

Gestión de cuidados de enfermería.

Profesoras:

Purificación Muñoz Rodrigo. Enfermera. Profesora Titular de Enfermería Comunitaria. EUE Burgos.

Dolores Sánchez López. Enfermera. Centro de Salud de los Cubos. Licenciada en Antropología Social y Cultural.

Burgos, 10-20 de Febrero de 2004

Indice

Objetivos.....	2
1. Factores que han influido en la configuración y evolución de la profesión y disciplina enfermera.....	3
§ Evolución del concepto salud y modelo de atención: historia del cuidado enfermero.	
§ Condicionantes históricos.	
§ Formación.	
2. Disciplina y profesión: el cuidado de la salud.....	9
§ Marco teórico de los cuidados enfermeros.	
§ Personal de enfermería.	
§ Trabajo en equipo.	
3. La gestión de los cuidados.....	17
§ Introducción.	
§ La misión de la gestión de enfermería.	
§ Principios de la gestión de los cuidados.	
§ Estrategias en la gestión de cuidados.	
§ Aplicación de los instrumentos de la gestión a los cuidados.	
4. El producto asistencial. Su medida. Las intervenciones de enfermería.....	22
§ Sistemas de clasificación de pacientes.	
§ Las intervenciones de enfermería.	
§ Los costes sanitarios. Los costes de los cuidados.	
§ Tipos de costes.	
§ Manejo analítico de costes.	
5. Atención hospitalaria. Costes de enfermería. Modalidades en la organización de la prestación de cuidados.....	29
§ El proyecto Signo II.	
§ Cálculo de plantillas.	
§ Sistemas de provisión de cuidados.	
§ Los planes de gestión.	
6. Atención Primaria. El producto asistencial. La gestión de recursos.....	34
§ El producto asistencial.	
§ La enfermera de Atención Primaria.	
§ Los planes de gestión.	
7. Relación costes/beneficios/resultados.....	38
§ Las vías clínicas.	
§ Los cuidados de enfermería y la calidad asistencial.	
8. Bibliografía.....	41

Objetivos del curso

Analizar el concepto cuidados y el rol profesional enfermero.

Reflexionar sobre la especificidad de los cuidados enfermeros en los equipos sanitarios.

Repasar las herramientas de gestión de cuidados más relevantes en los dos niveles asistenciales.

Reflexionar sobre el impacto de los cuidados de enfermería en el sistema sanitario y sobre la responsabilidad de los gestores en el óptimo desarrollo de su potencial.

FACTORES QUE HAN INFLUIDO EN LA CONFIGURACIÓN Y EVOLUCIÓN DE LA PROFESIÓN Y DISCIPLINA ENFERMERA.

INTRODUCCIÓN.

Los servicios de salud de los países desarrollados están inmersos en los últimos años en un contexto de mejora de la eficiencia con importantes implicaciones sobre la gestión y la organización de los cuidados. Esta realidad genera desafíos y encrucijadas, no solo para los directivos, sino también para los propios responsables del cuidado directo de las personas; dado que por una parte, deben asegurar la equidad, calidad y eficiencia de la atención y, por otra, sobrevivir a una forma de trabajar (más interdisciplinaria) y a una mayor exigencia del usuario/cliente.

Es por ello que, para abordar y centrar el tema que nos ocupa, la gestión de los cuidados enfermeros, nos parece necesario en primer lugar revisar algunos conceptos generales y básicos sobre sus principales protagonistas: las enfermeras, su desarrollo profesional y disciplinar.

En este apartado vamos a revisar brevemente algunos aspectos que han influido en la configuración y evolución de la enfermería y que, por tanto, han determinado su contribución a la salud de las personas y grupos a través de los cuidados enfermeros a lo largo de la historia.

La enfermería, no como profesión, (se entiende por profesión, el ejercicio retribuido de una actividad para la que se requieren unos estudios previos), sino como el ejercicio de una actividad necesaria, sin preparación específica ni retribución, relacionada con los cuidados de la salud, de la persona y de los grupos, es una actividad universalmente intrínseca a cualquier forma de sociedad en el tiempo y en el espacio. Cuidar a los enfermos, heridos, incapacitados, etc., ha representado en todas las sociedades un papel importante y presente. Por lo tanto el origen de la enfermería, como contribución necesaria para el grupo, no es otro que el origen de la misma humanidad, al igual que ocurre con otras profesiones.

EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE SALUD Y MODELOS DE ATENCIÓN: HISTORIA DEL CUIDADO ENFERMERO.

Es difícil encontrar en la bibliografía una definición de salud que exprese realmente qué es la salud en sí misma y no por oposición a algo que manifieste su pérdida o los factores que la condicionan. Es por ello que el concepto de salud aparece íntimamente ligado al de enfermedad. Ambos conceptos, salud y enfermedad, son conceptos relativos que a lo largo de la historia han sido percibidos por la sociedad de formas distintas y siempre influenciados por variables sociales, culturales, económicas y políticas del momento.

En función del valor que las diferentes épocas y sociedades atribuyen a la salud, se puede entender ésta como:

Supervivencia (mantenimiento de la vida)
Don sobrenatural (razones no comprendidas)
Valor religioso (premio / castigo)
Ausencia de enfermedad (aspectos biológicos)
Equilibrio entre el hombre y el entorno (integral)

La atención sanitaria, en general, ha ido evolucionando paralelamente al concepto que en cada momento histórico la sociedad ha tenido de la salud. Desde las sociedades primitivas, la atención a la salud ha sido una preocupación constante, de manera que siempre han existido estructuras, más o menos complejas, dentro de la organización social dedicada a la atención a la salud y los problemas derivados de su pérdida. El concepto de atención de enfermería y el camino de la propia actividad (los cuidados) hacia la profesionalización, ha estado íntimamente ligado a la evolución de los modelos de atención sanitaria.

Según Collière, la historia del cuidado enfermero consta de cuatro etapas: etapa doméstica, etapa vocacional, etapa técnica y etapa profesional.

Etapa doméstica: esta etapa se relaciona con la concepción de “salud como mantenimiento de la vida”. Se denomina doméstica por ser la mujer en cada hogar la encargada de este aspecto de la vida.

Etapa vocacional: con esta etapa se inicia la creencia de que “la salud tiene un valor religioso”. El calificativo vocacional de la actividad de cuidar se asocia con el nacimiento de la religión cristiana. Los conocimientos teóricos requeridos por las enfermeras eran nulos y los procedimientos muy simples. Lo realmente importante eran las actitudes que debían mostrar y mantener las personas dedicadas al cuidado de los enfermos. La práctica enfermera no requería ningún tipo de preparación, a excepción de la religiosa. La enfermería de esta época se describe como una actividad ejercida por personas con gran sentido de religiosidad, caridad, sumisión y obediencia.

Etapa técnica: esta etapa se desarrolla en la época en que “la salud es entendida como ausencia de enfermedad”. El desarrollo científico y tecnológico que se inicia en el siglo XIX condujo a la clase médica a un mayor conocimiento, que se centró en la búsqueda de las causas de la enfermedad y su tratamiento. El saber médico se enfocó hacia la persona como sujeto de la enfermedad. Se acrecentó la tecnología y, alrededor de los enfermos, fueron apareciendo instrumental y aparataje cada vez más complejos. La práctica de enfermería se ve subordinada, en su mayor parte, a la actividad clínica hospitalaria, destinada a mantener, restaurar y reproducir la fuerza de trabajo principalmente industrial, y cuyas pautas vienen marcadas por la profesión médica, por su especialización, y por la organización jerarquizada del trabajo. En consecuencia, el campo profesional de la enfermera queda parcializado y no se la considera capaz de atender todas las necesidades de salud, sino sólo aquellas técnicas para el diagnóstico y el tratamiento que el médico le indique. En el ambulatorio, la actuación de enfermería se limita a tareas meramente burocráticas o a funciones auxiliares técnicas.

Todo esto supuso para la enfermera un alejamiento del enfermo, y una limitada autonomía para adoptar decisiones que afectan a los mismos, en definitiva, una pérdida de identidad.

Etapa profesional: esta etapa coincide con una concepción integral del proceso de enfermar. La salud se considera como una variable dependiente influenciada por diversos factores: entorno, biología humana, estilos de vida y sistemas de atención sanitaria; estos factores condicionan el nivel de salud de las personas y son considerados en constante interacción. Esto supuso un cambio en la orientación del cuidado enfermero, pasando del cuidado de la persona enferma a una atención integral de individuos, familias y grupos de la comunidad, centrando su atención en los aspectos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En este momento, las enfermeras comienzan a preguntarse sobre su razón de ser, entienden que están perdiendo su identidad ligada al individuo y tratan de desprenderse de la dependencia histórica de otras disciplinas. Surgen enfermeras investigadoras que a nivel teórico y filosófico describen la actuación diferenciada de la profesión, comienzan a emplearse métodos de trabajo científicos sustituyendo a los empíricos, y las enseñanzas se incluyen en la universidad. Se inicia la etapa de la enfermería profesional.

CONDICIONANTES HISTÓRICOS.

La religión: el hecho de que la enfermería naciera en el seno de una institución religiosa, impregnó su práctica de los ideales de caridad, vocación y sumisión. Esta influencia queda plasmada en la indumentaria de las enfermeras cuyas cofias, manguitos, y en general el tipo de uniformes pueden corresponder tanto a los de una monja de nuestros días como a los de una enfermera de hace sólo unos años. Los valores espirituales y religiosos han estado presentes en la formación enfermera hasta la integración de los estudios de enfermería en la universidad (1977).

El género: tradicionalmente se ha considerado la enfermería como una profesión de mujeres, y mayoritariamente ha sido y es ejercida por mujeres, lo que ha condicionado su desarrollo y evolución. Como ya hemos comentado, los cuidados se identifican con una responsabilidad intrínseca a la mujer, circunscritos al ámbito de lo doméstico y de características naturales. Este hecho, junto con la dificultad de catalogar el cuidado como forma de trabajo, hace que las actividades relacionadas con el cuidado de los demás sean invisibles, de forma que resulta difícil apreciar la importancia social del cuidado y su valor económico, al considerarse ajeno al sistema de producción de bienes y servicios. Al estructurarse la sociedad y existir la organización y distribución de roles, lo relacionado con el cuidado, la enfermería, es asumida por mujeres, y en esta distribución, con la enfermera mujer se repiten los roles de la mujer doméstica, pasando a ser competencia de otro, del médico, más que de su objeto de atención, el enfermo, la persona, el paciente.

Un aspecto sobre el que es necesario reflexionar es que las mujeres comparten las responsabilidades profesionales con las derivadas de la familia, y las obligaciones familiares provocan muchas veces el abandono de la profesión, según apuntan Martín Moreno y de Miguel hasta un 50% a lo largo de la vida profesional. Este fenómeno dificulta también el desarrollo de la profesión, pues en muchos casos significa el abandono en un momento de madurez en el que se estaría en condiciones de hacer las mejores aportaciones profesionales.

Por otra parte, hasta muy recientemente, la imagen física que se esperaba encontrar de una enfermera era femenina y de un médico era masculina. Durante un tiempo, la incorporación de hombres a la práctica enfermera era en áreas muy concretas, ocurriendo algo muy similar con la incorporación de las mujeres a la medicina. Cuando por fin tienen acceso los enfermeros a los hospitales, en la década de los años sesenta, (teóricamente en igualdad de condiciones que las enfermeras), lo hacen en servicios como laboratorio, radiología, etc., y las médicas en pediatría, laboratorios, etc.

Los conflictos bélicos y la cultura militar: el desarrollo cualitativo, y sobre todo cuantitativo de la enfermería se encuentra unido, muchas veces, a las épocas en las que han existido guerras por el aumento de las necesidades de cuidados de salud que se producen al haber un incremento de las demandas de cuidados de quienes caen heridos.

Hay formas y costumbres militares adquiridas de la relación con el mundo militar, que entraron en la enfermería y que han permanecido entre sus manifestaciones. Terminología como el puesto de enfermeras, dar el parte, órdenes de, etc., son parte del vocabulario familiar en la comunicación cotidiana entre enfermeras y que sin duda recuerdan a expresiones militares.

FORMACIÓN.

Si entendemos que lo que caracteriza a una profesión es esencialmente la formación específica, los conocimientos, que capacitan para su ejercicio y el reconocimiento por ello; en nuestro país no es hasta finales del siglo XIX cuando podemos comenzar a hablar de profesión al referirnos a enfermería.

- § La Ley de Instrucción Pública de 1857 incluye el reglamento que determina los conocimientos prácticos requeridos para obtener el título de practicante.
- § En 1902 se establece un programa de enseñanza para la formación de practicantes. Poco después se regulan los estudios de matrona y en 1915 se establecen los requisitos para el ejercicio de la profesión de la enfermería.
- § La Ley de Bases de Sanidad Nacional de 1944, (vigente hasta 1986), establece tres colegios de Auxiliares Sanitarios que integran a enfermeras, practicantes y matronas. Se regulan las competencias de las tres titulaciones. La atención sanitaria (Seguro Obligatorio de Enfermedad: SOE, creado en 1942) se centra en el tratamiento de la enfermedad. Aunque se

reconoce la necesidad de cuidados de enfermería en la atención a la salud, la concepción del papel de la enfermera es la de auxiliar del médico. Su formación se centra en la patología y el desarrollo de habilidades técnicas relacionadas con el diagnóstico y tratamiento y su misión en tareas delegadas por el médico.

- § En 1953 se unifican las tres titulaciones con el nombre de Ayudante Técnico Sanitario (ATS). Los ATS fueron formados como ayudantes subordinados a otra disciplina, fuertemente biologicista, la medicina. Los primeros textos destinados a su formación son elaborados por médicos. La dirección de las escuelas y la formación teórica recae en los médicos y la formación práctica en las ATS (monitoras). El propio nombre de ATS explica su contenido: Ayudante de otra disciplina; Técnico porque su actividad principal será la ejecución de técnicas, en un segundo plano queda la atención a las necesidades de los cuidados de la salud de la persona enferma y la participación en programas de prevención; y Sanitario, en un momento en que la salud es concebida como ausencia de enfermedad.

Hasta 1972 las mujeres realizaban sus estudios en régimen de internado y no es hasta 1976 cuando se establece el carácter mixto de las escuelas de ATS.

En cuanto al sistema sanitario en nuestro país, en 1963, con la aprobación de la Ley de Bases de la Seguridad Social, desaparece el SOE y es sustituido por el sistema de Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social; de manera que el sistema sanitario se fragmenta en dos administraciones: Sanidad Pública y Seguridad Social.

Si relacionamos la formación recibida y el papel de la enfermera en el sistema sanitario con la historia del cuidado enfermero, es evidente que en nuestro país este periodo coincide con la etapa técnica de la enfermería.

- § En 1977 las escuelas de ATS se integran en la universidad como Escuelas Universitarias de Enfermería. El plan de estudios para la obtención del título de Diplomado Universitario de Enfermería (DUE) introduce diferencias sustanciales en relación con los anteriores:

- Estudio de la persona desde una perspectiva integral, mediante la incorporación de las ciencias humanas y sociales en el curriculum.
- Perspectiva científica de los estudios, mediante el estudio del método científico.
- Proporcionalidad simétrica entre teoría y práctica, lo que supone la importancia de sustentar los conocimientos y habilidades necesarios para la práctica en conocimientos teóricos.
- La formación en el ámbito comunitario.
- Inclusión de contenidos para capacitar a profesionales para asumir funciones más complejas (de administración y gestión), hacer juicios críticos, tomar decisiones y reorientar sus actividades de acuerdo a las transformaciones sociales y las demandas y necesidades de la comunidad.

Existen como vemos claras diferencias en la orientación de este nuevo plan de estudios, que en definitiva confieren al profesional un rol definido, asignándole identidad propia dentro de un equipo de salud. *Los DUEs son formados como proveedores de cuidados a la población.*

La Ley Orgánica de Reforma Universitaria de 1983 posibilita a las enfermeras su incorporación a la docencia. Esto supuso un elemento importante en el desarrollo de la enfermería: enfermería puede ser enseñada por enfermeras.

En cuanto a los sistemas sanitarios en general y el nuestro en particular, durante la década de los 70, se produce una crisis económica mundial que conduce a un replanteamiento general sobre la eficacia de los modelos de atención a la salud utilizados. Esta crisis se debe principalmente a las repercusiones de la nueva conceptualización de salud, los cambios producidos en el patrón epidemiológico y demográfico, así como el creciente aumento de los costes sanitarios.

Las directrices emanadas de la XXX Asamblea Mundial de la Salud (1977), la Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma-Ata 1978) y la promulgación de la Constitución Española, que reconoce en su artículo 43 el derecho a la protección de la salud, motivaron un proceso de transformación en nuestro sistema sanitario. España se incorpora a la estrategia de Salud para Todos en el año 2000 de la OMS y asume las recomendaciones de Alma-Ata. A finales de 1987 se crea la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

El Real Decreto 137/84 sobre estructuras básicas de salud constituyó un cambio cualitativo importante en la nueva concepción de la atención sanitaria en nuestro país.

La Ley General de Sanidad (1986) adopta como sistema de salud el Sistema Nacional de Salud.

En 1987 se publica el Reglamento de Organización y Función de los hospitales del INSALUD, con el intento de mejorar la eficiencia de los hospitales mediante el refuerzo de la gestión.

La reforma sanitaria supuso que a finales de los ochenta y principios de los noventa la enfermería experimentara un avance importante; en el nuevo modelo de gestión se incorporan las direcciones de enfermería (atención primaria y atención hospitalaria) y por primera vez las enfermeras participan en los órganos de toma de decisiones.

Para una mejor comprensión y estímulo de la reflexión crítica se recomienda la lectura de:

- Ø *El estatuto de personal sanitario no facultativo (1973)*
- Ø *La Ley General de Sanidad (1986)*

DISCIPLINA Y PROFESIÓN: EL CUIDADO DE LA SALUD.

Los conceptos de profesión y de disciplina están íntimamente relacionados, lo que a veces provoca que sean utilizados indistintamente, sin embargo, en la configuración de una actividad representan significados diferentes, uno y otro se complementan. Al referirnos a la disciplina enfermera, nos estamos refiriendo al conocimiento enfermero, desarrollado científicamente desde la perspectiva de la enfermería, conocimiento que es reconocido por la comunidad científica. Cuando nos referimos a la profesión enfermera, nos estamos refiriendo al ejercicio de la práctica de la enfermería, basada en los conocimientos disciplinares. La práctica enfermera precisa de unas bases teóricas que la fundamenten y a su vez, el desarrollo teórico precisa de las ideas innovadoras que surgen en la práctica diaria.

Desde el punto de vista disciplinar, *el cuidado es el objeto de la enfermería* y desde la perspectiva del ejercicio profesional, *el cuidado constituye la función propia de la profesión.*

NATURALEZA DEL CUIDADO DE LA SALUD.

El cuidar es una actividad que ha existido desde el inicio de la humanidad, pues es algo innato y fundamental en la vida de las personas (no por esto se puede decir que todas las personas que cuidan de otras están haciendo enfermería). Siguiendo a Collière, cuidar es un acto individual, dado por uno mismo y para uno mismo (autocuidado), en el momento en que la persona adquiere la autonomía precisa para ello. Igualmente, es un acto recíproco que supone dar a toda persona que, temporal o definitivamente, tiene necesidad de ayuda para asumir sus cuidados de vida (cuidado informal). Por tanto, el cuidar es una actividad sencilla y habitual en el ser humano, que practica continuamente como parte integrante de las actividades diarias de las personas, para responder a la aspiración esencial de cubrir las necesidades fundamentales.

La vida social se va configurando con un sistema de organización en el que actividades, que en sus formas más primarias son prácticas personales (autocuidados) o del grupo de referencia (cuidados informales), pasan a ser responsabilidades de un grupo especializado (cuidados enfermeros). *La profesión enfermera es socialmente necesaria* porque la comunidad y las personas tienen necesidades de cuidados y la sociedad se ha estructurado para que cuando la persona no puede cuidarse, bien porque no tiene el conocimiento, la voluntad, la capacidad, o bien porque los cuidados que requiere precisan de conocimientos o tecnologías especializados, haya un grupo preparado (enfermería) que ofrezca estos cuidados, como un servicio esencial y con la garantía, seguridad y calidad requeridas.

El concepto de cuidado enfermero se define en los siguientes términos:

“Es la atención profesional que da la enfermera en las prestaciones de servicio para la salud estableciendo la relación de ayuda a la persona o personas dependientes de cuidados y cuyo objetivo se centra en desarrollar la capacidad de autocuidado de la persona y su entorno, potenciando los recursos naturales en cuanto a los conocimientos, la motivación y la capacidad para su autocuidado”.

Entendiendo así el cuidado enfermero, se puede comprender que no consiste en un acto sencillo y habitual, como ocurre con el cuidado como actividad humana. Para diagnosticar y tratar los problemas de salud se requieren conocimientos, actitudes y destrezas que solo se adquieren con el estudio sistemático de la sociedad, el hombre, la salud y la propia enfermería; los cuidados han de ser estudiados, analizados y producidos dentro de un contexto que contemple a la persona, su salud y su entorno. Por tanto, los cuidados de enfermería comienzan mucho antes de la realización de una tarea concreta y finalizan bastante más allá de esa tarea.

Por último, señalar que si los cuidados representan la esencia y propiedad que caracteriza a la profesión y a la disciplina, son por tanto el eje de actuación en todos los campos de la práctica enfermera, no solo de la atención directa:

- § En la docencia, los cuidados representan el constructo en el que, por una parte, adquieren significado enfermero la totalidad de los contenidos de la formación y, por otra parte, ofrece los elementos para profundizar en el conocimiento enfermero.
- § En la gestión, proporcionan la base para la planificación y organización enfermera, ya que se trata de gestionar los servicios enfermeros para ofrecer unos cuidados de calidad.
- § En la investigación, señalan el campo de trabajo sobre el que profundizar y teorizar para construir, desarrollar y validar el conocimiento enfermero, y se constituyen en el elemento fundamental para el estudio de hipótesis que desarrollen e innoven mejoras en la práctica cuidadora.

MARCO TEÓRICO DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS.

Toda disciplina precisa de un cuerpo sistemático de conocimientos, de un marco teórico que contemple su finalidad y de un método para aplicarlo en la práctica. En el caso de la disciplina enfermera, el marco teórico lo constituyen las teorías y modelos de cuidados enfermeros, que describen cuál es la contribución específica de las enfermeras a la salud de las personas y grupos; y los aspectos metodológicos para aplicarlos en la práctica lo constituye el proceso de atención de enfermería que nos permite determinar, organizar, realizar y evaluar las intervenciones enfermeras.

El modelo de cuidados representa el referente conceptual y el proceso enfermero el referente metodológico para la práctica enfermera.

Tratar de explicar y abordar una realidad con un modelo de cuidados sin hacerlo sistemáticamente se queda en un simple ejercicio intelectual, y aplicar el proceso de atención de enfermería sin un modelo teórico de referencia sirve para sistematizar actividades aisladas que sólo tienen significado para quien aplica el proceso. Las actividades pueden ser tan variadas y cambiantes como la persona que lo realiza.

Los modelos conceptuales son la representación de un determinado aspecto de la realidad.

Un modelo interpreta la realidad y guía la práctica.

Los modelos conceptuales en cuidados de enfermería se derivan de un paradigma (algunos autores lo llaman metaparadigma) que está compuesto por los conceptos globales de *persona, salud, cuidados de enfermería y entorno*. Estas cuatro nociones clarifican las bases de los saberes enfermeros y proporcionan las directrices para las actividades, la investigación y la práctica de los cuidados; especifican y crean la estructura sobre la que ha de progresar el ámbito de conocimientos disciplinares de enfermería, todos ellos interrelacionados.

El ofrecer los cuidados enfermeros con un modelo de cuidados de referencia proporciona:

- § A la persona que recibe los cuidados y familia información clara sobre las áreas de cuidados que son susceptibles de atención enfermera y sobre los modos y la naturaleza de los cuidados que se le proporcionan.
- § A la enfermera y equipo facilita mayor autoestima y satisfacción con el trabajo realizado, por encontrar un mayor significado a lo que hacen. Además, la adopción de un modelo en la práctica, proporciona un lenguaje común y unidad de criterios para comprender e intervenir en una situación de cuidados, o para garantizar el seguimiento de un proceso cuando el usuario pasa a ser tratado por otra enfermera.
- § A la profesión y a la disciplina les proporciona identidad y desarrollo, ya que permite poner de manifiesto su aportación a la salud de las personas y los grupos; explicar lo que hace, para qué lo hace y cómo lo hace. Por otra parte permite validar las construcciones teóricas y hacer nuevas aportaciones a través de la investigación, desarrollar guías para la práctica, la administración y la docencia.

El proceso enfermero es un método sistematizado de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos (resultados esperados) de forma eficiente. Es sistemático porque consta de cinco pasos (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación) durante los cuales la enfermera lleva a cabo acciones deliberadas para lograr la máxima eficiencia y conseguir a largo plazo resultados beneficiosos. Es humanista porque se basa en la idea de que, mientras planificamos y brindamos los cuidados, debemos considerar los intereses, ideales y deseos únicos del usuario (persona, familia, comunidad) de los cuidados de salud.

En muchos países su uso es un requisito fijado en los estándares para la práctica. El uso del proceso enfermero complementa el trabajo de los profesionales de otras disciplinas (médicos, fisioterapeutas, etc.) centrándose en la respuesta humana, es decir, en cómo responde la persona a los problemas médicos, los planes terapéuticos y los cambios en las actividades de la vida diaria. La competencia en el uso del proceso enfermero requiere una combinación de:

- conocimientos (qué hacer, por qué hacerlo)
- habilidades (cómo hacerlo) y
- actitudes (deseo y capacidad para hacerlo).

Se precisa una amplia base de conocimientos enfermeros, experiencia clínica y sólidas habilidades interpersonales.

Etapas:

§ **Valoración:** obtiene y examina la información sobre el estado de salud, buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que pueden contribuir a la aparición de problemas de salud. También busca evidencias de los recursos del usuario. Esta etapa consta de cinco actividades: recoger los datos, validarlos y organizarlos (agruparlos), identificar patrones/comprobar las primeras impresiones, e informar de los datos y anotarlos.

§ **Diagnóstico (identificación de los problemas):** analiza los datos e identifica los problemas reales y potenciales que constituyen la base del plan de cuidados. También identifica los recursos, que resultan esenciales para desarrollar un plan de cuidados eficiente.

La provisión de cuidados de la salud ha variado de un modelo de diagnosticar y curar a un modelo de predecir, prevenir y tratar. Las responsabilidades diagnósticas de las enfermeras siguen cambiando y se ven afectadas por el uso de las vías críticas, el diagnóstico ayudado por ordenador, la práctica multidisciplinaria, el cambio en las necesidades sociales y el aumento de la base de conocimientos enfermeros.

§ **Planificación:** esta etapa consta de cuatro actividades:

- Determinar las prioridades inmediatas. (¿Qué problemas necesitan atención inmediata?, ¿cuáles pueden esperar?, ¿en cuáles va a centrar su atención la enfermera?, ¿cuáles delegará o referirá?, ¿cuáles requieren un abordaje interdisciplinario?)

- Establecer los resultados (objetivos) esperados. ¿Qué espera exactamente que consiga el paciente y cuándo?
- Elegir las intervenciones. ¿Qué intervenciones prescribirá para lograr los objetivos?
- Anotar o individualizar el plan de cuidados. ¿Escribirá un plan de cuidados o adoptará un plan estandarizado para responder a la situación específica del paciente?

§ **Ejecución:** se trata de poner en práctica el plan. Previamente hemos de tener en cuenta el estado actual de la persona, ¿hay problemas nuevos?, ¿ha sucedido algo que requiera un cambio inmediato en el plan?. Al realizar las intervenciones hemos de controlar cuidadosamente a la persona introduciendo los cambios necesarios. ¿Cuál es su respuesta? ¿es preciso cambiar algo?.

§ **Evaluación:** para decidir si se han logrado los objetivos, si las intervenciones han sido efectivas, y si es preciso introducir cambios. ¿cuál es el estado de salud de la persona, en comparación con el resultado esperado?, ¿puede hacer lo que había planificado?, ¿por qué?, ¿hay nuevas prioridades de cuidados?. Si ha logrado los objetivos ¿está preparado el usuario para manejar sus propios cuidados?

Para asegurar la continuidad de cuidados es importante incorporar a los planes de cuidados los lenguajes enfermeros normalizados con que contamos en la actualidad:

Las etiquetas diagnósticas NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Un diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales y a procesos vitales; el diagnóstico enfermero proporciona la base para la selección de intervenciones para el logro de los objetivos de los que la enfermera es responsable.

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE), en inglés Nursing Interventions Classification (NIC).

La Clasificación de Resultados de Enfermería (CRE), en inglés Nursing Outcomes Classification (NOC).

PERSONAL DE ENFERMERÍA.

Nuestro Sistema Sanitario al hablar de cuidados de enfermería incluye:

- § Personal de formación universitaria (DUEs)
- § Personal de formación profesional (Técnicos: auxiliares de enfermería)

El CIE (Consejo Internacional de Enfermería) define a la enfermera en 1975 como: “la persona que ha completado un programa de educación básica en enfermería y está calificada y autorizada para ejercer la enfermería en su país”. El aspecto más importante a destacar en esta definición es el referido a “... en

su país”, ya que significa que los estudios básicos de enfermería están fundamentados en cada país por las actividades a realizar por la enfermera según su contexto social, político y económico. Es lógico, por tanto, que los estudios de enfermería varíen también de un lugar a otro, en cuanto al contenido, duración, etc., por lo que en muchos casos se limita el ejercicio profesional al ámbito donde fueron cursados.

El Real Decreto 1231/2001 por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería, señala en su artículo 53 que “...el enfermero generalista, es el profesional legalmente habilitado, responsable de sus actos profesionales de enfermero que ha adquirido los conocimientos y aptitudes suficientes acerca del ser humano, del método científico aplicable en orden a detectar las necesidades, desequilibrios y alteraciones del ser humano, referido a la prevención de la enfermedad, recuperación de la salud y su rehabilitación, reinserción social y/o ayuda a una muerte digna”.

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española define el término enfermería como: “profesión y titulación de la persona que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas sanitarias siguiendo pautas clínicas” (2002).

Desde el punto de vista sociológico, enfermería se define como la profesionalización de la actividad de cuidar y desde el punto de vista de la práctica profesional, la ANA en 1980, describe el ejercicio profesional como “el diagnóstico y tratamiento de las respuestas humanas a problemas de salud reales o potenciales”.

Función: cuidar personas sanas o enfermas, familias y comunidad.

Dependiendo del grado de autonomía en la toma de decisiones, distinguimos dos funciones:

- § Autónoma o independiente
- § De cooperación o interdependiente

Función autónoma: conjunto de actividades que dependen exclusivamente de la iniciativa de la enfermera (en relación con la elección de los cuidados de enfermería) y que integra el conjunto de acciones propias de su área de competencia.

§ Actividades:

- Asistencial: su objetivo es proporcionar cuidados directos e integrales al individuo, familia y comunidad, utilizando para ello la metodología propia del trabajo enfermero (PE).
 - Fomento y protección de la salud.
 - Prevención de la enfermedad.
 - Restauración y control de la salud.

- Docente: su objetivo es elevar la calidad, eficacia y eficiencia de los cuidados a prestar.
 - Planificar, desarrollar y evaluar las acciones docentes que requiera el usuario, familia, comunidad.
 - Colaborar en la formación pregrado y postgrado.
 - Promover, participar en actividades de formación continuada con sus propios compañeros.

- Administrativa: su objetivo es asegurar que el trabajo de la enfermera responda de forma sistemática, racional y ordenada a las necesidades de salud del usuario, familia y comunidad.
 - Colaborar en el desarrollo de actividades de planificación, organización, ejecución y control.
 - Participar en la gestión de los recursos humanos y materiales.
 - Diseñar, mantener, utilizar y evaluar los sistemas de registro.
 - Organizar y coordinar los servicios de enfermería.

- Investigadora: su objetivo es desarrollar independientemente y en colaboración con otros profesionales, conocimientos que contribuyan a mejorar la calidad de la atención a la salud. Para ello, la enfermera identifica líneas de investigación prioritaria en el ámbito clínico, de formación, de gestión y administración de cuidados de enfermería.

Función de cooperación: integra las intervenciones que la enfermera desarrolla en complementariedad con el resto de los miembros del equipo multidisciplinar. La cooperación implica no solo a los miembros del equipo, sino también a la persona que necesita las intervenciones de los profesionales y a aquellos que constituyen su referencia.

§ Actividades:

- Cuidados de vigilancia del estado de salud de la persona
- Aplicación de órdenes médicas.

Para una mejor comprensión de estos temas se recomienda la lectura de:

- Ø *Código Deontológico de la Enfermería Española, (1988)*
- Ø *RD 1231/2001 Estatutos de la Organización colegial de la Enfermería Española y de la Ordenación de la actividad profesional enfermera (Art.. 53 y 54)*
- Ø *Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.*

TRABAJO EN EQUIPO.

El desarrollo científico-tecnológico, la complejidad creciente de las acciones diagnósticas, preventivas y terapéuticas de los problemas de salud, han originado una subdivisión del trabajo y la consiguiente especialización. Sin

embargo, la necesidad de prestar una atención integral a la persona sana o enferma, la necesidad de abordar los problemas de salud de la población desde una perspectiva multicausal y la necesidad de optimizar la eficacia, exige un abordaje a través de enfoques muy diversos por equipos multidisciplinares.

Según A. Martín-Zurro, “un equipo puede ser definido como aquel grupo de personas que realizan diferentes aportaciones, con una metodología compartida, de cara a un objetivo común. Cada miembro del equipo tiene claramente asumidas sus propias funciones, así como los intereses comunes del colectivo y todos los componentes comparten la responsabilidad de los resultados”.

En función de su composición los equipos pueden ser interdisciplinares u horizontales e intradisciplinarios o verticales.

Requisitos del trabajo en equipo:

- Existencia de unos propósitos y objetivos comunes, claramente definidos y aceptados por todos los miembros.
- Entender la importancia de las intervenciones compartidas y el reconocimiento de lo que es propio de cada disciplina para la consecución de los objetivos comunes. Trabajo coordinado, no jerarquizado, con una división clara de funciones y responsabilidades y manteniendo la capacidad de los miembros para autoorganizarse y gestionarse de forma independiente.
- Establecer medios de comunicación que permitan una fluidez óptima de la información tanto oral como escrita (con la posibilidad de expresar sus opiniones por todos los miembros por igual)
- Responsabilidad solidaria sobre los resultados y acciones.

Factores que condicionan el trabajo en equipo:

- Experiencias personales previas en otros equipos
- El grado de armonía y cordialidad entre sus miembros
- La ideología propia y de la institución
- La delimitación de funciones
- La competencia profesional
- La motivación

Si queremos ofrecer una atención sanitaria global y de calidad que responda a las necesidades de salud de la población, con el máximo de eficacia y eficiencia, es imprescindible el trabajo en equipos multidisciplinares, entendiendo siempre que el protagonista principal es la persona que demanda atención.

LA GESTIÓN DE LOS CUIDADOS.

INTRODUCCIÓN.

¿Qué entendemos por gestión de cuidados? ¿Qué significa la gestión de cuidados dentro del sistema sanitario? ¿Quién o quienes gestionan cuidados? Estas son algunas de las cuestiones que se plantean cuando se habla de la gestión de cuidados y para las que se buscarán respuestas a través de los siguientes temas.

Con anterioridad se ha definido el concepto cuidados y se ha visto quienes son y como se forman los profesionales de los cuidados. Es obvio que el principal gestor de los cuidados es el profesional que los practica, que los dispensa y su objetivo debe ser conseguir la máxima satisfacción de las necesidades de las personas cuidadas. Pero los cuidadores no practican desde la individualidad sino dentro de equipos de trabajo (unidades asistenciales o centros de salud) y por supuesto, dentro de un sistema sanitario cuyos principios, valores y estructura están definidos. Todo este entorno va a tener mucho que ver con los cuidados que se practiquen y que el usuario percibe.

En la sociedad actual, donde la salud ha dejado de ser considerada sólo la ausencia de enfermedad, donde se reconocen múltiples determinantes del estado de salud y donde se ha aprendido que las necesidades pueden ser infinitas pero los recursos son limitados, las organizaciones sanitarias han comprendido su responsabilidad en conseguir el máximo beneficio sanitario para el paciente al menor riesgo y coste posible.

Así, las organizaciones sanitarias están incorporando del mundo empresarial herramientas de gestión que optimicen sus resultados y se observa como se han introducido reformas para crear una cultura o identidad de empresa volcada sobre el cliente y, donde los intereses de los trabajadores confluyan con los de la organización. Veremos a continuación qué ocurre en el campo de los cuidados.

LA MISIÓN EN LA GESTIÓN ENFERMERA.

La reflexión central, para orientar la planificación del servicio enfermero está en la evolución del concepto de cuidado enfermero y su objeto o razón de ser en la organización de los servicios.

La enfermera profesional cuida:

- Cuando enseña, ayuda o suple los cuidados de la persona y su entorno.
- Cuando éstos, (la persona, el entorno) requieren cuidados para la salud y la vida.
- Cuando los cuidados requieren la dependencia del sistema de salud por su complejidad técnica o especialización profesional.

Así, los ámbitos del cuidado enfermero habrán de estar en todas las situaciones de vida y salud de las personas y en todos los contextos del desarrollo humano en donde el cuidado de la salud de uno mismo y de las personas dependientes requiere ayuda profesional. Los espacios del cuidado enfermero están en:

- **El medio sociosanitario.** Es el contexto donde viven y se desarrollan los procesos de vida y salud de las personas que requieren atención, derivada de situaciones de dependencia de cuidados.
- **La atención primaria de salud.** Hace referencia a la atención programada y continuada a las personas y grupos de población, para promover y recuperar su salud y bienestar.
- **La atención especializada.** Es la que se oferta en instituciones sanitarias, que se caracteriza por su alta complejidad tecnológica y de especialización en la atención de los cuidados de la salud.

Desde la definición del cuidado enfermero, vista anteriormente consideramos que:

- La enfermera es un *recurso profesional* del sistema de salud, ligado por tanto a las políticas y a la organización sanitaria.
- La enfermera establece la relación de ayuda como respuesta a una necesidad de cuidados que tiene la persona y su entorno.
- La enfermera tiene una delimitación del campo de actuación y define un método de intervención, en el cuidado de la salud y la vida.

Una buena planificación de recursos es aquella que asigna a cada circunstancia particular el profesional más capacitado para abordar el servicio en términos de calidad científica, técnica y humana. El cuidado y mantenimiento de la vida y la salud es una responsabilidad profesional de la enfermera refrendada, en el contexto disciplinar, por el desarrollo del conocimiento enfermero. La utilización del recurso enfermero en el sistema de salud será más eficiente cuanto más utilice su potencial. Los resultados en salud serán distintos si gestiona cuidados integrales que si gestiona “ejecución de técnicas”.

PRINCIPIOS DE LA GESTIÓN DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS.

Aceptando el cuidado enfermero como hasta ahora se ha definido, podemos esquematizar los principios que significan la gestión de los cuidados en los aspectos siguientes:

- **Los elementos** o contenido de la gestión de cuidados lo constituyen:

- § **La planificación** de los cuidados enfermeros, que deberá estar dirigida a las necesidades de la persona en términos de cuidados para la salud y a la gestión del entorno como condicionante de salud y vida.
 - § **Los valores** del cuidado, que estarán determinados por la percepción particular del cuidado de sí mismo que tiene cada persona y que se incorporan y constituyen un elemento de la construcción conceptual del cuidado enfermero.
 - § **Los métodos de análisis** de las necesidades de cuidados, que incorporan tanto el registro objetivo de las variables cuantitativas, como aquellas variables obtenidas por métodos cualitativos que recogen la percepción de las personas y su entorno.
- **El campo de la gestión de los cuidados** estará determinado por:
 - § **La estructura** de los cuidados que parte del conocimiento enfermero y de los valores implícitos en el cuidado de la salud.
 - § **El proceso** de los cuidados, que está definido por la manera particular de hacer enfermería (método enfermero) y por el contexto donde se brindan los cuidados (entorno estructural).
 - § **Los resultados** son la medida de salud alcanzada en relación con la capacidad de autonomía de las personas y su entorno para satisfacer sus necesidades de cuidados.

Estos tres elementos, conocimiento, método y contexto de los cuidados, definen el ser, el hacer y el estar del cuidado enfermero, siendo los determinantes de la gestión de los cuidados enfermeros. Es una necesidad social responder con calidad técnica y humana a los requerimientos de los cuidados que demandan y perciben las personas y la población en su conjunto, además de un reto para la gestión de los servicios de salud.

ESTRATEGIAS DE LA GESTIÓN DE CUIDADOS.

Para alcanzar la adecuada planificación y gestión de los servicios enfermeros en el marco del cuidado de la salud se han de considerar tres líneas estratégicas de actuación:

Estrategia desde una opción profesional.

La planificación de los servicios de salud deberá contemplar la especificidad del servicio enfermero. La delimitación de su campo de actuación conlleva la aplicación de los diagnósticos enfermeros. La sistematización de la atención y la continuidad de los cuidados implican el desarrollo metodológico y el manejo de sistemas de registro. La relación de ayuda establece la definición del producto de salud que da la enfermera y la manera y el modo en el que se establece el servicio de atención de cuidados. La coordinación interprofesional

asegura la atención global a la persona, y la cooperación con las estructuras y redes sociales garantiza un entorno favorecedor para el autocuidado. El estudio y la profundización en el conocimiento enfermero, apoyado de la investigación aplicada, nos va a permitir hablar en términos de calidad, coste y efectividad de la atención enfermera en los servicios de salud.

Estrategia en el entorno del sistema de salud.

¿Cómo distribuir una plantilla de enfermeras en una unidad de cuidados, como planificar los espacios en un centro de salud, como utilizar los sistemas de registro, etc.? Para responder a estas cuestiones hemos de definir qué le pedimos a la enfermera que haga, es decir, que modelo de cuidados enfermeros hemos definido. De este modelo de planificación se va a derivar toda la organización de los procedimientos, manuales de atención de cuidados y sistemas de registro estandarizados. Se trata de que el discurso enfermero y el del sistema de salud no sean realidades que caminen de forma paralela ya que uno y otro son parte de una misma razón de ser. Partir de un modelo conceptual enfermero para la planificación de las prestaciones y establecer los requisitos para la organización de los servicios enfermeros implica la definición de los objetivos de salud, que han de marcar la orientación de los perfiles profesionales y el establecimiento de los recursos necesarios.

Por otra parte, para abordar la evaluación de las prestaciones enfermeras se hace necesario partir de una planificación en los términos descritos, es decir, haber creado el marco de atención enfermera o, lo que es lo mismo, la estructura y la definición previa del proceso de atención de cuidados enfermeros.

Estrategia en el entorno social.

Los cambios sociales que actualmente se están dando a partir del aumento de personas mayores en la población y el descenso de la natalidad, así como las innovaciones tecnológicas y de comunicación, aplicadas al campo de la salud, están demandando el diseño de nuevas estrategias en la manera de afrontar la atención sanitaria.

APLICACIÓN DE LOS INSTRUMENTOS DE LA GESTIÓN A LOS CUIDADOS.

Uno de los aspectos que hacen referencia a la gestión son las técnicas y métodos que provienen del conocimiento de la administración y que se aplican en las diferentes esferas del medio social. Los métodos de gestión son universales en su aplicación en los diversos campos de la vida humana, pero la especificidad de su aplicación viene determinada por los objetivos del sistema social en el que se aplica, sistema educativo, sanitario, jurídico, económico etc.

En el campo de la gestión de los cuidados y de la evaluación de los procesos de atención, en términos de calidad y coste, consideramos que son tres los instrumentos esenciales que permiten que la gestión de los cuidados responda al objeto del cuidar de la vida y la salud de las personas. Así, la gestión de cuidados:

- Requiere información.
- Aplica los métodos de la administración.
- Evalúa resultados.

La gestión de los cuidados requiere información.

La planificación de los servicios parte de la información previa que sustenta la base de datos que orienta los servicios de salud. Gestionar la información implica definir las variables de estudio de los cuidados enfermeros, analizar y procesar la información en forma de indicadores de salud y evaluar resultados. Nuestro sistema de información sanitario adolece de indicadores de cuidados y de calidad de vida y esta situación afecta en gran medida la planificación de los cuidados. De alguna manera lo que no se mide o no se puede medir, no existe; si solo podemos medir aspectos parciales del cuidado, corremos el riesgo de reducirlo en gran medida con las repercusiones que ello conlleva.

Cuando entendemos la salud como el equilibrio entre el hombre y el entorno, estamos aceptando que se requieren instrumentos de valoración de necesidades, cualitativos y cuantitativos, cuestión que se deberá incorporar en el sistema de información sanitario.

La gestión de los cuidados aplica los métodos de la administración.

La gestión de los cuidados incorpora los instrumentos que aportan la ciencia y la técnica de la administración y la gestión de servicios y los aplica en el contexto de la gestión de los servicios de salud y de la enfermería.

Como ya se ha dicho la gestión de los cuidados requiere la definición de los problemas (diagnóstico enfermero) y la clasificación de intervenciones enfermeras (CIE), para poder definir el proceso asistencial de la atención enfermera y medir sus resultados.

La gestión de los cuidados se integra en la organización general de las políticas de salud del país y en la organización de los servicios de cada contexto y situación, bien sea en la atención hospitalaria, en la atención primaria o en la atención sociosanitaria, siendo éste un campo que cada vez demanda una mayor atención de cuidados de la salud.

La gestión de cuidados evalúa resultados.

Los indicadores de salud, en el contexto del sistema sanitario, nos deberán dar el conocimiento de las enfermedades, los problemas de salud como condicionantes de riesgo y las necesidades de cuidados por la incapacidad o déficit de las personas y su entorno para el mantenimiento de la vida y la salud.

Evaluar a partir de indicadores de salud, desde la perspectiva del cuidado, implica conocer la medida de las necesidades y requerimientos de cuidados y la capacidad de resolución de los problemas enfermeros de que dispone el sistema de salud.

Los indicadores de utilización de recursos nos muestran dos aspectos fundamentales: por un lado la capacidad de los recursos utilizados, de enfermeras, de materiales y de presupuesto, medidos en unidades de recursos, cuantitativamente. Y por otro, la función de utilidad de los recursos en relación con el problema de salud, medida en términos de evaluación cuantitativa de

recursos. Evaluar a partir de los indicadores de utilización de los recursos nos relaciona el número de recursos utilizados con la capacidad de éstos para resolver los problemas de salud de la población que se corresponden con el cuidado de la vida y la salud.

Los indicadores de resultados determinan la efectividad del servicio enfermero, la eficiencia en relación con el coste de los procesos, la cobertura en relación con el análisis de las necesidades de los cuidados y la aceptabilidad de la población respecto de la atención enfermera.

En los instrumentos de evaluación de servicios de salud, habrá por lo tanto que incorporar el lenguaje de los cuidados enfermeros a partir de:

- El marco disciplinar de referencia.
- La definición de problemas y clasificación de intervenciones enfermeras.
- Los indicadores de resultados, que permitan la evaluación de los procedimientos y los resultados de la atención de cuidados enfermeros en términos de salud y de coste y, en términos de satisfacción, de los beneficiarios del servicio.

El gran reto de la gestión de los cuidados enfermeros para nuestro sistema de salud es determinar el análisis de las necesidades de cuidados en la planificación y evaluación de la gestión de los servicios enfermeros. Gestionar los recursos para satisfacer las necesidades de cuidados de las personas y gestionar el entorno como instrumento que permita el desarrollo del cuidado de la salud.

EL PRODUCTO ASISTENCIAL. SU MEDIDA. LAS INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

Para planificar y gestionar es imprescindible definir cuál es el producto que se ofrece, cuyas características van a determinar su valor o precio, y por tanto, su coste.

Un producto sanitario es un servicio cuya necesidad se hace presente en el caso de una carencia, ya sea de bienestar, o de información, o de funcionalidad, que constituye una situación de problema de salud o de enfermedad. Ante esta situación, el individuo acude a aquellas instituciones y profesionales que producen los servicios que pueden llegar a solucionar sus necesidades.

Los productos sanitarios o asistenciales están constituidos por los programas, procedimientos y procesos que cada institución desarrolla en función del cliente o usuario, teniendo en cuenta de forma principal, tanto los intereses y necesidades del paciente o cliente como el propósito de la propia institución. El conjunto de todos esos productos se enumera en la Cartera de Servicios.

Los productos sanitarios son difíciles de catalogar y clasificar. Son extremadamente complejos, ya que se componen de muy diversos elementos (medios diagnósticos, de tratamiento, de relación personal, hoteleros etc.) Por otra parte son enormemente personalizados, ya que es una atención individual la que se presta por la organización y sus profesionales de atención directa. No obstante, a efectos de su conocimiento, se puede hacer la siguiente aproximación:

Desde el punto de vista de la empresa.

- Producto final o terminal: es una consideración de la integridad del proceso realizado, expresado en cambio de la situación que padecía el paciente. Constituyen el objetivo básico de la atención y debe ser fácilmente identificado, de forma que se pueda cuantificar su coste.
- Producto intermedio, que está constituido por las diversas actividades que tengan categoría identificable y que son necesarios coadyuvantes para la consecución del producto final. Engloba pruebas diagnósticas de todo tipo, la alimentación, la información y registros etc. También requieren identificación y concreción, de manera que se pueda calcular su coste.

Desde el punto de vista del cliente.

- El producto central (core product), que se refiere al punto principal de la atención, que para el usuario es la resolución del problema.
- El producto tangible, que significa las actuaciones concretas para resolver el problema.
- El producto ampliado, que tiene que ver con las condiciones generales de la atención, es decir, el entorno, las comunicaciones, la relación interpersonal con los diferentes profesionales, etc.

Conocer los tipos de productos es necesario para la gestión de los recursos adecuados y su cuantificación económica.

Para ello se hace necesario agrupar estos productos, bien relacionándolos con el proceso o con el paciente que los recibe. La primera aproximación a esta agrupación es conocer las clasificaciones diagnósticas de las enfermedades, cuyo ejemplo más difundido es la Clasificación Internacional de Enfermedades cuya versión más reciente es la CIE 10. Sin embargo, esta clasificación nos ofrece poco más que un mero listado, por lo que se ha avanzado en la agrupación de los llamados sistemas de clasificación de pacientes, que definen el case mix o casuística de cada centro y permiten el conocimiento más cercano, tanto de los productos que se ofertan, como del coste real total.

SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES.

Los sistemas de clasificación de pacientes son agrupaciones de los pacientes, de acuerdo a criterios relevantes, que hacen homogéneos a estos grupos y permiten identificar las características de la atención precisas en cada uno de ellos, lo que permite tanto la previsión de las necesidades como el cálculo de su coste. El primer criterio de agrupación lo constituye, en muchos de estos sistemas, el diagnóstico principal que presenta el paciente según el CIE 10. El sistema de clasificación más implantado en España es el GRD (grupos

relacionados con el diagnóstico) cuyo criterio de agrupación es el CIE 10, aunque existen otras clasificaciones basadas:

- ∅ en la evaluación de la gravedad:
 - AS SCORE: A, edad; S, sistema afectado; S, estadio de la enfermedad; CO, complicaciones; RE, resultados.
 - PSI: índice de severidad de los pacientes.
 - APACHE: (*Acute physiology and chronic health evaluation*),. Existen tres versiones que miden variables fisiológicas.

- ∅ en el consumo de recursos:
 - RUG: (*Resource utilization groups*). Grupos de utilización de recursos.
 - AVG: (*Ambulatory visit groups*). Grupos de visita ambulatorio.

INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA.

En la última década, las enfermeras de todo el mundo han realizado importantes trabajos de clasificación de las actividades enfermeras desde muy diversos puntos de partida, ya sean taxonomías diagnósticas, con su correlato de intervenciones y resultados, como las escalas de dificultad del cuidado o de dependencia de los pacientes.

Esto ha sido necesario para organizar un sistema de atención de cuidados enfermeros, con canales y medios de información y recogida de datos adecuados, y para facilitar la gestión de estos cuidados, desde el punto de vista económico y otros, como puede ser el de cálculo de plantillas.

Son destacables, en este sentido, los trabajos realizados por el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) que, con su Clasificación Internacional de la Práctica Enfermera (CIPE), trata de establecer un sistema taxonómico que permita, de acuerdo con un diagnóstico enfermero conocido y bien enunciado, predecir las intervenciones necesarias y los resultados que se puede esperar de estas intervenciones. Igualmente, se han publicado en España los resultados de algunas investigadoras de la Universidad de Iowa, en los Estados Unidos, que también se enmarcan en este contexto, con una descripción y catalogación de intervenciones enfermeras y de resultados (NIC y NOC). Ambos proyectos no tienen, de momento, una consecuencia de validación de costes, aunque es previsible que se pueda llegar a ella.

En España es de destacar el *proyecto NIPE* (Proyecto de Normalización de las intervenciones para la práctica de la enfermería). Su objetivo principal es desarrollar una metodología para la estandarización de actividades, tareas, procedimientos e indicadores de calidad, encaminados a la evaluación y acreditación de las Unidades de enfermería. En el NIPE participan profesionales de toda España. Tiene como base de desarrollo el sistema de clasificación d pacientes GRD.

El proyecto NIPE aporta a la enfermería:

- La creación de una nomenclatura y un glosario de términos vinculado a la atención de enfermería.
- La descripción de un catálogo de intervenciones enfermeras.
- La definición y homogeneización de los procedimientos, guías y procesos de enfermería.
- Los indicadores de calidad de resultados de la prestación de la atención de enfermería.
- La cuantificación y medición de los costes asociados a las actividades enfermeras definidas en cada GRD.
- El desarrollo de protocolos para el conocimiento y utilización de los usuarios.

LOS COSTES SANITARIOS. LOS COSTES DE LOS CUIDADOS.

Las empresas sanitarias, para producir un servicio o actividad que mejore y transforme la situación de salud del usuario, emplean una serie de activos o factores de producción (ya sean materiales, horas de trabajo, capacitación del personal, etc.) que generalmente tienen una valoración económica, que se denomina coste.

La determinación y el estudio de los costes tiene diversas técnicas y es relativamente fácil en una empresa de producción de bienes tangibles, como puede ser cualquier fábrica, pero se hace más complicado en una empresa de servicios en la que intervienen otros factores menos cuantificables de forma concreta, como el trato personal, la satisfacción del cliente etc. La organización o empresa sanitaria presenta en este aspecto del coste y su estudio una dificultad incrementada, ya que, en ocasiones, su propio producto es difícilmente valorable en términos económicos.

Una definición de coste podría ser la siguiente:

“El consumo, valorado en dinero, de los bienes y servicios necesarios para la obtención de productos que constituyen el objetivo del centro asistencial” (Bonilla Martos, 1999).

Una idea importante de esta definición es que centra el tema de los costes en aquellos que utilizan los recursos, es decir, en el personal, lo que nos lleva a la consideración de éstos no solo en el manejo, sino en el control y adecuación de los costes.

No podemos obviar hacer mención a la *relación de agencia* que se establece entre el usuario y el profesional sanitario y que podríamos explicar de la siguiente forma: el usuario acude al profesional ante un problema percibido, pero a partir de ahí es el profesional sanitario el que cataloga su problema y decide qué tipo de recursos son necesarios para la solución del mismo. Esta situación convierte a los profesionales sanitarios en los verdaderos demandantes del sistema y al mismo tiempo en los principales gestores de recursos, a la vez que, en gran medida, desconoce los costes de esos recursos.

En nuestro sistema sanitario público se produce, por tanto, una situación curiosa: el que consume los servicios (usuario) no es el que los compra (el médico) ni tampoco el que los paga directamente (el estado).

El cálculo de los costes enfermeros tiene una gran importancia, ya que permite, como el de otros productos, conocer su definición, características, relación con otros y en definitiva, valorar el cuidado no sólo desde el punto de vista económico, cuestión ya de por sí importante, sino también desde el del impacto real en la atención sanitaria global. En la actualidad, la enfermera busca los sistemas de medida de su trabajo, de sus costes y de sus resultados, para de esa manera, demostrar con datos que todos entiendan su verdadero valor para la empresa de salud.

Tradicionalmente, el cálculo de los costes de los cuidados enfermeros se ha venido haciendo bajo la premisa casi exclusiva del tiempo empleado por las enfermeras y auxiliares y, de esta manera, se calculaba que una unidad de cuidados tenía un coste que correspondía al número de empleados, multiplicado por su salario, de manera que todas las unidades del hospital se dotaban del mismo número de enfermeras y auxiliares y venían a tener el mismo coste. Este tipo de cálculo es excesivamente simple, no considera otros criterios como la complejidad de la atención, no calcula los tiempos vacíos de actividad ni da ningún valor a las actividades de apoyo, consejo etc., lo que se denominan en general “cuidados invisibles”.

En la determinación de los costes de los cuidados se da una circunstancia que interesa resaltar y que está íntimamente relacionada con el uso de los recursos por parte de los profesionales. En general en los sistemas sanitarios son los profesionales médicos quienes gestionan la mayor parte de los costes tangibles prescribiendo tratamientos, pruebas diagnósticas, interconsultas, ingresos, intervenciones, etc.

El consumo de recursos que utilizan las enfermeras en la aplicación de cuidados representa una porción muy pequeña dentro de los costes sanitarios, ya que se reduce al consumo de material para la aplicación de tratamientos (prescritos por otros profesionales) y la realización de curas (en la que la elección más acertada del material a utilizar tiene escasa repercusión). Esto reduce el coste de los cuidados prácticamente a las retribuciones del personal de enfermería (que no es desechable debido al gran número de profesionales requeridos en la atención sanitaria, especialmente hospitalaria). Sin embargo, una deficiente planificación de cuidados puede generar costes importantes. Sirvan algunos ejemplos:

- La no realización de cambios de cambios posturales en un encamado puede conducir a la aparición de úlceras por presión.
- La no instrucción al paciente sobre los cuidados al alta hospitalaria puede significar un reingreso.

TIPOS DE COSTES.

Según su posibilidad de valoración económica:

- *Tangibles*, aquellos que tienen una valoración económica bien delimitada y conocida. A su vez, pueden ser:
 - Directos (la medicación empleada en un tratamiento)
 - Indirectos (electricidad, estructura informática)
- *Intangibles*, aquellos que no pueden cuantificarse de forma concreta. Son un ejemplo los tiempos dedicados a comunicación o a reflexión acerca de una decisión a tomar. Los cuidados enfermeros tienen un gran componente de estos costes, lo que ha hecho que en los últimos tiempos se trabaje con sistemas de cálculo de ellos, para conseguir cuantificar lo máximo posible la actividad enfermera. Un ejemplo es el proyecto Signo II que se explica más adelante.

Según la parte del sistema que reflejen:

- *Totales*, son los que reflejan el conjunto de actividad y producción de toda la institución. Se dividen a su vez en:
 - Fijos, (algunos autores los llaman de “estructura”), son aquellos que se producen sin relación directa con la actividad o el producto conseguido, con independencia de la cantidad de trabajo realizado (calefacción, agua, luz etc.).
 - Variables, que cambian de acuerdo al nivel de trabajo y producción (medicación, alimentación etc.).
- *Unitarios*, que se refieren al coste de la unidad de producto, calculada como promedio. Se obtienen dividiendo el coste total por el número de intervenciones realizadas.

Según su naturaleza.

- *Materias primas*: es el consumo de bienes o factores de producción, generalmente procedentes del exterior de la organización, que son necesarios para la confección del producto.
- *Mano de obra*: que representa el gasto por el personal que trabaja de forma directa o indirecta, en la prestación de los cuidados asistenciales.
- *Gastos generales de producción*: son los otros gastos que son precisos para la realización de la actividad sanitaria o asistencial (conservación de equipos clínicos, lavandería etc.)

MANEJO ANALÍTICO DE LOS COSTES.

Para la gestión de los costes, es necesario implantar y mantener un sistema de información y manejo de los mismos, que se realiza analizando cada uno de ellos y adscribiéndolos a diferentes centros o unidades de coste, que son las responsables de la ejecución de las distintas actividades productivas. Con ligeras diferencias, se han establecido en los hospitales y áreas de salud del

estado estos sistemas analíticos, que permiten sobre todo un mejor conocimiento del coste, su lugar de producción y su imputación a efectos de gasto, lo que conlleva una mejor gestión y alcanzar una medida del coste por servicio e incluso del coste por proceso de atención, en cualquiera de sus categorías.

En 1992, el extinto Insalud estableció el **proyecto SIGNO**, que estructuró los niveles de gestión de los costes en tres:

- Primer nivel: representado por los Grupos Funcionales Homogéneos (GFH), que son las unidades mínimas de gestión que están dotadas de recursos humanos y económicos propios, objetivos propios, responsabilidad definida, localización física concreta y código identificativo, a efectos de recogida de datos.
- Segundo nivel, que se constituye por los Servicios Funcionales (SF), que agrupan a uno o varios GFH y tienen un responsable jerárquico común.
- Tercer nivel, que son las Áreas Funcionales (AF) que a su vez, agrupan a varios SF.

Estas unidades se clasifican, según la producción que llevan a cabo, en:

- Estructurales, que son unidades de soporte a los GFH, directivas y económico-administrativas, en las cuales es imposible establecer costes y facturación, ya que no tienen una actividad productiva definida. Sirva como ejemplo la Dirección de Enfermería. Sus costes se denominan igualmente estructurales.
- Intermedias, responsables de la logística y de servicios que elaboran o realizan productos intermedios, que habitualmente trabajan a petición de otros servicios, a los que podrían facturar sus costes. Por ejemplo, los laboratorios y de acuerdo a algunas ideas, las unidades de cuidados enfermeros. Así son consideradas actualmente por la mayoría de las empresas sanitarias. Sus costes son costes que se trasladan a otras unidades, es decir, son imputados o repercutidos.
- Finales, a los que se adjudica el producto final, es decir, la consecución del objetivo general de la asistencia. Por ejemplo, neurocirugía, medicina interna.

De esta manera, los costes de una unidad o GFH asistencial (un servicio de atención médica) serán la suma del coste estructural, repartido de acuerdo a criterios de la organización, el coste repercutido, según cálculo o facturación específica, y el coste propio (personal, material, etc).

En la práctica, cada GFH, al conocer sus costes, puede realizar los cálculos oportunos de previsión de gasto y saber exactamente cuales son las influencias en el coste total del servicio o del proceso asistencial. Permite también la

imputación de los costes a cada unidad o servicio, sabiendo exactamente su procedencia.

ATENCIÓN HOSPITALARIA: COSTES DE ENFERMERÍA. MODALIDADES EN LA ORGANIZACIÓN DE LA PRESTACIÓN DE CUIDADOS.

Desde antiguo, la determinación de costes sanitarios venía realizándose por cálculos aproximados del coste total de las organizaciones, hallando la suma de todas las partidas económicas empleadas en el funcionamiento de la organización en un tiempo determinado, generalmente un año. Esta medida permitía hallar costes intermedios, como el de cada ingreso, por ejemplo, por la simple división del gasto total anual por el número de ingresos. Sin embargo este tipo de cálculo demostró su ineficacia frente a las necesidades de gestión de la organización derivadas de los nuevos desafíos económicos y financieros planteados por la evolución de la asistencia sanitaria.

En los años 60 y 70 en Estados Unidos se iniciaron trabajos destinados a imputar costes, bien a tipos de pacientes definidos o a actividades concretas con objeto de poder reembolsar los costes producidos por pacientes ingresados y financiados por las entidades MEDICARE (programa de seguro del gobierno para mayores de 65 años y crónicos), MEDICAID (programa de ayuda a ciudadanos de ingresos bajos) y a compañías aseguradoras privadas. Ello dio origen a sistemas de clasificación de procesos asistenciales o de pacientes, que recibieron genéricamente el nombre de case mix (casuística del centro).

Como se ha visto anteriormente, el cálculo de los costes sanitarios se realiza de forma general según criterios de productividad médica, en la que las enfermeras y los cuidados que prestan alcanzan a lo sumo una categoría de producto intermedio. Sin embargo, el interés por determinar el coste del personal de enfermería siempre ha estado presente, ya que en algunos hospitales supone hasta el 60% de los costes totales. El hecho de que los cuidados sean considerados un producto intermedio y el hecho de que en gran medida sean costes intangibles no solo dificulta su medición sino que favorece su invisibilidad.

Se ha mencionado anteriormente que el sistema GRD es el sistema de medida del case mix más seguido en España. Los GRD identifican de forma pertinente el consumo de recursos clínicos (recursos relacionados con el diagnóstico y el tratamiento), pero no es suficiente para medir el coste de los cuidados. El coste de los cuidados presenta una gran variabilidad de un paciente a otro, aunque estén identificados con la misma patología.

EL PROYECTO SIGNO II.

En España, el trabajo más ajustado y útil está representado por el Proyecto SIGNO II de Enfermería, que comenzó su andadura en 1992, con sucesivas etapas de implantación en algunos hospitales de la red asistencial pública.

El SIGNO II pretende instaurar un sistema de determinación de coste del cuidado enfermero por paciente, a través de la elaboración de un catálogo de actividades enfermeras, la medición de éstas en unidades relativas de valor (URV) y el desarrollo, a través de estas actividades, del producto enfermero, que se define en el proyecto como “conjunto de cuidados prestados a los pacientes”. Por su parte, la actividad enfermera o la acción cuidadora se define como:

“Conjunto de actos físicos y/o verbales y/o mentales, planificados por la enfermera y ejecutados por uno o varios miembros del personal cuidador, en respuesta a una necesidad específica de salud.”

Estas acciones pueden ser, de acuerdo a sus características, de tres tipos:

- Autónomas, que son las que pueden considerarse incluidas en el campo del diagnóstico y del tratamiento enfermeros, y pueden, por tanto, ser realizadas bajo la responsabilidad profesional de la enfermera o bien delegadas por ésta en el personal auxiliar u otros (familia)
- Derivadas: son aquellas que normalmente se llevan a cabo a partir de instrucciones recibidas de otros profesionales, por lo general, los médicos.
- De soporte: son aquellas que apoyan la actividad asistencial y que se encuadran dentro de la estructura organizativa y de coordinación del centro.

Para la imputación de costes, se establecen tres criterios, que son los de considerar:

- Nivel A. Por estancias ponderadas.
- Nivel B. Por niveles de dependencia, es decir, por nivel de cuidados de enfermería, homologados por paciente, de acuerdo al catálogo de actividades cuidadoras.
- Nivel C. Por planes estandarizados de cuidados, según catálogo homologado de productos enfermeros.

El sistema se basa en: La elaboración de un catálogo de actividades enfermeras para el que se ha elaborado un instrumento de recogida, que permite el tratamiento de los datos. Estas actividades enfermeras siguen las ideas presentes en el modelo de necesidades básicas de Henderson, pero se ha realizado un listado, que recoge tanto algunas de las necesidades, como actividades concretas. El listado de los 11 grupos de acciones es el que sigue:

- AR) Actividad-movilidad/Reposo-sueño.
- AH) Alimentación e hidratación.
- CR) Comunicación-relación.
- E) Eliminación.
- EN) Enseñanza.

- H) Higiene.
- MD) Métodos de diagnóstico.
- OB) Observación.
- R) Respiración.
- SC) Seguridad y confort.
- TC) Terapias y cuidados especiales.

Cada uno de estos grupos se descompone en acciones concretas que tienen también su descripción de la secuencia o protocolo de la acción, así como las observaciones pertinentes, si es el caso.

- Establecer una medida de los niveles de dependencia de cada paciente o tipos de pacientes, que tengan una medida en tiempo de atención.
- Otorgar un valor determinado a cada una de las actividades enfermeras, según su descripción y complejidad.
- Elaborar planes de cuidados estandarizados, que permitan agrupar a los pacientes, según GDR u otro case mix que se utilice en el hospital o centro.
- Establecer costes imputables por cada acción, paciente o unidad, de acuerdo a criterios de tiempo empleado en la atención, coste del personal de la unidad y coste del material empleado en la acción cuidadora, es decir, el material fungible sobre el que las enfermeras tienen capacidad de compra. A este material también, a efectos de cálculo, se le otorga una unidad relativa de valor y se le agrupa, de acuerdo con ésta.

El proyecto ha avanzado hasta la determinación de tiempos y niveles de dependencia. Se dispone también de costes totales por unidad de cuidados, pero no por proceso ni por paciente.

CÁLCULO DE PLANTILLAS.

La preocupación por la asignación de plantillas en las unidades asistenciales ha llevado al desarrollo de múltiples herramientas, entre ellas:

- **Parilla Montesinos.**

El sistema de Montesinos analiza 16 variables (edad, peso, 4 variables de cuidados personales, 3 variables de comunicación y 7 variables de cuidados técnicos), para cada variable el paciente recibe una puntuación de 1 (menos dependiente) a 4 (más dependiente). La suma de los puntos puede oscilar entre 16 (mínimo) a 64 (máximo). Según la puntuación aparecen seis tipos de pacientes:

- Independientes, hasta 18 puntos.
- Muy poco dependientes, entre 19 y 22 puntos.
- Poco dependientes, entre 23 y 32 puntos.
- Dependientes, entre 33 y 42 puntos.
- Muy dependientes, entre 45 y 53 puntos.
- Altamente dependientes, de 54 a 64 puntos.

- **El PRN como herramienta complementaria a los GRD.**

El sistema PRN se desarrolló en Canadá en la universidad de Montreal y es el más conocido a nivel internacional.

El PRN podría ser un instrumento complementario a los GRD para definir y medir los recursos necesarios ante un proceso hospitalario. Es un sistema que permite medir la cantidad de personal, en cada unidad de hospitalización y en cada turno de trabajo, para proporcionar los cuidados de enfermería que requieren el conjunto de pacientes ingresados. Este cálculo se fundamenta principalmente en el plan de cuidados que elabora la enfermera a partir de una recogida sistemática de datos. El sistema permite atribuir recursos de enfermería a una unidad de hospitalización y asignar enfermos al personal en función de la carga de trabajo que genera cada paciente. También permite repartir equitativamente las categorías de personal en función de las características de los cuidados que se han medido para el conjunto de enfermos ingresados en una unidad de hospitalización. A la vez constituye una fuente de información precisa que ayuda a la planificación, facilita el control presupuestario con eficacia y contribuye a mejorar la calidad de los cuidados.

El sistema PRN consta de tres módulos de medida:

§ **Módulo 1:** Corresponde a los actos específicos de una intervención de enfermería. Incluye cuidados directos (aquellos que la enfermera ejerce junto al enfermo) e indirectos (aquellos que se ejecutan en otro lugar de la misma unidad de hospitalización).

Este modulo está compuesto por 249 factores, que se corresponden con las acciones de enfermería que hay que llevar a cabo para promover la salud, prevenir los problemas de salud, desarrollar el tratamiento, la reeducación y la readaptación del paciente hospitalizado. Cada intervención o factores ha ponderado con una serie de puntos y cada punto equivale a un periodo de tiempo de 5 minutos.

Estos factores se agrupan en 99 subgrupos. Los 99 subgrupos se agrupan en 8 grupos (los cinco primeros se corresponden a las necesidades básicas fisiológicas del enfermo, el sexto a las relacionadas con las necesidades de integración biopsicosocial, el séptimo contiene los factores relativos a las necesidades de tratamientos específicos del paciente y el octavo a las acciones de enfermería relacionadas con los métodos diagnósticos.

§ **Módulo 2:** Corresponde a las comunicaciones que se efectúan en relación al paciente. Incluye la elaboración del plan de cuidados, su puesta al día y el intercambio de información entre los miembros del equipo o con los familiares.

§ **Módulo 3:** Incluye actividades de: a) administración de la unidad, b) actividades relativas al mantenimiento y la verificación del material y c) desplazamientos en la unidad para actividades administrativas o para acompañar a un paciente.

- **Otros sistemas de cálculo de necesidades de enfermería:**

- § La clasificación de Hendrikson.
- § El Sistema medicus.
- § El GRASP.
- § El Niss.

SISTEMAS DE PROVISIÓN DE CUIDADOS.

El número de enfermeras por equipo asistencial va a depender no solo de las necesidades de los pacientes y las intervenciones de las enfermeras sino también de la forma en que se organice la prestación de cuidados, que a su vez estará relacionado con el modelo organizativo de la institución. Podemos diferenciar varios sistemas de provisión de cuidados:

- *Funcional.* Los cuidados son distribuidos entre las enfermeras por tareas; es decir, una enfermera administra la medicación, otra realiza la toma de constantes, otra realiza las curas etc. Este sistema ha demostrado ser poco motivador para los profesionales y poco satisfactorio para los usuarios. Se fragmenta no sólo los cuidados sino también la responsabilidad.
- *De enfermera primaria.* Cada enfermera es responsable de planificar y organizar los cuidados de los pacientes asignados durante su estancia en el hospital y es la responsable de su plan de cuidados durante las 24 horas del día. La enfermera es primaria de sus pacientes y colaboradora de los pacientes de otras enfermeras.
- *Equipo.* Consisten asignar un grupo de pacientes a un grupo pequeño de trabajo bajo la dirección de un líder. Este sistema ha sido difícil de aplicar por los turnos rotatorios, ya que no facilitan la continuidad de los grupos.
- *Asignación por paciente y turno.* La persona responsable asigna los pacientes en cada turno dependiendo de las características de los pacientes y la experiencia de las enfermeras.

LOS PLANES DE GESTIÓN.

Los planes de gestión se incorporan en los centros sanitarios en la década de los 90 como respuesta, entre otras, a las propuestas para salir de la crisis financiera. Son mecanismos que rompen la dinámica de la burocracia profesional del sistema y que potencian la descentralización y la implicación de los profesionales asistenciales.

Los planes de gestión de los centros sanitarios contribuyen a la consecución de los objetivos fijados en el conjunto del sistema y al mismo tiempo deben ser coherentes con los objetivos que se establezcan con las unidades funcionales.

Los planes de gestión hospitalarios marcan sus líneas estratégicas y dentro de cada una de ellas, los procesos y objetivos por proceso.

El modelo de cuidados, los registros de enfermería, la estandarización de planes de cuidados y de procedimientos de enfermería y la evaluación de los mismos forman parte de los planes de gestión.

Pueden consultarse dudas sobre el funcionamiento de los hospitales en: RD 521/87 por el que se aprueba el Reglamento de estructura, organización de los hospitales.

Como ejemplo de aplicación práctica sobre la gestión de cuidados en el medio hospitalario puede consultarse la página www.hospitalreinasofia-org

ATENCIÓN PRIMARIA. EL PRODUCTO ASISTENCIAL. LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS.

Como ya se ha comentado, nuestro Sistema Nacional de Salud, basado en los principios de universalidad, equidad de acceso, solidaridad, atención integral y participación comunitaria, hace llegar la atención sanitaria al ciudadano a través de dos niveles asistenciales:

- Atención Primaria, primer nivel y puerta de entrada al sistema.
- Atención Especializada, segundo nivel.

Cada uno de estos niveles dispone de las estructuras y recursos humanos adecuados al tipo de asistencia que presta.

El primer nivel asistencial tiene una características diferenciadas: *Integral* (trata de integrar actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, considerando al ser humano en su dimensión física, psíquica y social, actuando sobre el individuo, la familia, la comunidad y el medio ambiente); *continuada* (a lo largo de toda la vida del individuo); *permanente* (durante las 24 horas al día); *personalizada* (cada persona tiene asignado un médico general o pediatra y una enfermera); *participativa* (la comunidad participa en la toma de decisiones, asumiendo hábitos positivos para la salud y responsabilizándose de la utilización adecuada de los servicios de salud).

Este modelo de atención sanitaria inicia su implantación en nuestro país con el Real Decreto 137/84, sobre Estructuras Básicas de Salud y posteriormente es consolidado por la Ley General de Sanidad en 1986. Este modelo supone un cambio sustancial en cuanto al concepto de salud y en cuanto a la responsabilidad de los servicios sanitarios. Las características antes descritas, hacen necesaria la aparición del equipo multidisciplinar de atención primaria como proveedor mínimo y básico de la asistencia del primer nivel.

EL PRODUCTO ASISTENCIAL.

El producto asistencial se mide a través de la Cartera de Servicios. En ella se relacionan los servicios que el usuario puede recibir de los centros de salud. El proveedor de estos servicios es el equipo multidisciplinar formado por médicos de familia, enfermeras, pediatras y matronas (que prestan atención directa a los usuarios), junto a otros profesionales sanitarios y no sanitarios (auxiliares de enfermería, auxiliares administrativos y celadores). Cada servicio se sustenta en un programa o protocolo donde se especifica la población diana, objetivos y actividades.

Cartera de servicios en Atención Primaria.

Servicios del niño

- Consulta Niños.
- Vacunaciones infantiles (de 0 a 14 Años).
- Revisiones niño sano (de 0 a 23 Meses).
- Revisiones niño sano (2 a 5 años).
- Revisiones niño sano (6 a 14 años).
- Educación para la salud en centros educativos.
- Prevención de caries infantil.
- Atención al joven

Servicios de la mujer

- Atención a la mujer embarazada.
- Preparación al parto.
- Visita primer mes postparto.
- Información y seguimiento de anticonceptivos.
- Diagnóstico precoz de cáncer de cervix.
- Diagnóstico precoz de cáncer de endometrio.
- Diagnóstico precoz de cáncer mama.
- Atención a la mujer en el climaterio.

Servicios del adulto.

- Consulta adulto.
- Vacunación antigripal.
- Vacunación antitetánica.
- Vacunación antineumocócica.
- Vacunación hepatitis B a grupos de riesgo.
- Prevención de enfermedades cardiovasculares.
- Atención a crónicos: Hipertensos.
- Atención a crónicos: Diabéticos.
- Atención a crónicos: EPOC.
- Atención a crónicos: Obesos.
- Atención a crónicos: Hipercolesterolemia.
- Atención a pacientes con VIH-Sida.
- Educación para la salud a grupos de pacientes diabéticos.
- Educación para la salud a otros grupos.
- Educación para la salud a cuidadores.
- Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados.
- Atención a pacientes terminales.
- Atención al consumidor excesivo de alcohol.
- Prevención y detección de problemas en el anciano.
- Atención al cuidador.
- Cirugía menor.

Algunas consideraciones sobre la cartera de servicios de A.P.

- § Es una cartera de fundamentalmente preventiva y de promoción de salud, coherente con la LGS.
- § Es un catálogo de los servicios que recibe el usuario, y constituye un fiel reflejo de las prestaciones anexadas en el RD 63/95 para la modalidad de Atención Primaria.
- § Se ha desarrollado un mecanismo para su medición en cantidad (cobertura) y calidad. No mide resultados en salud, es una medición de proceso; si bien se está iniciando la medición de resultados intermedios.
- § En la provisión de los servicios participan todos y cada uno de los profesionales del equipo, estando definido en cada servicio la aportación específica de cada uno. Los diferentes profesionales tendrán mayor o menor peso dependiendo del servicio.
- § Los servicios administrativos: tramitación de tarjeta sanitaria, de reclamaciones, de adscripción de médico, citaciones de AP, citaciones de AE etc. no se han incluido dentro de la cartera ni se ha desarrollado su medición.
- § Los profesionales adquieren un papel preponderante como proveedores de servicios en Atención Primaria, debido a la naturaleza de los cuidados y al carácter de promoción de salud de la Cartera de Servicios.

Existe otra medición, que podríamos considerar producto intermedio y que se refiere a la actividad de los profesionales sanitarios en los siguientes términos:

- Médicos familia y pediatras: Consulta a demanda, programada, administrativa y consulta en domicilio
- Enfermeras: Consulta a demanda, programada; otras causas (Técnicas) y consulta en domicilio
- Matronas: Consulta en centro, consulta en domicilio y sesiones de educación grupal.
- Trabajadoras Sociales: Consulta en centro, Consulta en domicilio, intervenciones comunitarias.

Algunas consideraciones sobre los indicadores de actividad de AP.

- § Teóricamente mide la carga de trabajo de los profesionales.
- § Mide “encuentros” con el usuario, pero no considera la variable tiempo.
- § Se tiende a considerar que a mayor presión asistencial, mas carga de trabajo. No detecta la propia generación de demanda.
- § En el caso de las enfermeras no mide las actividades de educación grupal, las intervenciones con la comunidad ni otras actividades de mantenimiento del centro (“trabajo invisible”).
- § No se mide la actividad del personal administrativo.

LA ENFERMERA DE ATENCIÓN PRIMARIA.

El nacimiento de AP en nuestro país hizo necesaria la definición y creación de la enfermera de equipo de atención primaria (EAP). Para ello se introdujo una modificación en el estatuto vigente y posteriormente el Ministerio de Sanidad y Consumo emitió la Circular 5/90 sobre la organización de las actividades del personal de enfermería en los EAP.

Algunos de los aspectos contemplados en la citada circular todavía no se han desarrollado en su totalidad.

Una breve reflexión sobre la evolución del ejercicio de enfermería en AP nos lleva a las siguientes conclusiones:

- § No se ha determinado cual debe ser el cupo ideal de personas por enfermera, ni en medio rural ni en medio urbano. De forma indirecta, se han utilizado como criterios de asignación de plantillas los registros de actividad
- § Potencialmente, la enfermera de atención primaria tiene la oportunidad de “cuidar”, en toda la extensión de la palabra, a las personas de su cupo, el problema sigue siendo que el usuario no sabe que tiene una enfermera y la enfermera tiene muchas dificultades para hacérselo saber. No se han desarrollado mecanismos para que los usuarios conozcan a su enfermera de referencia (La LGS, art. 10, punto 13 reconoce el derecho del usuario a elegir médico y demás sanitarios titulados en los centros de salud).
- § La autonomía, la responsabilidad y la capacidad de la enfermera como agente de cuidados en Atención Primaria sigue siendo todavía cuestionada por otros profesionales sanitarios y las herramientas que las enfermeras necesitan para hacer llegar esos cuidados a las personas no les han sido facilitadas en su justa medida.
- § Los sistemas de información diseñados para las actividades de las enfermeras son poco adecuados y sin embargo han sido y son interpretados para valorar la rentabilidad de las enfermeras.

LOS PLANES DE GESTIÓN

Los planes periódicos de gestión de Atención Primaria, al igual que los de Atención Especializada, buscan la eficiencia a través de la implicación de los profesionales.

En dichos planes se incluyen objetivos de cobertura y calidad de los servicios (Cartera de Servicios) y otros indicadores relacionados con la satisfacción del usuario, la prescripción farmacéutica, etc.

Indicadores que hagan alusión expresa y específica a los servicios de enfermería apenas han sido desarrollados en incluidos en los programas anuales. Quizás el más relevante ha sido el relacionado con la atención domiciliaria.

Para una mejor comprensión de estos temas se sugiere la lectura de:

Ø *Circular 5/90 del MSyC, Insalud, sobre la organización de las actividades de enfermería de los Equipos de Atención Primaria.*

Ø *Real Decreto 63/1995 sobre la ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.*

RELACIÓN COSTES/BENEFICIOS/RESULTADOS.

Las evaluaciones más utilizadas para valorar la relación entre los costes previstos y los beneficios, resultados o consecuencias obtenidos son:

§ El análisis coste-beneficio.

Trata de identificar y valorar los recursos empleados en una acción sanitaria determinada o en la consecución de un objetivo concreto, relacionándolo con las consecuencias, valoradas también en términos numéricos, de dicha acción. Sirve para elegir, entre varias posibilidades, la que tenga una mejor relación entre ambos términos (gasto monetario y beneficio). Por ejemplo, la comparación entre el coste que supone el empleo de determinados elementos para la prevención de úlceras por presión y el que supondría la aparición de éstas.

§ El análisis coste-efectividad.

Este tipo de evaluación intenta analizar la relación entre el coste económico y las consecuencias, medidas en otro tipo de unidades, de tipo físico o natural, comparando diversas alternativas de acción. Por ejemplo, la valoración del coste de una determinada técnica o material de venopunción, relacionado con el descenso de infecciones.

§ El análisis coste-utilidad.

Mide o valora los costes de las acciones alternativas que conducen a un mismo objetivo, comparándolo con sus resultados o consecuencias, valorados de forma subjetiva por los propios usuarios, en términos de calidad de vida o de bienestar alcanzado mediante las acciones propuestas y evaluadas. Una medida empleada en este análisis es la de los años de vida ajustados a la calidad de vida (AVAC).

La evaluación económica tiene mucha importancia en el momento actual y debe ser tomado en consideración por los profesionales y gestores de los servicios de salud y de enfermería.

LAS VÍAS CLÍNICAS.

Las trayectorias o vías clínicas son instrumentos para planificar la secuencia de procedimientos médicos, de enfermería y administrativos necesarios para conseguir la **máxima eficiencia** en el proceso asistencial.

Su carácter de instrumento organizativo y multidisciplinar permite la estandarización de los cuidados para un grupo de pacientes con una misma patología y un curso clínico previsible. Su formato habitual es el de una matriz de tareas, tiempo, tipo diagrama de Gantt, cuyas columnas contienen las divisiones por días u horas y cuyas filas identifican los principales componentes de los cuidados.

Las vías o trayectorias clínicas primitivas fueron desarrolladas por enfermeras como planes de cuidados para mejorar los cuidados de enfermería, pero su evolución posterior las ha convertido en instrumentos multidisciplinarios que integran el conjunto de actividades de todos los profesionales que intervienen en la asistencia sanitaria.

Las características de las vías clínicas pueden resumirse en:

- § El usuario participa en los objetivos.
- § La calidad de los cuidados está definida; por tanto permite la evaluación.
- § Proporcionan un orden y un método a la atención y optimizan la efectividad y la eficacia.
- § Se pueden detectar las variaciones en el momento en que se producen.
- § Garantizan una utilización adecuada de recursos.
- § Aumentan la calidad de la atención.
- § Aumentan la satisfacción de los profesionales y de los usuarios.

Entre las principales limitaciones prácticas para su implantación se puede mencionar la dificultad de aplicarlas con éxito a diagnósticos médicos que presenten un curso clínico muy variable. Además, su diseño requiere un gran compromiso por las direcciones, la implicación de grupos multidisciplinarios y una gran inversión de tiempo hasta llegar a su implantación.

Entre sus beneficios destaca la capacidad de reducir la estancia hospitalaria, los costes, las complicaciones, las readmisiones y el número de pruebas diagnósticas, mejorando la actuación terapéutica y la satisfacción de los enfermos y los profesionales.

Una explicación exhaustiva sobre las vías o trayectorias clínicas puede encontrar en el artículo:

Carrasco, G. Ferrer, J. Las vías clínicas basadas en la evidencia como estrategia para la mejora de la calidad: metodología, ventajas y limitaciones. Rev. Calidad Asistencial. 2001; 16: 199-207.

LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA.

La calidad se puede definir como el conjunto de características o cualidades distintivas de un producto o servicio que logran satisfacer necesidades y expectativas, tanto explícitas como implícitas.

La Gestión de la Calidad Total (TQM) es un enfoque de la administración empresarial que se fundamenta en la búsqueda de una mayor eficiencia en los procesos productivos y, con ello de una mejora de los resultados y de la imagen de la compañía. En la actualidad, la TQM se viene considerando como una parte integrante de la estrategia empresarial.

El modelo EFQM (*European Foundation for Quality Management*) de excelencia se basa en los principios de la Gestión de la Calidad Total que pueden ser considerados como el compendio de las mejores prácticas en el ámbito de la gestión de organizaciones.

El modelo Europeo de Excelencia dice lo siguiente: La satisfacción del Cliente, la satisfacción del Personal y la aceptación social se consiguen mediante: Liderazgo, política y estrategia, gestión de las Personas, gestión de los Recursos y Alianzas, gestión de los Procesos, lo cual debe producir unos excelentes: Resultados de la organización.

El modelo europeo aporta instrumentos para avanzar hacia la excelencia asistencial realizando una evaluación sistemática de la organización: nos enseña a ver en la oscuridad, para encontrar soluciones que no siempre son obvias, conocidas o fáciles.

La clave está en comprender la organización y el contexto en el que, diariamente, los profesionales toman sus decisiones clínicas. Es necesario visualizar el conjunto del sistema y no sólo una parte (que generalmente tiene que ver con nuestro puesto de trabajo): la consigna es disponer de una visión global para adoptar posteriormente una actuación local. El modelo de "excelencia" aplicado a las organizaciones sanitarias no implica una ruptura con los modelos clásicos, centrados en la Medicina Basada en la Evidencia o en los planteamientos clásicos de Donabedian, sino, por el contrario, nos aporta una estrategia útil para estructurar y extender los conceptos y los métodos del control de calidad a toda la organización. Podríamos decir que el modelo recoge y refuerza los valores tradicionales y los orienta hacia el usuario, teniendo en cuenta tanto la organización como el entorno en que se desarrolla. Las actividades de las enfermeras en la institución sanitaria actual ocupan un amplio rango en todos los niveles de la organización: la atención directa en la prestación de cuidados a los usuarios, la gestión de personal, la gestión de recursos, la formación de personal básica, post-básica y continuada, las relaciones externas de la institución (familiares, otros centros). En este abanico de posibilidades, la actuación de las enfermeras tiene un peso importante en los resultados que se obtienen y, por tanto, debe ser uno de los parámetros utilizados para delimitar la calidad del total de la organización.

Sin embargo, a veces es difícil identificar cuál es el peso de los cuidados enfermeros o de las acciones enfermeras en un sentido amplio en la consecución de un determinado nivel de calidad asistencial global que,

generalmente, se mide en el contexto del total de la institución, por lo que es necesario plantear la posibilidad de evaluar los aspectos específicos del trabajo enfermero de forma aislada o su impacto en el conjunto de la atención prestada.

De esta manera, debemos analizar, en primer lugar, cuál es el tipo y la importancia de las acciones enfermeras, ya sean de cuidado directo o de apoyo al mismo, y sus consecuencias en el estado de salud de los usuarios, es decir, es preciso controlar estas acciones y valorarlas en sí mismas, garantizando su calidad, que es determinante tanto para el paciente como para la institución. La definición que cada institución haga de los cuidados enfermeros, es decir, la especificación de su filosofía, la orientación teórica en que se trabaje, los instrumentos de cuidados que se utilicen son los pasos previos a este control y valoración.

Hoy en día la opinión del usuario de los servicios de salud es un resultado de gran importancia a la hora de valorar la calidad de los servicios prestados.

BIBLIOGRAFÍA.

- Alberdi, R. *Sobre las concepciones de la enfermera*. Rev. Rol de Enfermería. 1998; 115: 25-30.
- Alfaro-LeFevre, R. *Aplicación del proceso enfermero* (4ª ed.). Barcelona: Springer-Verlag Ibérica, 1999.
- Carrasco, G. Ferrer, J. *Las vías clínicas basadas en la evidencia como estrategia para la mejora de la calidad: metodología, ventajas y limitaciones*. Rev. Calidad Asistencial. 2001; 16: 199-207.
- Collière, MF. *Promover la vida*. Madrid: Interamericana McGraw- Hill. 1993.
- Ferrús, L. Portella, E. Mata, R. *Determinación de los estándares sobre cuidados enfermeros*. Rev. Rol de enfermería. 153: 37-42.
- García, C. Martínez, ML. *Historia De la enfermería*. Madrid: Harcourt, 2001.
- Kozier, B. Erb, G. Blais, K. *Professional Nursing Practice. Concepts and Perspectives*. (3ªed.). California : Addison-Wesley Longman, 1997.
- Martín Zurro, A.; Cano Pérez, JF. *Manual de Atención Primaria: conceptos, organización y práctica clínica*. (4ª ed.). Madrid: Harcourt, 1999.
- Medina, JL. *Pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria de enfermería*. Barcelona: Laertes Psicopedagogía, 1998.
- Mompert, MP. Duran, M. *Administración y Gestión*. Madrid: DAE, 2001.
- Ramos Calero, E. *Enfermería Comunitaria métodos y técnicas*. Madrid: DAE, 2000.
- Vacas Guerrero, M. *Gestionar el proceso de cuidar: una propuesta para innovar la prestación de cuidados*. XXI Sesiones de trabajo de la Asociación de Enfermería Docente. Sevilla, 2000.
- Junta De Castilla y León. Gerencia Regional de Salud. *Guía de Autoevaluación en Atención Primaria*. Valladolid: Junta de Castilla y León, 2003.