



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA  
CENTRO DE POSGRADO  
MAESTRÍA EN GESTIÓN EN SERVICIOS DE SALUD**

# **LA ACREDITACIÓN DE CALIDAD EN LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA HOSPITALARIOS**

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

**Autor:**  
Lic. Alicia Cabrera

**Tutor:**  
Dr. Esp. Hugo Villar

**Montevideo, 2005**

## **AGRADECIMIENTOS:**

*A los colaboradores del equipo de investigación: Prof. Adj. Lic. Iris Dutra, Lic. Teresita Pintos, Ing. Félix Pimentel y Tec. Hector González. En especial a las colegas Sandra Figueroa y Sofía Buenavida, quienes nos acompañaron a enfrentar las dificultades aportando su creatividad y compromiso con la propuesta.*

*A los enfermeros de los servicios asistenciales quienes a pesar de los problemas cotidianos demandantes, respondieron frente a una propuesta que apunta mejorar al colectivo profesional.*

*A la profesora María de Lourdes de Souza, quien nos ha apoyado en parte del proceso de elaboración de este trabajo, aportando su alta calidad científica y solidaridad.*

Prof. Lic. Alicia Cabrera

## INDICE

<i>Resumen</i> .....	<i>página 5</i>
<i>Introducción</i> .....	<i>página 6</i>
<i>Planteamiento del problema</i> .....	<i>página 8</i>
<i>Marco Conceptual</i> .....	<i>página 15</i>
<i>Material y métodos</i> .....	<i>página 20</i>
<i>Resultados</i> .....	<i>página 25</i>
<i>Discusión</i> .....	<i>página 35</i>
<i>Conclusiones</i> .....	<i>página 43</i>
<i>Bibliografía</i> .....	<i>página 47</i>
<i>Anexos</i> .....	<i>página 51</i>

## **ABREVIATURAS:**

- AdUSS- Asociación de Usuarios de Servicios de Salud**
- ASSE- Administración de Servicios de Salud del Estado**
- BPS-Banco de Previsión Social**
- BSE- Banco de Seguros del Estado**
- CEDU-Colegio de Enfermeros del Ururuguay**
- CIDCAM-Comisión Iterinstitucional de Calidad de la Atención Médica**
- CNC-Comisión Nacional de Calidad**
- CONASE- Comisión Nacional de Acreditación de Servicios de Enfermería**
- FEMI- Federación Médica del Interior**
- FEPPEN-Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería**
- FLH-Federación Latinoamericana de Hospitales**
- IAMC-Instituciones de Asistencia Médica Colectiva**
- INDE- Instituto Nacional de Enfermería**
- JCAH- Comisión Conjunta de Acreditación de Hospitales**
- LATU-Laboratorio Tecnológico del Uruguay**
- MSP- Ministerio de Salud Pública**
- OMS- Organización Mundial de la Salud**
- ONA- Organización de Naciones Unidas**
- OPS- Oficina Panamericana de la Salud**
- SUANCCE-Sistema Uruguayo de Acreditación Normalización Certificación Calibración y ENSAYO**
- UMU- Unión de Mutualistas del Uruguay**
- UNICEF- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia**
- UNIT- Instituto Uruguayo de Normas Técnicas**

## RESUMEN

*El presente estudio corresponde a los resultados de una tesis de maestría en el área de Gestión de Servicios de Salud. Toma como punto de partida las conclusiones del proyecto "Los servicios de enfermería se preparan para acreditar calidad", implementado en el año 2001 y desarrolla una revisión crítica en el marco de un proceso de investigación.*

*El tema fue seleccionado dado que reviste interés político para nuestra profesión, teniendo en cuenta el escenario actual de la reforma del sector salud y la reciente instalación de un nuevo plan de gobierno.*

*El estudio consistió en realizar un proceso de autoevaluación con los estándares nacionales de enfermería, con el propósito de identificar las fortalezas y debilidades de los servicios de enfermería hospitalarios, para encarar un futuro programa de acreditación. De esta manera, se propone una contribución de los profesionales de enfermería al futuro marco regulatorio de los programas de evaluación de calidad para los servicios hospitalarios.*

*Se realizó una muestra por conveniencia de 60 hospitales de todo el país, en base a los criterios de representación geográfica y dependencia administrativa ( sub-sector público y privado). Se obtuvo respuesta oportuna de 26 servicios asistenciales, lo que plantea una limitación desde el punto de vista estadístico, para la generalización de los resultados. La metodología empleada se sustentó en un enfoque participativo que involucró a 127 profesionales de todo el país.*

*En lo referente a los alcances se destaca: a) La identificación de un juicio global de calidad de los servicios hospitalarios de enfermería, que los ubica entre los niveles mínimos e intermedios de calidad.*

*b) Amplia aceptación del contenido de los estándares, desde la perspectiva crítica del enfermero asistencial, usuario de las normas.*

*c) Una aproximación a las fortalezas y debilidades de los servicios de enfermería, para enfrentar la implementación de un Programa de Garantía de Calidad y Acreditación a nivel nacional.*

*d) La detección de necesidades, para contribuir con el proceso de actualización y de formación continua de los profesionales de enfermería.*

*e) Un balance en perspectiva, relacionando la evolución de los hechos políticos en materia de evaluación de servicios de salud, en nuestro país y en la región.*

*Como conclusión fundamental, se desprende la necesidad de continuar trabajando en el tema con estudios multicéntricos orientados a diseñar un sistema de información para los servicios de enfermería. Esto permitiría medir y controlar el nivel de calidad de los mismos en todo el país, mediante un conjunto de datos básicos. Esta hipótesis, unida a la estrategia de reinstalar la Comisión Nacional de Acreditación de Servicios de Enfermería ( CONASE) y articulada con el reconocimiento formal de los estándares por parte del Ministerio, contribuirían a generar condiciones para dar viabilidad al Programa Nacional de Garantía de Calidad y Acreditación para Enfermería.*

*Palabras claves: Calidad, servicio de enfermería, estándares, evaluación y acreditación.*

## INTRODUCCION

*El trabajo está inspirado en la necesidad de estimular procesos transformadores a nivel de la cultura organizacional de los servicios de enfermería hospitalarios. Se posiciona como un proyecto de carácter estratégico que busca desplazar la gestión empírica para avanzar hacia un modelo de gestión científica. Esta dificultad nos ha llevado a convivir con un modelo asistencial y de gestión caóticos, donde la calidad no tiene una medida formal, salvo en la letra de algunas normativas que se aplican de manera eventual.*

*Los enfermeros, seguramente por la orientación de nuestra formación y la proximidad a la línea de producción operativa, sentimos la imperiosa necesidad de ordenar y controlar las prestaciones sanitarias, como una alternativa para la seguridad de los usuarios, la protección de los operadores y la racionalidad de la organización.*

*Los países que han desarrollado estas políticas, han demostrado que la acción sostenida y sistemática de la acreditación, con estándares consensuados y validados, han mejorado los resultados asistenciales (Valenzuela, 2001). Si bien se dispone de escasas investigaciones sobre el tema, los indicadores macroeconómicos y especialmente el vertiginoso aumento del gasto en salud, han llevado a la necesidad de desarrollar herramientas normativas que oficien de sensores permanentes, para controlar la relación entre los niveles de calidad definidos, la calidad real de las intervenciones y los resultados en salud.*

*Desde los orígenes históricos de los estándares, que fueron planteados por Taylor en los comienzos de la administración científica, se mantiene la misma concepción, en el sentido que tienen el cometido de favorecer la unificación de criterios prácticos y establecer parámetros de referencia para la actividad productiva.*

*Estados Unidos incorpora la política de acreditación de servicios de salud en la década del 50, en un contexto de reforma sectorial que pretende fortalecer el papel rector del Estado en una economía de libre competencia. Debido a la evaluación negativa de los resultados sanitarios, tanto asistenciales como de gestión, se establece un marco regulatorio para el control a nivel estatal.*

*En la década del 1985-1995 se observa una transferencia de conocimiento y tecnología de gestión, importada desde Estados Unidos a los países latinoamericanos. En particular, el Manual de estándares editado por OPS-OMS, es el modelo regulatorio promovido desde las asesorías técnicas y desde las recomendaciones de los organismos financiadores en los proyectos de reforma sanitaria.*

*El propósito del estudio es aportar una aproximación al estado de opinión de los actores asistenciales de enfermería, frente al futuro desarrollo de un programa de acreditación a nivel nacional. Así también identificar el nivel de claridad y utilidad del contenido de las normas expresadas en el Manual de estándares, para medir la calidad de los diferentes componentes de un servicio de enfermería hospitalario.*

*Los antecedentes muestran la evolución del tema en la región y en particular en nuestro país, donde se identifica un atraso comparativo en la implementación de estas políticas.*

*Se probó el procesos de autoevaluación con los estándares nacionales de enfermería en 26 servicios asistenciales de nuestro país, aplicando una metodología participativa a nivel de las organizaciones hospitalarias. Los resultados de la autoevaluación se basan en 624 observaciones, correspondientes a los 24 estándares del manual. De la síntesis se desprende que el 52% de los estándares autoevaluados corresponden a un nivel crítico o mínimo de desarrollo. El 33 % se evalúa en el nivel intermedio y el 13 % en el nivel de excelencia. El 1,7% del total de los estándares no fueron evaluados por los enfermeros, debido a la ausencia de datos. Estos resultados, si bien no permiten realizar generalizaciones sustentables desde el punto de vista estadístico, plantean la posibilidad de aproximarnos a un juicio global de calidad, en un grupo instituciones del sector público y privado.*

7

*Mediante un proceso de autoevaluación, pautado con criterios comunes, se aplicaron estándares de calidad específicos para los servicios de enfermería por primera vez en nuestro medio. Las fortalezas de los servicios son percibidas por el colectivo en: Educación continua, Administración de recursos materiales, Reclutamiento y Sistemas de trabajo para los recursos humanos. Los estándares que se identifican con mayor debilidad en el Programa Asistencial son: Organización y participación de los usuarios, Satisfacción de los usuarios, Diagnóstico y Evaluación del Proceso de Atención de Enfermería (PAE), Registros en la historia clínica y Control de servicio prestado. En el Programa de Administración, los puntos críticos se centran en los estándares de: Motivación y satisfacción de los recursos humanos, Trabajo en equipo y Participación en el proceso de toma de decisiones, tanto a nivel de la dirección estratégica como en los temas presupuestales. El estándar de Desarrollo de la función de investigación también es evaluado como una debilidad.*

*Quedan de manifiesto las carencias de los sistemas de información, ya que el 72 % de los juicios se efectuaron en base al conocimiento empírico que proporciona la práctica cotidiana. Si bien los servicios cuentan con una variada gama de registros, la falta de continuidad en la registración y la carencia de síntesis de información, no permitió la utilización de los datos.*

*Las conclusiones plantean la necesidad de continuar profundizando en el tema al mismo tiempo que orientar los esfuerzos hacia el diseño de un sistema de información unificado para los servicios de enfermería, que permita dar respaldo estadístico a los procesos de evaluación interna o externa.*

*Es nuestra aspiración que los resultados de este estudio sean utilizadas por el colectivo de enfermería, para movilizar opinión en torno a las políticas de acreditación de calidad, tanto a nivel de los servicios hospitalarios como en los espacios de decisión estratégica del sector salud.*

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

La experiencia acumulada en otros países evidencia la necesidad de generar normas que orienten a las características del servicio “adecuado” o de su “prototipo”. Las mismas señalan aspectos que van desde la estructura necesaria de los recursos, los procesos y procedimientos, al igual que los resultados. Estas normas de calidad, también llamadas “estándares”, conforman un dispositivo para la medición de la calidad técnica.

A nivel de las empresas de salud, el empleo de manuales de normas de calidad ha contribuido al ordenamiento institucional. El Dr. Humberto de Moraes Novaes, en relación a las normas y manuales de calidad, expresa que ellos representan: “... *un método de consenso, racionalización y ordenamiento del hospital. Es el primer instrumento de evaluación técnica, explícita y objetiva de la calidad.*”<sup>1</sup>

Podemos afirmar que la acreditación de establecimientos de salud es un programa extendido en más de 30 países, como forma de alentar el mejoramiento continuo de hospitales públicos y privados. (Arce, 2001). La acreditación de servicios de enfermería ha evolucionado de manera integrada a estos procesos globales a nivel regional y local. Los países muestran una tendencia hacia: a) El equilibrio entre la exigencia de estándares nacionales y la adecuación a las necesidades locales.

b) La creación de organismos mixtos y plurales a nivel nacional, que integran representantes del gobierno, gremios, organizaciones profesionales y académicas, para desarrollar estos programas.

c) La formulación de estándares mediante un proceso flexible, dinámico, en acuerdo con los avances científicos y tecnológicos.

d) Políticas de estímulo a la generación de experiencias de nivel microeconómico, con la finalidad de ir sumando esfuerzos en las modificaciones culturales de los profesionales y técnicos.

e) Favorecer espacios de participación de los usuarios, de manera de ir estructurando la legislación pertinente, desde el nivel gubernamental. (Ruelas, 1992)

En nuestro país, existe un marco regulatorio vigente que pauta algunos aspectos del servicio de enfermería como requisitos para la habilitación. Las áreas de cuidados intensivos neonatales y de adultos, emergencias y casas de cuidado de ancianos, mencionan aspectos muy generales del personal auxiliar y profesional de enfermería. Esta normativa, al igual que otros aspectos descritos en normas de habilitación, pierden su valor para los procesos de evaluación de calidad, en tanto no se controlan de manera periódica, una vez otorgada la habilitación.

A partir de la incorporación de representantes de enfermería en la Comisión Multiinstitucional, creada con la finalidad de delinear un Programa Nacional de Garantía de Calidad y Acreditación, se elaboran las normas de calidad para servicios de enfermería, como un punto de partida para definir nuestro prototipo de calidad. Mediante las Reuniones Nacionales de Enfermería, organizadas entre el CEDU y el INDE, las mismas fueron sometidas a una profunda discusión en relación a la pertinencia técnica e importancia política para el desarrollo de la profesión. Dado el impacto que podrían generar en los servicios, se consideró necesario someterlas a un proceso de estudio (Ver anexo 1). En función de ello se formularon las siguientes preguntas:

¿Los dirigentes de enfermería de nuestro país conocen el Manual de Estándares elaborado para los servicios de enfermería hospitalarios?

¿Cuál es la opinión de los enfermeros asistenciales en torno al contenido de los estándares?

<sup>1</sup> Novaes HM, Paganini JM. Estándares e indicadores para la acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington: OPS; 1994. p. 14-15

¿La aplicación de los estándares nos permite definir un juicio global de calidad a nivel de los servicios de enfermería hospitalaria?

**Objetivo general:** Determinar una aproximación al nivel de calidad en que se encuentran los servicios de enfermería hospitalarios, para enfrentar un futuro programa de acreditación.

**Objetivos específicos:**

- Calificar niveles de calidad para los programas sustantivos definidos en el manual de estándares, a través del proceso de Autoevaluación documentado por los profesionales participantes.
- Promover la difusión, la comprensión y aceptación de las normas, a través de un proceso participativo con los enfermeros asistenciales de los servicios seleccionados.

**Antecedentes:**

Los esfuerzos para mejorar la calidad de la asistencia prestada, han sido un desafío constante para los servicios de enfermería hospitalarios. Las diferencias de contexto político, la complejidad tecnológica, las limitaciones en la disponibilidad de medios materiales y humanos, han favorecido el desarrollo de diferentes propuestas y métodos para gerenciar los procesos productivos de enfermería.

Sobre los antecedentes históricos de la evaluación de calidad en servicios de salud, creemos pertinente comenzar haciendo mención a los aportes de la enfermera Florence Nightingale, pionera en la mejoría de la calidad, quien durante la guerra de Crimea en 1854, acude como voluntaria a Turquía y organiza un departamento de enfermería para la atención a los soldados. Su formación en enfermería la orientó a dirigir los esfuerzos para combatir los problemas higiénicos ambientales, que acosaban a la comunidad hospitalaria de entonces. La aplicación de técnicas estadísticas y su visión política, la condujeron a elaborar informes al gobierno británico, denunciando las condiciones perjudiciales en que eran atendidos los heridos de guerra. Mediante estas herramientas pudo demostrar la eficacia del sistema de enfermería para atender los aspectos de contexto, logrando así la disminución de las tasas de morbilidad - mortalidad en los hospitales militares y generando un alto impacto en la población asistida.

Las primeras experiencias formales en la evaluación de la calidad se desarrollaron en los Estados Unidos de Norte América (EEUU) a principios del siglo XX, en el año 1918, lideradas por el Colegio de Cirujanos, con los primeros estándares relacionados a la calidad de la atención médica. Estos estándares básicos expresaban cinco requerimientos relacionados a los siguientes aspectos: -Que el personal médico operara como un grupo;

-Que los mismos tuvieran certificado y licencia para desarrollar su actividad;

-Que estos aspectos ético-legales fueran evaluados por los códigos vigentes en la profesión;

- Que se tuvieran registros completos de los pacientes atendidos;

-Que existieran servicios de diagnóstico (patología y radiología) y tratamientos disponibles para la atención de los pacientes.

La sencillez de estos primeros estándares reflejan el verdadero espíritu de los programas de acreditación, los que dieron inicio de manera sistemática a partir de la década del 50, momento en que se funda la Joint Comisión on Accreditation of Hospital (JCAH). Se acreditaron organismos de

cuidados de largo plazo, centros de atención ambulatoria, cuidados domiciliarios y hospicios. En 1987, se consolida la Comisión Conjunta para la Acreditación de Organismos para el Cuidado de la Salud y el procedimiento de acreditación se expande a otros países como: Australia, Nueva Zelanda, Reino Unido, Sudáfrica, Malasia, Corea del Sur, Italia, Francia y Portugal (Arce, 2001).

La JCAH ha desarrollado una experiencia reconocida a nivel mundial en materia de acreditación de los servicios de salud. Según información disponible se acreditan 9.000 empresas sanitarias, lo que representa el 80% de los hospitales de EEUU (Gilmore, 1993). Consiste en un programa de evaluación externa, voluntario y sistemático que además de estimular el mejoramiento de la calidad, ha creado una verdadera cultura institucional que contribuye con el control estatal de los establecimientos sanitarios. En ese sentido, actúa como un requisito para el acceso de las empresas a los programas de educación médica, cobertura y financiamiento de algunos seguros. Puede sustituir los requerimientos de habilitación, otorgar la certificación de los programas estatales y agilizar el pago del financiamiento de las prestaciones.

La experiencia de acreditación hospitalaria en Canadá se desarrolla casi de manera paralela en el tiempo con la estadounidense. Sin embargo, la estructura universal del sistema de salud ha marcado un modelo propio, caracterizado por el equilibrio entre el control centralizado del Estado, a través del Ministerio de Salud y la descentralización con participación comunitaria, mediante los Consejo Distritales (Ruelas, 1992)

Por su parte, la Comunidad Económica Europea comenzó a exigir programas nacionales de garantía de calidad en 1990 y con diversos grados de desarrollo, los países cuentan con esta legislación. Dentro de los modelos más destacados se consideran los Países Bajos, Suecia y España. En particular la experiencia holandesa muestra un gran protagonismo de los grupos profesionales, en especial de médicos y enfermeros, en la construcción normativa. La

propuesta de acreditación no es prescriptiva, tiene un alto componente de actividades de asesoramiento y capacitación "in situ" y ha logrado un porcentaje de servicios acreditados, próximo al 80%. (Ruelas, 1992)

El contexto Latinoamericano se caracterizó por el desarrollo de sistemas de acreditación que tomaron como modelo el Manual de Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe, patrocinado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Federación Latinoamericana de Hospitales (FLH), editado en 1992. Esta propuesta que se difundió a través de convenios de cooperación técnica y encuentros regionales, fue adoptada por algunos países con diversos grados de modificaciones. Argentina, Perú, Bolivia, Cuba, Guatemala y República Dominicana hoy cuentan con normas de acreditación para establecimientos de diagnóstico y tratamiento de la red de establecimientos sanitarios a nivel nacional, incluyendo los hospitales.

En nuestro país, la propuesta normativa plasmada en el "*Manual de estándares para la garantía de calidad y acreditación de servicios de salud*", ha sido de difícil aplicación por falta de un marco regulatorio.<sup>2</sup>

Otras propuestas se basaron en el modelo propio la Joint Comisión International Accreditation (JCIA), como Chile, Venezuela y Trinidad Tobago (Novaes, 1993).

Brasil, que inicialmente adoptó la decisión política de trabajar con el manual de OPS en el conjunto del sistema sanitario, lo desarrolló efectivamente en los Estados de Río Grande do Sul, Santa Catarina, Paraná y San Pablo. El Estado de Río de Janeiro suscribió un convenio directamente con J. C. I. A.

<sup>2</sup> Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa de Garantía de Calidad y Acreditación. Manual de estándares e indicadores para la acreditación de servicios de salud en el Uruguay. Montevideo: MSP; 1996.

El caso de México es considerado pionero en el contexto latinoamericano, reconocido como impulsor de políticas de acreditación hospitalaria, identificándose la primera experiencia a nivel hospitalario en el año 1956, a través del Instituto Mexicano de Seguro Social. El modelo se desarrolló teniendo como base los estándares adoptados por EEUU y Canadá (Arce, 2001).

La propuesta normativa de la JCAH integra el servicio de enfermería dentro de las estructuras con funciones importantes en la órbita del hospital, compartiendo esta categoría con el Gobierno Institucional, la Dirección y el Cuerpo Médico. Estos estándares describen exigencias relacionadas al nivel de dirección responsable de la organización de enfermería, la existencia, actualización y evaluación de normas técnicas que orienten las prácticas de enfermería. Así también establecen la participación de la Dirección de Enfermería junto con otros líderes en el Consejo de Administración del hospital, en todas las actividades de mejora de la calidad de la organización.

En contrapartida, el manual de estándares promovido por OPS es muy limitado en lo que respecta a enfermería. Define los niveles óptimos en el caso de que el servicio de enfermería esté consolidado en una unidad organizacional y tenga un responsable de la selección, entrenamiento y conducción del personal respectivo.

México y Argentina, aunque en diferentes grados de desarrollo tienen estándares propios, los que surgen a punto de partida de Comisiones Interinstitucionales que representan a organizaciones de enfermería de origen asistencial, docente, gremial y profesional y con carácter nacional. Estas normas han sido reconocidas por las respectivas estructuras ministeriales y adquieren el valor social y legal necesario para los procesos de acreditación de calidad. Sin desmedro de ello, estas normas han servido más para un proceso orientador de los servicios de enfermería hospitalarios, que para el procedimiento de acreditación hospitalaria, donde se aplican padrones más generales como los planteados en el manual de OPS (Novares, 1994).

Destacamos la iniciativa llevada a cabo por el Departamento de Enfermería del Hospital Italiano de la ciudad de Buenos Aires, que en el año 1999 recibió la certificación con las normas ISO E 9001: 1994, como primer antecedente en Sudamérica obtenido para un servicio de enfermería. Si bien esta experiencia no corresponde estrictamente a un proceso de acreditación, consideramos que vale la pena destacarla en el entendido que implica un gran esfuerzo organizativo para diseñar y poner en marcha un dispositivo al servicio de la gestión de calidad en enfermería dentro de un marco complejo, como lo es el sistema hospitalario.<sup>3</sup>

En el año 2001, en el Municipio de San Pablo (Brasil), se realizó una investigación sobre patrones, métodos e indicadores utilizados por los servicios de enfermería en 18 hospitales de gran capacidad. A partir de ello, se identifican una serie de dificultades por las cuales los servicios de enfermería, si bien aplican diferentes herramientas de evaluación de calidad, aún no han logrado la sistematización de los mismos. Las dificultades planteadas por las jefaturas con mayor frecuencia fueron: Número insuficiente de personal, formación académica inadecuada y falta de compromiso, involucramiento y responsabilidad de las enfermeras.<sup>4</sup>

El manual de acreditación hospitalaria brasileño, plantea en el padrón de nivel de excelencia para los servicios de enfermería, los siguientes aspectos: la participación activa de enfermería en el modelo de gestión asistencial del hospital, la aplicación del enfoque multiprofesional en la atención, la necesidad de contar con la medición sistemática de los niveles de satisfacción de la población asistida y un sistema de información que respalde la producción de servicios de enfermería.<sup>5</sup>

<sup>3</sup> López S, Gómez H. y Sosa R. Enfermería y la norma ISO 9001. una nueva herramienta para la calidad. Revista de Enfermería del Hospital Italiano. (Argentina). 2000; 3 (9). p. 9-1

<sup>4</sup> Monte, A.; Adami, N.; Barros, A. Métodos evaluatorios de la asistencia de enfermería en instituciones hospitalarias. Acta Paul Enf, Sao Paulo, v.14, n.1., p 89-97, 2001

<sup>5</sup> Brasil. Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria. Manual Brasileño de Acreditación. Revisao nº : 03 Serviços Profissionais e organizacao da asistencia. Enfermagem.

La OPS y la OMS, a través del “Plan a mediano plazo 2001-2003” han impulsado políticas de estímulo a nivel de los países de la región para desarrollar estándares y sistemas de información para los servicios de enfermería que sean capaces de medir el impacto de la calidad de las intervenciones.<sup>6</sup>

Para dar un panorama de la situación general en nuestro país haremos mención al informe realizado por una consultora internacional, contratada para diseñar una propuesta sobre el modelo de acreditación para Uruguay: *“El sistema de salud uruguayo presenta una tradición de preocupación por la calidad de los servicios, no obstante se ha descuidado la instancia de la evaluación de la misma de forma institucionalizada y sistemática. La búsqueda de la calidad se ha orientado principalmente hacia el mayor uso de la tecnología y no se ha otorgado la misma importancia a otros aspectos de la calidad de los servicios centrados más específicamente en los usuarios y en procedimientos más eficaces y con menor costo”*.<sup>7</sup>

Existen organizaciones en nuestro medio, con amplia experiencia en certificaciones de calidad y capacitación en programas de mejora de calidad. Destacamos a el Instituto Uruguayo de Normas Técnicas (UNIT) fundado en 1939, el Laboratorio Tecnológico del Uruguay (LATU), ambos con experiencia en el sector industrial.

Desde el año 1991 existe el Comité Nacional de Calidad (CNC), organismo dependiente de la Oficina de la Presidencia, que otorga anualmente el “Premio Nacional de Calidad” como un reconocimiento del Gobierno de la República, a aquellas empresas públicas o privadas que se desatacan en la Mejora Continua de Procesos. Este Comité procesa el trámite de evaluación en dos instancias: a) Declaración de voluntad de participar por parte de la empresa. Esta solicitud, se debe acompañar con un informe de datos descriptivos sobre la organización y funcionamiento llamado “Reporte Extenso” y b) Evaluación externa en base a estándares generales que abarcan las áreas de: Liderazgo, Desarrollo de las Personas, Interés por el Cliente Externo, Administración y Mejora de procesos y Resultados. Estos estándares son muy generales, aplicables a cualquier rama de actividad productiva y enfocan lineamientos básicos que estimulan la implantación de procesos de Gestión Total de Calidad. Existe solamente una empresa de salud que recibió este premio y correspondió a un servicio de cobertura parcial de emergencia móvil, en el año 2000.

En el año 1997, por decreto del Poder Ejecutivo (nº 285 / 97) se crea el Sistema Uruguayo de Acreditación, Normalización, Certificación, Calibración y Ensayos (SUANCCE). En el mismo se fundamenta a texto expreso el compromiso con una política de Estado capaz de asegurar la calidad en la organización, a través de convenios con entidades no estatales, responsables de normatizar y acreditar empresas en todas las ramas de actividad. Autoridades del SUANCCE nos confirman que hasta el momento no se han realizado actividades que involucren el sector salud.

En esta reseña de antecedentes nacionales y ya ubicados en el sector salud, cabe expresar un reconocimiento al modelo de gestión participativa desarrollado en el Hospital de Clínicas<sup>8</sup>, donde históricamente, a partir del año 1959, han funcionado una serie de comisiones asesoras y grupos de trabajo, responsables de estudiar los problemas y proponer mejoras en las funciones sustantivas. Los comités de: historias clínicas, medicamentos, infecciones, auditoría, compras, relaciones profesionales, entre otros, han sido claros ejemplos de una política de administración pionera, en los paradigmas modernos de gestión hospitalaria. Se suman a estos antecedentes la labor del equipo de enfermeros del este hospital, con el liderazgo de la Nurse Dora Ibarburu, quienes elaboraron un importante marco normativo para la organización de la atención de enfermería. El mismo fue modelo

<sup>6</sup> OPS, OMS. Servicios de enfermería para contribuir al logro de la equidad, el acceso, la calidad y la sostenibilidad de los servicios de salud. Plan a mediano plazo 2001-2003. Washington D.C. 2001; p 14-22

<sup>7</sup> INMARK SA. Propuesta de modelo para la acreditación voluntaria de instituciones prestadoras de servicios en el sector salud de la República Oriental del Uruguay. Montevideo: MSP; 1999. p. 8.

<sup>8</sup> El Hospital de Clínicas es un centro de referencia nacional y pertenece a la órbita de la Universidad de la República. Está ubicado en la ciudad de Montevideo y desde su creación en 1957, se llevan a cabo las actividades de enseñanza, asistencia e investigación más relevantes para los profesionales de la salud. Allí se organizó el primer departamento de enfermería hospitalario, cuyo modelo de gestión y asistencia, sirvió de base para la organización del resto de los hospitales del país, tanto públicos como privados.

de referencia para los diferentes servicios hospitalarios del país en el período 1960-1970, fundamentalmente.<sup>9</sup>

En 1987, mediante la ordenanza ministerial n° 1/ 87, se intentó avanzar hacia un sistema de categorización de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) ponderando ciertos aspectos como: personal calificado, existencia de un comité de auditoría interna, satisfacción de la demanda y monitoreo de algunos indicadores. Esta norma nunca llegó a aplicarse y fue derogada en 1989.

En la década del 90 varias instituciones públicas y privadas de nuestro medio tomaron la iniciativa de postularse para la acreditación de "Hospital Amigo del Niño", en base a una serie de estándares que promueven la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna. Esta propuesta estuvo promovida y organizada por el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la OMS (IMARK S.A.,1999) .

En el año 1994 se desarrolla en Montevideo la Primera Reunión Nacional sobre Garantía de Calidad y Acreditación de Hospitales, organizada por el Ministerio de Salud Pública y la cooperación de la OPS / OMS. A punto de partida de la discusión en torno a la propuesta de crear un programa de acreditación de hospitales en nuestro país, se define conformar un grupo de trabajo que estudie el tema. Es así que en junio de 1994, la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE) , por resolución n° 391/94, crea el Grupo de Trabajo Multiinstitucional de Garantía de Calidad y Acreditación, con la finalidad de estudiar la factibilidad de un Programa Nacional de Garantía de Calidad y Acreditación en el país.

La integración de este grupo técnico implicaba representación institucional de los siguientes organismos: Ministerio de Salud Pública (MSP), Facultad de Medicina, Organización Panamericana de la Salud (OPS), Plenario de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC), Unión de la Mutualidad (UMU), Federación Médica del Interior (FEMI), Instituto Nacional de Enfermería (INDE), Colegio de Enfermeros del Uruguay (CEDU) y Asociación de Usuarios de Servicios de Salud (AdUSS).

En una primera etapa se trabajó en base al manual de OPS, que fue revisado y reformulado mediante el apoyo de expertos. Posteriormente se realizaron vinculaciones con organismos nacionales con antecedentes en actividades de certificación de calidad y finalmente se realizaron propuestas en torno a la figura jurídica que podría adoptar este organismo.

La integración de enfermería en este grupo se efectivizó a partir del año 1995 y fue respaldada por el trabajo de asesores, quienes se organizaron de manera de representar a los diferentes subsectores que componían el área salud en el país. En estos encuentros de discusión, se planteó la insatisfacción de los profesionales por la precariedad de los estándares formulados en el manual de OPS y se proponen una serie de modificaciones. Dado el volumen de la documentación elaborada en las dos Reuniones Nacionales de Enfermería (1995-1996), convocados con la finalidad de revisar dichas normas, se consideró más conveniente editar los estándares de enfermería en una publicación propia, manteniendo la metodología propuesta por el manual de OPS. De esta manera nace en 1996, la Comisión Nacional para la Acreditación de Servicios de Enfermería (CONASE) cuya finalidad estaba orientada: a) formular los estándares nacionales en base a los aportes realizados en los plenarios.; b) respaldar políticamente las normas creadas y c) estudiar la conformación de un organismo acreditador para los servicios de enfermería.

En el transcurso del año 1999 el Grupo Multiinstitucional trabajó en conjunto con una consultora internacional, arribando a un anteproyecto de ley cuya finalidad era la creación del Instituto de Calidad y Acreditación de Servicios de Salud, con personería jurídica de organismo público no estatal. Esta iniciativa fue presentada a las autoridades ministeriales con la intención de incorporarla

<sup>9</sup> Mazza R., " Reportaje a Dora Ibarburu". Revista Uruguaya de Enfermería. Organo oficial de la Escuela Universitaria de Enfermería. Año 1, n° 0. Montevideo, 1989. p 31-37.

en la próxima ley de presupuesto para el ejercicio 2000- 2005. Dado que no se logró el consenso de los actores políticos, la iniciativa quedó postergada. A partir de este hecho el Grupo Multiinstitucional no fue convocado por el Ministerio para continuar trabajando en este proyecto.

En el año 2001 y en el marco de la última reestructura ministerial, se aprobó el decreto n° 460/2001 con la finalidad de Categorizar los establecimientos de salud en siete niveles de gestión, de acuerdo a su complejidad tecnológica, el tipo de servicios que se brinda y la población objetivo a la que sirve. Esta propuesta aún no ha sido implementada por el ministerio. En este mismo decreto, se plantea dentro de las propuestas de la Dirección General de la Salud, la creación de la División Servicios de Salud. La misma tiene como propósito: Asegurar la calidad de las prestaciones y el correcto funcionamiento de los servicios de atención públicos y privados. Se organiza en cuatro Departamentos:

1) Habilitación de servicios de salud, 2) Control de gestión, 3) Evaluación de calidad de servicios de salud y 4) Habilitación y control de profesionales. Dentro de las actuales actividades que le competen al Departamento de Evaluación de Calidad de Servicios de Salud, se encuentra la acreditación de los servicios.

Las dependencias ministeriales están dedicadas a realizar inspecciones, relevar infraestructura, dotación de recursos humanos y materiales, así como condiciones de acceso a la atención.

En la órbita de las Instituciones de Medicina Altamente Especializadas (IMAE), financiadas por el Fondo Nacional de Recursos (F.N.R.), se elaboraron estándares con la finalidad de desarrollar programas de acreditación, (Decreto n° 101/2003) y aplicar medidas correctivas en caso de incumplimientos. Esta iniciativa surge como resultado de las presiones generadas a punto de partida del grave desfinanciamiento del sector salud, que presentó su punto crítico en el año 2002, en la necesidad de racionalizar los gastos por parte de las empresas. En estos estándares de acreditación, se detalla un capítulo para el “Cuerpo de enfermería”, donde se formulan normas muy generales con respecto a las jefaturas de enfermería y supervisión de estos servicios, además de la necesidad de contar con normas técnicas actualizadas.

Se realizaron consultas a los autores de la propuesta y autoridades del F.N.R., quienes nos informaron que estas normas aún no fueron aplicadas. (Fondo Nacional de Recursos, 2003).

Desde la perspectiva de nuestra profesión, la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería (FEPPEN) considera prioritario, que frente a los desafíos políticos planteados en el documento publicado por la OPS en el año 2001 cabe: *“Definir el concepto de calidad en la salud y en enfermería, de priorizar las acciones que puedan mejorar la calidad a corto y mediano plazo y trabajar con estándares e indicadores de calidad a nivel hospitalario y extrahospitalario”*.

En nuestro país y desde la formación académica de enfermería tanto a nivel básico como posbásico, se identifican contenidos educativos que se refieren al conocimiento del paradigma de Calidad Total y al empleo de tecnologías básicas para gestión.

La formalización de “Normas administrativas para el control de la calidad de la atención de enfermería”, elaboradas en la órbita del Departamento Central de Enfermería del Ministerio de Salud Pública, datan de 1979, con la jefatura de la Lic. Iris Burgoa. Las mismas abarcan las áreas de supervisión clínica, evaluación de personal y de servicio e información y educación en servicio. Estas normas merecen un alto reconocimiento desde el punto de vista técnico y político. Sin embargo, no se identifican experiencias de implementación a nivel operativo que hayan sido evaluadas, lo que pone en tela de juicio el conocimiento y la aceptación del colectivo hacia las mismas. Estas normas de atención de enfermería, describían actividades y tareas para determinados grupos de la población, basadas en los criterios de calidad: Oportunidad, humanidad y calidad científico- técnica de los planes de atención de enfermería (Burgoa y col, 1979).

Finalmente, la CONASE en el año 2001 y el Comité Técnico de Enfermería, dentro de la agenda de trabajo con las autoridades ministeriales (2002-2005), han solicitado que la Dirección del Departamento de Evaluación de Calidad estudie la posibilidad de legitimar los Estándares Nacionales de Enfermería y los integre al marco normativo ministerial. Hasta el momento estas gestiones no han prosperado. Sin embargo, es destacable la labor desarrollada por enfermería en esta última década. La preocupación por la formación posbásica, con altos niveles de participación en los cursos de administración vinculados a temas de calidad, donde se desarrollaron innumerables jornadas y congresos con el propósito de presentar trabajos que reflejen la mejora de la calidad en los servicios de enfermería. Así también los grupos técnicos responsables de la elaboración de protocolos de enfermería en las áreas de atención en neonatología, nefrología, control de infecciones intrahospitalarias, ancianidad y politraumatismos, han aportado para este proyecto. El desarrollo de los comités de infecciones y educación en servicio para el personal de enfermería, la implementación de encuestas de satisfacción de los usuarios, sintetizan acciones tendientes a generar herramientas para la mejora continua de la calidad asistencial.

## MARCO CONCEPTUAL

Etimológicamente la palabra "acreditar" proviene del latín "credere", que significa creer o dar fe. De esta palabra derivan los términos: creyente, credencial, crédito o crédulo.

La acepción tomada para este estudio es coincidente con la del grupo Interinstitucional ocupado del tema en nuestro país y corresponde a la definición que figura en el manual de la OPS: "*Es el procedimiento de evaluación de los recursos institucionales, voluntarios, periódico y reservado, que tiende a garantizar la calidad de atención a través de estándares previamente aceptados*".<sup>10</sup>

La acreditación, según el Prof. Dr. Hugo Villar<sup>11</sup>, se explica como: "*un proceso de control y evaluación de la calidad de los bienes o servicios producidos por un sistema social*"<sup>12</sup>. Compartimos el concepto de que puede ser entendida como una acción sistemática, que implica la utilización de normas, métodos e indicadores, cuya finalidad se orienta a identificar problemas y fortalezas a nivel de la producción.

De acuerdo con el planteo de Cuesta Gómez, la acreditación es un método de evaluación indirecto, centrado en el estudio de los aspectos estructurales. Tiene origen en la propuesta de Donabedian formulada en 1966, que establece que la calidad se determina en la relación entre la estructura, los procesos y los resultados de una organización. Este planteo mantiene su vigencia y su controversia, en función de ciertas ópticas que lo apoyan y otras corrientes de pensamiento que lo cuestionan. En ese sentido, nos afiliamos al pensamiento expresado por Cuesta Gómez: "*si los medios son de calidad, el producto o resultados que determinan, también lo serán. En nuestra experiencia personal unos medios de calidad son condición necesaria para un servicio hospitalario de calidad, pero no suficiente*".<sup>13</sup>

Así mismo plantea que los procedimientos de acreditación pueden ser externos e internos y que ambos se complementan. Los primeros aportando al conocimiento sobre la normatización de los

<sup>10</sup> Novaes HM, Paganini JM. Estándares e indicadores para la acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington: OPS; 1994. p 2.

<sup>11</sup> Hugo Villar, Doctor en Medicina, Especialista en Administración Hospitalaria y Profesor de la Universidad de la República. Es una personalidad reconocida a nivel nacional e internacional por su aporte al desarrollo de la administración hospitalaria como disciplina científica. Su visión avanzada sobre el modelo de atención, le permitió ser el primer diseñador de la propuesta de un sistema de salud para el Uruguay.

<sup>12</sup> Comisión Nacional de Acreditación de Servicios de Enfermería. CO. NA. SE. Manual de estándares para la acreditación de servicios de enfermería. Programa de garantía de calidad y acreditación. Montevideo: Ediciones de Enfermería; 2000. p 23-27

<sup>13</sup> Cuesta Gómez A. La calidad de la asistencia hospitalaria. España: Doyma S.A.; 1986. p 14

niveles de garantía de calidad, mediante la definición de exigencias, que especifiquen condiciones de seguridad y equidad para la asistencia de la población. Los segundos, procedimientos de acreditación interna, que contribuyen a la concientización de los trabajadores en torno a los problemas de la producción y por ende activan la mejora de calidad a corto y largo plazo.

Para el Dr. Hugo Villar, la acreditación es una técnica de control que permite identificar el estadio en que se encuentra la organización de salud o algunos servicios. Consiste, de manera sintética, en efectuar una comparación entre lo esperado y lo real identificado, a partir de lo cual se generan insumos para la retroalimentación, lo que permite realizar los ajustes o correcciones necesarias. Al instalarse en un sistema social, como lo son las empresas de salud, este proceso debe procurar el involucramiento de los trabajadores, que son los protagonistas en la construcción de los cambios a nivel de la producción. Es así como se materializa la mejora de la calidad de los servicios. El Dr. Villar analiza el concepto de acreditación desde una faceta instrumental, adjudicándole un carácter mediador o utilitario a los fines del perfeccionamiento de la producción o de lo que genéricamente llamamos mejora continua de la calidad. En ese sentido, la acreditación es un medio y no un fin en sí mismo.

Dado que nos hemos referido en los antecedentes a experiencias de certificación, creemos pertinente explicitar el concepto, en acuerdo con las pautas establecidas en nuestro país por el Comité Nacional de Calidad <sup>14</sup> : ***“Proceso llevado a cabo por una entidad reconocida como independiente de las partes interesadas, en la que se manifiesta por escrito que se dispone de la confianza adecuada de que un producto, proceso o servicio debidamente identificado, es conforme con una norma específica.”***

La evolución epistemológica del pensamiento gerencial se sintetiza con claridad por el Dr. Roberto Passos Nogueira.<sup>15</sup> Desde la rudimentaria noción de calidad promovida por el consumismo moderno, hasta los matices ideológicos planteados por las corrientes de Gestión de calidad, Control de calidad, Garantía de calidad y Calidad total, con independencia del énfasis en el que se ubica la importancia del proceso productivo, lo destacable es el enriquecimiento vertiginoso de ideas, que lo transforman en un cuerpo filosófico desafiante para la gestión empresarial.

Coincidimos con Deming, cuando plantea la duda de la existencia de una ciencia de la calidad y propone una postura pedagógica, que promueva la crítica y genere propuestas en el marco de los fundamentos y las potencialidades del método científico aplicado a una realidad concreta. Esto es la esencia del pensamiento en calidad, lo que le proporciona el motor dialéctico para la transformación y la convicción de la mejora continua.

Según Donabedian, el concepto de calidad desde la perspectiva “social”, se contextualiza en un marco de valores y de necesidades sociales. Desde ese punto de vista las políticas del sector salud en materia de calidad, accesibilidad y equidad condicionan de manera importante el proceso de producción a nivel de las organizaciones y la relación proveedor-usuario. El concepto de Garantía de Calidad desarrollado por Donabedian en 1986 y citado por Enrique Ruelas, es a nuestro entender uno de los más precisos: ***“...son aquellas actividades que periódica o continuamente se dirigen a revisar las condiciones bajo las cuales se proporciona atención médica, ésta es monitorizada y los resultados son seguidos de manera que las deficiencias sean descubiertas y se hagan las correcciones necesarias”.***<sup>16</sup>

Entre los aportes al conocimiento planteados por Donabedian, destacamos la identificación de dos dimensiones en la valoración de la calidad, que actúan de manera sinérgica. Lo que él llama calidad

<sup>14</sup> Uruguay. Comité Nacional de Calidad. Modelo de Mejora Continua. Premio Nacional de Calidad 2000. Montevideo: Comité Nacional de Calidad; 2000. p 88.

<sup>15</sup> Roberto Passos Nogueira, Doctor en Medicina, graduado en la Universidad de Ceará. Master en Medicina Social, investigador y Coordinador del Proyecto de Fomento de Acciones Pro- Calidad de la Fundación Oswaldo Cruz (1994-1996).

<sup>16</sup> Ruelas E. Hacia una estrategia de garantía de calidad. De los conceptos a las acciones. Revista de Salud Pública de México 1992 (34):34-35.

“interpersonal” y “técnica”. La primera refiere a la óptica del cliente o usuario, está centrada en las relaciones humanas que se establecen en el proceso de prestación de servicios y adquiere un valor jerárquico al momento de juzgar la calidad de atención recibida. El autor incorpora en este análisis los temas de las “comodidades” o el confort, entendido como la valoración de los aspectos físicos que dan el escenario a la prestación asistencial. Acordamos en que la perspectiva de valoración del “hecho” o el “fenómeno” interpersonal que materializa el servicio, es diferente en función del rol que ocupan los actores, ya sean estos clientes o proveedores.

Los proveedores con formación técnico-profesional, evalúan fundamentalmente el desempeño técnico de la producción del servicio. Esta dimensión alude concretamente a la aplicación de conocimientos científicos y técnicos en la resolución de problemas de salud

(Ruelas, 1992). Mientras tanto los estudios realizados a nivel de servicios asistenciales, muestran que la población usuaria valora de manera preponderante el trato humano recibido en la prestación (Cuesta Gómez A., 1986).

El Dr. Passos Nogueira plantea la especial complejidad del proceso productivo en la atención sanitaria, dado la pluralidad de los actores participantes, la variedad de perfiles de formación y fundamentalmente el alto valor social y ético, que la población le adjudica a la salud y a la enfermedad. En ese sentido y considerando que la calidad en servicios de atención sanitaria tiene una gran variabilidad y fraccionamiento, el autor introduce el concepto de “normatividad”, a través de patrones endógenos o empíricos y exógenos o impuestos. En ambos casos el proceso de producción persigue la estabilización, como forma de controlar la producción. Los patrones exógenos requieren de especificaciones técnicas basadas en conocimientos científicos que articulados con técnicas estadísticas, permiten a los administradores detectar las perturbaciones y posibles causas de los defectos en la producción. ***“Un sistema descontrolado produce muchos resultados de mala calidad, pero la estabilización es apenas la condición inicial para que el sistema efectivamente pase a generar resultados de acuerdo con metas de calidad”***<sup>17</sup>

La evaluación de servicios de enfermería impone la necesidad de explicitar la conceptualización de esta disciplina. En ese sentido, compartimos los aportes de Dorothea Orem (1971), particularmente su planteo de que la prestación de servicios de enfermería tiene como propósito accionar sobre los individuos para compensar el “déficit de autocuidado”. Este déficit es entendido como la afectación de una capacidad humana de carácter regulatorio, que las personas poseen para sobrevivir, desarrollarse y obtener bienestar. El “sistema de enfermería”, opera cuando las acciones de enfermería interactúan de manera organizada para asistir la ayuda terapéutica, identificando tres niveles de intervención de enfermería: sistema totalmente compensador, sistema parcialmente compensador y sistema de apoyo educativo.

Según la Prof. Dora Ibarbouru, el servicio de enfermería integra una de las unidades de organización de mayor jerarquía en el contexto hospitalario, dado su responsabilidad en la prestación de servicio finales y la entidad de personal que lo integra. La autora define criterios de autonomía del servicio de enfermería para el desarrollo de las funciones básicas de asistencia, administración, docencia e investigación. Plantea un enfoque sistémico del servicio de enfermería articulado al engranaje hospitalario mediante programas horizontales comunes a los servicios finales. Señala tres características distintivas del servicio de enfermería que deberían estar presentes al momento de fijar los atributos de calidad: Continuidad, contingencia y alta emotividad.

Dee Ann Gillies plantea que un estándar es una norma descriptiva que define la actuación profesional y el grado de calidad del proceso productivo. En cuanto a la importancia de estas normas para las organizaciones asistenciales expresa: ***“La necesidad de estándares se muestra como especialmente***

<sup>17</sup> Passos Nogueira R. Perspectivas de la gestión de calidad total en los servicios de salud. Washingtong : OPS; 2000. Serie PALTEX Salud y Sociedad: 4. p 129

*relevante, cuando la escasez de fondos o la falta de sensibilidad pública da como resultado una distribución injusta de los recursos sanitarios a los grupos sociales marginales*".<sup>18</sup>

Los estándares expresan la descripción de una variable, la cual debe ser medida a través de un indicador fiable. De esta manera debería existir una complementariedad entre estándar-indicador y sistema de información, como un engranaje importante para el funcionamiento de un programa de garantía de calidad y eventualmente de acreditación.

Nos resulta interesante incorporar la óptica de Vuori, en lo que respecta a los aspectos éticos que se ponen en juego al momento de construir estándares con fines reglamentarios a nivel de un país, una institución o un servicio. Más precisamente la definición del nivel mínimo es la más polémica. Se trata de un tema que trasciende el plano metodológico, aunque generalmente parte de los resultados de un "screening", que permite identificar los niveles superiores e inferiores a la normalidad. Sin desmedro de ello, es importante tener presente que la finalidad principal de la normativa es impedir situaciones de injusticia social y por ende proteger al consumidor por encima de otros intereses.

El enfoque de garantía de calidad sintetizado por Di Prete<sup>19</sup>, se sustenta en dos elementos pilares: a) un adecuado diseño del sistema de producción que defina estándares deseables y factibles de ser alcanzados por la organización y b) en segundo término un sistema de control o monitoreo, capaz de hacer el chequeo entre lo alcanzado y lo estandarizado, de manera de medir impacto y aplicar medidas correctivas o de mejora continua.

Estas transformaciones filosóficas producidas en la disciplina de administración han generado como consecuencia cambios tecnológicos en la gestión. La introducción de la informática, los métodos estadísticos y la especial importancia del involucramiento del personal, forman parte de ello.

La experiencia de los "círculos de calidad" en Japón, parten de la concepción basada en la responsabilidad compartida de los miembros de la organización, para mejorar la calidad de la producción de manera continua. Según Ruelas Barajas, se identifican tres tipos posibles para implementar programas de garantía de calidad: centralizados, descentralizados no participativos y descentralizados participativos. Estos últimos parecen ser los más indicados, desde la filosofía del esfuerzo colectivo, dado que implican un papel activo y crítico del trabajador en el proceso productivo. En su artículo, Ruelas cita las reflexiones de Mc. Laughlin y Kaluzny, en un pensamiento que compartimos en función de su vigencia: ***"Los sistemas de salud tendrán que pasar de un predominio de las jerarquías a un enfoque participativo; de un liderazgo exclusivamente gerencial a un liderazgo compartido con los profesionales de la salud que proporcionan los servicios directos a pacientes y familiares; de una responsabilidad individual del profesional de la salud por la calidad, a una responsabilidad compartida por todos los miembros de la organización; de esquemas rígidos de organización y gestión a enfoques flexibles; y de evaluaciones retrospectivas a evaluaciones concurrentes del desempeño de la organización"***.<sup>20</sup>

Este concepto de gestión participativa se articula con algunos de los postulados planteados por Deming, en lo que el llama ***"Las siete enfermedades mortales y algunos obstáculos"***.<sup>21</sup> Desde su óptica, la importancia de contar con el ánimo y compromiso de los empleados para implementar los proyectos, es un motor fundamental en la materialización de las metas. Por ello plantea que es necesario mantener la *"constancia en los propósitos"*, independientemente del período que le corresponda al gerente de turno. De la misma manera adjudica importancia al método de evaluación del desempeño y a la pertenencia *"orgullo"* del trabajador por su trabajo. Todos estos ingredientes

<sup>18</sup> Gillies DA. Gestión de enfermería: una aproximación a los sistemas. Barcelona: Masson; 1994. p 125.

<sup>19</sup> DiPrete L. Garantía de calidad de la atención de la salud en los países desarrollados. Washington: Editorial; 1990. Serie de Perfeccionamiento de la Metodología de Calidad. p 8-11

<sup>20</sup> Ruelas Barajas E. Hacia una estrategia de garantía de calidad: de los conceptos a las acciones. Revista de Salud Pública de México 1992; p 35

<sup>21</sup> Walton M. Como administrar con el método Deming. Barcelona: Grupo editorial norma; 1991. p 98-102.

son determinantes para una gestión que promueva la participación efectiva de las personas, en el proceso de mejora de la producción.

Tomamos para nuestro estudio, las normas publicadas en el “Manual de Estándares para la Acreditación de servicios de enfermería” elaborado por la CONASE, respetando el enfoque participativo. (Ver anexo 1). Dentro de este enfoque, la técnica de autoevaluación, es considerada como promotora de la participación en los grupos operativos. Permite a los actores institucionales visualizar la empresa globalmente y establecer instancias de análisis colectivo, definir los problemas y vislumbrar eventuales soluciones. En el manual de autoevaluación de establecimientos de salud formulado por la Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica (CIDCAM) de Argentina, se expresa: “ **... participar en un proceso de autoevaluación para la mejoría de la calidad de atención del establecimiento, conlleva a favorecer la participación y el compromiso de todo el personal. Por lo tanto el sólo hecho de cumplimentar de manera objetiva y participativa todos los aspectos de los tres formularios que comprende la guía, representa un importante paso hacia la calidad**”.<sup>22</sup>

---

<sup>22</sup> Comisión Interinstitucional para el desarrollo de la Calidad de la Atención Médica. La autoevaluación de establecimientos de salud: bases para el análisis del formulario de autoevaluación. La Plata: CIDCAM; 2001. p 11.

## MATERIAL y METODOS

**Localización del Estudio:** Nivel nacional. Se desarrolló en los servicios de enfermería hospitalarios de toda la red pública y privada del país.

**Tipo de Estudio:** Descriptivo y transversal.

**Población y muestra:** El universo lo componen 103 hospitales en todo el país, de acuerdo a los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística y Censo del año 2001.

Se selecciona una muestra por conveniencia en base a los siguientes criterios:

- Representatividad de los diferentes sub-sectores que componen nuestro sistema sanitario.
- Representatividad de los efectores de todos los Departamentos del país.
- Accesibilidad y pertenencia de los Jefes de Enfermería al CEDU.
- Adecuación a los recursos humanos, financieros y logísticos disponibles.

De acuerdo a ello se define:

-Integrar los hospitales públicos de la red de ASSE de mediana y alta complejidad, categorizados de acuerdo a la propuesta de: "Tipos de establecimientos de atención médica según niveles de complejidad", realizada en el año 1989.

-Integrar la totalidad de los servicios hospitalarios de FEMI

-En Montevideo: Seleccionar dos hospitales de Referencia Nacional, sanatorios pertenecientes al sub-sector mutual y al sub-sector privado.

La selección de sanatorios y mutualistas se realizó en base a una nómina de Jefes de Enfermería proporcionada por el CEDU, con quienes se mantenía una comunicación fluida. Las unidades de análisis correspondieron a los departamentos de enfermería de los hospitales, a través de la evaluación realizada por sus respectivas Jefaturas y grupos de profesionales.

El tamaño muestral estuvo condicionado por la disponibilidad de recursos, considerando la capacidad real de respuesta del grupo investigador. En ese sentido se delimitó como factible, un conjunto de 60 hospitales, lo que implicó un tamaño muestral del 57 %.

La muestra mantuvo la representación de todos los subsectores, integrando servicios de: ASSE, Universidad de la República, Sanidad Policial y Militar, Banco de Seguros del Estado, Banco de Previsión Social, IAMC, FEMI, UMU y Sanatorios Privados.

**En el Sub- sector público se seleccionan 25 hospitales:** 16 Hospitales Departamentales de ASSE, más 4 hospitales de Montevideo: Maciel, Pasteur, Pereira Rossel y Vilardebó . El Hospital Policial, Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Hospital de Clínicas de la Universidad de la República, Sanatorio de BSE y Sanatorio Cansanni del BPS .

**En el Sub sector privado se seleccionaron un total de 35 empresas integradas por:**

Los 23 sanatorios de la Federación Médica del Interior (FEMI) .

En Montevideo: 4 sanatorios correspondientes a la Unión de Mutualistas del Uruguay (UMU), 5 mutualistas pertenecientes al grupo de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC) y 3 sanatorios privados.

**Criterios de inclusión:** Presencia de organización formal del servicio de enfermería a cargo de un **Licenciado Jefe en funciones**. Voluntad expresa de los jefes de participar en el estudio y enviar los **formularios** con los datos documentados. También se estableció como criterio permitir la integración

a aquellos servicios que sin formar parte de la muestra, manifestaran el deseo de participar por iniciativa propia.

**Criterios de exclusión:** Servicios de salud que no tengan organización formal de enfermería con Licenciado Jefe en funciones. Voluntad expresa de no participar en el estudio, por parte del responsable del servicio de enfermería. No cumplimiento del plazo de entrega de los formularios.

### **Variables de estudio -Definiciones operacionales:**

**Dirigentes de Enfermería:** Licenciados en Enfermería con el cargo de Jefes de Departamento de Enfermería, en las unidades seleccionadas al momento del estudio.

**Nivel de conocimiento:** Manifestaciones de los Jefes de Enfermería, registradas al momento de la encuesta, sobre el conocimiento de la existencia o lectura del Manual de Estándares.

**Estándares:** Normas que describen atributos de calidad, publicadas en el Manual de Estándares para la Acreditación de Servicios de Enfermería. CONASE,2000. (Ver anexo1)

**Servicios de Enfermería:** Departamentos de enfermería integrantes de de las instituciones seleccionadas.

**Contenido de los estándares:** Opinión de los enfermeros en relación a los contenidos descriptivos de las normas, en su función de instrumentos para medir la calidad de los servicios de enfermería.

**Autoevaluación :** Ejercicio práctico voluntario, realizado por los profesionales participantes, que consiste en registrar el nivel de calidad evaluado en cada uno de los estándares, en base a las categorías definidas en el manual de referencia .

**Juicio global de calidad:** Re-categorización de todos los niveles de calidad autoevaluados en los servicios de enfermería de acuerdo a dos componentes: “Fortalezas” y “Debilidades”

### **Escala de medición:**

#### **Dirigentes de Enfermería-NOMINAL**

Nombre y apellido de los Jefes de Enfermería.

#### **Nivel de conocimiento sobre el manual-NOMINAL**

SI o NO

#### **Estándar-NOMINAL**

Denominación de los estándares de acuerdo a la nomenclatura y contenido publicado en el manual.

#### **Servicio de enfermería-NOMINAL**

Denominación de los Departamentos de enfermería de acuerdo a la Institución de procedencia.

#### **Contenido de los estándares-NOMINAL**

Opiniones de los enfermeros sobre el texto de la norma, en base a las siguientes categorizaciones :

“Esencial” para la evaluación de calidad del servicio.

“Secundario” para los fines de la evaluación de calidad.

“Dificultad” para comprender lo expresado en la norma.

### **Autoevaluación-ORDINAL**

0-Cuando no se alcanza la descripción del nivel uno o básico.

1-Desarrollo básico o inicial, corresponde con la descripción de la norma.

2-Gradiente mayor .Escenario en proceso de desarrollo que corresponde con la descripción de la norma.

3-Gradiente de excelencia. Escenario de máxima aspiración de la organización que corresponde con la descripción de la norma.

4- Situaciones que superan positivamente las expectativas de la organización y sobre pasa la descripción de la norma de nivel 3.

### **Juicio global de calidad-ORDINAL**

“Fortalezas”: sumatoria de los niveles autoevaluados con 2 ,3 y 4.

“Debilidades”: sumatoria de los niveles autoevaluados con 0 y 1 respectivamente

**Instrumentos de colecta de datos:** Se diseñó un cuestionario autoadministrado con respuestas predeterminadas y abiertas, organizado en dos partes (Ver anexos 4 y 5):

Primera parte: Se denominó “*Formulario dirigido al Licenciado Jefe*”, en el cual se recabaron datos que permitieron identificar el servicio de enfermería, el profesional responsable y el equipo que participó en el estudio. También datos vinculados al nivel de conocimiento general sobre los temas de: calidad, el manual de estándares y el proceso de acreditación en nuestro país. Se indagó también sobre actividades concretas que se desarrollaban en los servicios y las opiniones de los enfermeros sobre la perspectiva política de este tema en nuestro país.

Segunda parte: Llamada “ *Formulario de autoevaluación del servicio de enfermería*” diseñado para recabar la información de los juicios de calidad, que llevaban a cabo los integrantes del equipo de enfermería, de acuerdo a los niveles de calidad ponderados según el manual y el instructivo correspondiente. En esta sección, además de definir el nivel de calidad consensuado por el equipo, se pidió a los participantes que detallaran las fuentes de información utilizadas y su opinión, sobre el contenido y la formulación de las normas.

El Formulario detallaba claramente los mecanismos de comunicación con el equipo investigador con el propósito de atender consultas en el proceso de aplicación del instrumento.

**Fuentes de los datos complementarias:** -Banco de datos del CEDU, correspondiente a la nómina de las Jefaturas de Enfermería afiliadas, de todo el país.

-Efectores hospitalarios de la red del Ministerio de Salud Pública-ASSE de acuerdo a sus criterios de categorización.

- Formularios e instructivos diseñados para este estudio que se complementaron con un ejemplar del Manual de Estándares, para cada servicio de la muestra.

**Análisis Estadístico:** Los profesionales de enfermería fueron cuantificados para establecer la magnitud de los participantes en la investigación. Los aspectos de opinión se trabajaron con respuestas pre categorizadas y se resumieron en frecuencias absolutas y porcentajes.

Los juicios de calidad, que fueron ponderados en orden creciente (nivel 0 al 4) de acuerdo al Manual de Estándares e instructivo, se procesaron en base a las siguientes medidas de resumen: frecuencias absolutas, acumuladas y proporciones.

El juicio global de calidad, se construyó a punto de partida de la frecuencia absoluta acumulada para cada uno de los niveles de calidad, registrados en cada estándar de los diferentes programas y subprogramas. Como se aprecia en el diseño de los estándares (Ver anexo 1), algunos programas cuentan con un sólo estándar (Ej.: Programa de Investigación) y otros con varios (Ej.: Programa de Administración). En este segundo caso, se procede a realizar la frecuencia acumulada para cada nivel de los diferentes estándares que componen el subprograma y el programa correspondiente.

Finalmente se realiza una re-categorización en Fortalezas y Debilidades, analizando la frecuencia acumulada de los juicios de calidad en el total de observaciones de los servicios participantes y en los cuatro programas sustantivos. De esta manera se resumen las "*Fortalezas*": como la frecuencia acumulada de los juicios de calidad registrados en los niveles 2,3 y 4, del total de los servicios y programas y las "*Debilidades*": como la frecuencia acumulada de los juicios de calidad registrados en los niveles 0 y 1, del total de los servicios y programas.

**Procedimientos operacionales:** Desde el punto vista operacional el estudio exploratorio se diseñó considerando dos fases de trabajo:

a) Una primera etapa de información- socialización sobre los fines del estudio. En esta fase, se implementó una "*carta- compromiso*" entre el equipo directriz, la jefatura de enfermería y los equipos asistenciales. En este marco se desarrolló el primer relevamiento de datos y el proceso de Autoevaluación de los servicios de enfermería. De acuerdo a la metodología adoptada, se promovió la discusión en grupos y el registro de las respuestas más aceptadas por los participantes. De esta manera se logra la primera prueba y síntesis de información consensuada en torno al Manual de Estándares, a nivel de los servicios de enfermería. A partir de ello se realizó la primera devolución de resultados en el marco del "*2º Congreso de Administración*" en el año 2001, lo que responde a la técnica Delphi, recomendada para los procesos de discusión colectiva y construcción participativa. Es una técnica apropiada para el tratamiento de problemas complejos en base a líneas de consenso, que se construyen paulatinamente en diferentes momentos y dando a conocer la opinión del conjunto a los participantes.

b) Una segunda etapa en la cual decidimos analizar el producto del estudio con mayor consistencia científica y por tanto mejorar la calidad de la propuesta técnico-política del programa de garantía de calidad. Es así que en el año 2004 se retoma el trabajo y se reformula, en el marco de una investigación descriptiva.

**Aspectos éticos:** Fue enviada una carta formal a los Jefes de Enfermería de las instituciones seleccionadas, exponiendo la propuesta y los objetivos del estudio, de manera de brindar una información adecuada, que les permitiera a los actores asistenciales adoptar una decisión en torno a los compromisos de la participación. Las autorizaciones realizadas a la interna de las organizaciones estuvieron a cargo de las jefaturas. El equipo de investigación se comprometió a manejar los resultados en un marco de confidencialidad, en acuerdo con los respectivos Jefes.

**Búsqueda bibliográfica :** Se emplearon 67 referencias bibliográficas. El eje teórico en Administración Empresarial se apoyó en el pensamiento de W. Edwards Deming. El conocimiento de la especialidad en Administración de Servicios de Salud, se sustentó en los aportes de A. Donabedian, H. Vuori, Ruelas Barajas, R. Passos Nogueira, A. Cuesta Gómez y H. Villar.

Se realizó búsqueda por internet de investigaciones referidas al tema en la red BIREME / OPS/ OMS, LILACS, BDENF, MEDLINE, SCIELO, INDEX. Se seleccionaron 49 abstracts correspondientes a tesis de maestría y doctorado de universidades de América Latina y 35 artículos científicos de publicaciones periódicas.

Los criterios empleados para la búsqueda fueron: artículos en lenguaje español o portugués, realizados desde la década del los años 90 a la actualidad. Los descriptores utilizados en la búsqueda fueron: ACREDITACION, CALIDAD, EVALUACIÓN, GARANTIA DE CALIDAD, METODOS DE ACREDITACION, SERVICIOS DE ENFERMERÍA.

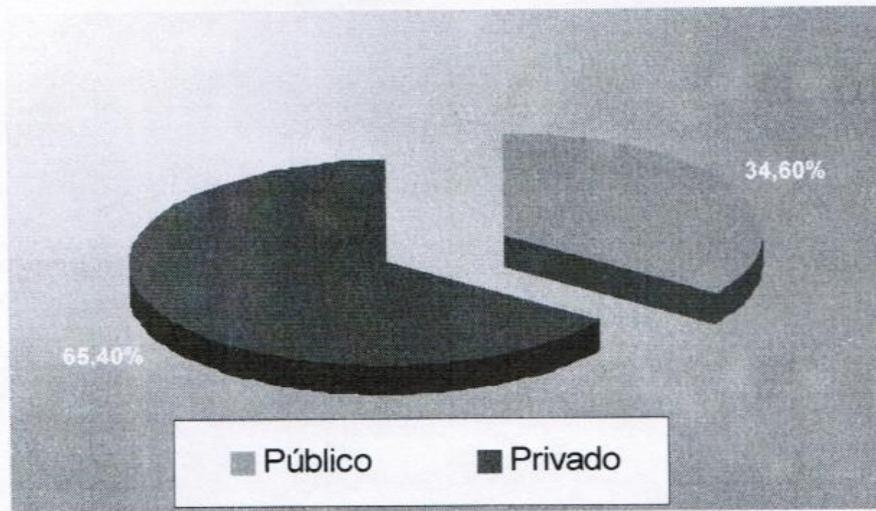
## RESULTADOS

### Primera parte

Tabla n° 1: **Distribución de las Instituciones participantes por sub-sector**

Sector	Fa	Porcentaje
Público	9	34,6
Privado	17	65,4
Total	26	100

Gráfico N° 1: **Distribución de las Instituciones participantes por sub -sector**



De 26 formularios analizados, 17 (65,4 %) correspondieron a instituciones del sector privado y 9 (34.6 %) al sector público.

Tabla N° 2 : **Distribución de la dotación de camas de los servicios participantes**

N° de camas	Fa	Porcentaje
0 a 99	13	50
100 a 199	5	19.2
200 a 299	4	15.3
300 a 399	1	4
400 a 499	3	11.5
Totales	26	100

El 50% de los servicios participantes corresponden a hospitales pequeños, desde el punto de vista de su capacidad logística.

Tabla N° 3 **Distribución del tiempo de ejercicio de los Jefes de Enfermería en la función**

Período	Fa	Porcentaje
Menos de 2 años	5	19.5
2 a 5 años	6	23.1
6 a 10 años	4	15.4
+ de 10 años	11	42.3
Total	26	100

*El tiempo de ejercicio en la dirección de los servicios se sitúa por encima de los 10 años en la mayoría de las jefaturas.*

Tabla N° 4: **Actividades realizadas por las jefaturas en los últimos 5 años**

Actividades	Fa	Porcentaje
Lectura de libros	21	80.8
Lectura de publicaciones	23	80.5
Participación en eventos	23	80.5
Formación continua	23	80.5
Trabajo en grupos institucionales	14	53.8

*El 80% de las jefaturas manifiestan haber realizado actividades de Formación Continua relacionadas con el tema de calidad.*

Tabla N° 5 : **Conocimiento del Manual de Estándares por parte de los Jefes**

RESPUESTAS	Fa	Porcentaje
Conocían el manual	20	77
Leyeron el manual	17	65

*El 77% de los Jefes manifestaron estar en conocimiento del "Manual de Estándares para la Acreditación de Servicios de Enfermería" y el 65 % manifiestan haberlo leído.*

Tabla N° 6: **Distribución de las actividades más frecuentes implementadas en las instituciones sanitarias**

Actividades	Fa
Capacitación de recursos humanos	23
Control de gastos	23
Evaluación de calidad técnica	20

*La mayoría de las instituciones ha implementado actividades vinculadas a la administración contable y a la capacitación de los recursos humanos.*

Tabla N° 7 : Actividades que NO se implementan en las instituciones sanitarias

Actividades	Fa
Encuestas de satisfacción de RRHH	17
Definición de objetivos estratégicos	15

Más del 50% de las instituciones participantes, manifiestan no realizar actividades de medición de satisfacción de su personal, ni definición de objetivos estratégicos.

Tabla N° 8: Existencia de estructuras formales dedicadas al seguimiento y desarrollo de la calidad

Estructuras	Fa	Porcentaje
Comité de calidad	8	30.8
Comité de Infecciones	23	88.5
Otros	7	26.9

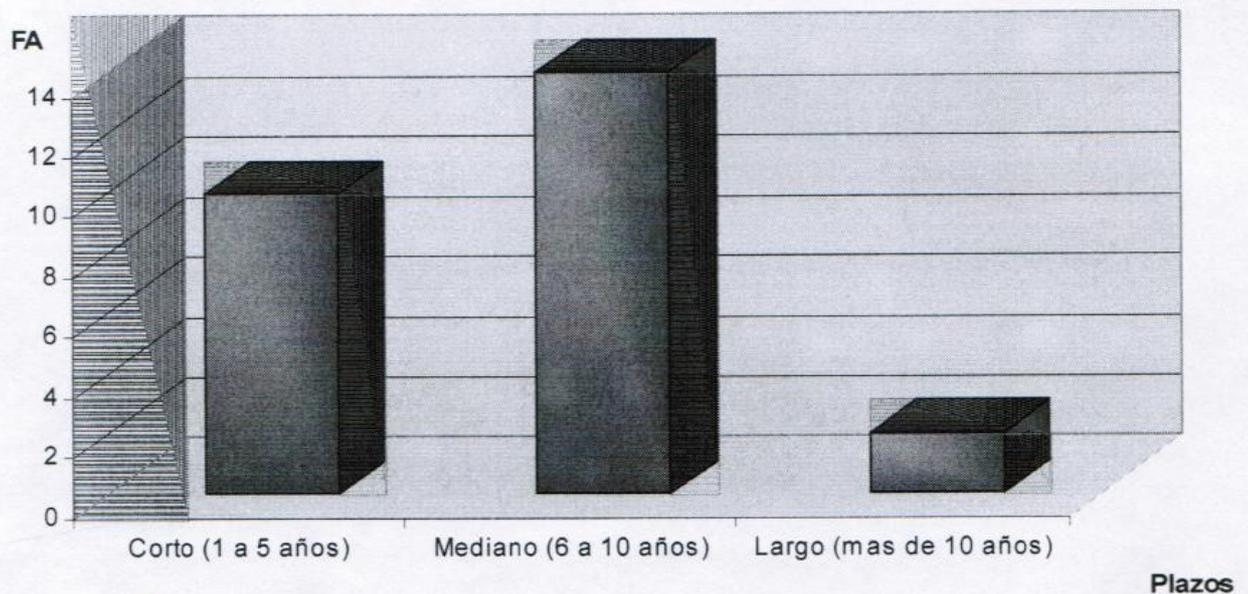
Los Comité de Infecciones son las estructuras más frecuentes a nivel de los hospitales participantes

Tabla N° 9: Plazos estimados por las Jefaturas para la implementación de la Acreditación en Uruguay

Período en años	Fa	Porcentaje
Corto 1 a 5 años	10	38
Mediano 6 a 10 años	14	54
Largo + de 10 años	2	8
Totales	26	100

Gráfico N° 2:

**Plazos estimados por las Jefaturas para la implementación de la acreditación en Uruguay**



*El 54% de los participantes del estudio opina que las autoridades ministeriales competentes, desarrollaran el programa de garantía de calidad y acreditación a partir del próximo quinquenio (2005 -2010).*

**Tabla N° 10: Percepción de los Beneficios de las políticas de Acreditación**

<b>Beneficios</b>	<b>Fa</b>	<b>Porcentaje</b>
Mejora del control global de la empresa	26	100
Regulación de la competitividad en el sector	19	73.1
Usuarios más confiados	25	96.2
Personal más estimulado	26	100
Garantiza la dirección de los procesos	25	96.2
Unifica criterios para el gerenciamiento racional	25	96.2

*Se observa una valoración favorable de los beneficios asociados a la implementación de políticas de calidad. La mejora del control global de la empresa y los beneficios sobre el estímulo de personal, gozan de la unanimidad de la opinión de los participantes.*

Tabla N° 11: **Opiniones de los Jefes en torno al nivel de viabilidad de ciertas acciones**

<b>Acciones</b>	<b>No viables Fa</b>	<b>Poco viables Fa</b>	<b>Viables Fa</b>
1-Definición de políticas de calidad	0	2	24
2-Capacitación de enfermería en el tema	1	1	24
3-Organización de Comité de calidad	1	6	19
4-Autoevaluación del servicios con el manual	0	2	24
5-Protocolización del PAE	0	2	24
6-Modernización de los sistemas de información	0	6	20
7-Estímulo para los RRHH	3	8	15
8-Evaluación de los RRHH	0	4	22
9-Medición de satisfacción para los usuarios	0	2	24
10-Trabajo conjunto con la CO. NA .SE	1	4	20

*El conjunto de las acciones planteadas se perciben viables por parte de los enfermeros. Las políticas que gozan de mayor adhesión son las que corresponden a los ítems 1,2,4 y 9.*

Tabla N° 12: **Sistemas de información utilizados en los servicios**

<b>Componentes Asistenciales</b>	<b>Fa</b>	<b>SI</b>
H. C. -Indicaciones Médicas		25
H. C.-Control de Signos vitales		26
H. C.- Hoja de enfermería		18
Planilla de actividades diaria		10
Planilla de actividades x turno		17
Registro de Novedades		25
Protocolos asistenciales		16
Tarjetero de Indicaciones médicas		22
Tarjetero de Indicaciones de enfermería		19
Manual de Procedimientos Técnicos		22
<b>Componente Gerencial</b>		
Manual de Proced. Administrativos		15
Archivo de notas recibidas		19
Fichas de personal: Antigüedad		21
Movimientos		18
Evaluación		23
Capacitación		18
Control de asistencia		17
Entrevistas		16

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

De los registros más frecuentes que se llevan a cabo en la historia clínica, se identifican: el control de signos vitales y las indicaciones médicas. La hoja de enfermería integrada a la historia clínica existe en 18 servicios, lo que conforma el 69 % de la muestra. El registro de novedades, aunque no se considera un documento formal, se utiliza en casi la totalidad de los servicios participantes, a excepción de uno. De los componentes menos utilizados se identifica la planilla de actividades diarias y los protocolos asistenciales, presentes en 16 servicios ( 61 %).

## Segunda parte

En esta segunda parte se presentan los resultados de la percepción de los enfermeros participantes, en relación al nivel de calidad de sus propios servicios (autoevaluación).

Se registra un nivel de calidad para cada uno con los estándares, organizados por subprogramas según el manual y de acuerdo al consenso de los participantes.

Para situar el subprograma en uno de los niveles establecidos, como medida de resumen, se suman los juicios registrados en cada nivel del estándar y se considera el de mayor puntaje.

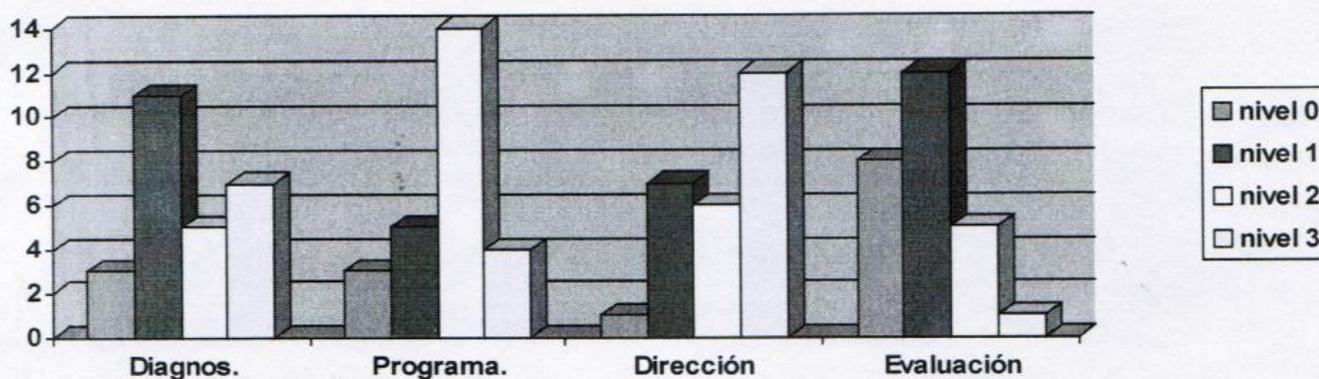
### A) PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD

Tabla N° 13 : Frecuencia de los niveles de calidad autoevaluados en cada estándar del *Sub programa Relacionamiento con el usuario.*

Estándar	Nivel 0 Fa	Nivel 1 Fa	Nivel 2 Fa	Nivel 3 Fa
Comunicación	0	6	17	3
Organización y participación	0	16	8	2
Satisfacción	3	12	6	5
Totales	3	34	31	10

En el estándar de Comunicación con los usuarios predomina la percepción de un nivel intermedio de desarrollo. Sin embargo en lo referente a la Organización y Satisfacción se observa el predominio del nivel mínimo e insuficiente, lo que demuestra una situación a considerar.

Gráfico N° 3 : Frecuencia de los niveles de calidad autoevaluados en cada estándar del *Sub programa Proceso de Atención de Enfermería*



El nivel mínimo se presenta como más frecuentemente evaluado en el sub programa de PAE. Se identifica un desarrollo limitado del Diagnóstico de enfermería y la Evaluación de la actividad asistencial está identificada por los participantes como un punto crítico. La fase de Dirección se evalúa como de excelencia en la mayoría de los servicios.

Tabla N° 14 : Frecuencia de los niveles de calidad autoevaluados en el estándar del *Sub programa Sistema de información de enfermería*.

Estándar	Nivel 0 Fa	Nivel 1 Fa	Nivel 2 Fa	Nivel 3 Fa	S/ dato Fa
Registros en la H. Clínica	3	6	9	3	5

*La mayor frecuencia se ubica en el nivel intermedio de desarrollo. La falta de juicios en cinco servicios, puede reflejar una expresión de dificultad frente a la situación de evaluar la calidad de la Historia Clínica.*

Tabla N° 15: Frecuencia de los niveles de calidad autoevaluados en el estándar del *Sub programa Control del servicio prestado*.

Estándar	Nivel 0 Fa	Nivel 1 Fa	Nivel 2 Fa	Nivel 3 Fa	S/ dato Fa
Sistema de control de calidad	6	13	5	1	1

*La mayoría de las evaluaciones se encuentran en el nivel mínimo, que sumado al nivel cero forman los dos tercios de las instituciones de la muestra con escaso desarrollo en los sistemas de control de calidad.*

## B) PROGRAMA EDUCACION

Tabla N° 16: Frecuencia de los niveles de calidad autoevaluados en el estándar del *Programa Educación*

Estándar	Nivel 0 Fa	Nivel 1 Fa	Nivel 2 Fa	Nivel 3 Fa	S/ dato Fa
Formación continua	7	7	11	1	0

*La mayoría de los servicios participantes considera hallarse en un nivel intermedio de desarrollo en el estándar de Educación.*

## C) PROGRAMA INVESTIGACION

Tabla N° 17: Frecuencia de los niveles de calidad autoevaluados en el estándar del *Programa investigación*

Estándar	Nivel 0 Fa	Nivel 1 Fa	Nivel 2 Fa	Nivel 3 Fa	S/ dato Fa
Desarrollo de la función de investigación	2	13	9	2	0

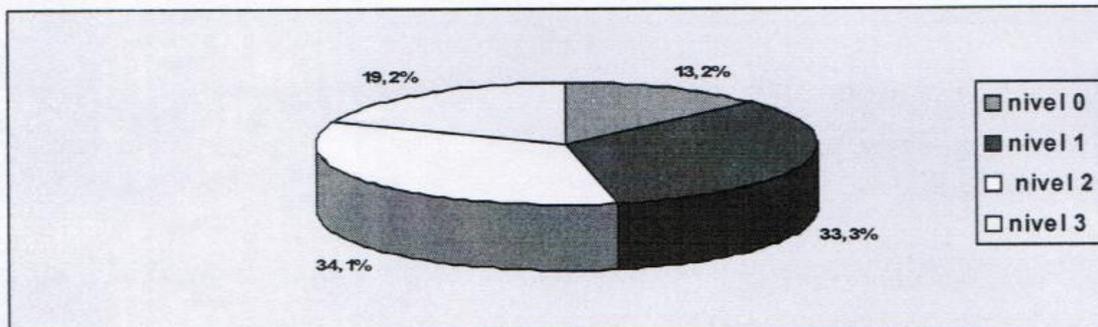
*El 58 % de los servicios se ubica entre el nivel 1 de desarrollo y nivel 0 o insuficiente (n=15). Esto podría dar cuenta de las dificultades para llevar a cabo actividades de investigación en los centros asistenciales.*

## D) PROGRAMA ADMINISTRACIÓN

Tabla N° 18: Frecuencia de los niveles de calidad autoevaluados en cada estándar del *Sub programa Recursos Humanos*.

	Nivel 0	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3
Estándar	FA	FA	FA	FA
Estructura y tipo	2	8	16	No tiene
Dotación	4	8	8	6
Reclutamiento	2	8	5	11
Promoción	3	15	3	5
Salario y condiciones lab.	4	8	14	No tiene
Sistema de trabajo y régimen laboral	0	7	6	13
Evaluación de personal	3	9	11	3
Motivación y Satisfacción de personal	10	8	7	1
Puestos de trabajo	3	7	10	6
Totales	31	78	80	45

Gráfico N° 4 : Frecuencia de las medidas de resumen de los niveles de calidad evaluados en el *Sub programa de Administración de Recursos Humanos*.



El sub programa de Recursos Humanos presenta, en un panorama global, la mayoría de estándares evaluados en el nivel intermedio (nivel 2) con una frecuencia acumulada de 80 juicios.

La mayor frecuencia de las evaluaciones del nivel 2 se sitúa en: a) el estándar de "Estructura y tipo", debido a la presencia de jefaturas de enfermería con algún antecedentes de formación posbásicos en administración. b) el estándar de "Salario y condiciones laborales" con el 54% de los casos.

Del total de estándares evaluados (9) en este sub programa, se destaca el de "Motivación y satisfacción de personal" dentro de los niveles de insuficiencia (nivel 0)

La mayor frecuencia en el nivel de excelencia se le ha adjudicado al estándar de "Sistema de trabajo y régimen laboral" autoevaluado en el 50% de los servicios, seguido del de "reclutamiento de personal".

Tabla N° 19: Frecuencia de los niveles de calidad autoevaluados en cada estándar del *Sub programas de Recursos materiales y Financieros*

Estándar	Nivel 0 Fa	Nivel 1 Fa	Nivel 2 Fa	Nivel 3 Fa	S/ dato Fa
Administración de RRMM	2	8	8	8	0
Presupuesto	5	16	2	0	3
Totales	7	24	10	8	3

En lo referente a la administración de recursos materiales la situación general muestra una variedad proporcional de juicios, que se distribuyen desde los niveles mínimos hasta la excelencia. La mayoría de los juicios en el nivel mínimo, correspondiente al estándar de "Presupuesto", se relaciona con una baja participación de los servicios de enfermería en las políticas presupuestales.

Tabla N° 20: Frecuencia de los niveles de calidad autoevaluados en cada estándar del *Sub programa Dirección Estratégica*

Estándar	Nivel 0 Fa	Nivel 1 Fa	Nivel 2 Fa	Nivel 3 Fa	S/ dato Fa
Proceso de toma de decisiones	6	8	10	2	0
Trabajo en equipo	3	13	7	0	3
Totales	9	21	17	2	3

Los juicios realizados sobre el estándar de "Proceso de toma de decisiones" se identifican con el nivel de desarrollo intermedio en su mayoría. Sin embargo, la sumatoria de los niveles primario y mínimo superan el nivel intermedio, mostrando situaciones heterogéneas en los servicios. El estándar de "Trabajo en equipo" se ubica en el nivel mínimo ( 50% de los casos) a lo que se agregan tres servicios que no se expresan al respecto. La sumatoria de los juicios de estos estándares presentan una situación deficitaria del subprograma, a expensas de las dificultades para desarrollar el trabajo en equipo.

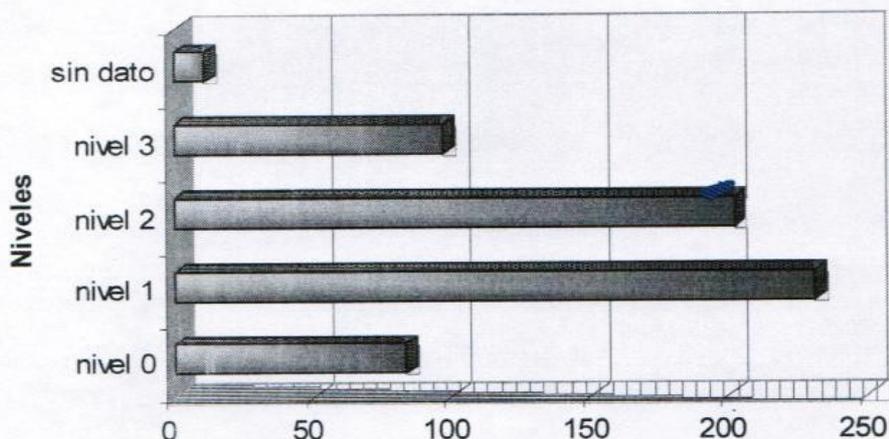
La siguiente tabla muestra un resumen de los cuatro programas sustantivos, de manera de identificar un juicio global de calidad, sobre el nivel en que se sitúan los servicios de Enfermería autoevaluados en este estudio.

Tabla N° 21 : Resultados globales de la autoevaluación por Programas

Programas	N° de Estándares evaluados	Nivel 0 Fa	Nivel 1 Fa	Nivel 2 Fa	Nivel 3 Fa	S/datos Fa	Total de Observaciones
Atención a la salud	9	27	88	75	39	5	234
Educación	1	7	7	11	1	0	26
Investigación	1	2	13	9	2	0	26
Administración	13	47	123	107	55	6	338
Totales	24	83	231	202	97	11	624

Gráfico N° 5: Niveles de calidad del conjunto de los estándares autoevaluados según opinión de los 26 servicios participantes.

N = 624



El 52% de los estándares se evaluaron en el nivel crítico y primario (314 observaciones), el 33% en niveles intermedios (202 observaciones) y el 13% con calidad excelente (97 observaciones). El 2% no tiene juicio de calidad registrado.

## DISCUSIÓN

### Del análisis de los datos destacamos:

- A través de los 26 servicios de enfermería que efectivamente participaron del estudio, hemos podido aproximarnos al nivel de calidad de estas organizaciones, de acuerdo a la percepción de los enfermeros. Si bien el tamaño muestral estuvo condicionado de manera importante por la disponibilidad de recursos, se trataron de preservar algunos criterios en la selección de la muestra que contemplaran las características fundamentales de la población objetivo.
- 34 servicios no respondieron el cuestionario. Si bien no contamos con datos documentados que expliquen este comportamiento, podemos relacionarlo a ciertos factores presentes en el modelo asistencial. El mismo puede atribuirse al predominio de un pensamiento de enfermería demandado por las problemáticas emergentes de la asistencia o a la dependencia de las jefaturas de enfermería en el proceso de toma de decisiones. También puede haber condicionado esta conducta, una cultura del colectivo de enfermería que mantiene resistencias hacia los procesos de evaluación, sobre todo si ellos pueden implicar críticas a la gestión empresarial y a los dirigentes en particular. El estudio realizado en San Pablo, mencionado en el capítulo de antecedentes (Ver pp 11), vincula las resistencias de las enfermeras a los métodos de evaluación, relacionándolas a tres aspectos fundamentales: Debilidades en la formación académica, niveles de dotación insuficientes y falta de compromiso e involucramiento en la función asistencial.

La literatura consultada nos proporciona otras explicaciones en relación a las resistencias de la profesión médica para aceptar políticas de control de calidad, que también podrían estar presentes en

las enfermeras. A propósito del fracaso que significó el estudio del funcionamiento de 100 hospitales en Boston (EEUU), realizado por el Dr. W. Codman (1916), se formularon algunas opiniones en contraposición a los modelos de calidad total, que consideramos pertinentes para este análisis: a) Los problemas de la calidad de las prestaciones sanitarias se centran en el desarrollo del conocimiento científico más que en la práctica de los profesionales; b) La mejora de la educación médica y las limitaciones en la entrada a la profesión son las estrategias más importantes para mejorar la calidad de atención; c) La presión creciente de los usuarios en defensa de sus intereses favorece el aumento de la calidad y d) En la medida que la medicina es considerada aún como un arte en muchos aspectos de la práctica, no es posible su medición desde el punto de vista científico. Estos conceptos podrían reflejar un sentimiento de amenaza a la autonomía profesional a punto de partida del desarrollo de sistemas de evaluación de calidad.

- El 50% de los servicios participantes correspondieron a hospitales pequeños, de acuerdo al número de camas disponible (Ver Tabla nº 2). Contaban con un total de 3.670 camas, lo que corresponde aproximadamente al 28% de la capacidad instalada en el país (12.910 camas totales).<sup>23</sup>
- Los servicios que participaron muestran cierta estabilidad de los niveles de conducción, a punto de partida de las características del grupo de Jefes de Enfermería. El 42.3 % superan los diez años en el ejercicio del cargo (Ver Tabla nº 3).
- El 80.5% de los profesionales participantes expresan la realización de actividades de actualización a nivel posbásico en los últimos cinco años, pero no especifican las características de las mismas (Ver Tabla nº 4). Este dato nos puede señalar una conducta a revertir en el caso de desarrollar programas de certificación profesional. Los antecedentes internacionales nos muestran diferentes formas de implementar estos programas, ya sea en base a créditos preestablecidos o pruebas de conocimientos teórico- práctico. Es importante señalar que desde el informe Flexner (1910) la teoría reconoce la importancia de contar con profesionales calificados y actualizados como una condición estructural propicia, para mejorar la calidad de los procesos y de los resultados asistenciales.
- La Calidad no implica un área nueva de conocimiento para los enfermeros, ya que expresan que mediante diversos mecanismos han accedido a la información. En este sentido, es destacable que el 77 % de los Jefes, manifiestan conocer el “*Manual de estándares para la acreditación de servicios de enfermería*” con anterioridad al estudio (Ver Tabla nº 5 ). Esta situación nos puede hablar del interés profesional en el tema, como condición necesaria, pero no suficiente para lograr el cambio cultural.
- Los profesionales encuestados, identifican políticas vigentes que se relacionan con señales favorables para la mejora de la calidad en las instituciones asistenciales. Dentro de las actividades de mayor desarrollo se destaca la capacitación de recursos humanos y el control de gastos, seguramente derivado del progresivo desfinanciamiento del sector en este período. Las actividades de menor desarrollo corresponden a las encuestas de satisfacción de los recursos humanos y la definición de objetivos estratégicos (Ver Tabla nº 6).

Estos datos contradictorios con las políticas de calidad, pueden atribuirse a la vigencia de paradigmas obsoletos de gestión a nivel de las empresas de salud. Esto podría señalar el peso relativo que los

<sup>23</sup> OPS /OMS .Situación de salud en las Américas Indicadores Básicos Washington :OPS; 2003.

dirigentes institucionales le adjudican a la satisfacción de los trabajadores, en el nivel de calidad de los servicios que producen. Así también deja en evidencia cierta desvinculación entre los estamentos jerárquicos de la organización y la base de producción sanitaria, lo que deriva en un nivel operativo sin una clara identificación del proyecto empresarial.

Deming señala la falta de constancia en los propósitos de la empresa, como una de la “*Siete enfermedades mortales*”. En este sentido cabe la pregunta : ¿cómo se puede pretender construir con un proyecto productivo, cuando los objetivos de la empresa no son conocidos por sus integrantes ?.

Passos Nogueira, cita la obra realizada por Paul Starr, “The Social Transformation of American Medicine (Nueva York ,1982); donde explica que una de las estrategias de preservación y desarrollo de la “*soberanía profesional*” de la corporación médica, se sustenta en la subordinación de las organizaciones a los intereses de los grupos médicos <sup>24</sup>. Esta podría ser la explicación de porqué los objetivos reales de las empresas sanitarias muchas veces funcionan como objetivos ocultos.

Las nuevas tendencias de la administración, le otorgan un papel relevante al proyecto empresarial articulado al contexto macro y micro económico, estimulando el involucramiento del personal, como condición determinante para el compromiso con la mejora continua de los niveles de calidad en las prestaciones. En ese sentido, el desconocimiento del horizonte al que aspira la organización sanitaria, en la cual se insertan los servicios de enfermería, parece ser un aspecto de desarticulación no menor a la hora de diseñar un programa de garantía de calidad.

- El 86% de los servicios participantes tienen estructuras dedicadas al control de infecciones hospitalarias, integradas con profesionales de enfermería, coincidiendo con las normas vigentes a nivel ministerial. Se destaca la puesta en marcha de los Comités de Calidad, presentes en 8 instituciones sanitarias, como elemento de innovación para la gestión hospitalaria (Ver Tabla n° 8). Del total de los servicios relevados, surge que 24 tienen participación de enfermería en dichas estructuras, tanto en la programación como en la ejecución de actividades.

En el marco conceptual señalamos que el diseño de sistemas de producción implica cambios estructurales, funcionales y monitoreo sistemático en base a normas. En ese sentido, la existencia de comités de calidad e infecciones tienen una impronta discutible en las organizaciones de salud, en tanto no se conocen los programas a los que se ajustan ni los indicadores de impacto, a partir de sus intervenciones. Si bien los comités de infecciones han generado cultura en el estudio de casos concretos, aún se identifica cierta distancia en el cumplimiento cabal de programas institucionales .En cuanto a los comités de calidad recientemente creados, en oportunidades responden a satisfacer propuestas de marketing de corto alcance. Se podría inferir que carecen de un plan de trabajo con perspectiva global, si se analizan el tipo de actividades que no son implementadas en esas instituciones.

Las exigencias comunes que establecen los programa de acreditación para el conjunto de las empresas del sector, definen un prototipo básico estructural, sobre la base del cual se desarrolla el funcionamiento de los servicios. La ausencia de estas normas unido al difuso impacto de los comités, dan muestras de iniciativas que deben ser respaldadas por una políticas de Estado que las armonice y oriente para que cumplan con su razón de ser.

Deming realizó una crítica muy aguda al funcionamiento de los Círculos de calidad, cuando los grupos de trabajo son utilizados como pantalla para eludir las responsabilidades de la alta dirección y creemos que esto nos puede ayudar a explicar ciertos niveles de inercia en los que se embretan algunos comités : “ ***Estos grupos, como era de esperarse, se desintegran pasados algunos pocos meses, como resultado de la frustración al percibir que son miembros involuntarios de una cruel***

<sup>24</sup> Passos Nogueira R. Perspectivas de la gestión de calidad total en los servicios de salud. Washingtong : OPS; 2000. Serie PALTEX Salud y Sociedad: 4. p. 95-96.

*farsa, incapaces de realizar lo que quiera que sea, por el simple motivo de que nadie en la administración desea tomar iniciativas con base en sugerencias de mejora. Estos son instrumentos extremadamente crueles para apartar los problemas de las personas.*<sup>25</sup>

- Las Tablas n° 10 y 11 dan cuenta de un estado de opinión favorable de los dirigentes de enfermería en relación a los beneficios que generaría la implementación de un programa de garantía de calidad y acreditación. Inclusive la expresión de compromiso frente a la realización de algunas acciones concretas. Esto demuestra un terreno favorable para la implantación del programa, sobre todo cuando la mayoría de los Jefes consideran que se trata de un proyecto de mediano plazo (Ver Gráfico n° 3).

Los ejemplos analizados en los antecedentes nos muestran por una parte, el atraso de nuestro país en la materia, comparado con el contexto regional e internacional. Por otra parte, la diversidad de formas que los países se dieron para resolver sus modelos normativos, que inclusive aún hoy continúan en revisión y ajuste. A partir de estos elementos subrayamos la concepción participativa y el compromiso colectivo como valores fundamentales para trabajar el cambio cultural hacia la gestión de calidad. A propósito de ello, integramos el pensamiento de Passos Nogueira, reforzado por nuestra propia experiencia : *“Hemos visto que en el inicio de trabajos con grupos de calidad es muy útil e interesante que las personas sean llamadas para “opinar” sobre lo que entienden por calidad; las respuestas sirven para demarcar ciertos espacios de reflexión como un diapason en una sinfonía fina, de tipo ideológico, y no para asentar una referencia científica; es que allí las respuestas acostumbran a ser numerosas y variadas, aunque casi nunca discrepantes entre sí. Creemos que, seguramente esto puede contribuir a la unificación y constancia de propósitos, tan necesarios al emprendimiento del programa de calidad”*.<sup>26</sup>

- El conjunto de las acciones planteadas por el grupo de investigadores, se perciben viables desde la óptica de las Jefaturas de Enfermería (Ver Tabla n° 11). Dentro de las políticas de mayor adhesión se encuentran las referentes a: La definición de políticas de calidad, la capacitación de personal, la protocolización del PAE, la autoevaluación de los servicios empleando el manual de estándares y la medición de los niveles de satisfacción de los usuarios.
- Se observa la existencia de una variedad importante de fuentes de datos utilizadas por los servicios de enfermería, ya sea para documentar la función asistencial o la gestión (Ver Tabla n° 12). La hoja de enfermería en la historia clínica, no está presente en casi un tercio de los servicios relevados. Esto plantea una dificultad en relación a la impronta de la actividad de enfermería en el conjunto de la producción hospitalaria, marcando la ausencia en el documento de mayor jerarquía del sistema asistencial. En relación a los dos tercios que cuentan con el registro, no se indagó respecto de la calidad de la registración, estructura de los datos, continuidad, disponibilidad de la información u otros aspectos relacionados a la utilidad de estas fuentes.

La teoría nos muestra diferentes fuentes de información utilizadas en los programas de evaluación de calidad asistencial: las estadísticas institucionales, las encuestas de opinión, las observaciones

<sup>25</sup> Passos Nogueira R. Perspectivas de la gestión de calidad total en los servicios de salud. Washingtong : OPS; 2000. Serie PALTEX Salud y Sociedad: 4. p. 2-3.

<sup>26</sup> Passos Nogueira R, Op. Cit. p. 28-29

participativas y las historias clínicas. Esta última considerada por Vuori como “fuente ideal de información” para el estudio de procesos asistenciales.

La diversidad y dispersión de las fuentes que surgen en el estudio, nos muestra que es necesaria la integración de un registro propio de enfermería para evaluar nuestro proceso asistencial, mediante la definición de un conjunto de datos básicos comunes y exigibles, que permitan realizar estadísticas sistemáticas con el fin de medir calidad asistencial y retroalimentar la práctica de enfermería.

Dificultades en la sistematización, producto de una tradición empírica y basada en la información verbal, son algunas de las conclusiones a las que arriban las investigaciones de enfermería citadas en los antecedentes ( Ver pp 11) .

- Dos tercios de los servicios encuestados refieren tener protocolos de enfermería. Debería analizarse con mayor profundidad el contenido de estos, su vigencia y aplicación a la realidad. Es posible que coexistan diferentes acepciones del término, cuestión que hace necesario precisar la definición operacional empleada en el estándar. La preocupación por aumentar los niveles de eficacia y eficiencia en la gestión asistencial ha fomentado el desarrollo de protocolos o guías clínicas, para unificar criterios en la evaluación de la calidad técnica. Nuestro país, al igual que otros de América Latina, mantiene la barrera cultural en el empleo de pautas unificadas, producto del modelo médico hegemónico. Sin desmedro de ello, se han generado avances a nivel de algunos comités científicos de enfermería, que con criterios dispares han realizado una producción de pautas terapéuticas, disponibles para ser unificadas con miras a la definición de protocolos asistenciales de enfermería a nivel nacional.

**De los resultados del proceso de autoevaluación surge el siguiente análisis:**

- En los estándares que refieren al subprograma de “Relacionamiento con el usuario” los servicios identifican fortalezas en la comunicación con la población. Sin embargo los aspectos de participación del usuario y familia en la atención, así como la medición de los niveles de satisfacción, aún permanecen insuficientes. Encontramos cierta contradicción en este subprograma, ya que difícilmente se logren niveles de comunicación adecuados si no se articulan espacios de participación, de medición y de retroalimentación en relación a la calidad interpersonal ( Ver Tabla nº 13).
- La percepción de los encuestados en torno al estado de situación del PAE, nodo central de la calidad técnica, es heterogéneo (Ver Tabla nº 14). La fase de programación asistencial se considera fortalecida, no así el Diagnóstico y la Evaluación . Llama la atención los niveles de excelencia atribuidos a la función de Dirección, dado la interdependencia de las diferentes etapas del PAE. Esta situación podría explicarse en base a una confusión conceptual entre la función de dirección asistencial y el cargo de dirección. Si se interpretó con esta última acepción, estaríamos frente a un error y el juicio de evaluación resultante podría estar desvirtuado.
- El estándar de “Control de servicio prestado” ( Ver Tabla nº 16) , refiere que el 67 % de los servicios participantes se encuentran en un escenario primario o mínimo de desarrollo. Esta situación se ve agravada por el estándar “Registro de historia clínica”

( Ver Tabla nº 15), que si bien refleja una gran heterogeneidad de opiniones, en su mayoría no ha superado el estadio intermedio, dando cuenta de una subregistración del proceso de atención de

enfermería . La falta de juicios en cinco servicios, puede reflejar una expresión de dificultad frente al compromiso de evaluar la calidad de la Historia Clínica.

- Ocho servicios manifiestan no contar con un registro propio de anotaciones de enfermería en la historia clínica (Ver Tabla n° 12), este es un aspecto determinante para llevar a cabo la evaluación de calidad técnica , como por ejemplo a través de auditorías. Con este panorama, llama la atención la presencia de actividades de evaluación de la calidad técnica en 20 instituciones (Ver Tabla n° 6).
- La formación continua parece ser una fortaleza en el conjunto de los servicios de enfermería (Ver Tabla n° 17) y está evaluado en un escenario intermedio de desarrollo (42 % de los casos). La capacitación es una herramienta fundamental en la perspectiva de la garantía de calidad, pero pierde su valor al no ser encausada por planes de mejora continua. Se destaca la existencia de comités de educación instalados a nivel de los servicios de enfermería para apoyar esta función (7 casos). La capacitación no es un fin en sí mismo, sino una condición instrumental para los programas de garantía de calidad. No se indagó sobre la calidad de los contenidos. Creemos oportuno traer la visión de Donabedian sobre el tema, ya que no limita estos programas exclusivamente al entrenamiento para el trabajo, sino entiende la estrategia de formación continua, como un elemento sensibilizador y favorecedor de la transmisión de valores para forjar la cultura institucional.
- Los programas de investigación tienen una gran debilidad a nivel de las empresas de salud y en particular en enfermería (Ver Tabla n° 18). La investigación permitiría desarrollar innovaciones tecnológicas en las áreas de la gestión y de la asistencia. Los resultados serían contribuyentes a la mejora continua de la calidad técnica e interpersonal.
- El subprograma de recursos humanos, el estándar de “salario y condiciones laborales”, (Ver Tabla n° 19) fue ubicado en un escenario intermedio de desarrollo. El desfinanciamiento progresivo del sector salud, que ya daba señales de ajuste mediante la rebaja de salarios y los despidos de personal de enfermería, marcó una realidad con indicadores contundentes y contradictorios con los juicios de los evaluadores. En ese contexto, el estándar de “dotación de personal” fue evaluado con una tendencia levemente favorable, a pesar de ser una de las reivindicaciones más sentidas por enfermería en el escenario asistencial. Esto podría deberse a que la interpretación del estándar deja un amplio margen de libertad, si los evaluadores no se compararon con los indicadores propuestos en los anexos del manual. También podemos inferir que el grado de deterioro en las condiciones laborales, situación a la que se ha llegado para no perder los puestos de trabajo, ha generado en gran parte del colectivo de enfermería, un pensamiento conservador, escéptico y rutinario. En este aspecto creemos que se hace necesario marcar con mayor precisión el cumplimiento o no cumplimiento de indicadores de dotación de enfermería auxiliar y profesional en las diferentes modalidades asistenciales, así como los niveles mínimos aceptables de seguridad para los usuarios y los enfermeros.
- El 38 % de los servicios se encuentran en el nivel crítico en el estándar de “Motivación y satisfacción del personal”. Esto podría responder a un escenario poco acogedor para el personal de enfermería. Estudios realizados en EEUU por Aiken L. y col., demuestran la asociación entre resultados sanitarios favorables y niveles positivos de satisfacción del personal de enfermería, entre otras variables. Esto derivó en un programa llamado “Hospitales

Magnéticos”, como forma de reconocimiento al esfuerzo de las instituciones por ocuparse del personal.<sup>27</sup>

- Los máximos niveles de excelencia que alcanzan al 50% de los servicios, corresponden al estándar de “Sistemas de trabajo y régimen laboral”.

De acuerdo a ello, la norma mide la presencia de opciones alternativas de regímenes de trabajo, cuestión que podría vincularse a la implementación de una política de mayor flexibilidad en la administración de personal de enfermería, compensatoria de la crítica situación percibida en otros aspectos de las organizaciones.

- En cuanto a la administración de los recursos materiales, la heterogeneidad de las respuestas nos orienta a pensar en la diversidad de situaciones presentes en la realidad actual. De todas formas, los altos niveles de respuesta (16 servicios) ubicados en los escenarios intermedio y máximo, nos dan una idea de las oportunidades que presentan las empresas para la integración de la visión de los enfermeros en la gestión. Desde nuestra óptica, las carencias tecnológicas que se observan en los servicios de enfermería hospitalarios no se deben exclusivamente a las restricciones en materia presupuestal, sino también a las limitaciones de la propuesta planteada desde los dirigentes de enfermería. La cultura de calidad implica dispositivos tecnológicos que faciliten el trabajo de los operadores y disminuyan los riesgos para los usuarios. Sería pertinente repensar la formulación de este estándar o agregar otro que mida la pertinencia de la cantidad y calidad de los recursos materiales y tecnológicos empleados al servicio de la función asistencial. (Ver Tabla n° 19).
- Este estudio permite demostrar las debilidades existentes en la administración de los aspectos financieros, en desmedro de una concepción moderna de la gestión hospitalaria. Este hecho se refuerza con la escasa integración de los profesionales en órganos de nivel estratégico. De acuerdo a lo expresado por los participantes podríamos afirmar, que ni siquiera en los dos casos en los que enfermería integra los órganos de gobierno institucional, participa en las definiciones presupuestales (Ver Tabla n° 20 y 21).
- El subprograma de Dirección Estratégica, intenta evaluar de alguna manera el ejercicio del nivel directriz en la práctica de la gestión. El desarrollo mínimo que muestra el estándar “Trabajo en equipo” presenta una dificultad a superar en la implementación del enfoque de garantía de calidad. Dado que este se basa en la participación de los actores institucionales en todos los niveles de la organización, se deberán promover cambios culturales en los estilos de dirección que den cabida al involucramiento del personal en los procesos de decisión (Ver Tabla n° 21). De acuerdo a las conclusiones de uno de los estudios tomados en los antecedentes, están demostradas las ventajas de generar ambientes democráticos y participativos para el crecimiento de los equipos de trabajo y de la calidad en la producción sanitaria.<sup>28</sup>

La información presentada en la Tabla n° 22 da cuenta del estado general de los programas. En función de ello sintetizamos:

<sup>27</sup> Aiken L., Clarke S., Sloane D., Sochalski J., Silber J., Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction, JAMA.2002; 1987-1993.

<sup>28</sup> Adami, Nilce Piva; Maranhão, Amélia Maria Scarpa Albuquerque. Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos. Acta Paulista de Enfermagem 1995, p 55.

- a) Una tendencia global de autoevaluación de los programas que se sitúa con mayor frecuencia en los niveles 0 y 1 ( 314 juicios), que sumados a los estándares sin información hacen a un total de 325 juicios. En contrapartida, 299 juicios se ubican en los niveles 2 y 3 respectivamente. Estas evaluaciones nos permiten mostrar una relación básicamente equivalente entre los niveles de calidad favorables y debilitados. Esto nos aproxima a un juicio global, en relación a la perspectiva que tienen los enfermeros asistenciales de la calidad de los servicios en donde ellos mismos trabajan. Este aspecto forma parte de un cuerpo de conocimientos que habrá que profundizar, dando cauce a la participación informada de los profesionales en diferentes planos del hacer asistencial, gremial, científico y político. De esta manera se podrá retroalimentar la propuesta, probarla y perfeccionarla para su implementación a nivel nacional.
- b) Desde nuestro punto de vista y jerarquizando la función asistencial, la fundamental debilidad se observa en los sistemas de información disponibles para alimentar un sistema de control de calidad. Si bien el relevamiento da cuenta de componentes variados como fuentes de información, se presume que la gran dispersión, la falta del empleo sistemático de esa información para la toma de decisiones, ha influido negativamente en mantener la integridad de la documentación. Uno de los datos de mayor contundencia muestra que el 72 % de los juicios emitidos en el proceso de autoevaluación (n = 449) fueron realizados en base a las percepciones o experiencia de los participantes, dado la falta de fuentes documentales disponibles en el momento del estudio. Esto se pudo interpretar como un desconocimiento de los niveles de la calidad en los servicios de enfermería, ya que no se cuenta con datos que permitan la realización de estudios epidemiológicos y cualitativos sobre las diferentes dimensiones de la calidad. Tampoco se evidencia la práctica de otras técnicas de gestión sistematizadas tales como: entrevistas, inspecciones, reuniones de trabajo, discusión de casos, etc.
- c) Las fortalezas que perciben los actores de enfermería se observan en los aspectos de programación, dirección del proceso de atención de enfermería y comunicación con los usuarios. Así mismo dentro de la función de administración de los recursos humanos, las políticas de reclutamiento de personal y sistemas de trabajo, son consideradas positivamente. Estos aspectos están reforzados por los programas de capacitación continua, que forman parte de una cultura de superación dentro del cuerpo de enfermería.
- d) Desde nuestra perspectiva de observadores externos, valoramos como una gran fortaleza, la disposición a participar en este estudio, que se respaldó con el aporte de 127 colegas de diferentes partes del país. La práctica de la capacitación continua de los niveles de conducción y fundamentalmente la percepción de beneficio colectivo, que los profesionales adjudican a los estándares y los programas de acreditación, forman parte de este caudal de potencialidades.
- e) Las discrepancias o dudas que se plantean en la evaluación de algunos estándares pueden obedecer a bases conceptuales diferentes que se emplean al momento de evaluar una realidad concreta. Parece necesario trascender la formulación de las normas (estándares) y disponer de un glosario de términos que contribuyan a unificar la conceptualización de los objetos a ser evaluados. En este mismo plano, podría valorarse una instancia en que se estudie la posibilidad de concretar una mayor síntesis de los estándares, jerarquizando su importancia y contribuyendo a la unificación de criterios para el proceso de autoevaluación y acreditación. Estos aspectos conceptuales unidos al aprendizaje de herramientas metodológicas al servicio de la evaluación de la calidad, pueden ser insumos valiosos para

generar propuestas de formación permanente para los profesionales y estimular los avances hacia el programa nacional.

En otro orden, la calificación de “esencial”, de acuerdo a la pauta del instructivo, fue otorgada al 100% de los estándares. Cuatro participantes manifestaron “dificultad” en la interpretación de tres estándares del programa de Atención a la Salud: Organización y participación, Registros en la Historia Clínica y Sistema de Control de Calidad.

## CONCLUSIONES

- Es la primera experiencia de medición de calidad asistencial a nivel nacional, a través del mecanismo de autoevaluación, con una respuesta aceptable del grupo profesional participante en torno al manual de estándares y al futuro programa de acreditación. Con este ejercicio de aplicación de los estándares se pudo obtener una aproximación a la evaluación global de la calidad en 26 servicios de nuestro medio, a través de la percepción de los actores de enfermería.
- Se destaca la disposición favorable de un grupo de Jefes de Enfermería para viabilizar políticas de calidad, en tanto se ha realizado la experiencia de autoevaluación de forma participativa involucrando a 127 profesionales de los niveles estratégicos, tácticos y operativos en 26 servicios de enfermería de la muestra seleccionada.
- El manual estaba en conocimiento de la mayoría de los dirigentes de enfermería. Sin embargo este hecho no se correspondió con la generación de iniciativas propias de aplicación de los estándares en los servicios de enfermería a su cargo. Esto puede deberse a que el proceso de cambio cultural en el sector salud, se encuentra en sus inicios. Una interpretación posible es que dada la situación crítica de los servicios, las normas aún no se valoran en su potencialidad como herramientas de mejora.
- La opinión de los profesionales participantes en relación a la “esencialidad” del contenido de los estándares es prácticamente unánime, por lo que se definieron gestiones a nivel del Ministerio de Salud Pública, para que estas normas sean avaladas formalmente.
- Sin desmedro de lo anterior, aún falta trabajo referido a la unificación de conceptos, lo que puede haber producido diferencias en la interpretación de los estándares. En este aspecto creemos necesario elaborar un glosario de términos para acompañar el instrumento de evaluación, sobre todo en estos momentos de implantación inicial de la propuesta normativa.
- Se evidencia la falta de un sistema de información integrado, por lo tanto el perfil de evaluación de calidad de los servicios de la muestra presenta un sustento empírico. Esta limitación restringe en la actualidad, la implementación de un Programa de Acreditación de nivel nacional.
- Mediante este estudio y según la opinión de los actores asistenciales que evaluaron sus propios servicios, se determinó que el 52% de estándares correspondieron a **niveles críticos e insuficientes de calidad**. Esta cuestión deberá tener un tratamiento especial, dado que

implica la evaluación de aspectos esenciales en la calidad de los servicios de enfermería, tales como el P.A.E., los sistemas de información y la satisfacción de los recursos humanos.

- En este escenario se hace necesario reforzar los programas de formación permanente que estimulen el desarrollo de licenciados expertos en tecnologías para la evaluación de calidad. Paralelamente, continuar realizando estudios multicéntricos que permitan dar el marco de ajuste, en la aplicación concreta a la realidad de los servicios asistenciales.
- Se observan iniciativas proclives a estudiar temas vinculados con la calidad percibida por los usuarios y la capacitación continua, pero estas acciones no reflejan formar parte de un proyecto institucional de mejora, guiado por objetivos concretos. Aún se mantiene un modelo fraccionado en la gestión, sin articulación visible entre la función asistencial y la administración empresarial. Esta conclusión se sostiene en la ausencia o posible desconocimiento de las definiciones estratégicas, en el 50 % de las organizaciones evaluadas. Se agrega a estos fundamentos, la falta de participación de los enfermeros en los temas presupuestales y las deficiencias identificadas en lo que respecta al trabajo en equipo a nivel de la dirección estratégica. Estos juicios que surgen del proceso de autoevaluación, sumados a las insuficiencias en la motivación de los recursos humanos, como principal generador de calidad de las prestaciones, plantean un panorama de debilidades a atender en un futuro programa de garantía de calidad.
- La reestructura implantada a nivel del Ministerio, con la creación del Departamento de Evaluación de Servicios de Salud y las competencias para habilitar profesionales o instituciones responsables de acreditar servicios, crea oportunidades para nuestro colectivo que no pueden ser desaprovechadas. Sobre todo revisando los propósitos de la CONASE y la conducta pionera de enfermería para generar propuestas que permitan avanzar hacia políticas nacionales de evaluación externa y acreditación.

**En suma, la contribución del estudio puede sintetizarse a través de las siguientes puntualizaciones:** A partir de los resultados presentados se observan servicios de enfermería con rasgos incipientes para desarrollar una política de evaluación de calidad, así también como un gran territorio de organizaciones a descubrir, que podría ser explorado a través de los estándares. Consideramos que el aporte de este trabajo se centra en haber instalado una propuesta concreta para la evaluación de la calidad de los servicios de enfermería y haberla sometido a la crítica de los profesionales. La dinámica de trabajo hospitalario presente en nuestras instituciones, basada en las urgencias y las improvisaciones, atenta contra desarrollo de las prácticas científicas. Este tipo de propuestas, aunque restringida a un pequeño grupo de servicios, ha favorecido la generación de ambientes de discusión y análisis colectivo de la realidad cotidiana, promoviendo en alguna medida la cultura del cambio y del compromiso con la mejora de calidad.

El proceso de construcción del juicio de calidad por parte de cada uno de los participantes, basado en sus propias percepciones, determinó una elaboración individual y colectiva, que aunque no se halla medido con rigurosidad en este estudio, promueve un avance en la administración de los servicios de enfermería de nuestro medio. En el mismo plano de reflexión, consideramos que a través del proceso de autoevaluación, se amplía el espectro de difusión del conocimiento sobre los estándares y su utilidad.

Las limitaciones de los sistemas de información en términos de su variedad, dispersión y falta de sistematización, vislumbran la necesidad de contar con una base de datos mínima y unificada que de

cuenta de los elementos claves para monitorear la calidad de los servicios de enfermería, a través de los programas sustantivos.

A partir de estos resultados, se abren nuevas interrogantes, como por ejemplo: ¿Cuáles son las perspectivas frente a las nuevas autoridades ministeriales? ; ¿Quiénes podrían actuar como facilitadores u obstaculizadores para el desarrollo de estos programas en el país? y finalmente, ¿Cuál podría ser la estrategia a seguir por enfermería, para lograr avances en la implementación de estos programas?

De acuerdo a lo desarrollado en los antecedentes, la implantación en los países vecinos, se ha dado con la activa participación de los Ministerios de Salud. No debemos olvidar que en el complejo mosaico sectorial juegan otros actores de peso, como lo son los organismos financiadores, especialmente la Seguridad Social, como uno de los mayores compradores de servicios de salud y los organismos multilaterales de crédito, los que han planteado estas exigencias en los programas de reforma del sector salud. Hasta el día de hoy, la Seguridad Social financia la cuota mutual a sus afiliados, sin mediar ninguna exigencia de calidad acreditada. Esta importante transferencia de rubros del sector público al privado sin control, podría estar promoviendo situaciones de inequidad en la calidad de las prestaciones que no son conocidas y menos aún controladas por el Estado. De acuerdo a este planteo sería posible encontrar en la población cubierta por este beneficio, un potencial aliado.

Los grupos interesados en detener los procesos de acreditación nunca lo expresaron de manera explícita, en ese sentido la falta de transparencia, hace difícil la confrontación de ideas y eventuales negociaciones. Creemos que la adopción de posiciones extremas, que plantean desde la idealización de estos programas como la cura a todos los males del sistema, hasta el escepticismo en relación a sus posibles logros, nos llevarían al fracaso.

Si recordamos el trabajo elaborado por el Grupo Multiinstitucional hasta el año 1999, encontramos que quedó constituida una gran plataforma de lanzamiento para el desarrollo del programa nacional. Las nuevas autoridades ministeriales, que asumieron en marzo del corriente, han comenzado a manifestarse sobre el tema, dando a entender una disposición proclive a la implementación de esos programas.

El plan de gobierno, recientemente instalado, enfatiza en la necesidad de avanzar en la integración de la red público-privada, el fortalecimiento de los servicios del primer nivel de atención y la creación de un Seguro Nacional de Salud. Este último aspecto, que implica la definición de desembolsos financieros en base al tipo de servicios prestados, cantidad de demanda asistencial y riesgos, crea condiciones para la exigencia de normas de calidad a cargo del Estado.

En el escenario actual, se puede hacer posible la consolidación de un modelo de gestión que preserve y tutele de manera muy articulada, los intereses de las empresas privadas por encima del interés colectivo del Estado. Los antecedentes planteados en nuestro país, particularmente en el sector salud, muestran poder llegar hasta un punto de inflexión, a partir del cual las propuestas de cambio no logran materializarse.

En cuanto a los lineamientos a seguir por enfermería, realizamos algunas recomendaciones:

- a) Retomar el trabajo de la CONASE, con miras a formalizarlo como un organismo acreditador reconocido por el Ministerio. De hecho, la solicitud de normatizar los estándares por parte del Departamento de Evaluación de Servicios de Salud, integra la agenda de prioridades del Comité Técnico de Enfermería del MSP, así como uno de los puntos del Plan Nacional de Enfermería 2005-2009.
- b) Reformular el manual de estándares, tratando de simplificar las normas a un nivel de aceptación básico o mínimo, acompañado de un glosario de términos.

- c) Diseñar un procedimiento de acreditación voluntario y sencillo, respetando los lineamientos planteados en la Primera Reunión Nacional de Enfermería del año 1995. Definir claros criterios de ponderación e integrar la fase de autoevaluación, como elemento de aproximación del colectivo a las instancias de evaluación interna y externa.
- d) Organizar discusión de resultados a los servicios asistenciales del país, con el objetivo de retomar la participación y activar el proceso de toma de decisiones
- e) Generar antecedentes de evaluaciones externas a través de la CONASE, de manera de ir legitimando el procedimiento de "evaluación por pares", aplicado en los modelos de acreditación de mayor prestigio en el mundo.
- f) Paralelamente, promover la recomposición del Grupo Multiinstitucional con miras a discutir la viabilidad de crear un organismo acreditador de servicios de salud a nivel nacional.

Finalmente, compartimos las ideas de Calero y Fernández, como bases para las orientaciones estratégicas a encaminar para esta nueva etapa: ***“Por otra parte, la falta de experiencia en el campo de la calidad, unido a la falta de hábito de trabajo en equipo multidisciplinario en procesos concretos, hacen que en una primera etapa lo ideal sea el inicio de programas unidisciplinarios, como entrenamiento y formación en actividades de calidad. Sin olvidar que una vez que los programas del staff médico y de enfermería estén en funcionamiento lo ideal es la implantación de un programa de mejora de calidad globalizado, en el que los procesos estén determinados y estudiados conjuntamente.”***<sup>29</sup>

---

<sup>29</sup> Calero García MJ, Fernández Roa A. Calidad asistencial en enfermería hospitalaria Granada: Index; 1995. p. 17.

## BIBLIOGRAFÍA

- Adami, NP; Maranhão, A. M. S. A. Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos. Acta Paul Enf, Sao Paulo , 8(4):47-55.1995
- Aguilar Alfaro A, Campos Benavides MR. Metodología de acreditación de áreas de salud. Quito: s.n; 1998. Presentada en Universidad Central del Ecuador. FCM. Escuela de Salud Pública para obtención del grado de Mástería en Investigación y Administración de Servicios de Salud.
- Aiken L. , Clarke S. , Sloane D., Sochalski J., Silber J., Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction, JAMA.2002; 1987-1993.
- Arce HE. La calidad en el territorio de la salud. Buenos Aires: Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud; 2001.
- Argentina.Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica. La autoevaluación de establecimientos de salud: instructivo y definiciones operacionales. Bases para el análisis del formulario de autoevaluación. Buenos Aires: Comisión Interinstitucional para el Desarrollo de la Calidad de la Atención Médica; 2001.
- Argentina. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/htm/site/pngcam/pngcatm.html> [Fecha de acceso: 22 de julio de 2003].
- Artells Herrero JJ. Aplicación del análisis costo-beneficio en la planificación de los servicios sanitarios. Barcelona: Masson; 1989.
- Cabrera A, Santana S y otros.Manual de estándares para la acreditación de servicios de enfermería. Montevideo: Ediciones de Enfermería; 2000.
- Criterios para la Certificación de Hospitales. Diario Oficial. Tomo 549, N° 19, p. 87, Sección 1. México; 1999.
- Calero García MJ, Fernández Roa A. Calidad asistencial en enfermería hospitalaria Granada: Index; 1995.
- Connie M., Going beyond information management : using the Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals to promote knowledge-based information services. Durham: Bull Med Libr Assoc ; 86 (4). 1998
- Cosiallis I, Pueyo D. Admisiones hospitalarias. Madrid: Mosby; 1995.
- Cosiallis I, Pueyo D. Gestión clínica y gerencial de hospitales. Barcelona: Harcourt; 2000.
- Cuesta Gómez A. La calidad de la asistencia hospitalaria. Barcelona: Doyma; 1986.
- D' Andrea L, et al. Analisis participata della qualita. Roma: Laboratorio di Scienze della Cittadinanza; 1998.
- Dalrymple W., Scherrer C.,Tools for improvement : a systematic analysis and guide to accreditation by the JCAHO. Illinois : Bull Med Libr Assoc. 86 (1); 1998.
- Deiman P. Dotación de personal para los servicios de enfermería en hospitales de distrito para la atención primaria de salud. Washington: OPS: 1977. Serie PALTEX para ejecutores de programas de salud: 32.
- Di Prete L. Garantía de calidad de la atención de la salud en los países desarrollados. Washington: Editorial; 1980. Serie de Perfeccionamiento de la Metodología de Calidad.
- Estados Unidos. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Manual de Acreditación para Hospitales. Illinois: s.n.; 1996.
- Gilmore CM. El proceso de acreditación: un panorama general. México: Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations; 1993.
- Gillies DA. Gestión de enfermería: una aproximación a los sistemas. Barcelona: Masson; 1994.

- Gurgel Passos Najla María- O proceso de acreditacao: impacto nos servicios de enfermagem. Fortaleza: Editora Pouchain Ramos; 2002.
- Heidemann E. El sistema asistencial canadiense: costo y calidad. Presentado en: Calidad y Costo de la Atención Médica, 5. Buenos Aires, 1994.
- Iwanow T, et al. Indicadores de calidad: un abordaje perinatal. Río de Janeiro: Cone; 1998.
- Iwanow T. Un desafío para la calidad de asistencia: instrumentos básicos para cuidar. Río de Janeiro: Atheneu; 2000.
- Iwanow T. Sistema de asistencia de enfermería: evolución y tendencias. Río de Janeiro: Cone; 2000.
- Jiménez Villa J. Programación y protocolización de actividades. Barcelona: Doyma; 1990. Monografías clínicas en atención primaria: 4.
- López S, Gómez HY, Sosa R. Enfermería y la norma ISO 900: una nueva herramienta para la calidad. Revista de Enfermería del Hospital Italiano (Argentina) 2000; 3 (9). p. 9-11.
- Magnífico G, Noceti C, Rodríguez N. Planificación de la red asistencial de ASSE. Montevideo: MSP; 2002.
- Malagón-Londoño G. Administración hospitalaria. Colombia: Panamericana; 1996.
- Mary W. Como administrar con el modelo Deming. Barcelona: Norma; 1986.
- Mason EJ. Normas de calidad de Enfermería: métodos de elaboración. Barcelona: Doyma; 1988.
- Mazza A. Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica. Decreto N°1269/ 92, República Argentina 1995.
- Montaño A. Administración de la producción. México: Trillas; 1988.
- Monte, Adas; Adami, NP; Barros, ALBL. Métodos avaliativos da assistência de enfermagem em instituições hospitalares. Acta Paul. Enf. Sao Paulo, 14 (1): 89-97. 2001
- Murdick RG, Munson JC. Sistemas de información administrativa. 2da. ed. México: Hispanoamericana; 1988.
- México. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Modernización de la estructura de enfermería en las unidades hospitalarias. 2003. Disponible en: [www.salud.gob.mx](http://www.salud.gob.mx). [Fecha de acceso: 31 de agosto del 2004 ].
- Novaes HM, Paganini JM. Estándares e indicadores para la acreditación de hospitales en América Latina y el Caribe. Washington: OPS; 1994.
- Novaes HM, Paganini JM. Hospital público: perspectivas y tendencias. Washington: OPS/OMS; 1994. Serie HSP/SILOS: 39.
- OPS / OMS. Servicios de enfermería para contribuir al logro de la equidad, el acceso, la calidad y la sostenibilidad de los servicios de salud. Plan de mediano plazo 2001-2003. Washington: OPS; 2001.
- OPS / OMS. Calidad de los servicios de salud en América Latina y el Caribe: desafíos para la Enfermería. Washington: OPS; 2001.
- OPS/ OMS. Informe del II taller Internacional de gerencia en Enfermería en los servicios de salud. Washington: OPS; 2002.
- Pabón Lasso H. Evaluación de los servicios de salud. Modelo PRIDES. Cali: Editorial XYZ; 1985.
- OPS. Desarrollo de sistemas normalizados de información de enfermería. Washington: OPS; 2002.
- Passos Nogueira R. Perspectivas de la gestión de calidad total en los servicios de salud. Washingtong : OPS; 2000. Serie PALTEX Salud y Sociedad: 4.

- Ruelas Barajas E. Hacia una estrategia de garantía de calidad: de los conceptos a las acciones. *Revista de Salud Pública de México* 1992; 34: 29-45.
- Ruiz Olalla MC. *Gestión de la calidad del servicio a través de indicadores externos*. Madrid: 2001.
- Sanguinetti A, Taborda A. *Calidad total*. Montevideo: Editorial Técnica; 1995.
- Seminario subregional sobre acreditación de hospitales; Río de Janeiro 13 al 16 de setiembre de 1995: OPS; 1995.
- Seminario El futuro de la Medicina Colectiva en el Uruguay, Montevideo; 23 de noviembre de 2001. Ponencias. Montevideo: Plenario de Instituciones de Asistencia Médica Colectiva; 2001.
- Serva, Maria de Fátima e Almeida Batista. *Gestão da qualidade: mudanças no trabalho de enfermeiras*. 1999. Presentada en Universidade Federal da Bahía. Escola de Enfermagem para obtención del grado de Mestre.
- Schoederbek C, et al. *Sistemas administrativos*. Buenos Aires: El Ateneo; 1984.
- Snyder R, Westerfield J, From chaos to excellence: Preparing for a successful Joint Commission Survey. *Journal of Nursing Administration*. 1997; 27 : 10-13
- The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations . *Manual de Acreditación para hospitales*. Barcelona, España: SG Editores SA; 1996
- Uruguay. Comité Nacional de Calidad. *Modelo de Mejora Continua*. Premio Nacional de Calidad 2000. Montevideo: Comité Nacional de Calidad; 2000.
- Uruguay. Grupo de Trabajo Multiinstitucional de Garantía de Calidad y Acreditación. *Anteproyecto de ley Instituto de calidad y acreditación de servicios de salud*. Montevideo: s.n.; 1999.
- Uruguay. Fondo Nacional de Recursos. Instituto de Medicina Altamente Especializada. *Propuesta de Sistema de Acreditación de IMAE*. Montevideo: s.n.; 2003.
- Uruguay. Instituto Uruguayo de Normas Técnicas. *Hitos fundamentales en los más de 60 años de historia de la institución pionera en calidad*. Montevideo: 1999.
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. *El desempeño de las funciones esenciales de la Salud Pública en el Uruguay*. Informe final. Montevideo: MSP; 2002.
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa de Garantía de Calidad y Acreditación. *Manual de estándares e indicadores para la acreditación de servicios de salud en el Uruguay*. Montevideo: MSP; 1996.
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Departamento Central de Enfermería. *Manual para servicios de Enfermería: normas administrativas para el control de calidad de la atención de enfermería*. Montevideo: MSP-OPS; 1979. v. 2.
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Dirección General de la Salud. División servicios de Salud. Disponible en: <http://www.msp.gub.uy> [Fecha de acceso: 10 de octubre de 2003].
- Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Decreto 460/2001 de 27 de noviembre, Reestructura de Salud Pública. Disponible en: <http://www.presidencia.gub.uy/noticias/archivo/2001/noviembre/2001112714.htm> [Fecha de acceso: 10 de octubre de 2003].
- Villalobos N. *Análise dos usos e atributos do conceito qualidade em enfermagem*. Tese do Grau de Doctor em Enfermagem Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciencias da Saúde. Florianópolis, SC: s.n. 1998.
- Villar H. *La salud una política de Estado: hacia un sistema nacional de salud, marco conceptual, el contexto, situación actual y propuestas de cambio*. Montevideo: s.n.; 2003.
- Vuori HV. *El control de calidad de los servicios sanitarios: conceptos y metodología*. Barcelona: Masson; 1988.
- Wesorick B. *Estándares de calidad para cuidados de Enfermería*. Barcelona: Doyma; 1993.

## ANEXOS

## Anexo 1-Estándares para la Acreditación de Servicios de Enfermería

PROGRAMA	SUBPROGRAMA	ESTANDAR	NIVEL 0	NIVEL 1	NIVEL 2	NIVEL 3
Atención a la salud	Relacionamiento con el usuario	COMUNICACION		El Servicio de Enfermería utiliza lenguaje comprensible y formas armónicas de racionamiento con los usuarios, familiares y acompañantes.  Da respuestas acotadas a las consultas de la población en el área de su competencia	El Servicio de Enfermería utiliza lenguaje comprensible y formas armónicas de racionamiento con los usuarios, familiares y acompañantes.  Promueve la comunicación con el usuario y flia para conocer planteos y dudas.  Se dan respuestas pertinentes en el área de competencia y se orienta a la resolución de los problemas ajenos a Enfermería	El Servicio de Enfermería utiliza lenguaje comprensible y formas armónicas de racionamiento con los usuarios, familiares y acompañantes.  Tiene sistematizados espacios de comunicación formal con el usuario y flia. Se dan respuestas que satisfacen las expectativas de la población asistida y sus fliares. Se identifican momentos claves en el proceso de atención (ingreso-alta) asumidos por Enf.Prof.
		ORGANIZACIÓN y PARTICIPACION		Los usuarios y acompañantes colaboran en la atención mediante iniciativa propia, teniendo en cuenta los reglamentos institucionales. Enfermería orienta la colaboración a través de criterios consuetudinarios	El Servicio de Enfermería tiene criterios grales que promueven el papel activo de los acompañantes y usuarios en el proceso de atención. Enfermería conoce los derechos de los usuarios según normas vigentes. Se transfieren conocimientos para asumir actividades puntuales.	El Servicio de Enfermería tiene una política explicita que integra al usuario y acompañantes en el PAE. Lleva a cabo programas de orientación y capacitación para el cuidado de la salud. Vincula los usuarios con grupos organizados de la comunidad. El Servicio de Enfermería se relaciona formalmente con los usuarios organizados de la Institución. Conoce y promueve el conocimiento de los Derechos y Obligaciones de los Usuarios, según normas vigentes.
		SATISFACCIÓN DEL USUARIO-FAMILIA		El Servicio de Enfermería tiene mecanismos de intercambio de información con los usuarios que le permiten tener una percepción general sobre los aspectos que generan satisfacción o insatisfacción en la población.	El Servicio de Enfermería programa acciones periódicamente que permiten aproximarse al nivel de satisfacción del usuario. Evalúa estas acciones y establece medidas para la corrección de desviaciones.	El Servicio de Enfermería tiene sistematizados diversos mecanismos que le permiten medir el nivel de satisfacción de los usuarios al mismo tiempo que orientar el estudio causal y las acciones correctivas. Los resultados son discutidos por Enfermería estableciendo políticas correspondientes.
	PAE	Diagnóstico de Enfermería		El profesional responsable del servicio formaliza el ingreso del usuario documentándolo en la HC. Realiza recolección de datos que sintetiza en información de enfermería dando cuenta de la problemática mas sobresaliente.	El profesional responsable del servicio formaliza el ingreso del usuario documentándolo en la HC. Realiza el proceso de valoración sistémica periódicamente definiendo los problemas identificados con un enfoque integral.	El profesional responsable del servicio formaliza el ingreso del usuario documentándolo en la HC. Explicita los diagnósticos de Enfermería en función de la evolución de las necesidades de los usuarios, abarcando los aspectos biológicos y psicosociales.
		PROGRAMACION		La Programación de la asistencia se realiza de acuerdo a normas consuetudinarias, se documentan todas las acciones llevadas a cabo con los usuarios	El Servicio de Enfermería tiene normas documentadas que orientan a la realización de las actividades mas frecuentes. Las actividades registradas tienen correspondencia con los problemas identificados por Enfermería.	El Servicio de Enfermería tiene protocolizadas todas las actividades de Enfermería que se realizan a los usuarios en la Institución
		DIRECCION		Enfermería Profesional imparte directivas grales para la atención de los usuarios de mayor complejidad o dependencia	Enfermería Profesional dirige el PAE en todos los usuarios del sector a su cargo. Realiza indicaciones de Enfermería de manera explicita para cada usuario orientando el tratamiento.	Enfermería Profesional dirige el PAE en todos los usuarios del sector a su cargo. Realiza indicaciones de Enfermería de manera explicita para cada usuario y asistencia profesional directa de los casos de mayor complejidad.
		EVALUACION		El Servicio de Enfermería tiene establecidos mecanismos de evaluación de las actividades cumplidas y las iatrogenias producidas en los PAE	El Servicio de Enfermería tiene indicadores globales que permiten evaluar resultados al alta del pte.	El Servicio de Enfermería tiene organizado un sistema de control de calidad de las prestaciones. Tiene indicadores derivados de los protocolos asistenciales que permiten evaluar el proceso de atención y los resultados
	SISTEMA DE INFORMACION	REGISTROS EN HC		El Servicio de Enfermería elabora registros del 100% de la población asistida documentando las actividades realizadas en forma legible e identificable.	El Servicio de Enfermería registra el 100% de los ptes. Referidos a instancias de ingreso, estadia y egreso haciendo referencia a los aspectos y/o cambios relevantes de la evolución y actividades cumplidas por turno.	El Servicio de Enfermería dispone de registros propios que se integran a la HC para el 100% de la población asistida que le permiten documentar el PAE continuo del pte.
	CONTROL DEL SERVICIO PRESTADO	Sistema de Control de Calidad		El Servicio de Enfermería lleva a cabo acciones para establecer pautas que reflejen aspectos sustantivos del nivel de calidad de las prestaciones de Enfermería. Existen formas para evaluar situaciones emergentes en la prestación de los servicios.	El Servicio de Enfermería tiene mecanismos de control para medir calidad en algunas actividades asistenciales que involucran la prestación de Servicios de Enfermería. Se realizan actividades periódicas para evaluar casos asistenciales	El Servicio de Enfermería cuenta con mecanismos sistemáticos para la vigilancia de la calidad. El Servicio de Enfermería tiene un programa de mejora continua.
EDUCACION	FORMACION CONTINUADA	Estructura Organizativa		Se desarrollan actividades educativas puntuales a nivel de Enfermería atendiendo demandas específicas de los sectores	Existe un Comité de Educación u otra forma organizada para atender la programación e implementación de actividades educativas para el personal de Enfermería. Se establecen coordinaciones con los Servicios Docentes para el desarrollo de cursos de formación continuada.	Existe una estructura organizativa interdisciplinaria responsable de la administración de la función docente de la Institución. El Servicio de Enfermería tiene un representante como miembro permanente que administra los programas en función de las políticas institucionales y en integración con los Servicios Docentes.
INVESTIGACION	Desarrollo de la Función Investigación	Organización y tipo		El Servicio de Enfermería tiene antecedentes de participación en investigaciones conjuntas realizadas a nivel	El Servicio de Enfermería tiene organizado por lo menos un equipo de Enfermería que se encuentra realizando trabajo de investigación	El Servicio de Enfermería cuenta con programas de Investigación orientados por

				institucional	en un área asistencial. Están integrados a una investigación de carácter interdisciplinario o exclusiva de Enfermería.	las políticas institucionales y del propio Departamento de Enfermería. Los profesionales participantes en estos programas tienen líneas de coordinación interna y se vinculan con organismos nacionales e internacionales para el apoyo de las actividades.
ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE ENFERMERÍA	Recursos Humanos	Estructura y tipo		El Servicio de Enfermería de la Institución depende técnica y administrativamente de un Licenciado de Enfermería. Cuenta con personal profesional y auxiliar con título habilitado según normas vigentes.	Existe un Servicio de Enfermería y/o División a cargo de un Licenciado en Enfermería con formación Posbásicos en el área de la administración de los Servicios de Salud. Cuenta con Licenciadas en Enfermería que ocupan cargos de nivel intermedio (supervisores y jefes de Servicios) y personal de nivel profesional y auxiliar en el área operativa con Título habilitado según normas vigentes.	
		Dotación de Personal		El Servicio de Enfermería tiene una dotación de personal profesional y auxiliar estable que permite resolver la demanda asistencial habitual.	El Servicio de Enfermería tiene una dotación de personal profesional y auxiliar estable, con mecanismos que le permiten incrementar la misma, según necesidad para con ello preservar los márgenes de seguridad y continuidad en la presentación de cuidados.	El Servicio de Enfermería tiene una dotación de personal que considera el desarrollo institucional. Toma decisiones que permiten adecuar la dotación en función a estudios previos de flujo de la demanda, garantizando el cumplimiento de las normas de calidad en la prestación de cuidados.
		Reclutamiento, Selección, Ubicación		El Servicio de Enfermería participa parcialmente en el proceso de selección del personal, toma decisiones en la ubicación según criterios preestablecidos.	El Servicio de Enfermería participa de la política de reclutamiento institucional y se integra en los procesos de selección del personal, toma decisiones según criterios preestablecidos.	El Servicio de Enfermería tiene sistematizados los procedimientos de reclutamiento, selección y ubicación del personal en correspondencia con las necesidades existentes de los usuarios y las características del recurso humano disponible.
		Promoción		El Servicio de Enfermería participa en las decisiones relacionadas a la promoción del personal profesional y auxiliar según normas vigentes en el Ministerio de Trabajo.	El Servicio de Enfermería tiene criterios generales abalados por la Institución para la promoción del personal sustentados en las exigencias del cargo y conocidos por el Colectivo de Enfermería.	El Servicio de Enfermería sistematizado el proceso de promoción a través de mecanismos administrativos y jurídicos que consideran: exigencias del cargo, nivel de formación y desempeño, políticas de desarrollo institucional garantizando la transparencia del procedimiento para los involucrados.
		Salario y condiciones laborales		El Servicio de Enfermería trabaja en coordinación con el área administrativa asegurando el cumplimiento de las pautas vigentes del Ministerio de Trabajo.	El Servicio de Enfermería controla el cumplimiento de las pautas salariales vigentes y normas de bioseguridad en las áreas de trabajo. Promueve y participa en proyectos de mejora a la salud laboral del trabajador de Enfermería.	
		Sistema de Trabajo. Régimen laboral		El Servicio de Enfermería cuenta con un sistema de trabajo general para todos los niveles de Enfermería. Adopta decisiones de excepción ante situaciones especiales.	El Servicio de Enfermería tiene organizado dos regímenes de trabajo para ofrecer al personal profesional y auxiliar. Adopta decisiones de excepción ante situaciones especiales.	El Servicio de Enfermería da diversas alternativas referidas a sistemas de trabajo: tanto a nivel profesional como auxiliar tienen criterios generales y flexibles que facilitan el estudio y resolución de situaciones especiales.
		Evaluación del Personal		El Servicio de Enfermería tiene pautas generales preestablecidas y documentadas para realizar evaluación de personal al ingreso en los 2 niveles. Es una información que se actualiza para orientar la toma de decisiones de ascensos, reubicaciones y destituciones.	El Servicio de Enfermería tiene pautas documentadas para evaluar el desempeño del personal profesional y auxiliar en los puestos de trabajo. Utiliza mecanismos que viabilizan la participación de los involucrados con un registro específico para ese fin. Se aplica de manera sistemática en el personal de ingreso y periódicamente como evaluación continuada.	El Servicio de Enfermería tiene sistematizada la evaluación de personal de Enfermería en todos los niveles de acuerdo a perfiles ocupacionales. Cuenta con normas y procedimientos, técnicas documentadas y un sistema de información unificado para la Institución. Se aplican métodos participativos entre los involucrados. Sus resultados son primordiales para los programas de desarrollo y perfeccionamiento.
		MOTIVACION-Satisfacción		El Servicio de Enfermería estudia y promueve acciones que mejoran el nivel de satisfacción del equipo de enfermería frente a situaciones concretas.	El Servicio de Enfermería estudia, promueve y desarrolla acciones que mejoran el nivel de satisfacción del equipo de enfermería en el marco de las políticas del Dpto. de Enfermería.	El Servicio de Enfermería lleva a cabo estudio sistemático de los niveles de satisfacción del personal. Estudia las propuestas en el marco de las políticas.

						institucionales y toma de decisiones correspondientes que se traducen en incentivos de diferente naturaleza.
		Puestos de Trabajo		El Servicio de Enfermería tiene normatizado los aspectos genéricos que hacen a las competencias de la enfermería profesional y auxiliar según legislación laboral vigente.	El Servicio de Enfermería tiene normatizado la descripción de cargos para todos los puestos de trabajo que se desempeñan a nivel operativo y los aspectos generales de los cargos intermedios. Todos se ajustan a la legislación laboral vigente	El Servicio de Enfermería tiene normatizado la descripción de cargos para todos los puestos de trabajo, en todas las áreas y todos los niveles jerárquicos de Enfermería. Los somete a revisión periódica contemplando aspectos de funcionamiento institucional y legislación laboral
	Administración de recursos materiales	Administración de recursos materiales		El Servicio de Enfermería participa puntualmente brindando asesoramiento técnico a nivel institucional.	El Servicio de Enfermería a partir de la identificación de las necesidades de los recursos materiales elabora una propuesta de abastecimiento acorde con la demanda del servicio y la política institucional.	El Servicio de Enfermería estudia sistemáticamente las necesidades de recursos materiales integrados en los proyectos asistenciales. Participa en las decisiones que involucran a Enfermería en todas las etapas de la administración de los RRMM
	Recursos Financieros	Presupuesto		El Servicio de Enfermería tiene conocimiento en relación al presupuesto de los recursos humanos asignados y los materiales más frecuentemente utilizados. Informa a los niveles de decisión financiera contable cuando esta se lo solicita.	El Servicio de Enfermería estudia y actualiza periódicamente el presupuesto de recursos humanos y materiales de los sectores jerarquizados por la Institución. Participa en los niveles de decisión presupuestal asesorado en el área de su responsabilidad.	El Servicio de Enfermería elabora de manera sistemática el presupuesto general, incluyendo retribuciones personales, gastos e inversiones de cada sector asistencial. Participa formalmente en los niveles máximos de decisión financiera contable de la Institución, cuando se define el presupuesto global.
	Dirección estratégica	Proceso de toma de decisiones		El Servicio de Enfermería tiene lineamientos directrices en relación a las políticas institucionales. Existen mecanismos de decisión que permiten la participación de todos los niveles de enfermería en temáticas de trascendencia para la profesión o la institución. La Dirección de Enfermería participa ocasionalmente en los órganos de decisión institucionales.	El Servicio de Enfermería tiene definidas las metas y políticas estratégicas para el sector. Trabaja con mecanismos de decisión que favorecen la participación periódica de todos los niveles de Enfermería. La Dirección de Enfermería participa regulamente en los Órganos de Gobierno Institucional.	El Servicio de Enfermería tiene definido un marco Doctrinario, políticas y objetivos a largo, mediano y corto plazo. Trabaja en base a proyectos y mecanismos de descentralización. Existen formas organizativas que viabilizan decisiones colectivas con participación de todos los niveles de Enfermería. La Dirección de Enfermería integra mecanismos de gobierno a nivel institucional.
		Trabajo en equipo		El Servicio de Enfermería promueve el trabajo en equipo para coordinar la implementación de las funciones asistenciales, docentes e Investigación.	El Servicio de Enfermería lleva a cabo encuentros periódicos para el estudio de casos de interés profesional.	El Servicio de Enfermería tiene constituidas estructuras organizativas permanentes y/o transitorias, propias o multidisciplinarias para el estudio y resolución de temáticas vinculadas a las funciones esenciales

## *Anexo 2- Servicios Asistenciales participantes*

### *Sector Público:*

Hospital Escuela de Paysandú – MSP  
 Hospital Central de las Fuerzas Armadas.  
 Hospital de Clínicas - UDELAR  
 Hospital Departamental de Maldonado -MSP  
 Hospital de Florida -MSP  
 Hospital Pasteur - MSP  
 Hospital Policial.  
 Hospital Regional de Mercedes -MSP  
 Hospital Vilardebó - MSP

### *Sector Privado:*

Asociación Española Primera de Socorros Mutuos  
 Asociación Médica de Maldonado - AMECOM  
 Casa de Galicia- UMU  
 Centro Asistencial del Sindicato Médico del Uruguay - CASMU  
 Cooperativa Médica de Canelones - COMECA  
 Cooperativa Médica de Rocha - COMERO  
 Cooperativa Médica de Mercedes Soriano - CAMS  
 Cooperativa Médica CAMCEL  
 Asociación Médica de San José - AMSJ  
 Cooperativa Médica de Florida - COMEF  
 Cooperativa Médica de Paysandú – COMEPA  
 Hospital Evangélico  
 Hospital Sanatorio Español  
 IMPASA  
 Sanatorio Etchepare  
 Sanatorio Mautone - Maldonado  
 Sanatorio Uruguay - Salto

### *Anexo 3- Licenciados en Enfermería participantes:*

Acosta Esther	Ferreira Rosa	Pacheco Graciela
Aguirrazabal Laila	Ferreiro M. Del Carmen	Palacios Alejandra
Aguirrezabala Laura	Fort Zoraida	Soutto Silvia
Alcoba Lilian	Francolino Estela	Vico Mirta
Alvarez Irene	Freitas Nelly	Yardino Beatriz
Alzat Lía	Galagorri Mónica	Pasarello Rosa
Arguello Milka	Galagorri Valeria	Perez Nélide
Aztuzamuno Liz	García Ana	Perez Sandra
Balarini M.Noel	García Rosario	Pintos Marlene
Berruti Graciela	Ghizzoni Shirley	Quiroga Mónica
Bertullo Alicia	Gilardoni Adriana	Ramírez Alejandra
Bonilla Nibia	Godoy Viviana	Ravera Graciela
Bouzos Silvana	Gómez Lourdes	Rebollo Beatriz
Bracco Rosana	González Marta	Reyes Andrea
Cabillón Macarena	González Silvia	Rios Elena
Cáceres M. Hortensia	González Zulma	Robaina Sandra
Cáceres Virginia	Gorrassi Miriam	Rodríguez Cristina
Calveira Silvia	Graces Marta	Rodríguez Irma
Carvalho Diana	Guerra M. Luisa	Rodríguez Marcela
Casanova Elvira	Guglielmone Rosana	Sanabia Cristina
Castro Sandra	Gutiérrez Mónica	Sanguinetti Nibia
Cejas Rita	Haedo Graciela	Seijas Ana
Collares Beatriz	Hernández Lilián	Severo Yeny
Colombo Leticia	Herrera Silvia	Silva Raquel
Contardi Elvira	Ibarra Graciela	Silveira Mercedes
Corradi Mariela	Jourdan Juana	Silvera Lilián
Crucci Marta	Larrosa Adriana	Sosa Dolly
Curuchet Celeste	Latapie Alejandra	
D'Aloia Rebeca	Llona Margarita	
D'Esteban Cristina	Machado Marisa	
Dávila Elsa	Machado Rita	
Díaz Raquel	Magliotto Beatriz	
Diburdie Monique	Marcolini Pierina	
Diego M. Leonor	Marichal Jose	
Diperna Mabel	Martínez Cecilia	
Dorado Sonia	Mendez Walquidia	
Duarte Lila	Menéndez M. Eugenia	
Dutra Iris	Mier Patricia	
Eguía Ana	Minondo Gladis	
Escola Cristina	Molina Laura	
Fascioli Laura	Molina Susana	
Fassani Cristina	Morales Lilián	
Fernández Nelly	Morales Susana	
	Moreira Fátima	
	Núñez Graciela	
	Oliver Liliana	

## **Anexo 4-ORIENTACIÓN PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN**

**Título: Los Servicios de Enfermería se preparan para Acreditar Calidad**

### **Objetivos Generales:**

- \*Explorar fortalezas y debilidades de los Servicios de Enfermería a nivel nacional para instrumentar un Sistema de Calidad a mediano plazo.**
- \*Promover la participación crítica de las direcciones de Enfermería en los programas de garantía de calidad y acreditación.**

En primer lugar, le agradecemos a los Directores de Enfermería, el hecho de participar en calidad de "Experto Colaborador" en esta investigación de nivel nacional, que seguramente arrojará resultados trascendentes para el diseño de políticas estratégicas referidas al desarrollo de un Programa de Garantía de Calidad y Acreditación.

Para mantener la concepción participativa con la que se elaboraron los ESTANDARES DE ENFERMERÍA, se confeccionó un formulario que permita la amplia participación de los niveles directivos de enfermería en las instituciones.

Es por ello que para completar los diferentes ítems del formulario, es deseable generar un espacio de intercambio de opiniones entre los profesionales que participan junto con la dirección de enfermería en carácter de "colaboradores".

Las diferentes preguntas planteadas ofrecen alternativas de respuesta predeterminadas.

Es altamente probable que al darse la discusión colectiva, se presenten diferentes puntos de vista y por lo tanto diferentes respuestas. Dado que el método Delphi contribuye a la búsqueda de consensos en etapas sucesivas, es necesario que en esta primera instancia se registren las respuestas consensuadas en cada uno de los servicios participantes.

Una vez completados los formularios, es indispensable enviarlos al grupo responsable de la investigación. De esta manera se podrán sintetizar los datos aportados por los servicios en los tiempos adecuados. Los resultados preliminares serán discutidos en talleres y sesión plenaria en el Segundo Encuentro Nacional de Enfermería, en el marco del Congreso de Investigación en Administración de Servicios de Salud, organizado por la Cátedra de Administración del INDE ( 6, 7 y 8 de noviembre). Esta actividad constituye la segunda instancia de consenso, donde las Direcciones de enfermería participantes en la investigación, tendrán un panorama global de la situación a nivel de los diferentes servicios de enfermería del país. El objetivo será revisar los resultados preliminares, para orientar una política estratégica de conjunto, con miras a *encaminar un Programa de Garantía de Calidad y Acreditación a nivel de Enfermería en todo el país.*

## Anexo 5- FORMULARIO

**DIRIGIDO A : LICENCIADO JEFE DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA**

### Datos Generales

Fecha:.....

Nombre de la Institución : .....

Sector Público:  Sector Privado:

Tipo de servicios que presta: Internación  Ambulatorio   
Emergencia Centralizada   
Block Quirúrgico  Domiciliario   
Emergencia Móvil

Nº de camas de Hospitalización

Nombre del Jefe de Enfermería .....

Tiempo en el ejercicio de la función: menos de 2 años   
2 a 5 años   
6 a 10 años   
más de 10 años

Nombre y cargo de Licenciados colaboradores

	NOMBRE-APELLIDO	CARGO
1)		
2)		
3)		
4)		

## PRIMERA PARTE

1) Antes de tener contacto con el material enviado por el equipo de investigación,  
¿ Que tipo de actividades ha realizado hasta el momento, vinculadas al tema de  
**CALIDAD Y ACREDITACIÓN?**

1.1 - Lectura de libros:

Títulos .....

1.2 - Lectura de publicaciones periódicas:      Títulos

.....

1.3 - Participación en eventos científicos:      Jornada- Congreso

1.4 - Formación específica en el tema:

Cursos .....

Carga Horaria .....

1.5- Participación en grupos de trabajo institucionales:      Comisiones (nombres)

.....

2) En relación al libro Manual de Estándares para la Acreditación de Servicios de Enfermería

2.1- Lo conocía con anterioridad ?    2.1.1. Si     2.1.2 No

2.2- Lo había leído antes ?            2.2.1 Si     2.2.2 No

3) De acuerdo al planteo de los capítulos 1 y 2 del libro

¿Cuales de las siguientes actividades se están implementando en la institución?

3.1 Encuestas de satisfacción de los usuarios

3.2 Capacitación de los recursos humanos

3.3 Encuestas de satisfacción de los recursos humanos

3.4 Participación de Enfermería en la Gestión Institucional a nivel estratégico

3.5 Evaluación de calidad técnica a nivel asistencial

3.6 Definición de objetivos estratégicos institucionales

3.7 Análisis de costo-beneficio en los proyectos institucionales

3.8 Control de gastos

3.9Otros (especifique).....

4) ¿Existe alguna estructura formal a nivel de la institución dedicada al desarrollo y seguimiento de estas actividades ?

4.1 Comité de Calidad

4.2 Comité de Control de Infecciones

4.3 Ninguno

4.4 Otros (especifique).....

5) De acuerdo a lo registrado en el ítem anterior, si su respuesta es afirmativa

5.1- Enfermería integra estas estructuras : 5.1.1. Si  Cuales? .....  
5.1.2 No

5.2- El Servicio de Enfermería participa en las fases de :

5.2.1 Programación (pensar)

5.2.2 Ejecución (hacer)

5.2.3 Control (retroalimentación)

5.2.4 Ninguna

6) De acuerdo a los conceptos de Acreditación desarrollados en el capítulo “Acreditación de Hospitales”, a cargo del Prof. Dr. Hugo Villar. En especial el punto “3”, referido al significado de la acreditación. (pág. 23). Para que el proceso de Acreditación en Uruguay sea implementado se requiere de la definición política de las autoridades competentes. Desde esta perspectiva en que plazo piensa que será posible:

6.1 CORTO PLAZO - 1 a 5 años

6.2 MEDIANO PLAZO - 5 a 10 años

6.3 LARGO PLAZO - más de 10 años

7) En un escenario próximo de cambios en el sector salud, la Política de Acreditación de Calidad ¿Que beneficio directo otorgaría a las instituciones?

7.1 Mejora del control global de la empresa

7.2 Regulación de la competitividad entre las empresas del sector

7.3 Usuarios más confiados

7.4 Personal más estimulado para desarrollar sus potencialidades

7.5 Garantiza direccionalidad de los procesos asistenciales

7.6 Unifica criterios para el gerenciamiento racional de los servicios

7.7 Otros (especifique).....

7.8 Ningún beneficio adicional

8) De acuerdo a la autoridad formal que compete a su cargo ¿Que acciones podría implementar a los fines de contribuir con la política de acreditación de calidad?

Clasifíquelas de acuerdo al siguiente criterio: Viable (V) , Poco Viable (PV), Inviabile (I)

8.1 Definición de políticas de calidad para el Departamento de Enfermería

8.2 Capacitación del cuerpo de Enfermería en relación al tema

8.3 Organización de un Comité de Calidad y Acreditación para Enfermería

8.4 Evaluación periódica del Servicio de Enfermería, utilizando el Manual de Estándares para la Acreditación de Servicios de Enfermería

8.5 Protocolización actualizada de los Procesos de Atención de Enfermería

- 8.6 Modernización de los Sistemas de Información
- 8.7 Políticas de estímulo para el Recurso Humano
- 8.8 Políticas de evaluación para el Recurso Humano
- 8.9 Medición de nivel de satisfacción de los usuarios en relación al Servicio de Enfermería
- 8.10 Trabajo conjunto con la CO.N.A.S.E.

9) Identifique los componentes del Sistema de Información que utiliza actualmente el Servicio de Enfermería:

- 9.1 Historia Clínica- 9.1.1 Hoja de indicaciones médicas 
  - 9.1.2 Cuadrícula de control de signos vitales
  - 9.1.3 Hoja exclusiva de Enfermería
- 9.2 Planilla de actividad de Enfermería- 9.2.1 diaria 
  - 9.2.2 por turno
- 9.3 Planillas de control de asistencia
- 9.4 Registro de Novedades de Enfermería
- 9.5 Registro de entrevistas
- 9.6 Protocolos asistenciales
- 9.7 Manual de procedimientos técnicos
- 9.8 Manual de procedimientos administrativos
- 9.9 Archivo de notas recibidas de usuarios
- 9.10 Tarjetero -9.10.1 de prescripciones médicas 
  - 9.10.2 de indicaciones de enfermería
- 9.11 Fichas de Personal -9.11.1 antigüedad 
  - 9.11.2 movimientos
  - 9.11.3 evaluación
  - 9.11.4 formación /capacitación
- 9.12 Registro de bienes de consumo
- 9.13 Informe anual de gestión del Depto. de Enfermería
- 9.14 Otros(especifique).....

## **INSTRUCTIVO- PRIMERA PARTE**

*\*Para responder el formulario es necesario leer el libro de ESTANDARES PARA LA ACREDITACIÓN DE SERVICIOS DE ENFERMERÍA, material obsequiado a gentileza del equipo investigador.*

*\*Se ruega llenar los formularios con letra de imprenta (legible) y usar tinta negra o azul.*

*\*La primera hoja refiere a datos identificatorios de la institución, del responsable de enfermería y de los profesionales participantes en el estudio.*

*\*Para responder a las opciones presentadas, colocar una cruz en el casillero correspondiente a la opción definida por ustedes en cada caso.*

*\*Las respuestas sin registro correspondientes se considerarán "sin información" por parte de los participantes.*

*En la pregunta 1) en el ítem:*

*1.1 y 1.2, jerarquice los títulos de hasta dos publicaciones.*

*1.3, escriba el n° correspondiente a las instancias en las que participó en los últimos 5 años.*

*1.4, jerarquice y escriba el nombre de hasta dos cursos realizados en los últimos 5 años y su correspondiente carga horaria.*

*1.5, jerarquice y nombre hasta dos.*

## SEGUNDA PARTE

### FORMULARIO DE AUTOEVALUACIÓN DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA

A continuación realice un juicio de valor ubicando en que nivel de calidad se encuentra cada uno de los estándares del servicio propio, de acuerdo a la propuesta por PROGRAMAS definida en el libro.

#### PROGRAMA DE ATENCIÓN A LA SALUD

SUBPROGRAMA	ESTANDAR	NIVEL	FUENTE DE INFORMACION	ACLARACIÓN
Relacionamiento con el usuario	Comunicación			
	Organización y participación			
	Satisfacción del usuario y familia			
Proceso de Atención de Enfermería	Diagnóstico de Enfermería			
	Programación			
	Dirección			
	Evaluación			
Sistema de Información de Enfermería	Registros de Historia Clínica			
Control del Servicio prestado	Sistema de control de Calidad			

#### PROGRAMA EDUCACIÓN

SUBPROGRAMA	ESTANDAR	NIVEL	FUENTE DE INFORMACIÓN	ACLARACIÓN
Usuarios y población en gral.	Estructura organizativa			

#### PROGRAMA INVESTIGACIÓN

SUBPROGRAMA	ESTANDAR	NIVEL	FUENTE DE INFORMACIÓN	ACLARACIÓN
Desarrollo de la función de investigación	Organización y tipo			

**PROGRAMA ADMINISTRACIÓN**

SUBPROGRAMA	ESTANDAR	NIVEL	FUENTE DE INFORMACIÓN	ACLARACIÓN
<b>Recursos Humanos</b>	Estructura y tipo			
	Dotación de personal			
	Reclutamiento .selección y ubicación			
	Promoción			
	Salario y condiciones laborales			
	Sist.de trabajo: régimen laboral			
	Evaluación de personal			
	Motivación			
	Satisfacción de RRHH			
	Puestos de trabajo			

<b>Recursos Materiales</b>	Admón. de RRMM			
<b>Recursos Financieros</b>	Presupuesto			
<b>Dirección Estratégica</b>	Proceso de toma de decisiones			
	Trabajo en equipo			

## **INSTRUCTIVO- SEGUNDA PARTE**

*\*Para completar la segunda parte de este cuestionario, deberá leer el capítulo 8 del libro.*

*\* El formulario integra los 4 programas básicos para la Gestión de un Servicio de*

*Enfermería: a) ATENCIÓN A LA SALUD*

*b) EDUCACIÓN*

*c) INVESTIGACIÓN*

*d) ADMINISTRACIÓN*

*\*Consta de 5 columnas que de izquierda a derecha corresponden a los ítem:*

*SUBPROGRAMA, ESTÁNDARES, NIVEL DE CALIDAD, FUENTE DE INFORMACIÓN, ACLARACIONES.*

*Subprograma y estándares corresponden a los componentes o estructura utilizados en el capítulo 8, Sección A) COMPONENTES, pág 154 y 155.*

*Nivel de Calidad, en este ítem se debe registrar **un único** escenario (N1, N2, N3), de acuerdo a la sección B)DESARROLLO , pág 152.*

***El escenario seleccionado debe corresponder a la situación más generalizable en el Servicio de Enfermería en su conjunto.***

*Cuando el servicio no alcanza el umbral definido en el nivel 1, deberá registrarse en la columna correspondiente N 0 (nivel primario de desarrollo del estándar).*

*En el caso de que el nivel de calidad sea superior al nivel 3 propuesto, registrar N4 Fuente de Información, en este ítem se deberá registrar exclusivamente a las fuentes documentadas que justifican el nivel de calidad . Para ello utilice los números correspondientes a caáa opción de la pregunta 9 de la primera parte del formulario.*

*En caso de que no cuente con fuente de información documentada registre (**P**) ,lo que corresponde al juicio del nivel de calidad basado en la percepción de los participantes.*

*Aclaraciones, a la luz de la aplicación del estándar, este ítem tiene como objetivo conocer vuestra opinión en relación a la utilidad de los mismos con miras a la evaluación de Calidad del Servicio de Enfermería. Para completar este ítem registre una de las siguientes opciones: la letra (**E**) si lo considera esencial a los fines del control de calidad del servicio de enfermería; registre (**S**) si considera que es secundario a los fines del control de calidad del servicio de enfermería; registre (**D**) cuando el texto desarrollado en el estándar le ofrece dificultad para la comprensión .*