possibilite a adoção de mecanismos para reduzir ou impedir essas ocorrências, dentre as que atendam os seguintes critérios:

o evento resultou em morte antecipada ou uma perda

permanente de função, não relacionada ao curso da doença do paciente ou condição subjacente; o do paciente em local onde recebe assistência 24 horas de modo logo após o nascimento; repto de reação transfusional hemolítica por incompatibilidade sanguínea; cirurgia em paciente errado; parte errada do corpo; incêndio e explosão^{26,27}.

No Brasil, a ONA também incorporou este com acrescentando aos itens supracitados, a internação de pacientes em número superior à capacidade operacional de infecção hospitalar elevada face a um padrão estabelecido^{13,28}. Portanto, os eventos adversos indesejados mesmo que não produzam efeitos permanentes nos pacientes assistidos²⁹.

Como resultados indesejados dos cuidados enfermagem citam-se eventos adversos considerados medidas da qualidade destes cuidados:

Erros de medicação, envolvem a prescrição, omissão de doses, administração de medicamento não autorizado, extra, dose maior ou menor, via errada, forma da dose e horário. Além destes são incluídos também, a preparação incorreta de medicamento, técnicas incorretas de aplicação, administração de medicamentos deteriorados e, o erro potencial quando prescrição, distribuição ou administração que são detectados e corrigidos previamente à administração do medicamento. Face às consequências que recaem sobre o profissional enfermagem que cometeu o erro, estima-se que apenas destas ocorrências são relatadas. Estima-se que, dentre pacientes admitidos nos hospitais, 4,8% apresentam eventos adversos aos medicamentos e que, os erros na administração destes ocorrem mais frequentemente nas etapas da prescrição médica (56%), transcrição da prescrição médica (6%) distribuição de medicamentos (4%) e administração de medicamentos (34%)³⁰.

Tendo em vista diminuir estas ocorrências, hospitais estão utilizando sistemas informatizados que auxiliam na prevenção e investigação dos erros de medicação, bem como alguns instrumentos de notificação dentre os quais ressaltam-se a Taxonomia dos erros em medicação que é o mais atualizado³¹.

Extravasamento de drogas citostáticas - dentre os riscos para a terapia intravenosa, selecionou-se extravasamento de fármacos vesicantes que pode causar dano ao paciente oncológico prejudicando sua qualidade de vida.

Como exemplo, cita-se o Ambulatório de Quimioterapia de Adultos do Hospital São Paulo, no qual foi implantado sistema de notificação a partir de 1998. Este sistema permitiu identificar a incidência de extravasamentos que gerou dados inéditos na literatura nacional assim como, a avaliação e cuidados de enfermagem prestados. Nos quatro anos estudados, do total de 144 extravasamentos notificados apenas em um paciente (0,7%) provocou úlceras no local da infusão adjacências, necessitando tratamento cirúrgico, evidenciando a boa qualidade da assistência de enfermagem prestada nos ambulatórios³².

Infecção hospitalar - a infecção hospitalar é um dos principais indicadores de resultados para mensurar a qualidade da assistência. Estudos apontam uma diminuição das taxas de infecção hospitalar associada com o aumento do número de horas de enfermagem aliadas a outras medidas de prática segura³³. Dados recentes do Ministério da Saúde mostram que apenas 40% dos hospitais brasileiros mantêm Comissão de Controle da Infecção Hospitalar atuantes regularmente apesar da obrigatoriedade destas Comissões existirem a partir de 1988.

Úlceras por pressão - como indicadores básicos, as úlceras por pressão podem avaliar a qualidade da assistência

de enfermagem, embora fatores intrínsecos relacionados ao paciente possam dificultar sua prevenção. A estratégia para se obter um bom padrão da prática de enfermagem é a identificação dos riscos individuais obtida pela aplicação de sistematização da assistência de enfermagem, apoiada pela utilização de uma escala de avaliação de risco, implementação das medidas preventivas e/ou tratamento precoce e a avaliação de resultados.

Quedas - a queda de um paciente é um evento inesperado e indesejado e sua prevalência é especialmente significativa em idosos hospitalizados ou vivendo em instituições asilares. Estima-se que entre cinco idosos um irá cair durante um período de internação hospitalar⁽²⁴⁾. Assim, com vistas a evitar esta ocorrência adversa, a avaliação precisa de enfermagem e, uma equipe de enfermagem orientada para práticas preventivas constituem evidências da redução da incidência de quedas.

Notificação das ocorrências - a administração de riscos requer canais de notificação para a identificação sistemática da ocorrência de eventos indesejáveis, análise de cada ocorrência e implementação de melhorias tanto na estrutura como nos processos de trabalho. Implica também, em assumir que errar é humano para promover a detecção das causas e corrigi-las porque, habitualmente, podem derivar de falhas de organização, direção, competência técnica, falta de atenção, quantidade insuficiente de pessoal e problemas relacionados aos recursos materiais, evidenciando que existem múltiplas facetas na gênese destas ocorrências^(25,26).

Entender as ocasiões de erro é o primeiro passo importante mas, insuficiente para traçar as raízes das causas que são frequentemente uma combinação de inadequações no processo clínico e na prática. Para tanto, é necessário mudar o gerenciamento incorporando tecnologias da informação para incrementar a confiança na aliança das situações clínicas com as melhores práticas⁽²⁷⁾.

Mensuração da satisfação do cliente - a partir da utilização de serviços de saúde, o cliente poderá ou não satisfazer suas necessidades ou expectativas e o nível de satisfação alcançado possibilita inferir a qualidade do atendimento prestado desde a entrada até a saída destes serviços^(28,29). Este indicador pode ser obtido por meio de instrumentos estruturados⁽³⁰⁾ ou não, abrangendo usuários internos e externos.

Atualmente, várias instituições de saúde estão ampliando seus canais de comunicação com os usuários para a tomada de decisões, uma vez que a coleta de opinião acerca da satisfação pode orientar reformulações nestas instituições. Os órgãos representativos de portadores de determinadas doenças ou de grupos de risco estão participando cada vez mais nas discussões a respeito do gerenciamento e desenvolvimento das organizações e nos municípios, existe a participação de representantes da população nos conselhos distritais e locais para o exercício do controle social no qual se inclui a avaliação dos serviços oferecidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS^(31,32).

A Considerações finais

A pesquisa avaliativa e a avaliação da qualidade em serviços de saúde, no Brasil, encontram-se ainda, num estágio inicial uma vez que, o tema qualidade na área da saúde se tornou mais evidente a partir de 1990, indicando que temos um longo caminho a percorrer.

A melhoria da qualidade requer o envolvimento dos gerentes e dos funcionários das instituições de saúde, mudanças na cultura organizacional, provisão adequada de recursos tanto humanos como materiais, desenvolvimento de pessoas, sistema de informação, participação dos usuários,

continuidade do processo e auto-avaliação reconhecendo que seus resultados serão visíveis somente após alguns anos.

Quanto à área de enfermagem, um dos fatores de qualidade é a melhoria da qualificação profissional dos seus exercentes ocorrida após 1986, a criação do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem pelo Ministério da Saúde e que está em desenvolvimento no país, no período de 2000 a 2003 visa a qualificação de 225.000 atendentes para reduzir os riscos à população atendida, melhorando a qualidade da assistência hospitalar e ambulatorial, principalmente, nos estabelecimentos integrantes do SUS⁽³³⁾.

Outro fator de qualidade considerado é o processo de enfermagem como metodologia que orienta a organização e prestação de cuidados e que inclui na sua operacionalização a etapa de avaliação de resultados.

No entanto, na implementação deste processo o tripé diagnóstico de enfermagem, intervenção de enfermagem e avaliação de resultados ainda, não se encontra presente na maioria dos hospitais brasileiros, uma vez que demanda na prática o atendimento de uma gama de requisitos que abarcam o adequado preparo de docentes e alunos da graduação em enfermagem, quebra de resistências, provisão necessária de pessoal de enfermagem, monitoramento contínuo e, educação continuada nas instituições de saúde com múltiplos enfoques para privilegiar tanto os aspectos técnicos - científicos quanto os comportamentos éticos e de humanização da assistência.

Quanto ao uso das classificações no processo de enfermagem e que permitem a mensuração de resultados, a edição da NOC estará disponível na língua portuguesa em meados de 2003, o que limita atualmente, sua ampla divulgação. A versão Beta da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, impressa na língua portuguesa, começa a ser utilizada em nosso país, em uma unidade de internação de um hospital universitário da região Nordeste, e num projeto piloto para posterior extensão à rede básica de saúde de um Estado da região Sul.

Por último, salienta-se a importância de buscar continuamente o aprimoramento do processo de cuidar que requer competência clínica, sistematização das ações de enfermagem com incorporação das evidências das melhores práticas e de uma ou mais classificações disponíveis para a obtenção de resultados com qualidade. No entanto, no percurso deste processo de mudança que demandará alguns anos para a sua completa efetivação, o monitoramento contínuo das ocorrências adversas e sentinelas constitui um dos meios disponíveis para reduzir e controlar os efeitos desfavoráveis dos cuidados de enfermagem prestados melhorando, assim, a qualidade dos serviços de saúde.

Referências

1. Ruelas-Barajas E. Hacia una estrategia de garantía de calidad - de los conceptos a las acciones. *Salud Pública de México* 1992;34:29-45.
2. Nunes LGN. Qualidade nos serviços de saúde: amplitude e perspectivas. *Brasília Médica*, Brasília, DF 1999;36(1/2):21-25.
3. Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. Defining quality of care. *Social Science & Medicine* 2000; 51:1611-1625.
4. Schieser LMC. Cenário da acreditação hospitalar no Brasil - evolução histórica e referências externas. [dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 1999. 162 f.
5. Novaes HM, Neuhäuser D. Hospital accreditation in Latin America. *Revista Panamericana Salud* 2000; 7(6):425-430.

IMPACTO DE UMA PORTARIA MINISTERIAL: ASPECTOS DA CONCRETUDE SOCIAL E POLÍTICA DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA

THE IMPACT OF A MINISTRY EDICT: THE SOCIAL AND POLITICAL ASPECTS OF OBSTETRIC NURSING

EL IMPACTO DE UNA RESOLUCIÓN MINISTERIAL: ASPECTOS DEL ACUERDO SOCIAL Y POLÍTICO DE LA ENFERMERÍA OBSTÉTRICA

Fernando Porto¹

Nilson Alves Moraes²

Maria Aparecida de Luca Nascimento³

RESUMO: Estudo de natureza qualitativa que apresenta o impacto da Portaria Ministerial¹, referente à inclusão do grupo de procedimentos realizados pelas Enfermeiras Obstetras no Sistema Único de Saúde (SUS). Tem como objetivos: apresentar dois trechos publicados em um jornal de grande circulação e de um boletim do segmento profissional médico do ano de 1998 e analisar os registros noticiosos que constituem diferentes e tensos discursos. O estudo apontou duas ideias, com base em três recortes noticiosos da mídia escrita: a falta de visibilidade da competência técnica do enfermeiro obstetra no contexto social e o reconhecimento político através do pagamento dos procedimentos da enfermagem Obstétrica através da Tabela do SUS. Nossas considerações finais são voltadas para a concretude social e política da Enfermagem Obstétrica, mesmo que a mídia escrita tente manipular de forma intervencionista para a sociedade como concretude sócio-ideológica em discurso para a formação de consenso e (re) produção de verdades.

PALAVRAS-CHAVE: enfermagem obstétrica, política e sociedade, mídia

ABSTRACT: This qualitative study presents the impact of the Ministerial Edict (number 2.815/98) relative to the inclusion of a set of procedures created by the obstetrician nurses in Public Health System (Sistema Único de Saúde - SUS). The objectives of this study are: present two excerpts which were published in a very popular newspaper and in a bulletin of the medical professional segment in 1998; analyze TV news which constitute different and tense discourses. The study identified two ideas, which were based on three pieces of news collected from the press. The first idea corresponds to the lack of visibility regarding the technical competence of obstetrician nurses in the social context. The second is related to the political acknowledgement of this service, which can be observed through the payment of obstetric nursing procedures according to a price list established by the Public Health System. Our final considerations are related to the social and political situation of obstetric nursing, in spite of the interventionist manipulation of society carried out by the media, which tries to create socio-ideological discourses in order to obtain consensus and (re) produce truths.

KEYWORDS: obstetric nursing, politics and society, media

RESUMEN: Estudio de naturaleza cualitativa que presenta el impacto de la Resolución Ministerial número 2.815/98, referente a la inclusión del grupo de procedimientos realizados por las Enfermeras Obstetras en el Sistema Único de Salud (SUS). Tiene como objetivos: presentar dos temas publicados en un diario de gran circulación y en un boletín médico del año 1998 y analizar los registros noticiosos que constituyen diferentes y tensos discursos. El estudio apunta hacia dos ideas, con base en tres recortes de noticias de la mídia escrita: la falta de visibilidad de la competencia técnica del Enfermero Obstetra en el contexto social y por otro lado, al reconocerse el pago de sus servicios—mediante los valores registrados en la tabla de precios del SUS, se instaura el reconocimiento político. Nuestras consideraciones finales se vuelcan hacia la concretud social y política de la Enfermería Obstétrica, aunque la mídia escrita intente manipular de forma intervencionista para la sociedad, como concretud socio-ideológica en discurso para la formación de consenso y (re)producción de verdades.

PALABRAS CLAVE: enfermería obstétrica, política y sociedad, mídia

Recebido em 22/02/2002

Aprovado em 26/05/2002

¹ Prof. do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil (DEMI) da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP) da Universidade do Rio de Janeiro (UNIRIO). Mestrando em Enfermagem da UNIRIO.

² Prof. Dr. em Ciências Sociais. Vice-Coordenador do Mestrado em Memória Social da UNIRIO e Orientador.

³ Prof. Dra em Enfermagem do DEMI da EEAP da UNIRIO. Vice-Coordenadora do Mestrado em Enfermagem UNIRIO. Co-orientadora.

Este estudo é resultante da ampliação de um recorte da dissertação de mestrado do autor, em vias de defesa, na qual é registrada a memória da luta das Enfermeiras Obstetras em um respectivo espaço de tempo (1996-1998) e em uma maternidade pública. Esta dissertação está inserida no programa de mestrado da Universidade do Rio de Janeiro, através da linha de pesquisa "Enfermagem e Sociedade".

Considerando os aspectos que dizem respeito à mídia escrita, e que integram o corpo do referido estudo, trataremos, aqui, de alguns artigos da mídia escrita no período de maio a julho do ano de 1998 sobre a luta da Enfermagem Obstétrica na atuação em sala de parto.

Em 1998, o Ministro da Saúde José Serra no exercício legal de suas atribuições delibera, em Portaria número 2.815/98 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998), a inclusão na Tabela de Pagamento do Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS), o grupo de procedimentos realizados pelas Enfermeiras Obstetras, conforme disposto na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem - Lei 7.498/86 - e, na sua regulamentação em Decreto 94.406/87.

A portaria supramencionada resultou em polêmicas abordadas em um jornal de grande circulação e no Boletim do segmento profissional médico.

Para tanto, temos como objetivo do estudo:

- Apresentar dois trechos publicados em um jornal de grande circulação e de um Boletim do segmento profissional médico do ano de 1998 e;

- Analisar os registros noticiosos que constituem diferentes e tensos discursos.

Desta forma, acreditamos que o estudo em referência possa contribuir na discussão, velada ou não, que até os dias de hoje ocorrem nas instituições sobre a não operacionalização da assistência de enfermagem, em sala de parto, por Enfermeiras Obstetras.

O IMPACTO DA PORTARIA MINISTERIAL

É histórica a situação em que as mulheres, ao parirem, procuravam uma parteira e, para tanto, tal fato possui registro na Bíblia, no livro da Gênesis, capítulo 35, vers. 16-17 (LIRA; BOMFIM, 1989, p. 1): "16- Partiram de Betel e havendo ainda pequena distância para chegar a Efrata, deu à luz Raquel um filho, cujo nascimento foi penoso". "17 - Em meio às dores do parto, disse-lhe a parteira: não temas, pois ainda terás este filho".

Para tanto, a Enfermeira Obstetra tem, não só um histórico, mas um respaldo legal para sua atuação que é a Lei 7.498/86, artigo 11º, parágrafo único:

"Artigo 11º - O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe:

I - Privativamente (...)

Parágrafo Único: As profissionais referidas no inciso II do artigo 6º desta Lei incumbem, ainda:

a) Assistência à parturiente e ao parto normal;

b) Identificação das distócias obstétricas e tomada de providência até a chegada do médico e;

c) Realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária." (LIRA e BOMFIM, 1989, p. 64).

A Portaria 2.815/98 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998) vem, mais uma vez, para legitimar a atuação deste profissional na área da saúde da mulher.

Porém, com a publicação da Portaria acima mencionada, emerge um conflito, até então velado em um micro-espaço (institucional), entre dois segmentos profissionais da área da Saúde da Mulher - Enfermagem e Medicina.

A publicação da Portaria 2.815/98 fez com que os noticiários polemizassem o documento oficial do Senhor Ministro da Saúde, José Serra, fazendo com que uma discussão velada, se tornasse uma luta de visibilidade nacional pela operacionalização da assistência de enfermagem pelas Enfermeiras Obstetras em sala de parto.

Os trechos que serão apresentados a partir deste momento são recortes de algumas publicações ocorridas no período de maio a julho do ano de 1998 no jornal - O Globo (1998) e no Boletim do Conselho Regional de Medicina (CREMERJ, 1998).

Após a publicação da portaria já mencionada: o Conselho Regional de Medicina (CREMERJ) se pronunciou, publicando, em seu Boletim Informativo (1998), seu posicionamento com o título "Seis por meia dúzia ou talvez zero":

(...) Por coincidência, o início do processo de esvaziamento do setor de saúde foi declarado quando a política oficial, baseada na leitura equivocada das recomendações de organismos internacionais como a OMS e OPAS, começou a relegar o médico a um segundo plano e atribuir suas tarefas a outros profissionais de saúde, como se fosse fazer medicina sem médicos.

Em meio à situação, o Jornal O Globo (LÚCIA, 1998) apresenta uma reportagem "Parto realizado por enfermeiro gera polêmica".

(...) A proposta do ministro José Serra de que o profissional Enfermeiro pode realizar parto normal - na falta ou ausência de médicos - está gerando polêmica, principalmente porque os médicos acham que estão sendo invadidos na profissão. Para o Diretor da Maternidade Evangelista Rosa, Joaquim Parente, o assunto precisa ser amplamente discutido por toda sociedade e autoridades médicas.

Neste espaço de tempo, o Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro (COREN-RJ) publica no jornal O Globo (FARIAS, 1998):

CREMERJ desconhece a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (...). Ao acusar o Ministro da Saúde de mal informado por apresentar a proposta de credenciar outros profissionais de saúde para realizarem partos, o presidente do Conselho Regional de Medicina, Mauro Brandão, demonstra desconhecer as colocações do atual responsável pela pasta. Os outros profissionais de saúde a que se refere o presidente do CREMERJ, na proposta do Ministro, são os enfermeiros obstetras, que na forma do Decreto 94.406/87 (...).

É quase mecânica e imediata a afirmação ou conclusão que as repercussões públicas tiveram, no que se refere à luta pela operacionalização da prática obstétrica das enfermeiras, em sala de parto pois, a notícia, segundo

Moraes (2001), é um discurso, em outras palavras, uma narrativa de um fato eleito ou atribuído com importância na construção da informação de forma crônológica, tratando-se de um campo de lutas.

O campo de luta, segundo o autor supramencionado, é um espaço onde a posição dos agentes encontra-se fixada (segmento profissional de Enfermagem e Medicina) em torno de interesses específicos.

Na ordem cronológica das notícias, o fato sai da esfera do espaço micro (institucional) e passa para o espaço macro (mídia), dando visibilidade à luta entre os segmentos profissionais - Enfermagem e Medicina.

Os interesses específicos envolvidos entre os dois segmentos profissionais é que, no conteúdo da Portaria 2.815/98, o Ministro da Saúde incluiu, na tabela de pagamento do sistema de Informações Hospitalares do SUS, os procedimentos do parto normal realizados pelo Enfermeiro Obstetra, através de respaldo legal.

Durante anos tais profissionais de enfermagem já vinham realizando esses procedimentos, porém, sem o reconhecimento financeiro da política de saúde, mais especificamente, no que se refere à Saúde da Mulher.

EM PAUTA A NOTÍCIA - A ENFERMAGEM E O PARTO NORMAL

Os partos normais realizados pelas Enfermeiras Obstetras tornam-se pauta de notícias, inculcando para um texto noticioso que é o registro de um acontecimento que exige técnica e arte na sua produção, atribuindo sentido e valor aos fatos, pois é uma narrativa de um processo de luta que tenta explicar as relações dos segmentos dos profissionais, na perspectiva da linha de cada veículo. Essa perspectiva é a dimensão e possibilidade de real/contar/interpretar/enunciar uma história, pois a notícia é parte da constituição ou construção da história com suas amarras e limitações de seu tempo (MORAES, 2001).

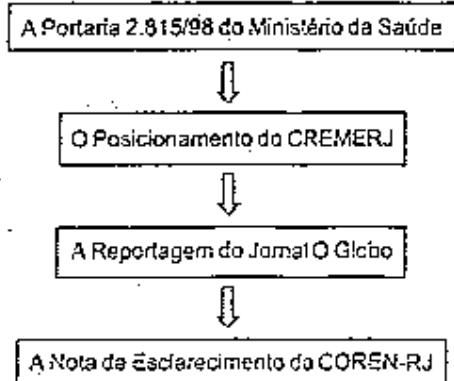
Moraes (2000) em seu artigo "Saúde, Jornais e Memória", estudando as manchetes sobre saúde de dois jornais - O Globo e a Folha de São Paulo - no período de 1995-2000, concluiu que tais manchetes constituem um novo discurso e significado e, ao mesmo tempo, um espetáculo e encenação racionalista e eficaz dos modelos gerenciais em disputa, através de diversas vozes, tentando influenciar o estado e a sociedade com seus sujeitos, na tentativa de produzir uma mediação simbólica entre os interessados e de memória, que podem contradizer o consenso do campo.

A tentativa de influenciar o Estado e a sociedade aparece nos dois trechos que o estudo incluiu na sua proposta.

O trecho, intitulado "Seis por meia dúzia ou talvez zero" e "Parto normal realizado por enfermeiro gera polêmica" são tentativas de polemizar a capacidade técnica do Enfermeiro Obstetra na sua atuação e, também, o seu reconhecimento financeiro que se encontra implícito no texto. Souza (2000) corrobora ao esclarecer que o implícito é o modo de expressão que permite deixar entender sem ficar a descoberto a responsabilidade de se ter dito, ou seja, uma maneira de se expressar de tal forma que a responsabilidade do dizer possa ser recusada, que no caso deste estudo é o reconhecimento financeiro.

Tal reconhecimento financeiro não é descrito no conteúdo das notícias, sendo o carro-chefe do noticiário a competência técnica do profissional de Enfermagem, que o COREN-RJ em uma nota de esclarecimento à população justifica a legalidade e o reconhecimento do Ministério da Saúde, citando a Lei e Decreto do segmento profissional.

Como podemos observar abaixo, a notícia obedece a uma sequência lógica de apresentação:



Contudo, os fatos passam a constituir-se como relevantes ou não, conforme o empenho que assim a mídia atribui. Esta ao apresentar, interpretar e avaliar a importância de um fato, de acordo com a sua lógica e interesse, facilita a influência nas tomadas de decisão por vezes já realizadas (MORAES, 2001).

Esta lógica e interesse no artigo "Parto normal realizado por enfermeiro gera polêmica" são maneiras de tentar influenciar em uma decisão já ocorrida, que segundo Thompson (1998) é uma estrutura industrial em forma de rede, em que nosso entendimento é o discurso pela luta hegemônica sócio-cultural da Medicina frente à Enfermagem, em forma de produção simbólica. Produção simbólica que, segundo Moraes (2001), é realizada pelos jornais não devendo ser explícita, a não ser quando se trata de editoriais, pois o resultado das notícias transforma em verdade o investimento social.

Assim, a notícia em seu contexto sobre o Enfermeiro Obstetra no parto normal é, em nossa análise, uma possibilidade de parcialidade de quem a noticiou (MORAES, 2001), pois deixa permear como se fosse um fato sobre a questão da competência profissional, ou seja, com um olhar (médico) único sem a sua devida contextualização na atenção ao parto normal.

Bourdieu (1997) afirma que a descontextualização dos textos na mídia carecem de análise, pois empobrecem a reportagem, transformando-a em uma categoria mitológica contemporânea do jornalismo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Reconhecemos a limitação do estudo, mas acreditamos em sua relevância social, por se tratar de notícias que a população tem acesso.

Vale destacar que esta luta, apesar de não citarmos

Resumo.

Este texto, ao considerar a enfermagem enquanto trabalho, evidencia, de início, uma perspectiva para desenvolvê-lo, ou seja, a de que somos capazes de transformar, pelo menos, o mundo da saúde no qual trabalhamos. Para tanto, proponho-me conhecê-lo enquanto um mundo do trabalho e de práticas de saúde que vem sendo, conforme discuto, historicamente determinadas. Tais práticas, dadas sua evolução, configuram-se no capitalismo como um serviço, o que lhes imprime um caráter especial nesse processo de produção. A enfermagem enquanto participante do trabalho coletivo da saúde desenvolve, contudo, um trabalho próprio, com o qual vem se definindo nesse contexto, a partir dos seus próprios processos de trabalho: de cuidar, de educar, de gerenciar; que, guardadas suas propriedades econômica, política e simbólica discutidas neste texto, poderão abrir as fissuras necessárias para a concretização cotidiana de um projeto que tome por referência o interesse do usuário do serviço de saúde, representado por suas necessidades de saúde.

Descritores: processos de enfermagem; cuidados de enfermagem; serviços de enfermagem; trabalho

Abstract

This text, while considering nursing as a profession, makes evident, initially, a perspective to develop it: the one that proves that we are capable to transform at least the world of health which we live in. In order to do this I propose myself to know it as a world of work and of health practices which has been, as I debate, historically determined. Such practices, according to their evolution, are configured in capitalism as a service, what gives to it a special characteristic in this production process. The profession of nursing while a participant of the collective work develops, however, its own original task, which has been being defined within this context, based on its own work processes – of care taking, educating, managing, which, keeping in mind its economic, political and symbolic properties discussed in this paper, will be able to open the necessary fissures for the daily action of a project takes uses as a reference the interest of the health service user, represented by his health needs.

Descriptors: nursing processes; nursing; cares; nursing services; work process

Title: Nurse's Craft: in Analysis and Some Future Perspectives

Resumen

Este texto, al considerar la enfermería como trabajo, evidencia, desde el principio, una perspectiva para desarrollarlo, o sea, la de que somos capaces de transformar, por lo menos, el mundo de la salud en el cual trabajamos. Para ello, me propongo a conocerlo en cuanto a mundo del trabajo y de prácticas de salud, que son históricamente determinadas, según discuto. Tales prácticas, se configuran en el capitalismo como un servicio, lo que les imprime un carácter especial en ese proceso de producción. La enfermería como participante del trabajo colectivo de la salud desarrolla, sin embargo, un trabajo propio y se ha ido definiendo en ese contexto, a partir de sus propios procesos de trabajo: de cuidar, de educar, de administrar, que guardadas sus propiedades económica, política y simbólica, podrán abrir fissuras necesarias para llevar a cabo un proyecto que tome por referencia el interés del usuario del servicio de salud, representado por sus necesidades de salud.

Descriptores: procesos de enfermería; atención de enfermería; servicios de enfermería; trabajo

Título: El trabajo de enfermería: análisis y perspectivas

1 Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho

A primeira questão a ser abordada diz respeito ao olhar sob o qual se parte para a compreensão do que seja a enfermagem. Definida no século XIX por Florence como a arte de cuidar, ao longo da Modernidade a enfermagem avançou na sistematização das suas práticas transformando-as, gradativamente, em conhecimento, de tal sorte que as técnicas são a primeira expressão do saber em enfermagem, as quais evoluíram para os princípios científicos e para sua expressão mais contemporânea, as teorias de enfermagem⁽¹⁾. Esse movimento foi desencadeado pela busca da autonomia dessa prática, cumprindo a função não só da aproximação, conhecimento e manipulação do objeto de trabalho, como também e, principalmente, a função ideológica de visualizar o trabalho carregado de contradições, como hegemônico e humanitário^(1,2,3).

Decorre disso que a enfermagem responde, enquanto prática social, às exigências que se definem no todo organizado das práticas sociais, econômicas, políticas e ideológicas e nessa organização se inclui. Essas exigências regulam a prática, quando dimensionam o objeto ao qual se aplica, os meios de trabalho que opera, a forma e a destinação dos seus produtos. Do processo de conhecimento sobre a enfermagem, então, também faz parte o processo sob o qual ela mesma aconteceu. Essa compreensão da enfermagem enquanto trabalho é uma reflexão recente, das três últimas décadas, que

os enfermeiros fazem sobre sua inserção social no campo da saúde. Olhar, então, a enfermagem enquanto trabalho, ou seja, uma prática social executada com a finalidade de produzir uma transformação, significa olhá-la inserida no mundo do trabalho e, por isso, vinculada às leis sociais da necessidades que o movimentam.

A enfermagem pode ser definida como

uma ação ou atividade realizada predominantemente por mulheres, que precisam dela para reproduzir a sua própria existência e utilizam um saber advindo de outras ciências e de uma síntese produzida por ela própria para apreender o objeto da saúde naquilo que diz respeito ao seu campo específico (cuidado da enfermagem?), visualizando o produto final, que é atender às necessidades sociais, ou seja: a promoção da saúde, prevenção de doenças e a recuperação do indivíduo, ou o controle da saúde da população^(4,5).

Acrescenta-se a essa definição que o trabalho da enfermagem é uma expressão das necessidades que norteiam os processos de trabalho da enfermagem, necessidades que estão vinculadas a sua inserção na organização produtiva, para as quais a produção de capital e de poder e a definição do papel do enfermeiro e demais membros da equipe de enfermagem estão dimensionados; por vezes, majoritariamente enquanto finalidade do trabalho da enfermagem. Destaca-se a competência técnica dentro do seu âmbito específico, a autonomia e a autoridade com os demais membros da equipe,

* Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professor Adjunto Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde, Trabalho e Cidadania (PRAXIS/UFSC) e do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho (NEST/UFSC). E-mail do autor: kitchhof@terra.com.br

bem como a definição de critérios técnico-científicos e ético-profissionais que nem sempre colocam como prioritários o atendimento das necessidades da população, como a promoção da saúde e a prevenção da doença.

Há ainda uma problemática que interliga a definição de enfermeira com a identidade da prestação de cuidados pelo pessoal de enfermagem²⁰, no qual se reconhece a necessidade de ampliação de uma definição profissional que identifique as características do cuidado e do serviço de enfermagem. Em outras palavras, ressaltar que "conhecer mais profundamente a área da enfermagem implica em compreender a prática de seus múltiplos agentes e as articulações existentes entre elas"²¹.

Portanto, o destaque deste texto para a enfermagem enquanto trabalho busca reconhecer que existe mais que uma definição de prática de enfermagem, uma vez que, o processo de trabalho humano é antes de tudo o processo de produção e reprodução do homem social, historicamente determinado através da produção de bens e serviços²². Se hoje é possível compreender o trabalho em saúde como historicamente determinado e produtor de bens e serviços é porque se reconhece um processo de construção das práticas de saúde que iniciam com as comunidades primitivas e culminam com a sociedade capitalista, a qual tem a saúde como uma mercadoria e um serviço.

2 A organização histórico-social, as práticas de saúde e a enfermagem

Um norteador na definição das práticas de saúde está no modo como cada sociedade concebe a saúde e, de maneira mais ou menos coerente, operacionaliza essa compreensão. Assim, saúde e enfermidade estão estritamente vinculadas e condicionadas pela sociedade historicamente dada, da qual se desenvolvem e que influem nas características de cada elemento das práticas de saúde e na sua organização interna. A sociedade capitalista é a de nosso maior interesse, pois é nela que encontramos os principais fundamentos históricos das práticas de saúde desenvolvidas atualmente, embora não se excluam outras práticas não hegemônicas e que também fazem parte das práticas de saúde, sendo exercidas de maneira crescente em nossa sociedade.

Com o desenvolvimento da ciência, rompe-se com o caráter obscurantista imposto pela Igreja da sociedade medieval, pois que o impulso dado pelos novos conhecimentos advindos dos descobrimentos geográficos, astronômicos, científicos abre uma nova perspectiva existencial. Há uma confiança no poder da razão humana, provocando no campo da saúde um salto qualitativo com o advento da anatomopatologia, da fisiologia, da microscopia, da bacteriologia. Para esse novo pensamento, o indivíduo não se opõe nem é inimigo da sociedade, havendo uma perfeita harmonia entre ambos, manifestada no livre exercício dos direitos inatos e naturais. É nessa sociedade, portanto, que se firma a idéia liberal de que "a livre competência dos indivíduos no mercado se obtém como consequência do bem estar geral"^{23,24}. Essa visão otimista da vida, que se contrapõe à visão anterior, da sociedade medieval, é uma estratégia da classe burguesa para a construção da sociedade liberal, racional, individualista, pela qual a classe dirigente assegura seu domínio sobre a classe produtora de bens que, despossuída dos meios de produção, se vê obrigada a vender sua força de trabalho para sobreviver²⁵.

A medicina curativa, decorrente das transformações científicas e das estratégias de poder da classe dirigente, vem atuar nas desordens naturais, nas ameaças ao homem, à sua natureza física, que colocam em risco sua existência, sua capacidade produtiva e, sobretudo, o projeto de sua existência para produzir. Ressalta essa compreensão que "o homem é um caso particular da natureza e a natureza uma antagonista geral do homem"^{26,27}. Para a sociedade capitalista, a finalidade da saúde é:

- preservar a força de trabalho que requer preparação e habilidade crescente para manipular as máquinas cada vez mais complexas; portanto, é caro para a sociedade e para sua classe dirigente criar tal tipo de trabalhador e faz-se necessário preservar sua sobrevivência;
- preservar a sobrevivência da classe dirigente;
- assegurar a ordem social, de onde dar mais saúde atua como moderador de atitudes destrutivas para a sociedade capitalista que constitui a classe trabalhadora, questionando seu não controle sobre os meios de produção^{28,29}.

Essa concepção de saúde é a que prevalece por toda a Modernidade, período no qual a enfermagem institucionaliza suas práticas. A profissionalização da enfermagem acontece sob o capitalismo ao desvincular-se da assistência social genérica e de seu caráter religioso, passando a ter como principal objetivo "a conservação e adaptação da força de trabalho às exigências de uma economia de reprodução ampliada, a salvação dos corpos necessários ao setor produtivo"^{30,31,32}. Ao processo de conquista de uma distinção de sua prática, para diferenciá-la do estigma de imoral, bêbada e analfabeta, cujo local hospital acolhia para retirar da rua, sobrepõem-se o preparo para as atividades e o desenvolvimento de traços pessoais considerados desejáveis, como honestidade, lealdade, pontualidade, serenidade³³. Junto, porém, com essa distinção no preparo profissional moral, caminha a exigência de um preparo técnico sistematizado, fortemente influenciado pelas descobertas no campo da saúde na época. Por isso talvez, esses valores sejam questionados, atualmente, ou seja,

a nossa atuação profissional ainda se mostra sisuda, carrancuda, preocupada com aspectos formais objetivos, guiada por parâmetros de lógica racional, embora saibamos todos que a intimidade ou familiaridade do cuidar requer maior flexibilidade, maior afinidade com a ordem simbólica. Ainda que mais disponíveis e algumas mudanças, essas ainda se fazem marginalmente e não se explicitam convincentes de como se faz esta ultrapassagem de estrita racionalidade, nem mesmo quando, no âmbito da saúde, nos dizemos distantes de abordagem biomédica como exclusiva. O imaginário, o mítico e o onírico, silenciados na formação profissional da Enfermagem Moderna, no início do século XX, possivelmente têm outro destino hoje, às portas de um outro tempo que sucede essa Modernidade^{34,35}.

Os valores perseguidos pela modernidade – sobretudo a razão como valor maior – certamente marcaram as diretrizes pedagógicas da formação do pessoal de enfermagem, definindo um perfil de formação profissional e a conquista de uma prática coerente com ele. A Escola Ana Néri, primeira escola a ministrar o ensino sistematizado de enfermagem por enfermeiros, foi considerada por decreto presidencial como padrão de ensino para todo o país, sendo atualmente apresentada como oferecendo, por muito tempo, uma formação elitista e preconceituosa, sendo suas raízes autoritárias de tal forma marcantes que, ainda em 1978, eram apresentados indícios dessas raízes nas produções acadêmicas publicadas na Revista Brasileira de Enfermagem³⁶.

Dessa maneira, embora possam ser observados na nossa sociedade, chamada de pós-moderna, avanços na sua organização social e produtiva³⁷ compreendo que os fundamentos para a definição das práticas de saúde sofrem variações, conforme os modelos tecno-assistenciais^{38,39} adotados para a operacionalidade das mesmas na saúde coletiva, conforme estejam mais identificados com a modernidade ou com a pós-modernidade, dando-lhes um caráter organizativo menos ou mais flexível. Os modelos tecno-assistenciais direcionam a organização dos serviços de saúde, conforme articulam os setores envolvidos, sua proposta de integralidade, regionalização, hierarquização, seletividade, universalidade e concepção de saúde e doença⁴⁰. Entendo,

portanto, que as práticas de saúde identificadas mais com a pós-modernidade são aquelas que adotam um caráter organizativo mais flexível, reconhecendo os micro-espacos de poder, as diferentes subjetividades que compõem esses espacos e, sobretudo, compondo com os atores desse processo a sua própria construção cotidiana.

3 A saúde como um bem a ser alcançado pelo trabalho em saúde

Contudo, pode-se apreender, pelo pano de fundo histórico colocado, que a saúde foi e permanece como uma das condições essenciais para o pleno exercício da vida humana. A saúde é uma necessidade do ser humano e, por isso conforme foi demonstrado, tem permanecido como um valor/bem para o indivíduo e a sociedade. Pode-se ter uma idéia do valor desse bem ao se observar as consequências sociais promovidas por ele à divisão do trabalho em saúde, à institucionalização das profissões, à tecnologia disponibilizada para a assistência em suas diversas fases (diagnóstico, tratamento, reabilitação) e ao jogo político perverso da diferenciação na qualidade da assistência para quem paga e não paga, fato que, no Brasil, é palco de interesses de tal maneira divergentes entre as esferas pública e privada que têm dificultado a plena operacionalização da lei 8080/90, que regula as ações, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde no nosso país. Portanto, a saúde se constituiu, principalmente ao final deste século, em um setor de serviços essencial para a vida humana¹²², essencial para a produção e reprodução do ser humano, que está inserido em um sistema de produção e reprodução econômico-social que lhe confere características próprias e que, pelas implicações que provocam no trabalho em saúde, em geral e na enfermagem, serão discutidas neste momento.

Parto da premissa de que a saúde se transformou em um serviço na sociedade capitalista, uma vez que "antigas formas de cooperação mútua, social, comunitária e familiar, pelo estímulo do capital, produziram atividades comercializáveis no mercado"^{123,124}. A prestação de serviços só ocorre em larga escala no capitalismo monopolista, o qual "criou o mercado universal e transformou em mercadoria toda a forma de atividade do ser humano, inclusive o que até então as pessoas faziam para si mesmas e não para outras"^{125,126}.

A enfermagem, enquanto trabalho, é um dos serviços da saúde e insere-se nesse setor, produzindo e sendo produzida a sua prática conforme as determinações deste setor. Os serviços, por sua vez, produzem bens não materiais, uma vez que o seu consumo se confunde com o próprio ato da sua produção, não se podendo destacar materialmente da própria atividade que gera¹²⁷. Esse autor faz uma distinção entre bens (materiais e não materiais) e serviços e os classifica em econômicos, simbólicos e políticos. A idéia de bem está vinculada à de produto, enquanto a idéia de serviço vincula-se à idéia de distribuição. Por exemplo, um bem simbólico são as idéias expostas em uma aula pelo professor; serviço simbólico é o processo didático de transmissão dessas idéias. Penso que todo o produto (bem) gerado nos serviços de saúde contém propriedades econômicas, políticas e simbólicas concomitantemente.

As propriedades econômicas estão presentes porque a produção do serviço de saúde é trocada por uma remuneração, além de ser fonte geradora de força de trabalho. Muito embora o trabalho possa ser fonte de prazer para o trabalhador, o fato é que este também o faz para obter o seu "ganha-pão". Da mesma forma, enquanto a saúde esteja garantida como um direito constitucional, isto apenas pode se efetivar mediante financiamento do setor, dele fazendo parte os impostos pagos pela população. A propriedade política diz respeito aos interesses presentes na produção do serviço. Para cada decisão tomada há interesses norteadores, de tal maneira que,

de acordo com esses interesses – do trabalhador de saúde, do empresário, do usuário, da sociedade – será direcionado o processo de trabalho. Acrescento ainda que a tecnologia produzida/consumida está amplamente determinada pela finalidade de conservação e desenvolvimento dessa sociedade e pela sobrevivência do ser humano nela, levando-se em conta que sempre há um projeto hegemônico em prática, não se desconsiderando que também há os contra-hegemônicos.

A propriedade simbólica do produto dos serviços está diretamente vinculada aos significados de cada ato do processo de trabalho. Dessa forma, a compreensão que cada participante do processo de trabalho constrói a partir da experiência vivida nele se constitui como bem simbólico daquele serviço. São as "leituras" feitas dos processos vividos e que podem ser diferentes ou semelhantes para as pessoas participantes que, as elaboram mentalmente. A propriedade simbólica diz respeito à interpretação do trabalho no seu todo, portanto, à interpretação do valor agregado ao serviço realizado e que, por isso, o diferencia de outro.

Essa característica que defendo – a de que o serviço de saúde produz produtos que são ao mesmo tempo econômicos, políticos e simbólicos – confere ao trabalho na saúde e com a saúde um viés especial de análise, visto que essas características estão presentes em cada etapa do processo de trabalho desenvolvido, ou seja, na interpretação da necessidade, na apreensão do objeto de trabalho, na definição da finalidade, a ser seguida, na escolha da tecnologia pertinente ao trabalho, na capacitação da força de trabalho para a realização do trabalho em si. Portanto, penso que essas propriedades estão presentes em todo o processo de trabalho em saúde e que, por isso, lhe conferem uma dimensão teórico-prática dimensionadora do êxito (produto) a ser alcançado.

Por princípio, na teoria do processo de trabalho há uma coerência interna entre a finalidade do trabalho, a necessidade e o produto a ser alcançado. No entanto, a finalidade, a necessidade e o produto, como já defendi em outra publicação¹²⁸, conquanto possam ser tomados como conceitos equivalentes, não expressam o mesmo signo. Essas dimensões do processo de trabalho ocorrem em espacos/tempos diferenciados: a finalidade é da responsabilidade do profissional; trata-se de uma interpretação da necessidade do usuário. O produto é o resultado possível às condições de produção naquele tempo/espaço. Por isso, na práxis, percebe-se uma diferença entre os mesmos, pois embora jamais se pense em produzir algo que não atenda à necessidade para a qual foi elaborado um projeto de trabalho, também é fato que há um caráter histórico nas necessidades humanas, demarcador de um processo de produção que, mesmo que seja dinâmico, tem como finalidade a produção de um produto econômico, político e simbólico, o qual corre o risco, a qualquer tempo, de ser superado pela formação de necessidades novas, pois,

o próprio mundo das necessidades está em permanente processo de "captura" pelas tecnologias dos saberes estruturados, porque pode e deve ser inventado em processo, no fazer do trabalho vivo que se publica para uma nova validação ético-estética no campo do trabalho na saúde^{129,130}.

Assim, no interior da produção das práticas de saúde está-se permanentemente diante da constituição de um espaco interseção trabalhador-usuário, como o lugar que dá factibilidade ao trabalho vivo em ato e ao jogo das necessidades que se definem no interior de um processo quase-estruturado¹³¹.

Deve-se considerar, ainda, que os processos "complexos"¹³² consistem na combinação de dois processos: um processo de trabalho e outro de apropriação do resultado desse trabalho, do seu produto; e, certamente, que as propriedades econômica, política e simbólica interferem na efetivação de cada um desses processos, além de interferirem

na sua combinação.

Como é de âmbito profissional a responsabilidade pelo produto e cabe ao usuário a sua apropriação há, portanto, um desafio a ser considerado pelos profissionais para um maior êxito do trabalho em saúde; o desenvolvimento de uma prática que se coloque necessária e apropriável pelo usuário do trabalho da saúde. Penso que as características do produto do processo de trabalho em saúde mencionadas acima são facilitadoras do processo de apropriação pelo usuário, porque vêm ampliar o leque de alternativas para o seu êxito, pois uma visão ampliada do objeto de trabalho fortalece o processo de trabalho dela decorrente.

4 O trabalho da enfermagem e algumas considerações sobre suas perspectivas

O trabalho da enfermagem, enquanto constituidor do trabalho coletivo em saúde, tem suas próprias especificidades. Estas especificidades dizem respeito às ações de prestar um cuidado, de mediá-lo para a equipe de enfermagem e de saúde e também de educar em saúde^(12,14). Considero cada uma dessas dimensões um trabalho, que passo a discutir.

O trabalho cuidar

é o trabalho identificador da profissão, uma vez que se realiza a partir de necessidades de saúde concretas ou potenciais, caracterizado pela sua especialização profissional, como consequência analítica da ciência, pela capacidade de formulação de problemas, pela sua comunicabilidade como objeto epistemológico, predizibilidade na intervenção de cuidado terapêutico, por ter técnica e arte na sua realização^(12,14).

A enfermagem tem com esse trabalho uma identidade histórica, o que tem despertado muitas reflexões sobre qual seria a amplitude desse cuidado: considerando-o como objeto da profissão, como finalidade, elaborando práticas assistenciais a partir de teorias e até mesmo construindo perspectivas paradigmáticas através de estudos teórico-filosófico-exploratórios.

Na condição de prestadora de cuidados de saúde, a enfermagem desenvolveu um parcelamento de tarefas com outros componentes da sua equipe, o auxiliar e o técnico de enfermagem, tendo o ato de cuidar a finalidade de atendimento de necessidades materiais (por ex. um curativo) e não materiais (por ex. apoio, compreensão). Assim sendo, o processo de trabalho cuidar é composto por atividades, definidas pela lei do exercício profissional. De maneira geral, se cuida do corpo do indivíduo, sendo que esse cuidado difere em qualidade, conforme se compreenda o corpo. Proponho compreendê-lo como "uma construção simbólica que antes de ser realidade em si mesmo é realidade produzida social e culturalmente"^(12,14) ou

na busca do corpo inteiro e real, não negando o corpo doente ou tentando superá-lo, mas compreendendo-o principalmente em sua vulnerabilidade ante nosso saber e nossas instituições assistenciais, numa aguda consciência desse poder e da possibilidade de um cuidado terapêutico e, ao mesmo tempo, ético^(12,14).

Ao se adotar essa concepção de corpo no processo de trabalho cuidar, ampliam-se as possibilidades de instrumentos de trabalho e de produto alcançado, além de também se ampliarem as perspectivas de apropriação desse produto pelo usuário. Nesta concepção, os profissionais "abrem mão" de verdades absolutas e de atitudes onipotentes, criando, portanto, as condições mínimas para um diálogo entre os sujeitos envolvidos nesse processo de trabalho. Considero que esse diálogo se dê em uma perspectiva em que o trabalhador e o usuário façam dele um instrumento mediador do cuidado, rompendo com uma relação em que um se apropriou do saber para cuidar do outro que não sabe se cuidar.

Contudo, dadas às influências do modelo tecno-

assistencial hegemônico, essa é uma perspectiva a alcançada no exercício cotidiano da prática em enfermagem, que por já estar vislumbrada no discurso, considero estar aberta à possibilidade de

constituir tecnologias de ação do trabalho vivo em ato e mesmo de gestão desse trabalho que provoquem ruídos, abrindo fissuras e possíveis linhas de fuga nos processos de trabalho instituídos, que possam implicar a busca de processos que localizem o sentido da "captura" sofrido pelo trabalho vivo e o exponham às possibilidades de "quebras" em relação aos processos institucionais que o operam cotidianamente^(14,15).

O processo de trabalho educar pode se voltar tanto para um indivíduo quanto para um grupo. Esse trabalho tem como objeto a consciência individual e/ou coletiva e como finalidade possibilitar escolhas mais críticas do usuário em relação aos serviços de saúde e ampliar as possibilidades do cuidado de si mesmo. O campo prático deste processo de trabalho é cada dia maior tendo-se em vista a perspectiva de que um maior nível de qualificação da força de trabalho tem sido uma exigência do mercado e que, enquanto trabalhadores, todos precisam dar atenção a sua saúde. As possibilidades desse processo de trabalho para a enfermagem enquanto campo prático, são inúmeras, tais como as atividades docentes propriamente ditas, relacionadas com a educação formal e que ocorrem no âmbito escolar do ensino fundamental até o universitário. Entretanto, também as atividades educativas não-formais podem ser expressivas em nossa profissão, constituindo-se em todas as atividades de orientação grupal ou individual, além daquelas relacionadas à educação popular, de cunho mais comunitário. Há ainda a perspectiva de outro campo prático, voltado para o trabalhador, por meio do qual se pretende construir um processo de conscientização da vulnerabilidade do trabalhador no trabalho e ajudar a encaminhar as mudanças necessárias para sua diminuição e eliminação, tendo-se por perspectiva as consequências da precarização das relações de trabalho, pois o trabalhador tem trocado cada vez mais sua saúde pela possibilidade de conservar ou obter um emprego, seja ele qual for.

A atuação do enfermeiro nesse processo de trabalho parte da realidade da população-alvo e com ela constrói possibilidades de conquistar mais saúde e cidadania. A problematização do cotidiano a partir de situações-problema valoriza os saberes dos participantes, fazendo-os compor a "matéria-prima" da reflexão e da definição de propostas do trabalho a ser desenvolvido. Há que se considerar a contribuição de Paulo Freire para a educação brasileira, e as perspectivas transformadoras delineadas pelos fundamentos prático-teóricos de sua proposta no campo da educação em saúde.

O processo de trabalho administrar-gerenciar é privativo do enfermeiro, diferindo neste aspecto dos demais: cuidar e educar. Neste trabalho, o enfermeiro tanto organiza o trabalho da equipe de enfermagem quanto é mediador do trabalho da equipe de saúde. Há porém autores^(16,17) que apontam, como parte do processo de trabalho administrar a educação em serviço. Há um componente forte nessa atividade que tem relação com a administração da força de trabalho; contudo, entendo que estaria mais apropriada esta atividade no processo de trabalho educar, pois, pela perspectiva que o objeto de trabalho define para a conformação do processo de trabalho, administrar a força de trabalho é um processo diferenciado de qualificá-la.

No processo de trabalho administrar, gerenciar, o enfermeiro tem por finalidade organizar o serviço de maneira a atender ao usuário, ao trabalhador e à instituição assistencial. Por isso, esse trabalho constrói-se em um cenário de disputa de distintas forças instituintes que se expressam nos distintos campos das disciplinas profissionais, dos distintos seres humanos em ação, compondo uma micropolítica do processo

de trabalho⁽¹⁴⁾. Há, portanto, um desafio colocado ao enfermeiro neste processo, dada sua natureza específica perante os demais. Aceitar o desafio de mediar o trabalho na enfermagem e na saúde é uma realidade para o enfermeiro. Penso que lhe falta a visualização dessa trabalho como uma potencialidade a ser desbravada na medida em que

revoluções no mundo tecnológico da produção não se fazem só com a entrada em cena de novas máquinas, mas também de novos modos de gerir as organizações, a fim de garantir a "captura" do trabalho vivo em ato na produção⁽¹⁵⁾.

Concordo com esse autor quando defende que a gerência é uma tarefa coletiva do conjunto dos trabalhadores, no sentido de modificar o cotidiano do modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde e também quando afirma que de nada servirão os esforços de reformas macro-estruturais e organizacionais se não acontecer concomitantemente uma publicização do sistema de direção da gestão dos processos de trabalho em saúde que tome por referência o interesse do usuário do serviço, representado por suas necessidades de saúde⁽¹⁶⁾.

Há, portanto uma riqueza de possibilidades no trabalho da enfermagem, visualizando-a pela composição que seus processos delineiam na sua concretização. Tanto os três processos podem ocorrer concomitantemente, quanto pode ser priorizado um em detrimento dos outros, como, por exemplo, o de cuidar ou de educar. No entanto, o processo de gerenciar é imprescindível aos demais, estando tão imbricado nos mesmos que se torna difícil separá-lo como um processo isolado. O processo gerenciar tem, na verdade, como objetos de trabalho o trabalho cuidar e o trabalho educar, além de ter por tarefa o seu próprio aperfeiçoamento. Por isso, a gerência tem sido um tema bastante discutido nos embates sobre os serviços de saúde, tanto adotando o estigma da vilã, quanto de "salvadora da pátria". A posição de que todos esses processos são importantes para a prática da enfermagem é a posição que defendo, conquanto perceba no processo de trabalho da gerência uma posição de liderança do trabalho do enfermeiro perante o campo de conhecimento da saúde.

Defendo, então, que as melhores perspectivas para o trabalho da enfermagem estão no aproveitamento dos espaços já criados pela grande reforma macro-política organizacional da Reforma Sanitária Brasileira, que culminou com a criação do Sistema Único de Saúde por meio da lei 8.080/90 e da sua complementar, a lei 8.142/90. Ambas direcionam para uma publicização⁽¹⁷⁾ do trabalho em saúde, garantindo os princípios da universalidade, da equidade e da participação popular – usuários, trabalhadores e gestores – na construção desse Sistema.

Para tanto, cabe aos trabalhadores a tomada de consciência de que a criatividade, os micro-espacos operacionais, as inter-relações na vida e no trabalho podem ser propulsores de flexibilidade e afinidade com a ordem simbólica e política – mais do que com a econômica. A práxis em enfermagem tende a ultrapassar a estrita racionalidade ao vincular-se aos princípios do imaginário e do lúdico no cotidiano pessoal e profissional. Para alcançar esses propósitos, a enfermagem conta com os três processos de trabalho – o cuidar, o educar e o gerenciar. Não há necessidade de reinventar a roda, talvez apenas não desprezar o já conhecido e transgredir o já construído.

Referências

1. Almeida MCP, Rocha JSY. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez; 1986. 127 p.
2. Almeida MCP, Rocha SKM. O trabalho da enfermagem. São Paulo: Cortez; 1997. 298 p.
3. Colliera MF. Promover a vida: da prática das mulheres da virgênia aos cuidados de enfermagem (prólogo). Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses; 1989. 385p. p.15-22.
4. Peduzzi M, Anselmi ML. O processo de trabalho da enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília (DF) 2002 jul/ago;55(4):392-8.
5. Gonçalves RBM. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas do processo de trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO; 1994. 278 p.
6. Castiño EG. Salud y cambio social: por un sistema integral de salud. Madrid: Zero; 1984. 325 p.
7. Silva GB. Enfermagem profissional: análise crítica. São Paulo: Cortez; 1986. 143 p.
8. Nietzsche EA, Dias L, Leopardi MT. Tecnologias em enfermagem: um saber em compromisso com a prática? In: Anais do 10º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem; 1999 maio 24-27; Gramado (RS), Brasil. Porto Alegre (RS): Associação Brasileira de Enfermagem; 1999. 88 p. p. 25-28.
9. Evolução e ênfase de enfermagem ao longo do período 1923-1980. In: Germano RM. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1985. 118 p. p. 33-43.
10. Rezende ALM. Pós-modernidade, o vitalismo do "Chaos". Plural, Florianópolis (SC) 1993 jan/jul;3(4):5-12.
11. Silva Junior AG. Modelos tecnossistêmicos em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. São Paulo: HUCITEC; 1994. 143 p.
12. Pires D. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil. São Paulo: Armandume; 1998. 253 p.
13. Braverman H. Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX. 3ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1961. 379 p.
14. O processo de produção. In: Srouf R. Classes sociais, regimes e ideologias. São Paulo: Ática; 1987. 288 p. p. 74-84.
15. Kitchner ALC. Reflexões sobre o processo de trabalho em saúde: rescriando instrumentos para adequar o trabalho a sua finalidade. Texto e Contexto: Enfermagem, Florianópolis (SC) 1995 jan/jun;4(1):60-5.
16. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. Práxis em saúde: um desafio para o público. 2ª ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997. 385 p. p. 71-112. (Série didática: saúde em debate).
17. Castellanos B, Rodrigues AM, Almeida MCP, Rosa MTL, Mendes SASA. Os desafios da enfermagem para os anos 90. In: Anais do 41º Congresso Brasileiro de Enfermagem 1989 set 2-7; Florianópolis (SC), Brasil. Florianópolis (SC): ABEn; 1989. 223 p. p.147-69.
18. Leopardi MT, Gebcke FL, Ramos FRS. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? Texto e Contexto: Enfermagem, Florianópolis (SC) 2001 jan/abr;10(1):32-49.

Data de Recebimento: 16/05/2003

Data de Aprovação: 20/03/2004

Evaluar la calidad

Una condición para la eficacia

M.^a Isabel Rosales Calvo*

RESUMEN

Se presentan los resultados de la aplicación de un programa de mejora de la calidad de la atención de enfermería, en el que se ha considerado la evaluación de la calidad como elemento fundamental para garantizar la eficacia del proceso. La experiencia se ha desarrollado durante cinco años en un hospital público de la Comunidad Valenciana.

Mediante un diseño cuasiexperimental y la técnica de análisis de series temporales, se observan cuantitativa y cualitativamente los objetivos alcanzados, así como los instrumentos y la metodología introducidos en cada una de las cuatro etapas en las que se ha desarrollado el proceso.

Los datos corresponden al período 1987-1992.

INTRODUCCIÓN

El concepto de calidad no surge en el sector sanitario. Se trata de una idea incorporada en el mundo industrial, que aparece en los años 30 como procedimiento para detectar y corregir desviaciones en la producción. En el sector sanitario el interés por la calidad se inicia más tarde, encontrando referencias a partir de los años 60.

Durante este siglo el espectacular auge de la ciencia y tecnología médicas ha elevado de forma preocupante los costes de los servicios sanitarios, lo que ha contribuido, sin duda, al creciente interés en analizar la eficacia de tales servicios.

Para los responsables de la gestión sanitaria representa un gran reto dar respuesta tanto a la demanda de los usuarios como a las expectativas y planteamientos de los profesionales que, al compás del conjunto del sistema, han ido evolucionando.

Los profesionales sanitarios, cada vez más cualificados y especializados, siguen tendiendo a considerarse los únicos jueces de su práctica presentando resistencia a cualquier mecanismo de control externo.

Los usuarios, aun sin sentirse capacitados para evaluar los aspectos intrínsecos

del acto sanitario, son cada vez más conscientes de sus derechos y plantean, con mayor exigencia las bondades perceptibles de la atención sanitaria.

En este contexto analizar la posición de los gestores del sector sanitario, en relación a la calidad, no es cuestión sencilla. En primer lugar, y dada la complejidad del sistema, pueden considerar innecesario el esfuerzo; por otra parte sienten la necesidad de justificar las elevadas inversiones y garantizar la eficacia de las mismas.

Así las cosas, el aumento de las demandas asistenciales y sus elevados costes económicos imponen la necesidad de que los recursos sanitarios funcionen con la máxima eficacia y eficiencia, es decir, que presten el mayor número de servicios, de la máxima calidad y al menor coste posible.

Para conseguir una rentabilidad sanitaria es preciso establecer tanto estructuras de gestión capaces y operativas como sistemas permanentes de evaluación que permitan el control y el análisis de sus resultados, y que ayuden a determinar acciones correctoras precisas en el proceso asistencial.

Las primeras referencias específicas al control de calidad en el sector sanitario se remontan a 1951 con la creación de la JCAH, en EEUU (Comisión encargada de establecer y revisar las normas que deben reunir los hospitales para su acreditación).

*D.E. Hospital Doctor Peset, Valencia.

Tiene especial interés las aportaciones de A. Donabedian (1966) para los enfoques de calidad desde el punto de vista integral. Tales aportaciones permiten incorporar aspectos de la estructura, proceso y resultados, como elementos interrelacionados en un conjunto armónico. A partir de esta fecha se producen numerosos trabajos que desarrollan distintos criterios e instrumentos para la evaluación de la calidad.

En Enfermería ha sido igualmente creciente la preocupación por el análisis y mejora de la calidad. Esto, sin olvidar la influencia de factores económicos, se ha debido también a la necesidad de fundamentar y desarrollar la aportación específica de Enfermería a los cuidados de salud, justificando el lugar que le corresponde en el equipo multidisciplinar.

Las aportaciones de enfermeras en relación a la calidad referidas en la literatura, desarrollan Métodos de evaluación en dos vertientes:

1. Métodos de evaluación parcial de los cuidados de enfermería

Generalmente en lengua inglesa, definen y analizan algunos protocolos o procesos de cuidados. En su estudio sobresalen dos líneas:

- Creación de su propio método de evaluación en el seno de una institución.
- Aplicar el método recomendado, por la Asociación profesional (A.N.A.).

2. Métodos de evaluación global de los cuidados de enfermería

- Métodos de auto-control. La evaluación se realiza mediante la revisión de historias clínicas (Nursing Audit de M.C. Phaneuf 1972-1976). Está enfocado fundamentalmente al análisis de los cuidados directos, previa definición de las siete funciones en que éstos se desarrollan.

Representa un método, al parecer, sencillo de aplicar y económico dada la facilidad de acceso a los datos de forma retrospectiva.

Sus limitaciones fundamentales se relacionan con la fidelidad con que el historial clínico represente el proceso terapéutico.

- Método de evaluación orientado al proceso QUALPACS, de Vandell y Ager (1974). Proponen un sistema de evaluación, completamente desarrollado, mediante una escala que mide una serie de criterios de calidad del comportamiento de enfermería en relación a la atención a un paciente dado.

Su crítica se basa en la orientación casi exclusiva hacia la interacción enfer-

Para los responsables de la gestión representa un gran reto responder a la demanda de los usuarios y a las expectativas de los profesionales

mera-paciente y hacia los aspectos psicosociales, en detrimento de otras áreas de cuidados que se tratan de forma muy general.

- Método de evaluación orientado al proceso. Rush - Medicus de Jellneck y cols (1972 a 1977). Estudia la calidad de las actividades de enfermería, tanto en los cuidados directos como en los elementos que integran la organización de la unidad de cuidados, teniendo en cuenta fundamentalmente cómo todo ello responde a las necesidades del paciente en los aspectos físico y psicosocial.

El interés de este método radica en que surge a partir de las mejores ideas de los anteriores.

- Método de evaluación orientado a los resultados. En 1977, Horn y Swason publican su trabajo «Desarrollo de criterios de medida de los cuidados de enfermería». Este trabajo, basado en el modelo de D. Oren, está enfocado del todo a evaluar los resultados de la satisfacción de las necesidades del paciente en cuatro aspectos: la cobertura profesional, el conocimiento, la capacidad y la motivación del paciente para cubrirlos.

No tenemos información de la aplicación de este método, si bien la am-

plitud del mismo puede inspirar a otros profesionales interesados en el tema.

Dentro de este complejo contexto, nuestro trabajo ha tenido como objetivo valorar la utilidad y eficacia de un método de evaluación como soporte fundamental de un programa de mejora de la calidad. Durante todo el proceso habría que contar con un instrumento de medición diseñado específicamente para ese fin. Ello debería permitir detectar desviaciones, ajustar las decisiones e impulsar al personal hacia la mejora de la calidad.

Nuestro planteamiento se ha basado en las siguientes premisas:

- Puede mejorarse la calidad mediante un proceso continuado de evaluación orientado en una dirección previamente definida.
- Para garantizar la eficacia del proceso es necesario disponer de un método de evaluación que permita detectar desviaciones y orientar las decisiones.
- Un proceso de evaluación en el que se incorpora a los profesionales, produce un efecto positivo en éstos para lograr los objetivos de mejora.

A partir de estas premisas la hipótesis planteada fue la siguiente:

El método de evaluación idóneo será aquel que respondiendo al modelo pretendido incorpore criterios de evaluación específicos para los objetivos progresivos de mejora y, así, debe crearse un instrumento a la medida que pueda adaptarse sucesivamente para que responda en las distintas etapas del proceso.

Para contrastar este supuesto se ha abordado un estudio de campo, con diseño cuasiexperimental, que se ha desarrollado durante cinco años en un hospital terciario público de la Comunidad Valenciana, con 550 camas. En este estudio se ha aplicado la técnica estadística de análisis de series temporales.

Las variables sometidas a estudio han sido: como variable dependiente el índice de calidad de los cuidados de enfermería; y como variable independiente el método de evaluación de la calidad de los cuidados que, de acuerdo a nuestra hipótesis, hemos diseñado específicamente para el estudio (COMPROCAL).

Material y método

Ámbito

El trabajo se ha llevado a cabo en todas las unidades de hospitalización de

Para conseguir una rentabilidad sanitaria es preciso establecer estructuras de gestión capaces y operativas y sistemas permanentes de evaluación

Hospital Dr. Peset de Valencia. Dichas unidades son quince en la actualidad, aunque el estudio se inició con once de éstas, incorporándose el resto sucesivamente en el momento de su apertura, ya que el Hospital ha ampliado sus camas en estos años.

Las unidades sometidas a estudio constan de 36 camas, correspondiendo seis de ellas a cirugía general y especialidades quirúrgicas; cinco a medicina interna; dos a materno-infantil y pediatría; una a UCI y una mixta médico-quirúrgica.

La dotación de personal en estas unidades se ha establecido de acuerdo a los criterios de tiempos de enfermería ne-

- Definición de la filosofía de la División de Enfermería.
- Definición de un modelo de cuidados documentado, así como normas y procedimientos de actuación y de registro para los cuidados enfermeros.
- Programas sistemáticos de orientación y formación para el personal.
- Organización de las unidades de enfermería.

El proceso se ha realizado en cuatro etapas:

En la primera etapa, que abarca los años 1987 y parte de 1988, se construyó ya fundamentalmente la preparación

ESCUOLA UNIVERSITARIA DE F...
B...
la evaluación, como resumen, en la etapa se realizó una implantación de estructuras básicas de calidad, una evaluación progresiva de normas y criterios relativos al proceso de atención, y la mera evaluación de resultados. Para el último, se creó un programa de control de calidad por el que se evalúan los datos a través de los registros de enfermería analizando únicamente al aspecto CUANTITATIVO de éstos (PROGRAMA COMPROCAL II).

En la tercera etapa, durante los años 1990 y 1991, se ha trabajado básicamente en la consolidación de los logros anteriores, así como en la implementac

UN BUEN PRODUCTO NO CAMBIA...



cesarios, publicados por Gutiérrez Martí en el N.M.C. (1984).

El diseño organizativo de las unidades tanto en la estructura física como en la provisión de cuidados ha seguido criterios uniformes, matizando las diferencias que pudieran observarse por el propio grupo que constituye la unidad.

Procedimiento

Como requisitos previos a la instauración del programa de evaluación se han considerado:

- Estructura orgánica del Hospital y de la División de Enfermería de acuerdo al R.O. 526 de 1986.

del medio y las personas. Se trabajó intensamente con los enfermeros/as de hospitalización para que tomaran conciencia de la realidad y para que se sensibilizaran e implicaran activamente en el proyecto. Para ello se realizó una evaluación inicial, formación continuada y trabajo en grupos.

En la segunda etapa, que corresponde al segundo período del año 1988 y año 1989, se inició la acción con la implantación de unos registros de enfermería, que permiten la aplicación de los criterios producidos en la etapa anterior en relación al modelo de cuidados y a la metodología de trabajo. Así mismo se inició la protocolización de cuidados y

de normas y criterios en el proceso de atención y en la adecuación de los instrumentos de evaluación. Se ha abordado el diseño e implantación de indicadores de enfermería, elaborados aplicando normas y criterios de calidad se han diseñado soportes para la valoración de los pacientes y se han iniciado cambios en el modelo de organización de las unidades. Para efectuar seguimiento se adecuó el programa control de calidad incorporando el análisis de aspectos cualitativos de los cuidados de enfermería (modelo de asignación del trabajo, aplicación de normas y criterios en los cuidados directos e indicadores de actividad); PROGRAMA CO

MEDIO AMBIENTE DEL PACIENTE				
2. Confort y seguridad del paciente				
1. ¿Dispone el paciente del mobiliario necesario para su comodidad y confort?				
2. ¿Está la mesita de noche y los efectos personales a su alcance?				
3. ¿Funcionan y están a su alcance el interruptor de la luz y el del timbre?				
4. ¿Dispone, en caso necesario, de barandillas de seguridad?				
5. ¿Son adecuadas la temperatura, ventilación y alumbrado?				
6. ¿El nivel de ruidos es aceptable?				
7. ¿Está el cuarto de aseo limpio y ordenado?				
8. ¿Dispone el cuarto de aseo de agarraderas u otras medidas de seguridad?				
9. ¿Los utensilios (cunas, botellas, palanganas, etc.) están limpios y listos para su uso?				
10. ¿Estos utensilios están identificados para uso exclusivo del paciente?				
11. ¿Está el espacio alrededor de la cama y la habitación, en general, limpio y ordenado?				
12. ¿Hay más de un familiar por paciente?				

ENCUESTA REALIZADA POR:

Figura 1.

PROCAL II. En la cuarta etapa, iniciada a principios del año 1992, se pretende reafirmar las etapas anteriores dando un paso más en el desarrollo del proceso de mejora. Los elementos abordados en el período transitorio se concretan en el análisis y adecuación de los indicadores, revisión de estándares, ajustes en el modelo de organización y estandarización de códigos para los registros de cuidados. Para esta etapa se ha ampliado el programa de control de calidad, incluyendo criterios de evaluación de la estructura, proceso y resultados de los servicios de enfermería (PROGRAMA COMPROCAL III).

Durante todo el proceso, en las diferentes etapas referidas, hemos puesto especial interés en la participación del

personal implicado, tanto en la definición e implementación de criterios de actividad como de registro y evaluación. Para ello se ha realizado un importante esfuerzo en la formación del personal de estas áreas. Así mismo, hemos considerado la retroalimentación sobre los resultados obtenidos en cada período como un elemento esencial para las personas implicadas.

La recogida de datos se ha realizado por dos personas externas a la unidad convenientemente entrenadas. Los datos, compilados una vez al mes, consisten en una muestra de cada unidad de cinco pacientes elegidos al azar entre los hospitalizados más de tres días. Las técnicas utilizadas han sido: observación directa sobre el área de trabajo y la ac-

tuación del personal, análisis de la documentación clínica y entrevista a los pacientes para valorar expectativas y satisfacción.

El análisis estadístico de series temporales permite efectuar una descripción matemática de los elementos que la componen (en nuestro estudio las sucesivas mediciones de IC que hemos efectuado en cada etapa). Mediante la aplicación de tres técnicas: método gráfico, analítico y promedios móviles, puede observarse la tendencia secular de la serie y formular predicciones sobre el futuro. Cabe resaltar el interés del método analítico pues nos permite obtener una función matemática que expresa la tendencia.

Instrumentos

Los datos se han obtenido mediante un instrumento de medición de la calidad (COMPROCAL I, II, III) que, con diseño específico, ha incorporado en cada etapa criterios de evaluación de los objetivos implementados. El método actual de comprobación de la calidad (COMPROCAL III), está formado por un conjunto de test que evalúan aspectos de la estructura, proceso y resultados de la atención de enfermería. Observa cuatro áreas diferenciadas, incluyendo 20 tests y 148 ítems que se distribuyen entre las diferentes áreas:

1) Área de trabajo: Consta de 5 tests y 36 ítems. Permite estudiar las condiciones y organización de la estructura física. Incluye los siguientes tests:

- Círculo de sucio y delimitación.
- Clínica.
- Control de enfermería.
- Almacén de lencería.
- Zona de estar de personal.

2) Medio ambiente del paciente: Consta de 3 tests y 20 ítems. Analiza también elementos de la estructura y cómo éstos garantizan la seguridad del paciente y satisfacen sus expectativas. Los tests de que consta son:

- Normas de seguridad ambiental.
- Confort y seguridad del paciente.
- Zona de estar de pacientes y acompañantes.

3) Asistencia directa al paciente: Consta de 9 test y 67 ítems. Centrado en el proceso y enfocado al análisis de la práctica de enfermería, recoge aspectos de la implantación y aplicación de normas y criterios de calidad en los procedimientos y cuidados de enfermería. Así

mismo, analiza cómo estos cuidados satisfacen al paciente. Se estructura en base a las necesidades de los pacientes que considera el modelo de cuidados que aplicamos en nuestro centro, como adaptación del modelo de Virginia Henderson. Incluye los siguientes test:

- Respiración-oxigenación.
- Alimentación e hidratación.
- Eliminación desechos.
- Actividad-reposo.
- Descanso-sueño.
- Vestir y mantener la temperatura corporal.
- Aseo, higiene y cuidado de la piel.
- Información y comunicación.
- Ocio y entretenimiento.

Las respuestas afirmativas tienen valor «1», las negativas valor «2» y para aquellos conceptos a los que se atribuye «no valorable» utilizamos la siguiente clasificación:

- «3»=no hay normas.
- «4»=no hay constancia.
- «5»=no observado.
- «6»=no sabe no contesta.
- «7»=no aplicable.

Un baremo relaciona los valores de cada concepto en función de la importancia que los mismos tienen en el contexto del análisis. La suma de todos los valores ha de ser del 100%:

Hemos establecido para esta etapa el siguiente baremo:

Como ejemplo se detalla un test de medio ambiente del paciente: confort y seguridad, y otro de plan de cuidados: valoración inicial (figuras 1 y 2).

Resultados

En el análisis de datos, mediante la técnica estadística ARIMA, se observa la tendencia secular mediante tres métodos: gráfico, promedios móviles y analítico. La proyección temporal representa un incremento significativo en el aspecto cuantitativo de la calidad de los cuidados.

Los datos muestran una tendencia secular positiva creciente entre las

...EVOLUCIONA.

Los envases IPB de B.Braun para irrigación son los más prácticos, cómodos y eficaces. Ahora, con **ESTERILIDAD EXTERNA** también son los más seguros.



BRAUN

4) Plan de cuidados: Consta de 3 tests y 25 ítems. Estudia con carácter retrospectivo la documentación clínica. A través de los registros se analiza cómo el plan de cuidados responde a las necesidades del paciente y el grado de aplicación del proceso de atención de enfermería. Consta de los siguientes tests:

- Valoración inicial.
- Actualización.
- Plan al alta.

Cada test contiene un estándar en el que se define la identificación y una serie de preceptos a los que la respuesta debe ser afirmativa, negativa, o no valorable.

—Área de trabajo	10%
—Medio ambiente del paciente	20%
—Asistencia directa al paciente	40%
—Plan de cuidados	30%
	100%

En la hoja de estadística de calidad se refleja el número total de conceptos y sus respuestas, así como el cómputo total. Se expone también el tanto por cien de aceptación, el valor máximo del concepto, el índice de calidad del concepto y la calidad total. En la hoja resumen de hospitalización se refleja la calidad total de cada unidad mensualmente, así como la calidad total mensual en toda el área de hospitalización.

puntuaciones del índice de calidad (IC) y el desarrollo de las sucesivas etapas del programa COMPROCAL. El coeficiente $r=0.94$ nos indica una relación lineal elevada entre las variables estudiadas.

Desde la aplicación del programa en la segunda etapa, se observa un incremento mensual positivo en las puntuaciones del IC, cuyo valor es de 1,61 y queda expresado por la función matemática.

En la tercera etapa el incremento observado es algo menor, 0,87 puntos x mes, lo que puede explicarse por producirse un incremento global similar en un período de tiempo más dilatado.

PLANTA _____ UNIDAD _____ FECHA _____ HORA _____

PLAN DE CUIDADOS (REGISTRO DE DATOS)			
1. Valoración inicial			
1. ¿Entre la documentación clínica se encuentra la Hoja de valoración de Enfermería?			
2. ¿Se ha cumplimentado en el momento del ingreso?			
3. ¿Constan los datos al ingreso?			
4. ¿Constan los datos socio-culturales?			
5. ¿Constan datos sobre oxigenación?			
6. ¿Constan datos sobre alimentación e hidratación?			
7. ¿Constan datos sobre eliminación?			
8. ¿Constan datos sobre actividad y reposo?			
9. ¿Constan datos sobre descanso-sueño?			
10. ¿Constan datos sobre higiene y cuidado de la piel?			
11. ¿Constan datos sobre comunicación?			
12. ¿Se identifica la enfermera responsable?			

ENCUESTA REALIZADA POR:

pura 2.

No consideramos especialmente valiosos los resultados de la cuarta etapa por el corto periodo de tiempo analizado.

Sin embargo se observa una tendencia igualmente positiva con un valor incremental de 1,28 puntos. Como ya hemos indicado globalmente los resultados obtenidos muestran la tendencia secular positiva creciente entre las puntuaciones del índice de calidad (ICI) y el desarrollo de las sucesivas del programa COMPROCAL.

En el análisis cualitativo de los datos destacan los logros en la aplicación del proceso de atención, la focalización de los cuidados en las necesidades del paciente y el registro de datos relativos al proceso de cuidados.

Conclusiones

Implantar un sistema de evaluación es una condición necesaria y útil para el desarrollo de un proceso de mejora de la calidad de los cuidados de enfermería.

Dicho proceso ha de iniciarse con la definición de los requisitos de calidad deseables y posibles que deberán concretarse en normas, criterios y estándares.

A partir de aquí ha de planificarse un proceso continuado de evaluación-intervención en el que se introduzcan eficazmente las medidas correctoras precisas. La continuidad es imprescindible en el proceso de mejora de los cuidados.

El sistema debe integrar un instrumento de medida «ad-hoc».

La evaluación es un elemento impulsor en el proceso de mejora. Permite potenciar la implantación de normas y criterios, detectar desviaciones e introducir medidas correctoras, con el resultado de un incremento en la calidad.

En todo el proceso es necesario contar con las personas que van a verse implicadas.

En nuestra experiencia, el aumento de los ICI nos demuestra la eficacia de este método así como la necesidad de disponer de un instrumento de evaluación específico y ajustado a las distintas etapas del proceso de mejora.

BIBLIOGRAFÍA

- Alfaro R. Aplicación del proceso de Enfermería. Barcelona, Ediciones Doyma, 1988.
- Baville ML. L'évaluation de la qualité des soins infirmiers. Symbiose, 1982; 23.
- Bruwer AM. Designing a modular in service education programme for psychiatric nurses as part of a quality assurance programme. Rev. Control calidad asistencial, 1988; Vol. 1.
- Carpenito LJ. Diagnóstico de Enfermería. Interamericana, 1989.
- Castellsagüé R y Pérez Company P. Política de calidad, una estrategia de Enfermería. Comunicación II. Jornadas de control de calidad en Enfermería. Salamanca, 1988.
- Castellsagüé R, Elorza C, Pérez Company P, Abelló C. Calidad de la Atención de Enfermería: experiencia en dos hospitales catalanes. Rev. Control de calidad asistencial, 1989; Volumen 1.
- Chagnon M. Méthode d'appréciation de la qualité des soins infirmiers. Ordre d'infirmiers et infirmières du Québec. Tome 1. Québec, 1982.
- Donabedian A. La calidad de la atención médica. México, La Prensa Médica SA, 1984.
- Gutiérrez R, Coesta A, Moreno JA. La calidad de la asistencia hospitalaria. Barcelona, Ediciones Doyma, 1985.
- Henderson V. Principios básicos de los cuidados de Enfermería. C.I.E.
- Ichikawa K. El control de calidad en Japón. Madrid, APD, 1983.
- Jacquerie A. Guide de l'évaluation de la qualité des soins infirmiers. Infirmiers d'aujourd'hui. Le Centurion, 1983.
- J.C.A.H. Monitoring and evaluation in nursing services. 1986.
- J.A.A.H. J.C.A.H. Nursing standards: New approaches. 1986.
- Jessie WP. Estado actual de control de calidad en los hospitales de EE.UU. Rev. Control de calidad asistencial, 1989; Vol. 2.
- Montell B, Perigord M, Raveau G. Les outils du cercle et de l'amélioration de la qualité. Paris, Les éditions d'organisation, 1985.
- Montell B. Cercles de qualité et de progrès pour une nouvelle compétence. Paris, Les éditions d'organisation.
- Perigord M. Réussir la qualité totale. Paris, Les éditions d'organisation.
- Pérez M. Reflexiones sobre el control de calidad en el área de enfermería. Rev. Todo Hospital, 1985; 19.
- Phaneuf M. Nursing audit for evaluation of patient care. Nursing Outlook, 1986.
- Vuori, K. El control de calidad en los servicios sanitarios. Barcelona, Ed. Masson, 1988.

39

EL IMPACTO DE LA LEGISLACIÓN EUROPEA SOBRE LA CONTRATACIÓN PÚBLICA DE BIENES Y SERVICIOS EN LOS SERVICIOS SANITARIOS

Silvia Villanij, F.; Romo Avilés, H.; Prieto Rodríguez, M.A.
Escuela Andaluza de Salud Pública.

Nuestro objetivo en esta investigación ha sido analizar el impacto de la normativa jurídica en materia de contratación pública de bienes y servicios sobre los servicios sanitarios.
Método: Esta es un estudio cualitativo llevado a cabo con responsables de los servicios económico-administrativos de los Hospitales y Centros de Atención Primaria pertenecientes al Servicio Andaluz de Salud.
Resultados: El impacto del derecho comunitario en la compra de bienes y servicios en los servicios sanitarios, ha sido importante dado que la contratación es una materia horizontal que afecta a toda actividad que implique gasto o inversión públicos. El principal cambio percibido por los responsables de los servicios en los que hemos trabajado y que ha sido atribuido al efecto de la trasposición de la legislación europea ha sido el incremento del volumen de compras que se realizan por concurso público. La nueva legislación derivada en parte de la normativa europea ha provocado una mejor organización en los servicios, mayor objetividad y una mejor publicidad y transparencia a la hora de comprar.
Conclusiones: Respecto de los efectos intencionados de la trasposición de las regulaciones europeas al ordenamiento jurídico español sobre los servicios sanitarios, ha derivado, en materia de contratación, en el reforzamiento de la aplicación de los principios de publicidad y concurrencia, así como en la aplicación de los principios de igualdad y no discriminación. Los efectos no intencionados derivados de la aplicación de las normas comunitarias, han puesto de relieve la divergencia existente entre la tendencia propuesta por la Unión Europea y la necesidad de dotar a la gestión sanitaria de instrumentos alternativos.

40

ALGUNOS INSTRUMENTOS PARA REORIENTAR LOS HOSPITALES

Bonilla X, Bolibar, I, Gich, I, Puig, T, Umilla, G.
Servei d'Epidemiologia Clínica i Salut Pública, Centre Cochrane Iberoamericano, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

Introducción: En el Hospital de Sant Pau desde el año 2000 se han creado dos unidades orientadas específicamente a proporcionar el apoyo necesario para impulsar una progresiva reorientación hacia la gestión clínica y la integración comunitaria: el Servicio de Epidemiología Clínica y Salud Pública (SECSP) y el Centro Cochrane Iberoamericano.
Metodología: Las funciones del SECSP son: coordinar y dar apoyo metodológico, técnico y estadístico a la promoción y evaluación de las diversas actividades relacionadas con la calidad asistencial; planificar el desarrollo de programas sanitarios; dar apoyo metodológico, técnico y estadístico a las actividades de gestión clínica, así como impulsar los sistemas de información correspondientes; dar apoyo a los proyectos de investigación aplicada; desarrollar actividades de docencia, formación e investigación.
Las funciones del Centro Cochrane son: dar información, formación, apoyo metodológico y logístico a todas aquellas personas y entidades interesadas en desarrollar revisiones sistemáticas y la MBE.
Resultados: Se comenta el desarrollo hasta la fecha de las funciones mencionadas valorando los logros alcanzados y las limitaciones observadas. Para ello se utilizarán algunos ejemplos fruto de la experiencia más cercana.
Decisión y conclusiones: Se valorará el potencial interés de las experiencias presentadas para otras organizaciones hospitalarias o sanitarias.

Revista: GESTIÓN HOSPITALARIA GH
Vol 12 - Nº 2 - Abril - Junio 2001
DOYMA

IMPACTO DE LA GESTIÓN INTEGRADA DE PROCESOS EN LA ORGANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA.

Alba C. Cuadros M.J., Olvera R., Rojano C., Santana V. E.P.
Hospital Alto Guadalupe, Andújar (Jaén).

Introducción: La Gestión Integrada de Procesos (GIP), como estrategia en el ámbito de la Calidad Total, permite obviar muchas de las barreras actuales a la continuidad asistencial y a la satisfacción de los ciudadanos (estructuración departamental, variabilidad de la práctica clínica, pobre coordinación interdisciplinaria, inadecuación a las demandas...). La GIP necesita de la máxima participación de los profesionales, en la orientación de la asistencia a la excelencia y a la resolución efectiva de los problemas de salud. Su implementación con éxito en el medio hospitalario depende de una profunda reinterpretación de la cultura organizativa y las estructuras tradicionales. **Objetivo:** Evaluar el impacto de la GIP en la organización de los Cuidados de Enfermería (Cde), y en la política de RR.HH. y Desarrollo de Personas, en un Hospital de reciente apertura que responde a la Organización por Procesos. **Métodos:** Revisión del Plan Funcional del centro, y de los Contratos Programa 2000 y 2001. Panel de expertos y celebración de 2 sesiones (generación espontánea de ideas y ponderación posterior) para la identificación de las principales innovaciones en la organización de los Cuidados de Enfermería, derivadas de la GIP. **Resultados y Conclusiones:** En el Hospital no existen camas distribuidas por especialidades (servicios tradicionales), sino por nivel de cuidados, poniéndose todo el énfasis en el proceso completo. Aparecen así como elementos facilitadores, la polyvalencia y multifuncionalidad de los equipos de enfermería, bajo el enfoque de la gestión por competencias, al impulso a la mejora continua de la calidad desde tejidos de apoyo (grupos de mejora, círculos de calidad, sistema de ideas...) que fomentan la participación y el talento organizacional, y el uso de una metodología de cuidados (de individualización y Planes de Cuidados Guía) que permiten trazar los procesos y sumar valor añadido.

OBRAS EN HOSPITALES. MEDIDAS DE SEGURIDAD

López Minura, José Manuel, Fernández Barrio, Joaquín, Lamba Lara, Laura, Romero Tejo, Sonia.
Servicios Generales, Complejo Hospitalario Juan Canalejo.

Introducción: La realidad física de los hospitales y la función asistencial que albergan no han evolucionado a la par en las últimas décadas. Las estructuras hospitalarias se han hecho más complejas para dar cabida a la "nueva medicina" y a las nuevas tecnologías. Nuevas técnicas exigen su propio espacio, que en edificios antiguos se adaptan con mayor o peor acomodo. Se producen cambios incluso en el sistema de prestación sanitaria y en los sistemas de tratamiento y atención (Hospitales de día, Cirugía ambulatoria...) que alteran la fisonomía del hospital, desarrollando más las áreas de apoyo diagnóstico y reduciendo las unidades de hospitalización. De este modo nos encontramos con la necesidad de acometer remodelaciones sucesivas y en cadena, reformar y hacer ampliaciones en hospitales existentes, que solucionan problemas funcionales pero a la vez originan efectos indeseables y un impacto negativo en su funcionamiento.

Métodos: Una adecuada planificación de estas remodelaciones internas, fundamental para minimizar riesgos y molestias, tanto en lo que se refiere a organización de actividades y áreas de trabajo como en lo que respecta a riesgos de seguridad y protección. No hay que olvidar que las obras conllevan una serie de actividades peligrosas y molestias, y que los hospitales en la tipología de edificio más susceptible de riesgo por contagio... aparte de al estado de salud y ánimo de los pacientes, se debe evitar al máximo generar olores, ruidos y demás agentes molestos. **Resultados:** Se hace pues necesaria la existencia de un PLAN DE SEGURIDAD DE OBRAS que deberá recoger una serie de medidas y preceptos, siempre dentro del marco de la Ley 31/1995 de prevención de Riesgos Laborales, con una visión concreta pero a la vez global y un cierto grado de flexibilidad que permita un margen de maniobra acorde a las necesidades presentes. **Conclusiones:** La exposición del Plan de Seguridad y protección desarrollado en las obras de reforma de la UCI de un Hospital, será el eje de la comunicación presentada, ya que se trata de un ejemplo de aplicación eficaz de las medidas de seguridad y protección necesarias cuando se ejecutan obras en edificios hospitalarios.

149

COMPARACIÓN ENTRE LA CIRUGÍA AMBULATORIA Y LA CIRUGÍA CON INGRESO MEDIANTE EL CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS DE HOSPITALIZACIÓN Y ATENCIÓN AMBULATORIA

Albaracín A., Rubio J., Gogorreta M.A., Jove F.A.
Subdirección General de Desarrollo INSALUD

INTRODUCCIÓN

La Cirugía ambulatoria (CA) es en la actualidad una alternativa cada vez más utilizada frente a la cirugía tradicional con ingreso hospitalario, aportando una mayor calidad al paciente y unos resultados satisfactorios. A partir de 1998 se ha definido en el INSALUD un Conjunto Mínimo Básico de Datos de atención ambulatoria especializada (CMBD-AAE), similar al existente para los pacientes hospitalizados (CMBD-H), en el que se incluyen todas aquellas intervenciones quirúrgicas realizadas sin ingreso.

OBJETIVO

Análisis de las diferencias demográficas y clínicas más importantes entre los pacientes intervenidos bajo ambas modalidades quirúrgicas.

MÉTODOS

Fuente de información: CMBD-H y CMBD-AAE de hospitales del INSALUD con porcentajes de codificación superiores al 95% durante el año 2000. Se han analizado en ambos ficheros las principales variables clínicas y administrativas. Se describen los datos generales de los pacientes intervenidos sin ingreso, analizándose para las patologías más frecuentes diferencias en cuanto a edad, sexo, residencia geográfica, tipo de procedimiento y reintegros entre los pacientes atendidos mediante hospitalización y sin ingreso.

RESULTADOS: Hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en las variables edad, sexo y tipo de procedimiento quirúrgico en función de la modalidad terapéutica utilizada. No hemos encontrado diferencias en cuanto al porcentaje de reintegros.

CONCLUSIONES

El análisis mediante bases de datos administrativas facilita la evaluación de la cirugía ambulatoria, la comparabilidad entre centros y el establecimiento de estándares de calidad.

LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN LOS HOSPITALES DEL INSALUD

Objetivo: presentar el proceso de planificación de 78 hospitales del INSALUD.

Métodos: En 1997 el INSALUD, una vez elaborado su Plan Estratégico comenzó un proceso de planificación estratégica en todos los Hospitales de su Red. Los objetivos planteados eran:

- ✓ la organización interna de los centros
- ✓ la calidad total, eficacia y eficiencia
- ✓ la motivación y participación de los profesionales del centro
- ✓ la orientación hacia la atención integral del paciente

Han realizado su Plan estratégico 78 hospitales, dentro de un proceso homogéneo y con gran participación de los profesionales.

A finales del año 1999 todos los centros de atención especializada del INSALUD habían finalizado su plan estratégico.

Con el fin de que todos los trabajos de planificación tuvieran un diseño y estructura homogénea, susceptible de estudio y seguimiento posterior, se elaboraron por el INSALUD unos criterios, que incluían una Guía de elaboración para facilitar el proceso a los centros sanitarios.

Entre las características del proceso de planificación:

- proceso de participación e implicación de los profesionales
- voluntario
- coordinado a través de una Comisión de Seguimiento, responsable de dar apoyo metodológico, y aprobar técnicamente el plan además de hacer su seguimiento una vez aprobado.
- aprobación por el máximo responsable del INSALUD

Resultados: Toda la información de los análisis de situación de los diferentes centros y las líneas estratégicas que se plantearon han sido analizadas institucionalmente. Los resultados de la explotación de las líneas han sido muy útiles para conocer la direccionalidad e intereses de los centros.

Se propone en el póster el proceso seguido, la participación y los resultados obtenidos en términos de las líneas estratégicas más frecuentes que los hospitales han identificado y en las que irán trabajando los próximos años desde la terminación del plan.

TRATAMIENTO INFORMÁTICO DE LOS DATOS DEL REGISTRO DE INCIDENCIAS DE SUPERVISIÓN DE GUARDIA: UN MANEJO RÁPIDO Y EFICAZ DE LA INFORMACIÓN

Huguet Balla, F. Méndez Poblador, R.; Rodríguez Canco, C., Rubio García, M.; Ruedas Porco, E.
Dirección de Enfermería - Equipo de Supervisión de Guardia,
Hospital Universitario Son Dureta, Palma de Mallorca.

Objetivo: Disponer de un acceso rápido, ordenado, preciso y eficaz a los datos registrados en los partes de incidencias de la Supervisión de Guardia.

Método: Estudio retrospectivo de los registros de los años 1998 y 1999 para decidir qué tipo de datos interesa incluir en la plantilla donde se recogerán las incidencias el parte diario. Esta plantilla selecciona la información por apartados, dejando además un espacio libre para eventos en general. En dicha plantilla toda información se acompaña de una referencia al grupo funcional homogéneo (GFH), afectado. Cada "parte de guardia" se almacena como archivo independiente y como fragmento de un archivo superior que comprende todo el mes.

Los distintos grupos de información son trasladados a libros de cálcu mensuales que clasifican los eventos por fecha, GFH, y tipo de información, posibilitando los cuadros resumen y gráficos necesarios para el diagnóstico de problemas persistentes y el conocimiento de su alcance y evolución.

Se dispone además, por el procedimiento de hipervínculos de acceso inmediato a los textos originales del registro.

Resultados: El registro de incidencias de la Supervisión de guardias, al disponer de un acceso rápido, ordenado, preciso y a los datos registrados en los partes de incidencias y a la cuantificación de los mismos se ha convertido en una herramienta de gran utilidad para la mejora de la calidad en la gestión de los servicios de Enfermería.

ESTUDIO DE MEJORA DEL ÁREA DE CITACIONES TOMA DE MUESTRAS

Herrero Bernabey, M. J.; Sánchez Escrivá, M. C.
Subdirección Enfermería Servicios Centrales, Hospital Universitario "La Fe", Valencia.

Introducción: Las citaciones a los pacientes centralizada para Laboratorio y Radiodiagnóstico en un hospital de 1800 camas crea problemas de espacio y generan grandes colas. La Subdirección de Enfermería consciente de esta situación elabora un plan de mejora.

Método: Se crea un grupo de trabajo multidisciplinar que, con metodología de reingeniería de procesos, aborda la transformación del área de Citación y Toma de Muestras de Servicios Centrales.

Resultados: Como resultado del trabajo realizado se deciden a implantar las siguientes medidas: Ventanilla Única de citación, donde se dan todas las citas de Servicios Centrales par todo el hospital; informatización de la cita que genera órdenes de trabajo para todos los Servicios Centrales; Modificación del Proceso de Gestión de Volantes en el sentido de, una vez introducidos los datos en el ordenador, los pacientes se quedan con los volantes, aportándolos en día de la extracción o exploración. La implantación se realiza en noviembre del 2000. La disminución de los tiempos de espera de los pacientes ha sido del 52 %, con un muy notable aumento de la comodidad durante la espera. La desaparición del Archivo de Volantes ha permitido optimizar el uso de los recursos humanos (dos auxiliares de enfermería diarias). Los volantes no encontrados en el momento de la exploración han pasado del 10 % al 1 %, siguiendo la tendencia a disminuir este número.

Discusión: El sistema implantado permite cambios de fechas a petición del paciente; detecta las duplicidades de solicitudes de exploración; evita pérdidas de volantes al no quedar archivados a la espera de la exploración; establece un sistema de control de calidad con el doble registro informático.

Conclusión: Los buenos resultados obtenidos han validado la reingeniería de procesos realizada.

ORGANIZACIÓN DE UN HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA EN EL PERIODO INVERNAL

Ruiz D. Vázquez-Mata G, Coll L, Canal R, Esperalba J.
Fundació de Gestió Sanitària de l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Objetivo: Evaluar la utilización del hospital durante la temporada invernal y analizar el perfil de seguridad que ofrece a los pacientes.

Métodos: 1. Selección de pacientes: todos aquellos pacientes mayores de 65 años ingresados por una condición aguda en el Complejo de Urgencias y Semicríticos, y Unidad de hospitalización de invierno. 2. Derivación al Hospital de Día: programada mediante agenda: box de Hospital de día (HD) y a consulta de alta rápida (AR), según precisasen ambulancia o no. 3. Variables recogidas en Hospital de Día: Diagnóstico, Comorbilidad (Index de Charlson), Fragilidad (Hospital Admission Risk Profile), Actividades instrumentales de la vida diaria (OARS), Actividades básicas de la vida diaria (Index de Barthel), Número de fármacos, reingresos hospitalarios a los 30 días y mortalidad a los 30 días. 4. Análisis estadístico: Programa SPSS para Windows (versión 6.5.0).

Resultados: De los 100 primeros pacientes: 47% eran hombres, la edad media fue de 80 años. El 58% fueron a HD y el resto a AR. Reingresaron al 3%. La mortalidad fue nula. Se modificaron 68 tratamientos. Las enfermedades circulatorias fueron las más frecuentes (74%). Hubo diferencias en la comorbilidad, fragilidad, actividades instrumentales y básicas (p inferiores a 0,01). **Conclusiones:** La flexibilidad del hospital de día permite afrontar las necesidades de los ancianos sin menar los resultados de salud.

IMPACTO DEL PROCESO TRANSFERENCIAL SOBRE LOS RECURSOS HOSPITALARIOS DE MALLORCA

Tamporeiro G, Moranta F, Pons O, Riboll J, Domènech J, Server Balear de la Salut (SERBASA)

Objetivo: Cuantificar la repercusión del proceso de transferencias sanitarias a las Baleares en los recursos hospitalarios de Mallorca.

Métodos: Partiendo de la situación hospitalaria actual de la isla (dispositivos y RRHH), y en función de dos parámetros principales (necesidades de salud y superación del déficit histórico existente en infraestructuras hospitalarias), se ha proyectado un nuevo escenario hospitalario. Este, a su vez, constituye la base de negociación del proceso transferencial recientemente iniciado.

Resultados: El nuevo escenario queda formado por: 1. Necesidad de dos nuevos hospitales de agudos (Palma II e Inca); 2. Reconversión de los hospitales concertados en dispositivos de carácter socio-sanitario; 3. Inyección financiera por parte del INSALUD de 10.000 millones de pts en gastos corrientes (que permitirán alcanzar una financiación per capita de 122.549 pts./habitante); 4. Entorno posttransferencial inmediato con convivencia de varias fórmulas de gestión (una fundación, dos consorcios...)

Conclusiones: El mapa hospitalario posttransferencial de Mallorca debe basarse en criterios de necesidades de salud y de servicios, acompañados de una suficiencia financiera y de un entorno flexible que permita convivir diferentes formas de gestión.

ORIGINALES

Evaluación del impacto de la reforma de la atención primaria sobre la salud

J.R. Villalbí^a, A. Guarga^b, M.I. Pasarín^a, M. Gil^b, C. Borrell^a, M. Ferran^c y E. Cirera^a

^aInstitut Municipal de Salut Pública, Ajuntament de Barcelona. ^bConsorci Sanitari de Barcelona. ^cInstitut Català de la Salut (Barcelona).

Objetivo. Evaluación del impacto de la reforma de la atención primaria sobre la salud de la población. **Diseño.** Comparación de las tasas de mortalidad a lo largo del período 1984-1996 en 3 zonas de nivel socioeconómico homogéneo, y que se comparan en función del desarrollo de la reforma de los servicios públicos de atención primaria de salud.

Emplazamiento. Las 23 áreas básicas de menor nivel socioeconómico de la ciudad de Barcelona (443.092 habitantes).

Mediciones y resultados principales. Las áreas estudiadas se dividen en 3 grupos: las reformadas entre 1984 y 1989, zona RAP1; las reformadas entre 1990 y 1991, zona RAP2, y las que en 1992 seguían atendidas por el anterior sistema (zona NORAP). Se analizan las tasas de mortalidad general y para cada una de las causas evitables.

Se aprecian diferencias significativas en la mortalidad inicial en las 3 zonas. El declive de la mortalidad es del 13,6% en la zona RAP1 y del 10,3% en la zona NORAP, con lo que el declive en la zona RAP1 es un 32% mayor que en la zona NORAP. La mortalidad estandarizada por hipertensión y enfermedad cerebrovascular al final del período es menor en las zonas RAP que en las NORAP y en el conjunto de la ciudad. La mortalidad perinatal muestra un descenso importante en las 3 zonas. No se aprecian cambios relevantes para la mortalidad por tuberculosis o cáncer de cérvix. La mortalidad por cáncer de pulmón se incrementa salvo en la zona RAP1, en que disminuye, desapareciendo las diferencias significativas apreciadas al inicio entre la zona RAP1 y la zona NORAP. La mortalidad por cirrosis y accidentes de vehículo de motor disminuye en todas las zonas.

Conclusiones. Se comprueba una clara asociación entre el proceso de reforma de la atención primaria y la disminución de la mortalidad general en estas zonas de nivel socioeconómico bajo. Estos resultados sugieren que en España se pueda registrar un impacto considerable de la reforma de la atención primaria en la mortalidad de la población de zonas de bajo nivel socioeconómico. El estudio muestra el coste en salud y vidas humanas que comporta el mantenimiento de servicios obsoletos y masificados para algunos segmentos de población, y justifican la necesidad y la urgencia de completar el cambio de los dispositivos de atención primaria en nuestro país, que se inició en 1984 y pendiente aún de culminar en 1999.

Palabras clave: Mortalidad. Atención primaria. Evaluación. Desigualdad.

IMPACT EVALUATION OF THE REFORM OF PRIMARY CARE SERVICES ON HEALTH

Objective. Evaluation of the impact of the reform of primary health care services on the population health. **Design.** Comparative analysis of mortality rates for the 1984-96 period in three zones of homogeneous socioeconomic level, assessing the effect of the differential development of the reform of public primary health care services.

Setting. The study is restricted to the 23 health areas with lower socioeconomic status in the city of Barcelona (443,092 inhabitants).

Measurements and main results. The study areas are categorized in three groups, according to the sequence of the reform: reformed between 1984 and 1989, RAP1 zone, reformed between 1990 and 1991, RAP2 zone, and those still served by the old scheme in 1992, NORAP zone. General mortality rates are analyzed, and also mortality rates by those avoidable conditions.

Significant differences among the three zones are initially visible. The mortality decline is 13.6% in the RAP1 zone and 10.3% in the NORAP zone, so that the decline in the RAP1 zone is 32% greater than in the NORAP zone. At the end of the study, mortality due to stroke and hypertension is lower in the RAP zones than in the NORAP zone. Perinatal mortality shows a clear decline in the three zones. No relevant changes are seen for tuberculosis or cervical cancer. Lung cancer mortality increases except in RAP1 zone where it declines, to the point that the excess mortality from that cause estimated by comparison with the NORAP zone in the initial phase of the study vanishes. Death rates from cirrhosis and motor vehicle accident decline in all zones.

Conclusions. There is a clear association between the process of reform of primary care and the decrease in general mortality in these zones of low socioeconomic level. These results suggest that the reform of primary health care services in Spain may have a significant impact in the mortality of the population of lower socioeconomic level. The study highlights the cost in health and human lives of maintaining obsolete and overburdened services for some segments of the population, and justify the need and urgency of completing the process of reform initiated in 1984 and still unfinished in 1999.

Key words: Mortality. Primary health care. Evaluation. Inequality.

(Aten Primaria 1999; 24: 468-474)

Este estudio se ha financiado parcialmente con una ayuda del Fondo de Investigación Sanitaria (Exp 97/0910).

Correspondencia: Joan R. Villalbí.
Institut Municipal de Salut Pública, Pl. Lesseps, 1. 08023 Barcelona.

Manuscrito aceptado para su publicación el 7-IV-1999.

Introducción

Los servicios de atención primaria son el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y la comunidad con el sistema sanitario¹. En España y otros países desarrollados, los servicios de medicina general o de cabecera ocupan un espacio central en el sistema². En los últimos 15 años se ha producido en España un proceso de reforma y mejora de los servicios de atención primaria de salud³. Aunque se da cierta diversidad entre entidades gestoras o proveedoras (como INSALUD, Servei Català de la Salut, Servicio Andaluz de Salud), esta reforma se basa en unas características básicas comunes³⁻⁶ (tabla 1). En la actualidad, la cobertura de los servicios reformados varía según comunidades autónomas, pero supera globalmente el 70% de la población. En Barcelona y otras grandes ciudades⁷ la cobertura de los servicios reformados es menor, y buena parte de la población continúa siendo atendido por el masificado sistema anterior, cuando no utiliza otros servicios para suplir estas carencias.

Hasta el momento presente, los esfuerzos de evaluación de la reforma de la atención primaria se han centrado en la evaluación del proceso asistencial (que incluye indicadores como el tiempo por visita, la conformidad con protocolos asistenciales o la satisfacción de los pacientes) y de los resultados (en términos de productos intermedios como prescripción farmacéutica, derivación de pacientes o utilización de servicios de urgencia u

TABLA 1. Algunas características de la reforma de la atención primaria

Ampliación del horario de los profesionales asistenciales
Uso sistemático de la historia clínica
Programación de visitas concertadas
Adopción de protocolos y pautas comunes de actuación
Integración de actividades preventivas en la asistencia
Presencia de un coordinador responsable en cada centro
Eradicación de la subcontratación de visitas domiciliarias

TABLA 2. Índice de capacidad económica familiar, población y cronología de la reforma de la atención primaria en las 21 áreas básicas de salud de menor nivel socioeconómico en Barcelona

ABS y barrio	Índice de capacidad económica familiar ¹⁴ (Barcelona=100)	Población (1991)	Reforma atención primaria
RAP1			
8 G, Roquetes	66	17.407	1984
1 B, Casco Antig	67	21.994	1987
3 C, Zona Franca	84	31.235	1989
10 B, Poble Nou	78	17.543	1989
8 H, Ciutat Meridiana	66	15.300	1989
9 E, Bon Pastor	64	13.535	1989
RAP2			
7 C, El Carmel	75	23.009	1990
9 F, Trinitat Vella	66	8.787	1990
8 I, Trinitat Nova	67	19.227	1990
10 C, Poble Nou	83	18.041	1991
10 I, La Pau	80	15.621	1991
1 C, Gòtic	76	15.346	1991
1 D, Raval Sud	52	20.161	1991
NORAP			
1 E, Raval Nord	62	16.948	1992
1 A, Barceloneta	58	16.163	1993
8 E, Prosperitat	68	21.755	1998
8 D, Prosperitat	60	18.815	1998
8 B, Prosperitat	84	20.121	1998
3 B, Font Guatlla	83	23.077	1999
10 D, Besòs	74	27.241	En curso
3 A, Poble Sec	74	22.980	En curso
8 C, Vilapicina	78	17.042	Pendiente
3 E, Bordeta	83	21.744	Pendiente

hospitalarios), sin entrar en evaluar el impacto de la reforma en la salud^{5,6,8}. Se ha discutido si los cambios positivos que se aprecian en estas evaluaciones se traducen en mejoras reales en el nivel de salud, y si modelos alternativos de organización de los servicios hubiesen conseguido resultados comparables a menor coste^{2,5,9}. Para medir el impacto de los servicios

asistenciales en la salud de la población, se han propuesto indicadores basados en la mortalidad prevenible, y particularmente en la mortalidad médicamente evitable^{10,11,12}. El uso de estos indicadores en relación a unidades de territorio y de población se ha planteado en diversos procesos de evaluación de las necesidades de salud o planificación sanitaria^{11,13}.

El objetivo de este trabajo es realizar una primera aproximación a la evaluación del impacto de la reforma de la atención primaria sobre la salud de la población. La medida de la salud se plantea a partir de la mortalidad: se compara la evolución de la mortalidad global y la debida a causas médicamente evitables en función de los servicios de atención primaria de financiación pública accesibles. Se espera que contribuya a dirimir algunos debates en curso dentro de nuestro sistema sanitario, aportando datos de interés para la toma de decisiones.

Material y métodos

La ciudad de Barcelona dispone de un sistema de información de base poblacional desarrollado desde 1983 a partir de los registros municipales de población, de mortalidad y de morbilidad por determinadas causas, complementado con otras fuentes de información. Permite disponer de una batería de indicadores sociales y sanitarios para los 10 distritos, las 38 zonas estadísticas y más recientemente las 66 áreas básicas de salud en que se divide la ciudad (equivalentes a las zonas básicas de salud en el territorio INSALUD)⁷. De este modo, resulta posible comparar a lo largo del tiempo indicadores sensibles a la calidad de la asistencia, en poblaciones de nivel socioeconómico comparable, teniendo en cuenta la edad y el sexo.

El nivel socioeconómico de cada área básica de salud se valora mediante el índice de capacidad económica familiar (ICEF), que estimó para 1986 la riqueza de cada una de las 1.919 secciones censales de la ciudad a través de variables indicadoras que incluyen la categoría socioprofesional, información de vehículos (potencia y antigüedad), información sobre viviendas y locales e información telefónica¹⁴. El valor del ICEF para el conjunto de la ciudad es de 100, y oscila según áreas básicas de salud entre 56 y 172. El estudio se restringe a las 23 áreas básicas de menor nivel socioeconómico de la ciudad (ICEF inferior a 85), cuya población suma 443.092 habitantes, lo que representa una cuarta parte de los residentes en la ciudad.

El conjunto de las 23 áreas se divide en 3 grupos, en función de la cronología de cambio de los servicios de atención primaria (tabla 2): las que han sido atendidas por el

TABLA 3. Causas de mortalidad evitables seleccionadas¹¹ (Barcelona, 1984-1996)

Causa	Grupo de edad	Códigos CIE 9	Defunciones en las zonas de estudio	Defunciones en el conjunto de Barcelona
Causas médicamente evitables				
Tuberculosis	5-64	010-019	137	248
Cáncer de cuello de útero	15-64	180	89	211
Cáncer de cuello y cuerpo de útero	15-64	180, 182	56	150
Enfermedad de Hodgkin	5-64	201	31	109
Enfermedad reumática crónica del corazón	5-44	393-398	15	37
Enfermedades respiratorias	1-14	460-519	10	24
Asma	5-44	493	17	50
Apendicitis	5-64	540-543	4	6
Hernia abdominal	5-64	550-553	8	24
Colelitiasis y colecistitis	5-64	574-575	12	32
Hipertensión y enfermedades cerebrovasculares	35-64	401-405, 430-438	766	2.292
Mortalidad materna	Todas	630-676	4	6
Mortalidad perinatal*	Período perinatal	Todos	363	1.253
Fiebre tifoidea	5-64	002	0	0
Tos ferina	0-14	033	0	0
Tétanos	0-64	037	1	2
Sarampión	1-14	055	0	0
Osteomielitis	1-64	730	3	4
Causas sensibles a la prevención primaria				
Cáncer de tráquea, bronquios y pulmón	5-64	162	1.380	4.059
Cirrosis hepática	15-74	571	1.969	4.887
Accidentes de vehículo a motor	Todos	E810-825	623	2.407

*Las defunciones perinatales de 1984 y años previos adolecen de un cierto subregistro, por lo que el estudio de esta causa de mortalidad evitable se restringe al período 1985-1996 para garantizar la comparabilidad.

sistema reformado de atención primaria durante más años (117.014 habitantes distribuidos en 6 áreas en las que la reforma de la atención primaria se produjo entre 1984 y 1989, zona RAP1), las que han recibido algunos servicios del sistema reformado (120.192 habitantes distribuidos en 7 áreas en las que la reforma se produjo entre 1990 y 1991, zona RAP2) y las que en 1992 seguían atendidas por el anterior sistema de la Seguridad Social (205.886 habitantes distribuidos en 10 áreas, zona NORAP).

El período de estudio es de 13 años, de 1984 a 1996. Las causas analizadas son las que se recogen en la tabla 3¹¹, distinguiéndose entre las que son evitables médicamente y las que son susceptibles de prevención primaria. Se analizan las tasas de mortalidad general, y para cada causa en el grupo de edad al que se refiere específicamente. Los datos de mortalidad proceden del Registro de Mortalidad de Barcelona, que recoge las defunciones ocurridas en la ciudad y recibe las defun-

ciones de residentes ocurridas fuera de la ciudad del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya. Las defunciones se codifican de acuerdo con la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades¹⁵. Como puede apreciarse en la tabla 3, para la mayoría de estas causas los efectivos referidos a las 23 áreas básicas de salud en estudio son escasos, por lo que no permiten un análisis pormenorizado estratificando para las 3 zonas. Por otra parte, la heterogeneidad en los grupos de edad y causas no aconseja su acumulación en una única categoría. Por ello, hemos restringido el análisis a las causas con mayores efectivos. Las causas no incluidas en el estudio suman 161 defunciones en las edades y zonas estudiadas a lo largo de los 13 años de observación.

Los denominadores poblacionales se calculan a partir del registro de nacimientos y del padrón municipal de habitantes, estimándose su valor en los años in-

termedios a partir de los datos de 1986, 1991 y 1996. Se calculan tasas estandarizadas de mortalidad por el método directo para cada causa de defunción y su intervalo de confianza del 95% (IC del 95%)¹⁶. Los 13 años estudiados se han dividido en 3 períodos: fase inicial de 7 años (1984-1990) y dos trienios consecutivos, 1991-1993 y 1994-1996. El Registro de Mortalidad Perinatal de Barcelona, basado en un sistema de vigilancia activa que cubre todos los centros sanitarios de la ciudad en los que existen partos y servicios de neonatología, no se desarrolló sistemáticamente hasta 1985, tras detectarse y corregirse cierto subregistro¹⁷, por lo que para garantizar la comparabilidad de la información su estudio no se realiza para el año 1984. Se utiliza la definición de la Organización Mundial de la Salud para estadísticas internacionales de mortalidad perinatal, que incluye a los nacidos vivos que fallecen en la primera semana de vida y a los nacidos muertos de más de 1.000 g¹⁸.

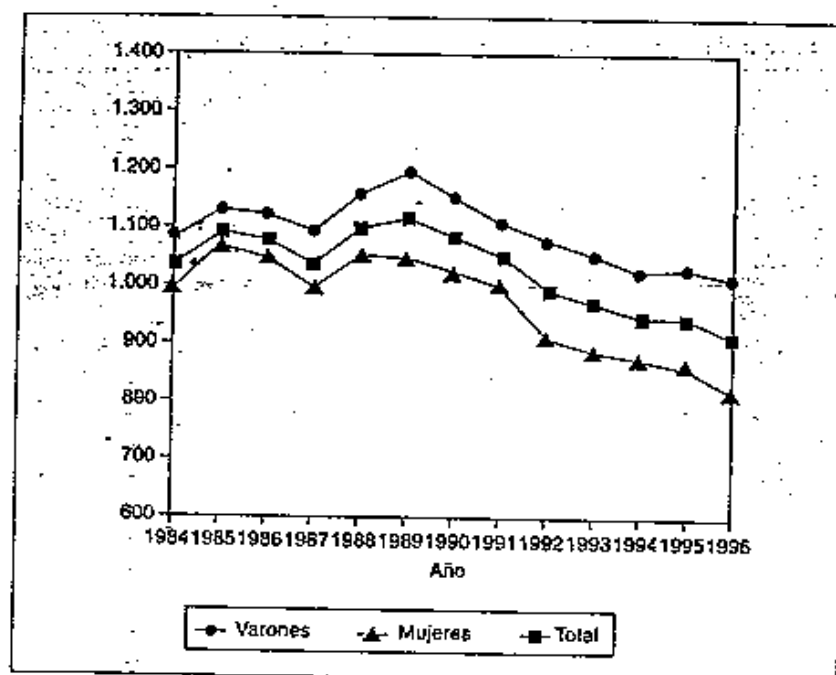


Figura 1. Evolución de la mortalidad general (tasas estandarizadas por 100.000 habitantes) por año y género. Barcelona, 1984-1996.

Resultados

Durante este período, la tasa estandarizada de mortalidad por todas las causas en el conjunto de Barcelona mostró oscilaciones para llegar a un nivel más alto en 1989 e iniciar después un declive (fig. 1). En 1984, las 23 áreas de menor nivel socioeconómico tienen una mortalidad mayor al conjunto de la ciudad. Además, la mortalidad era superior en este período en las zonas RAP1 y RAP2 que en la zona NORAP (tabla 4). El declive global

de la mortalidad es del 13,6% en la zona RAP1 y del 10,3% en la NORAP, con lo que el declive en la zona RAP1 es un 32% mayor que en la NORAP. En la tabla 5 se muestran las tasas iniciales y finales para cada una de las causas estudiadas. Las principales causas de mortalidad médicamente evitable son la relacionada con la hipertensión y la enfermedad cerebrovascular y la mortalidad perinatal. Al principio del período, la mortalidad estandarizada por hipertensión y enfermedad cerebrovascular es superior en

las zonas RAP que en las NORAP y en el conjunto de la ciudad, pero al final del período es menor en las zonas RAP que en las NORAP y en el conjunto de la ciudad. La diferencia es aún mayor para las mujeres, en las que esta causa de muerte tiene un peso superior. La mortalidad perinatal muestra un descenso importante en las 3 zonas. Aunque al principio del período es superior en las zonas que serán reformadas que en la otra, en el último trienio la mortalidad perinatal es similar en las zonas RAP2 y NORAP.

No se aprecia ningún patrón claro por lo que respecta a la tuberculosis, que presenta una mortalidad muy baja y disminuye. La mortalidad por cáncer de cuello uterino no muestra cambios significativos entre el inicio y el final del período.

En lo que se refiere a las 3 causas de defunción susceptibles de prevención primaria, la mortalidad por cáncer de pulmón se incrementa salvo en la zona RAP1, en la que desciende. Desaparecen las diferencias significativas apreciadas al inicio del período entre la zona RAP1 y la NORAP. La mortalidad por cirrosis desciende significativamente en todas las zonas. La debida a accidentes de vehículo de motor disminuye en las 3 zonas de forma significativa.

Discusión

Antes de valorar estos resultados, hay que tener en cuenta que en nuestro medio la mortalidad sanitariamente evitable, tras años de declive, se situaba de manera general a principios de este período en niveles ya muy bajos^{18,19}, proceso paralelo al apreciado en otros países europeos²⁰. La salud de la población depende sobre todo de sus condiciones de vida y de trabajo, que determinan la incidencia de problemas de salud, y posteriormente de los servicios asistenciales. Entre éstos, la atención primaria ocupa un espacio, pero la población tiene también acceso

TABLA 4. Mortalidad general en las 3 zonas estudiadas (tasas estandarizadas por 100.000 habitantes e IC del 95%) y declive en el período (Barcelona, 1984-1996)

		RAP1	RAP2	NORAP
1984-1990	Tasa	1.224	1.241	1.141
	IC del 95%	1.207-1.241	1.225-1.257	1.130-1.152
1991-1993	Tasa	1.134	1.193	1.075
	IC del 95%	1.111-1.158	1.170-1.216	1.059-1.091
1994-1996	Tasa	1.057	1.110	1.023
	IC del 95%	1.035-1.080	1.089-1.132	1.009-1.039
Declive medio anual		1,7%	1,3%	1,3%

TABLA 5. Mortalidad por diversas causas evitables por zona al inicio y al final del período estudiado (tasas por 100.000 habitantes) (Barcelona, 1984-1996)

Causa	Zona	1984-1990 Tasa	IC del 95%	1994-1996 Tasa	IC del 95%
Hipertensión y enfermedades cerebrovasculares	RAP1	35,00	32,45-37,56	21,07	17,93-24,21
	RAP2	39,95	37,37-42,53	26,61	23,19-30,03
	NORAP	34,85	33,05-36,65	32,85	29,96-35,75
Perinatal*	RAP1	10,49	10,41-10,57	7,83	7,73-7,93
	RAP2	10,58	10,50-10,66	6,54	6,45-6,64
	NORAP	10,25	10,18-10,31	6,67	6,59-6,75
Tuberculosis	RAP1	2,38	1,73-3,03	1,49	0,67-2,30
	RAP2	5,79	4,79-6,80	3,03	1,86-4,20
	NORAP	2,70	2,18-3,22	0,67	0,24-1,10
Cáncer de cuello	RAP1	4,71	3,75-5,66	5,43	3,81-7,05
	RAP2	6,50	5,44-7,57	7,08	5,25-8,90
	NORAP	3,57	2,97-4,18	2,83	1,98-3,67
Cáncer de pulmón	RAP1	30,74	28,35-33,13	27,58	23,97-31,19
	RAP2	26,78	24,67-28,89	32,40	28,60-36,21
	NORAP	26,36	24,80-27,91	30,02	27,23-32,81
Cirrosis	RAP1	44,30	41,32-47,27	36,46	32,42-40,51
	RAP2	53,53	50,48-56,59	35,62	31,74-39,50
	NORAP	43,12	41,07-45,16	32,81	30,03-35,59
Accidentes de vehículo a motor	RAP1	11,05	9,56-12,54	7,47	5,71-9,24
	RAP2	12,52	11,04-14,01	8,87	6,90-10,84
	NORAP	12,02	10,91-13,13	8,02	6,60-9,43

*La mortalidad perinatal se expresa por 1.000. Las defunciones perinatales de 1984 y años previos adolecen de un cierto subregistro, por lo que el estudio de esta causa de mortalidad evitable se restringe al período 1985-1996 para garantizar la comparabilidad.

a los servicios de urgencias y a través suyo a los hospitalarios. Además, en nuestro sistema sanitario mixto, parte de la población utiliza los servicios privados (si bien con poca intensidad fuera de los niveles socioeconómicos más altos²¹). Sin embargo, las listas de mortalidad evitable se plantearon desde su inicio para la evaluación de la calidad asistencial¹⁰. En nuestro caso nos interesa particularmente la atención primaria, por lo que ciertas causas de mortalidad más vinculadas a la práctica hospitalaria tienen menos interés (aunque para algunas causas ambos contextos asistenciales pueden ser relevantes).

Otras dinámicas de cambio pueden tener un efecto importante sobre algunas causas de mortalidad evitable. Así, el Ayuntamiento de Barcelona desarrolló programas específicos para algunos problemas concretos desde mediados los años ochenta, superponién-

dose por tanto al proceso de reforma de la atención primaria. Durante estos años se puso en marcha un programa de salud materno-infantil dirigido a disminuir la mortalidad perinatal e infantil en el distrito de Ciutat Vella, donde era particularmente elevada²², y un programa de control de la tuberculosis²³. Asimismo, durante estos años se extendieron los servicios municipales de planificación familiar que incrementaron el acceso al cribado del cáncer de cuello uterino. También hay que tener en cuenta que se ha descrito un cambio en el patrón de mortalidad por accidente cerebrovascular superpuesto a esta dinámica, en el que otros factores (especialmente los cambios en el arsenal farmacológico y en las pautas de tratamiento) pueden tener también un impacto^{24,25}. El estudio de mortalidad por enfermedad cerebrovascular en España sugiere que el descenso se inició probablemente

durante el período 1977-1981 (Medrano MJ, 1997, comunicación personal relativa a la referencia 24), sin que quede claro si se relaciona con una mejora del tratamiento del ictus agudo (básicamente hospitalario) o de la hipertensión (básicamente en la atención primaria). El efecto de estos cambios será, en todos los casos, de disminuir nuestra capacidad para apreciar el impacto de los cambios inducidos por la reforma de la atención primaria, especialmente ante problemas para los que en otros territorios no existen acciones preventivas específicas comparables a las desarrolladas en la ciudad (como la mortalidad perinatal o la tuberculosis). De todas maneras, se ha documentado la amplia introducción de prácticas preventivas en los centros reformados de atención primaria²⁶.

Los principales hallazgos de este estudio son cuatro. El primero es la cons-

tatación de los bajos niveles de mortalidad por causas consideradas médicamente evitable en los barrios de bajo nivel socioeconómico de Barcelona; para diversas causas no se puede abordar un estudio comparativo por falta de efectivos. El segundo es la comprobación de un claro efecto de la reforma de la atención primaria en la mortalidad general de las zonas de nivel socioeconómico bajo, con un diferencial del 32% en el declive de la mortalidad entre las zonas reformadas y no reformadas. El tercero es la clara disminución de una de las principales causas de mortalidad médicamente evitable (por enfermedades cerebrovasculares o a causa de hipertensión) asociada a la reforma de la atención primaria. El cuarto es la observación de disminuciones de la mayor mortalidad por cáncer de pulmón en zonas de bajo nivel socioeconómico, asociadas a la reforma de la atención primaria. Es la primera vez que se analiza el impacto de la reforma de los servicios de atención primaria en España sobre la salud de la población; y los resultados sugieren un impacto considerable en la mortalidad, que se superpone a sus efectos demostrados sobre la satisfacción de la población, el uso de servicios sanitarios especializados y de urgencias y el consumo de fármacos.

Conceptualmente, asumimos que las mejoras en la atención primaria se traducen en un incremento de las actividades preventivas y en una mejor atención a la morbilidad, especialmente en sus expresiones crónicas. Dado nuestro actual patrón epidemiológico, es esperable que este cambio tenga especial impacto en ciertas patologías para las que los cuidados anticipatorios y continuados que proporciona la atención primaria son fundamentales. Estas patologías son aquellas en las que la atención primaria puede garantizar una detección precoz y la coordinación de servicios que resulte en un tratamiento apropiado, como la hipertensión o el cáncer de cuello uterino.

o las que dependen de un hábito personal modificable mediante un consejo breve, caso del tabaquismo²⁷. El patrón de mortalidad no varía a corto plazo ante cambios en la organización del sistema asistencial. Se precisa tiempo para que la población entre en contacto con el dispositivo: dos de cada 3 personas consultan a los servicios de atención primaria al año y nueve de cada diez cada 5 años^{28,29}. Para que los cambios en la atención lleguen a traducirse en alteraciones en los factores de riesgo, hay que afrontar esfuerzos a medio y largo plazo, que pueden resultar en modificaciones en la incidencia de episodios adversos que comportan invalidez y mortalidad. Por ejemplo, un hipertenso de 45 años tiene mayor riesgo de presentar un accidente cerebrovascular (que puede resultar en mortalidad precoz o simplemente en invalidez) si la atención primaria no se esfuerza en detectar y controlar la hipertensión. Durante años, el hipertenso conocido y bien controlado será sometido a pautas de tratamiento y seguimiento: en una entrevista, se identificará probablemente como enfermo de hipertensión (mientras que el hipertenso no conocido y en mayor riesgo no lo hará). Sin embargo, la detección no garantiza la curación: muchas personas que han presentado un accidente cerebrovascular mueren por otra causa. Por ello, parece razonable no esperar ningún impacto de la atención primaria sobre la mortalidad antes de 3 años. Puesto que el grueso de la zona RAP1 no accedió a los servicios reformados hasta 1989, no hay que esperar cambios en los indicadores de mortalidad hasta unos años después. En la zona RAP2 los cambios han de producirse aún más tarde.

La capacidad de este estudio para detectar cambios en el nivel de salud es por tanto limitada: el análisis de la mortalidad es una aproximación imperfecta. De ahí que la detección de diferencias en la mortalidad tenga un

mayor valor: implica que los cambios tienen tal magnitud que son aparentes, incluso al medirlos de una forma tan grosera. Nos hemos preguntado si es posible que los cambios no sean reales, sino debidos a efectos espúreos: una posibilidad sería que fuesen sólo en el patrón de certificación de la defunción, disminuyendo las muertes atribuidas a causas evitables. Creemos que no es así, pues en tal caso el efecto sería inmediato, con el cambio de sistema asistencial, y no se concentraría en edades jóvenes, que son las incluidas en el análisis de la mortalidad evitable. Además, si se tratase de un artefacto, no observaríamos la disminución de la mortalidad por todas las causas que se aprecia. Tampoco creemos que puedan atribuirse a cambios en otros dispositivos asistenciales, como los hospitales o los servicios de urgencias, pues éstos cubren tanto a las zonas reformadas como a las otras.

Pese a la restricción del estudio a las áreas de menor nivel socioeconómico, las zonas estudiadas distan mucho de ser homogéneas en salud y riqueza. Persiste por tanto cierto grado de confusión entre pobreza, mortalidad y ritmo de la reforma de atención primaria. Los niveles de riqueza medidos por el ICEF son distintos en las 3 zonas, mostrando un gradiente entre RAP1, RAP2 y NORAP. Como se ha documentado previamente⁷, el inicio de la reforma se produjo en zonas de bajo nivel socioeconómico e indicadores sanitarios precarios. De hecho, la mortalidad inicial es superior en las zonas RAP que en las NORAP. Existe pues cierta colinealidad entre mortalidad y ritmo de la reforma. Esto confiere mayor valor a unos resultados que muestran la reducción de los diferenciales de mortalidad por causas sensibles a la atención primaria de salud, en unos años en que en otros países se documentó un proceso inverso³⁰. Los resultados del estudio muestran el coste en salud y vidas humanas que

comporta el mantenimiento de servicios obsoletos y masificados para algunos segmentos de población. Al mismo tiempo, justifican la necesidad y la urgencia de completar el cambio de los dispositivos de atención primaria en nuestro país, que se inició en 1984 y aún pendiente de culminar en 1999.

Bibliografía

- Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994; 344: 1.129-1.133.
- Ortún V, Gervás J. Fundamentos y eficiencia de la atención primaria. *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 97-102.
- Eloia J. Crisis y reformas de la asistencia sanitaria pública en España, 1983-1990. Madrid: Fondo de Investigaciones Sanitarias, 1991.
- Tudor-Hart J. Primary medical care in Spain. *Br J General Practice* 1990; 40: 255-258.
- Escuela Andaluza de Salud Pública. Evaluación del modelo de reforma de atención primaria en Andalucía. Jaén: Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria, 1994.
- Ris H, Pané O. La reforma de l'atenció primària de salut després d'una dècada. *Polít Econòmics del Sistema Sanitari* 1997; 30: 7-11.
- Vilalbí JR, Guarga A, Pasarin MI, Gil M, Borrell C. Corregir las desigualdades sociales en salud: la reforma de la atención primaria como estrategia. *Aten Primaria* 1998; 21: 47-54.
- Larizgoitia I, Starfield B. Reform of primary health care: the case of Spain. *Health Policy* 1997; 41: 121-137.
- Juncosa S. Sobre los estudios comparativos entre las dos redes de atención primaria. *Aten Primaria* 1993; 12: 314-316.
- Rutstein DD, Berenberg W, Chalmers T, Fishman AP, Perrin EB, Zuidema GD. Measuring the quality of medical care (second revision of tables, May 1980). *N Engl J Med* 1976; 294: 582-588.
- Holland WW, ed. European Community atlas of avoidable death (2^a ed.). Oxford: Oxford Medical Publications, 1991.
- Charlton JR, Silver R, Hartley RM, Holland WW. Geographical variation in mortality from conditions amenable to medical intervention in England and Wales. *Lancet* 1983; 1: 691-696.
- Albert-Ros X, Bayo-Vila A, Alfonso-Sánchez JL, Cortina-Greus P, Chana-González P, Sáiz-Sánchez C. Distribución geográfica de la mortalidad evitable en la Comunidad Valenciana (1975-1990). *Med Clin (Barc)* 1996; 106: 571-577.
- Estadística Municipal. Index de capacitat econòmica familiar a la ciutat de Barcelona. Barcelona: Publicacions de l'Ajuntament de Barcelona i de la Caixa d'Estalvis i Pensions de Barcelona, 1991.
- Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de Enfermedades, 9^a revisión. Washington: OPS, 1975.
- Rué M, Borrell C. Los métodos de estandarización de tasas. *Revisión Salud Pública* 1993; 3: 263-298.
- Ferrando J, Borrell C, Ricart M, Plasencia A. Infradeclaración de la mortalidad perinatal: la experiencia de 10 años de vigilancia activa en Barcelona. *Med Clin (Barc)* 1997; 108: 330-335.
- Ortún V, Gispert R. Exploración de la mortalidad prematura como guía de política sanitaria e indicador de calidad asistencial. *Med Clin (Barc)* 1986; 90: 399-403.
- González-Enriquez J, dir. Atlas de mortalidad evitable en España. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989.
- La Vecchia C, Levi F, Lucchini F, Negri E. Trends in mortality from major diseases in Europe, 1980-1993. *Eur J Epidemiol* 1998; 14: 1-8.
- Borrell C, Pasarin I, Plasencia A. Enquesta de salut de Barcelona, 1992-93. Barcelona: Publicacions de l'Ajuntament de Barcelona, 1995; 461-466.
- Díez E, Vilalbí JR, Benaque A, Nebot M. Desigualdades en salud materno-infantil: impacto de una intervención. *Gac Sanit* 1995; 9: 224-231.
- Jansà JM, Caylà JA, Batalla J, Company A. Programa de prevenció i control de la tuberculosi a la ciutat de Barcelona. Barcelona: Publicacions de l'Institut Municipal de la Salut, 1986.
- Medrano MJ, López-Atence G, Barrado MJ, Pollán M, Almazán J. Effect of age, birth cohort, and period of death on cerebrovascular mortality in Spain, 1952 through 1991. *Stroke* 1997; 28: 40-44.
- Brotons C, Server M, Pinto X, Roura P, Martín-Zurro A. Impacto de la conferencia de consenso sobre hipercolesterolemia e hipertensión en España. *Med Clin (Barc)* 1997; 108: 9-15.
- Brotons C, Iglesias M, Martín-Zurro A, Martín-Rabadán M, Gené J. Evaluation of preventive and health promotion activities in 166 primary care practices in Spain. *Fam Pract* 1996; 13: 144-151.
- Lou S, Grima JL, Sierra JM, Ouzzine M, Jimeno-Aranda A. ¿Qué ha supuesto la reforma de la atención primaria en el abordaje comunitario de la hipertensión arterial? *Aten Primaria* 1993; 12: 393-396.
- Consorci Sanitari de Barcelona. Memòria d'activitats 1997. La xarxa sanitària d'utilització pública. Barcelona: Servei Català de la Salut, 1998; 38.
- Gray M, Fowler GH. Preventive medicine in general practice. Oxford: Oxford University Press, 1983; 27.
- Whitehead M, Evanson M, Haglund B, Diderichsen F. As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access to care. *Br Med J* 1997; 315: 1.006-1.009.