

28 Abril - 1 Mayo 1981

XV ASAMBLEA NACIONAL

"SALUS INFIRMORUM"

EVOLUCION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA A
LOS ENFERMOS HOSPITALIZADOS.

M. Carmen García-Amado

PALABRAS DE AGRADECIMIENTO A HNA. MAYOR

Agradecer a la Hna. Mayor la deferencia de traerme a ésta Asamblea y poder dirigirme a vosotras para comunicaros mis inquietudes sobre este tema de "Cuidados de Enfermería", tan importante para todos nosotros. Espero no defraudarla.

Aunque varias circunstancias en mi vida han decidido el que yo esté dedicada ahora, en la Dirección y Administración de los Servicios de Enfermería Hospitalaria, fué la Hna. Mayor en Diciembre de 1.968, hace ya más de 12 años, quién me inició y me empujó a este reto que es la Dirección de Enfermería.

Hna. MAYOR. MUCHAS GRACIAS.

LA ENFERMERIA Y SU CONEXION
CON LA ADMINISTRACION EN GENERAL

1.- CONDICIONAMIENTOS GENERALES

- 1.1 Como está legislada la Dirección de los Hospitales en nuestro país.
- 1.2 Figura del Gerente en hospitales privados.
- 1.3 Distintas formas de dirección en hospitales de diversos países.
- 1.4 Lugar en el Organigrama de la Enfermería.
- 1.5 La concepción de la profesión de Enfermería en nuestro País. Sentar las bases de su identidad.

2.- CONDICIONAMIENTOS PARTICULARES DE CADA HOSPITAL.

3.- CONDICIONAMIENTOS SOCIO-POLITICOS.

Por la importancia que creo que tienen, centraremos el tema, en las bases de la identidad de la profesión de Enfermería. Su función original y su función delegada.

1.- CONDICIONAMIENTOS GENERALES

1.1 Uno es como esta legislada la Dirección de los Hospitales en nuestro país y el lugar que ocupa la Enfermería en el Organigrama.

Los hospitales en nuestro país se encuentran en dos grandes sectores, el público y el privado.

a) Los del sector público se rigen de las siguientes formas:

- Hospitales del Estado y de las Corporaciones locales, suelen tener un Director Médico ó Decano del Cuerpo médico que es el Jefe de los Servicios Asistenciales y un Administrador que es el Jefe de los Servicios Administrativos.

- Los del INP (INSALUD), tienen un Director como máxima autoridad, un Secretario General y un Administrador.

- Y por último en algunas Diputaciones aparece la figura del Gerente que en todos los casos es médico, y que rinde cuentas de su actuación ante el órgano de gestión especial.

b) Los hospitales del sector privado se gestionan mediante una gran variedad de sistemas y posibilidades. Algunas por inspiración del exterior ó bien siguiendo las distintas pautas que prevee el Anteproyecto de Reglamento de Hospitales.

1.2 Tanto en los hospitales públicos como privados, se está potenciando cada vez más la figura del Gerente, que médico o no posee unos conocimientos y titulación específica.

1.3. En otros países las modalidades más características son:

a) Dirección unipersonal - el máximo órgano de gobierno del Hospital es un Director general (ó Director Médico) que es un funcionario de la carrera de Administración (Francia).

b) Dirección pluripersonal - independientemente del órgano de autoridad superior, existe un Consejo de Dirección, con un Director general como delegado. Las decisiones se toman en éste Consejo pluripersonal. (EE.UU., Canadá, Inglaterra).

c) Dirección dual - consta de un Administrador y un Director Médico que rinden cuentas de su gestión ante el Consejo de Administración (ITALIA). Este sistema es de los más usados en nuestro país.

d) Dirección tripartita ó cuatripartita - en la que aparece un Director Médico, un Director Administrativo ó Secretario o Gerente, y la Jefe de Enfermería. En algunos Hospitales, por el volumen, se suma una cuarta Dirección Técnica ó Médico-Administrativa. Es propio este sistema de los países nórdicos. Inglaterra y Alemania.

1.4. Hasta ahora no queda claro ó falta definir cual es el lugar de la Enfermería en el Organigrama. Cada hospital lo ha arreglado a su manera dependiendo de su volumen y su política. (Ver modelos anexos).

1.5. El otro condicionamiento importante es la concepción de la profesión de Enfermería, en nuestro país, y como sentar las bases de su identidad.

a) En España se acepta en general que el germen de toda asistencia hospitalaria lo constituyen el binomio paciente-médico. Es necesario introducir en el substrato básico de la asistencia hospitalaria un tercer elemento: la Enfermera. Se piensa que la enfermera viene a ser como un auxiliar del binomio paciente médico y creo que esta apreciación no es correcta. El tercer elemento no aparece como auxiliar de nadie, sino que es algo así como la tercera dimensión de los objetos; el tercer angulo de un triángulo equilátero que polariza el trinomio paciente-médico-enfermera.

b) Cuando la O.M.S. define el papel de la enfermera, no la presenta como auxiliar, sino como profesional competente: Es ENFERMERA LA PERSONA QUE HA TERMINADO LOS ESTUDIOS BASICOS DE ENFERMERIA Y ESTA CAPACITADA Y AUTORIZADA PARA ASUMIR EN SU PAIS LA RESPONSABILIDAD DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA QUE EXIGEN, EL FOMENTO DE LA SALUD, LA PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y LA PRESTACION DE ASISTENCIA A LOS ENFERMOS. (5º Informe del Comité de expertos de la O.M.S. en Enfermería). Según esto al referirnos a la Enfermería no debemos pensar en Auxiliares, ayudantes, etc., como tan profusamente se generaliza en nuestro mundo sanitario y asistencial.

c) El mismo anteproyecto de Reglamento de Hospitales lo aclara de manera suficiente: "LOS PUESTOS DE ENFERMERIA NO DEPENDERAN EXCLUSIVAMENTE DE UN SERVICIO O DEPARTAMENTO MEDICO, SINO QUE SERVIRAN A LOS DIVERSOS SERVICIOS Y DEPARTAMENTOS DEL HOSPITAL Y ESTARAN ENCUADRADOS DENTRO DE LA UNIDAD O SERVICIO O DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA DEL CENTRO". (Artº 632-2).

d) No obstante lo dicho anteriormente, es necesario reconocer y lamentar que, en el país existe una gran escasez de profesionales en la dirección de Enfermería. Por cuanto las personas que están desempeñando estos puestos en general, están insuficientemente preparadas. Lo cual no quiere decir que en España no haya ninguna persona preparada como oímos a determinadas figuras de la organización hospitalaria.

El problema no es más grave que en otros estamentos. Tampoco hay suficientes médicos expertos, ni economistas, ni directores de personal, ni asistentes sociales, ni capellanes, etc., en las modernas instalaciones asistenciales.

e) Las causas más importantes de ésta falta de preparaciones son las siguientes:

1.- Falta de relaciones entre España y los países más adelantados en materia de enfermería. La asistencia de enfermeras españolas a Congresos y sesiones de trabajo internacionales, en los que ha podido contrastarse la preparación técnica de nuestras enfermeras con las de otros países, han puesto de manifiesto los grandes vacíos que se dan en la profesión de enfermería en el país, y la gran distancia que nos separa de la concepción y del significado que tiene para ellos el vocablo Enfermería. Si ya dentro de nuestra península se nota esa gran diferenciación al comparar al personal de enfermería de España y Portugal, no podemos ni remotamente compararnos, por ejemplo, con los profesionales de Estados Unidos, Inglaterra, Chile, etc.,

2.- Formación profesional en manos de los médicos con lo que consciente e inconscientemente sólo se limitan

a prepararse sus propias "ayudantes".

Es en cierto modo desesperanzador, comprobar y ver cómo la enseñanza de enfermería está en manos de los médicos, cuando podemos demostrar que ellos no están enterados por regla general del alcance y profundidad de ésta profesión. La Organización Mundial de la Salud marca las pautas a seguir y ciertamente una de las principales consiste en que: "CADA PAIS CLASIFIQUE LAS TAREAS QUE INCUMBEN A LOS SERVICIOS DE ENFERMERIA, SEGUN SU COMPLEJIDAD Y EL GRADO DE RESPONSABILIDAD QUE ELIJAN". En doctrina estrictamente de enfermería y su organización nuestro país está casi a cero grados. No hay programas bien desarrollados, ni en la carrera Médica, ni en la de Enfermería. La enseñanza teórica y práctica "DEBERA ESTAR DIRIGIDA POR ENFERMERAS INSTRUCTORAS DEBIDAMENTE CALIFICADAS CON OBJETO DE EVITAR LA DEFORMACION Y AYUDADAS O EN COLABORACION CON OTROS EXPERTOS EN DISTINTAS RAMAS", indica el famoso 5º Informe de la O.M.S. sobre Enfermería.

3.- Bloqueo de la formación profesional por parte del Estado, el Ministerio de Educación y Ciencia concretamente, al yugular la profesión cara a una formación continua y a todos los niveles: diplomados, licenciados y doctorados en materia de conocimiento, enseñanza y dirección de enfermería hospitalaria, de salud pública etc.,.

g) Según la OMS los estudios básicos de enfermería requieren en primer lugar una preparación para el ejercicio de la profesión y al mismo tiempo una plataforma para pasar a estudios superiores.

Pero cuál debe ser la función de la enfermera no solamente dentro del mundo sanitario y hospitalario sino en

general en el seno de la sociedad en que vivimos?.

1.- A lo largo de nuestras actividades en torno a los problemas de enfermería, hemos podido escuchar - criterios bien dispares. Si escuchamos a los médicos, observamos que para ellos las enfermeras deberían ser ante todo auxiliares de la profesión médica, realizando actividades para-médicas que comportaban funciones de vigilancia clínica, para-clínica, tratamientos etc.,. La enfermera aparecía entonces como la ayudante eficaz del médico, asegurando la permanencia de la atención a los pacientes y la continuidad de la actividad terapéutica en los momentos en que el médico no se encuentra presente al lado del enfermo. Para los médicos las enfermeras serían como una prolongación de sus ojos, oídos y manos a la cabecera del paciente.

2.- Cuando se trataba de un Director de Hospital, escuchábamos insistir sobre la función administrativa, y entonces se nos desgranaban las actividades sobre administración de personal, conservación del material, aspecto administrativo del enfermo, gestión hotelera, costos, etc.,. Para los Directores de Hospital las enfermeras son ante todo una especie de amas de casa, las representantes del Director y de la Administración Hospitalaria en la Unidad de Enfermería.

3.- Cuando eramos nosotras mismas las que tuvimos ocasión de hablar sobre lo que pensábamos que debía de ser una enfermera procurábamos hermanar y armonizar lo mejor posible los puntos de vista de Directores de Hospital, y de Médicos, añadiendo siempre una especie de función "Psicológica" un tanto imprecisa. Para nosotros la función característica, aquella que justifi-

ca principalmente a la enfermera es la FUNCION ASISTENCIAL.

4.- Pero existen otras profesiones para las cuales la función asistencial es primordial: médicos, farmacéuticos, comadronas, fisioterapeutas, etc.,. Cómo se reparten éstas profesiones en la asistencia?. Según la jerarquía?. La asistencia noble como perteneciente a los médicos y la asistencia complementaria a las enfermeras?.

Pensamos que, solmanete, aceptando que únicamente la - profesión médica esta capacitada para prestar asistencia, y que a las enfermeras se les atribuya solo delegaciones de ejecución, debemos admitir que la profesión de enfermera no puede justificarse por la ayuda que aporta a los médicos, sino más bien por la calidad del servicio que aporta a la colectividad en la cual interviene.

Según ésto, las enfermeras no existen para estar al exclusivo servicio del médico o de los directores del - hospital, sino que encuentran su plena justificación, en la medida en que responde de manera adecuada a una necesidad real de la población y en particular de los enfermos.

A propósito de la función de asistencia, es necesario distinguir lo que la Organización Mundial de la Salud en su 50 Informe del Comité de Expertos denomina por una parte la asistencia a los enfermos y por otra los cuidados de enfermería: "LA ASISTENCIA A LOS ENFERMOS ES EL CONJUNTO DE ACTOS TENDENTES A DEVOLVER LA SALUD A UN ENFERMO. LA ENFERMERA DESEMPEÑA UN PAPEL ESENCIAL AYUDANDO AL ENFERMO Y A SU FAMILIA A CUMPLIR EL PROGRAMA DE ASISTENCIA".

5.- Esta definición nos lleva a considerar dos aspectos sensiblemente diferentes que son: la asistencia médica o paramédica y la asistencia individualizada para cada enfermo.

La asistencia médica o paramédica es la que el médico delega en la enfermera. El se reserva la decisión, dirección y control, pero confía la ejecución a la enfermera. Cierta número de tareas de vigilancia (toma de tensión arterial, temperatura, electrocardiogramas, etc.) o de tratamientos propiamente dichos - inyecciones, perfusiones, curas), que son tareas médicas, son ejecutadas frecuentemente por las enfermeras.

La asistencia individualizada para cada paciente se basa en la permanencia del personal de enfermería en la Unidad de Hospitalización y en la indispensable - coordinación que debe de existir entre todas las categorías y todas las personas que participan en las funciones terapéuticas. Las enfermeras se encuentran en la encrucijada de una multitud de informaciones que conciernen a cada enfermo: historial administrativo, análisis de laboratorio y radiografías, incidencias ó accidentes surgidos durante la tarde o la noche, dificultades familiares, económicas, profesionales, etc.,. Para que la asistencia sea individualizada, es decir, adaptada a la situación de cada enfermo, conviene - transmitir las informaciones recogidas de tal manera que sean fácilmente utilizables. Este trabajo de recogida de análisis, de clasificación y difusión de la información que permita adaptar lo mejor posible la actividad del servicio a la situación de cada enfermo,

constituye, un aspecto muy importante de la función de la asistencia de la enfermera.

En cuanto a los cuidados de enfermería, para poner de manifiesto la función característica de la enfermera, nos parece esencial referirnos a la definición de: "CUIDADOS DE ENFERMERIA" publicada en el 5º Informe del Comité de expertos a que se ha hecho mención. "EL SENTIDO AMPLIO DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA SON LA FUNCION ESENCIAL Y ORIGINAL DE LA ENFERMERIA. AYUDAR AL INDIVIDUO ENFERMO O SANO A REALIZAR ACTOS QUE CONTRIBUYAN A LA CONSERVACION O A LA RECUPERACION DE LA SALUD (O A UNA MUERTE APACIBLE) Y QUE AQUEL REALIZARIA POR SI SOLO SI TUVIESE LA FUERZA, LA VOLUNTAD Y LOS CONOCIMIENTOS NECESARIOS. HACER QUE ESTA ASISTENCIA SEA DE MANERA TAL, QUE QUIEN LA RECIBE PUEDE VALERSE POR SI MISMO LO ANTES POSIBLE".

En éste ASPECTO de su trabajo incumben a la enfermera, la iniciativa y el control, es ella quien dirige. En determinados enfermos algunas de las actividades enumeradas podrán ser confiadas por la enfermera a un personal menos cualificado que recibirá sus directrices y trabajará bajo su vigilancia.

Las tareas que constituyen esta función son muy a menudo consideradas como subalternos. Se piensa y es un grave error, que no necesitan competencia especial. Creemos por el contrario que son sumamente importantes.

Esta función de cuidados de enfermería reconoce a la profesión un conjunto de actividades, y responsabilidades que la ponen directamente en relación con las necesidades de

una población. No existe aquí delegación ni dependencia médica ó de cualquier otra clase. Abre el camino a la reflexión y a la investigación original en este campo. En fin, constituye una función específica que no usurpa la actividad de otras profesiones y manifiesta así la originalidad de las enfermeras. En esta perspectiva es legítimo basar la actividad de la enfermera sobre la función de cuidados de enfermería. Creo que por la importancia que tiene para la enfermería, tengo que enumerar aquí los elementos integrantes de los cuidados básicos de Enfermería:

LOS ELEMENTOS INTEGRANTES
DE LOS CUIDADOS BASICOS DE ENFERMERIA

1. Ayuda al paciente en la función respiratoria.
2. Ayuda al paciente al comer y beber.
3. Ayuda al paciente en las funciones de eliminación.
4. Ayuda al paciente para que mantenga la debida posición -
al caminar, sentarse y acostarse, y para cambiar de pos-
tura.
5. Ayuda al paciente en el descanso y en el sueño.
6. Ayuda al paciente en la selección de ropas de cama y al
vestirse y desvestirse.
7. Ayuda al paciente a mantener la temperatura del cuerpo
dentro de los límites normales.
8. Ayuda al paciente en la higiene y aseo personal y en la
protección de la piel.
9. Ayuda al paciente para evitar los peligros ambientales y
proteger a las demás personas contra cualquier peligro
posible, derivado del propio paciente, como las infeccio-
nes o la violencia.
10. Ayuda al paciente a comunicarse con otros para expresar
sus necesidades y sentimientos.
11. Ayuda al paciente a practicar su religión o a actuar de
acuerdo con sus ideas del bien y del mal.
12. Ayuda al paciente para que trabaje en alguna cosa o se -
ocupe de algo constructivo.
13. Ayuda al paciente en actividades recreativas.
14. Ayuda al paciente a adquirir conocimientos.

EN RESUMEN:

Se nos reconoce pues una profesión con identidad propia, cuyas funciones son:

- a) Asistencia Médica ó paramédica.
- b) Asistencia individualizada para cada paciente.
- c) Cuidados de Enfermería.

Y se nos concede la facultad de crear y organizar nuestros propios Servicios de Enfermería para las necesidades que el Hospital debe abordar, de la población a la que sirve.

Si tuviéramos que dar razones en este sentido, creo que serían dos muy importantes:

En primer lugar la problemática que plantea el encuadramiento de la enfermería en las nuevas planificaciones sanitarias, junto con lo que acabamos de apuntar, solo puede ser solucionado por la propia Enfermería.

En segundo lugar, el resto de estamentos que caminen en las Instituciones de Salud, son dirigidos por sus propios profesionales.

Además tenemos el derecho y el deber de participar a nivel de Gobierno, en los programas de Salud Pública y Comunitaria, aportando nuestros fines originales, y asumiendo los que se nos delegan.

2. - LOS CONDICIONAMIENTOS PARTICULARES DE CADA HOSPITAL SOLO SERAN ACOPLAMIENTOS DE LO ANTERIOR A CADA CIRCUNSTANCIA.

3. - CONDICIONAMIENTOS SOCIO-POLITICOS.

Los condicionamientos socio-políticos en éste momento son más un tema de discusión.

Por una parte y a raíz de un sentido muy autoritario de mando, surge el de la participación en la administración de Enfermería, por parte de la base.

Por otra el poder que perdieron los médicos en la década pasada, por la burocratización de los hospitales a cargo de los Administrativos, la quieren recuperar ahora a base de "dirigir la Enfermería".

A mi juicio no hay más solución que formar a nuestros profesionales y trabajar con paciencia, tesón, y espíritu de educadores hacia los demás estamentos del hospital, para formar todos un ente al servicio de la población, no solo enfermera sino integrándonos en los futuros (ojala sea pronto!) programas de Salud pública.

EVOLUCION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA

- Volviendo a nuestro tema original de cuidados de Enfermería en esta segunda parte quiero transmitir lo que un grupo de expertos de la Organización Mundial de la Salud ha estudiado, llevado por la preocupación que los cuidados enfermeros o de enfermería, existe no sólo en nuestro país sino en el mundo.

GRUPO DE TRABAJO DE L'OMS SOBRE LA EVALUACION DE LOS
CUIDADOS ENFERMEROS A LOS ENFERMOS HOSPITALIZADOS.

Ratisbonne, 18-21 octubre 1.977

INTRODUCCION

En el cuadro de actividades ligadas al "proceso de cuidados de Enfermería", del programa a término medio del Despacho regional, relativo a los cuidados enfermeros y obstétricos en Europa (1976-1983) dos grupos consultivos técnicos han sido organizados.

El primero se reunió en Nottingham (Reino Unido) en Diciembre de 1.976 y el 2º en el Despacho regional en Copenhague en Junio de 1.977. El 1er. grupo ha examinado de forma general los procesos de cuidados enfermeros y su registro en expediente; mientras que el 2º está ligado, particularmente a la elaboración de esquemas de estudios y escritos sobre los procesos de enfermería.

Tiene igualmente analizadas las etapas de evaluación, de la planificación y de la ejecución del programa, y ha expresado su apoyo al Despacho regional, en cuanto a su intención de reunir un grupo de trabajo sobre la evaluación de los cuidados de enfermería a los enfermos hospitalizados, como primera fase de un estudio actualmente en curso, sobre la evaluación de las intervenciones enfermeras a nivel de los pacientes.

A la reunión de éste grupo de trabajo, compuesto a la vez de enfermeras y médicos convocados por el Despacho regional de L'OMS por Europa en cooperación con el gobierno de la Republica federal Alemana, han participado 15

consejeros provisionales llegados de 12 países de la Región y 4 funcionarios del Despacho Regional.

El grupo de trabajo se propone los objetivos siguientes:

1. Analizar las relaciones que existen entre la evaluación y los otros elementos del proceso de cuidados de enfermería.
2. Examinar los conceptos y las prácticas actuales concernientes a la evaluación de los cuidados de enfermería a los enfermos hospitalizados.
3. Identificar los aspectos particulares de la evaluación que exigen un estudio especial.
4. Proponer las actividades que ayudarían a resolver los grandes problemas de la evaluación, y que podrían encontrar su lugar, sea en el programa de término medio, sea en los estudios experimentales realizados a nivel nacional.

La evaluación parte integrante del proceso Enfermero.

El programa de término medio del Despacho regional en materia de cuidados enfermeros y obstétricos en Europa ha sido expuesto de manera bastante detallada al grupo de trabajo. Los participantes han realzado que el primer elemento del programa contiene el proceso de cuidados enfermeros y que la evaluación está considerada como una de las 4 principales etapas de éste proceso, también como una actividad colateral en alguna de las otras etapas.

Definición de los términos:

El grupo de trabajo ha decidido hacer algunas modificaciones, en la expresión "valoración ó evaluación de los servicios de salud". La definición revisada es la siguiente:

"Evaluación de los servicios de salud", son procesos sistemáticos para apreciar la medida en la cual una actividad ó una serie de actividades ha cumplido los objetivos predeterminados. Este proceso implica la medida de adecuación, utilidad, de eficacia y del rendimiento de los servicios de salud. El ayuda a distribuir las prioridades a la determinación de las necesidades a planificar, a distribuir los cuidados, y a administrar los recursos.

La adopción de una terminología normalizada han sido juzgadas esenciales, el grupo ha decidido utilizar las definiciones existentes de los términos "objetivo" "adecuación" "utilidad" "eficacia" y "rendimiento".

LA SITUACION ACTUAL.

Un participante de algunos de los países representados en la reunión ha hecho brevemente el punto de evaluación de los cuidados enfermeros a los enfermos hospitalizados en su país.

Ha sido admitido tanto para los cuidados de salud en dispensarios, como tambien en los hospitales que la evaluación de la acción de enfermería es insuficiente.

../.

Se ha visto que, el estado de desarrollo de la evaluación de los cuidados a los enfermos hospitalizados, varía según los países. Sin embargo, no consta en ningún país una normalización de ésta evaluación. Nada más que una aceptación y una utilización de los métodos destinados a evaluar los cuidados de enfermería, en función de los resultados observados con el paciente. En los hospitales del conjunto de la Región, la enfermería tiene frecuentemente como principal función, asistir a otros profesionales, en particular a los médicos, en su trabajo.

Las intervenciones del personal de enfermería no son pues, en la mayor parte de las situaciones, consideradas como una actividad ó una serie de actividades distintas y con una finalidad propia,. Y en los servicios hospitalarios donde existen tales condiciones, los cuidados de enfermería no han sido nunca realmente diferenciados como tales y son frecuentemente realizados de manera ritual ó mecánica. No puede pues, la enfermería preocuparse prácticamente de definir los objetivos concernientes a la evolución, del estado del paciente ni de evaluar los resultados obtenidos.

En el caso que, los cuidados de enfermería son reconocidos como una disciplina completa, los resultados obtenidos con el paciente son raramente evaluados de modo planificado y sistemático. El grupo ha comentado los resultados de un estudio realizado en uno de los países (Finlandia) y ha comprobado que, eran bastantes reveladores para todos los países. Este estudio está fundado en las respuestas de 11 hospitales de dimensión y de tipo variables, y demuestra que, en lo que concierne a la evaluación de los cuidados de enfermería a los enfermos hospitalizados existen 4 tipos de hospitales.

1.- Los hospitales donde han adaptado los procesos de cuidados de enfermería. En estos la evaluación son parte integrante del método del "proceso", y se efectúa a partir de los modelos que corresponden a la dependencia, al control de los cuidados de enfermería, al aviso de expertos, etc., se experimentan también los instrumentos de evaluación y planificación y se prueban diversos métodos para el cálculo de la dotación en efectivo de los servicios de enfermería.

2.- Los hospitales que únicamente hacen la evaluación de los cuidados médicos (administrados por los médicos). En este contexto, la evaluación de los cuidados de enfermería está considerando como una componente de la actividad médica en general y algún esfuerzo de valor distinto no es considerado.

3.- Los hospitales donde la evaluación de la práctica de los cuidados de enfermería son desconocidos.

4. Los hospitales donde el concepto fundamental de los cuidados de enfermería es tal, que el personal estima que no es ni necesario ni útil de explorar los resultados de la actividad de enfermería.

Este estudio denuncia que existe confusión grande en cuanto a la naturaleza real de los cuidados de enfermería y a su función en los servicios de salud. Esto ha frenado el desarrollo de los cuidados de enfermería en los servicios de salud, y la calidad querida. Además "los cuidados de enfermería" son frecuentemente confundidos con diversas actividades de los trabajadores de la salud llamados "enfermeros". El título "enfermero" ha sido acordado, por los numerosos países de la Región, a toda una serie de trabajadores de la salud, y comprende a los miembros de la 2. categoría de personal médico, que son empleados como asistentes ó auxi-

liares técnicos de médicos.

ASPECTOS DE LA EVALUACION QUE EXIGEN UN ESTUDIO PARTICULAR

El grupo de trabajo ha examinado largamente y con detalle la evaluación de la acción de enfermería bajo tres rúbicas principales:

- 1.- Resultados observados con el paciente.
- 2.- Competencia del trabajador sanitario.
- 3.- Base de recursos.

1.- Resultados observados con el paciente:

Se puede buscar los resultados obtenidos en la valoración del estado del paciente, en función de modificaciones físicas, sociales y psicológicas deseables.

Estas modificaciones deben ser en provecho directo con las necesidades del paciente en cuidados de enfermería y con los objetivos bien definidos y calificables.

Las enfermeras tienen que hacer éstas modificaciones, en el momento que los servicios de enfermería sistematizados han sido puestos en uso y conviene ayudarles para restituir la aplicación de éste concepto de evaluación tan fácil como posible.

Se puede especialmente considerar como un objetivo deseable, la obtención de informaciones apropiadas sobre la salud del paciente ó sobre una evolución constructiva de su comportamiento. Ciertos índices físicos tales como el mejoramiento de la movilidad, de las funciones intestinales ó vesicales, de la nutrición, la disminución ó aumento de salud, cons-

tituyen los resultados que son relativamente fáciles de identificar y medir, y el practicante en cuidados de enfermería podrá comenzar por examinarlos. En las competencias sociales y psicológicas se dispone de un número creciente de métodos fiables para la identificación y la medida de las modificaciones queridas. Incumbe ahora a las enfermeras de familiarizarse con las ideas y las prácticas de estas disciplinas de enfermería, para contribuir a enriquecer éste capital creciente de conocimientos y de ayudar a desarrollar las competencias necesarias para ponerlas en práctica.

Como los estudios deberán ser inicialmente conducidos a una escala relativamente modesta, las enfermeras del sector hospitalario que deseen experimentar la utilización del método del proceso de cuidados enfermeros, deben comenzar por hacer en estas situaciones cuidados escogidos. El personal de enfermería y médico debe estar perfectamente al corriente de las ideas y prácticas nuevas y debe - aportar todo su apoyo a las actividades examinadas.

El valor de los métodos utilizados deben ser experimentados bajo cierto período. Es preciso sin embargo de guardarse de un entusiasmo excesivo en la aplicación de los conceptos del proceso de los cuidados enfermeros, antes que ellos - mismos sean concretados por métodos seguros y eficaces de prestación de cuidados de enfermería.

Por otra parte, es urgente que las enfermeras identifiquen la base de datos epidemiológicos, de los que se podrá tomar para evaluar los efectos de intervención de enfermería sobre las poblaciones enteras. Estos se aplica, tanto a la población que recibe los cuidados de enfermería en el medio hospitalario como en la colectividad. La enfermería deberá conocer los conceptos y los instrumentos de epidemiología

para la identificación, la colecta, y la utilización de informaciones sobre las poblaciones enteras en vista a la vez de planificar y de evaluar los cuidados de enfermería. Si las estadísticas de mortalidad y morbilidad son útiles en ciertos casos, NO TIENEN TANTO interés en cuidados de Enfermería.

Sin embargo el estado de salud general de una población y las razones principales, que hacen que un grupo presente ciertas características, en el interior de una escala de salud predeterminada, son mucho más útiles en la determinación de las necesidades de cuidados de enfermería, (por las referencias en la documentación concerniente a los instrumentos de determinación de las necesidades, cuidados de evaluación, se consultará la bibliografía que figura en el manual sobre los procesos de cuidados enfermeros documento EURO/NURS 76/1.).

2.- Evaluación de la competencia del trabajador sanitario.

La evaluación que se efectúa hasta aquí es la que concierne a los cuidados de enfermería, y ha consistido en una larga medida para determinar lo que está convenido en llamar la competencia de la enfermera de cuidados de enfermería. Si se establece que las actividades ejercidas por el trabajador sanitario son saludables y eficaces, se presume que los cuidados de enfermería administrados deben ser satisfactorios y el trabajador sanitario es juzgado competente.

El hecho que en muchos casos, los métodos utilizados para apreciar la competencia, se han usado para juzgar si se es capaz de ejercer las tareas rutinarias de los hospitales y las técnicas de los cuidados a los pacientes, si se conoce las reglas hospitalarias y si se las respeta, si

se sabe lo que gusta a los médicos que trabajan en el Servicio y, en regla general, si está bien relacionado con mandos de enfermería y médicos, esto conduce a interrogarse seriamente sobre la validez de éstos métodos. Por otro lado el sistema, observado en numerosos hospitales que quieren que la competencia del personal de enfermería en la prestación de cuidados sean juzgados por un médico retira una gran parte del valor en su ejercicio. Tampoco se debe insistir mucho sobre la necesidad de confiar la evaluación profesional del personal de enfermería, a un grupo perteneciente a la misma disciplina. Un grupo que tiene alguna aptitud para participar en éste aspecto de evaluación es el de los pacientes que se han beneficiado de los cuidados de enfermería. Otras especialidades de la salud y disciplinas conexas, comprendidos los médicos, pueden aportar una contribución útil a la evaluación de la competencia de la enfermera, en ciertos dominios particulares: como la capacidad de trabajar en equipo, aptitud para comunicarse con las otras personas de la salud y aptitudes generales en el dominio administrativo.

Los servicios de enfermería deben ser guiados por una serie de normas cualitativas que deberán ser determinadas por los grupos competentes de enfermeras.

Si se les funda sobre éstas normas para establecer los criterios, se hará posible de evaluar individualmente la competencia de los trabajadores sanitarios. Las normas de competencia deberían ser establecidas por cada nivel y categoría del personal de enfermería. Pero, pertenece a las enfermeras profesionales calificadas de evaluar la competencia de los estudiantes de enfermería.

La existencia de una correlación positiva entre la competencia del trabajador y los resultados observables con el paciente es reconocida; tal correlación debe igualmente existir entre los recursos y éstos mismos resultados.

La relación entre los mandos de la enfermería y la evaluación presenta un cierto número de problemas. El tipo de mando que ha sido puesto en la mayoría de los servicios de enfermería hospitalarios puede ser a la vez defendido y condenado.

Cuando las jerarquías superiores asumen las funciones de control, de estímulo y de sostén que ayudan al personal a obtener la mejor parte de sus cualidades, así como formular y aplicar juicios sanos e independientes, el informe del mando es constructivo. Por el contrario, cuando los superiores ejercen una dominación en el poder de las decisiones y "dictan" al personal de enfermería lo que debe hacer en la prestación de los cuidados, el resultado puede ser considerado como perjudicial. La práctica los cuidados en serie, corriente en la mayoría de los hospitales, deben ser condenados como una de las causas principales de la mala calidad de los cuidados de enfermería y como factor contribuyente a las tasas elevadas de rotación del personal y de la mala utilización de sus efectos en los hospitales.

Por regla general el mando de las enfermeras por los médicos, en el dominio de los cuidados de enfermería es producto de efectos desfavorables. Cuando los médicos supervisan a las enfermeras, lo hacen en un cuadro de referencia médica más que ^{de} enfermería, reducen por lo tanto a menudo la calidad, y también la cantidad de los cuidados enfermeros dispensados al paciente. Ha llegado el momento de hacer a las enfermeras legalmente responsables de todas las decisiones y medidas, que ellas tomen la iniciativa

en la práctica de los cuidados enfermeros.

Conviene poner en lugar un sistema que permita a las enfermeras acceder a los servicios consultivos, de enfermeras expertas en los dominios específicos.

3.- EVALUACION DE LOS RECURSOS

Está claro que la evaluación de los recursos, humanos y materiales, ligados a la prestación de cuidados de enfermería son parte integrante del proceso de Enfermería. Una vez que se ha determinado las necesidades de los pacientes por los cuidados de enfermería y fijado los objetivos generales, es preciso establecer los recursos disponibles. Se puede en función de los resultados obtenidos, hacer que los objetivos generales sean modificados. En las situaciones en que hay desfase entre objetivos y recursos, la enfermera estará perfectamente capacitada, para pedir una mejor repartición de los recursos.

Las enfermeras deben elaborar los métodos de evaluación de los recursos al nivel del paciente, del servicio del hospital y desarrollar su competencia en este dominio. Tradicionalmente, ellas aceptan a menudo sin murmurar el acercamiento a la vez humano y material en el cual ellas son llamadas a practicar los cuidados enfermeros. Es preciso aprender a establecer un provecho entre los recursos y los resultados de los cuidados de enfermería, con referencia al paciente, para su propia salud y el rendimiento del trabajo y asegurar que ellos estén bien representados, donde se planifique la distribución de los recursos. En fin ellas deben velar para que sus colegas auxiliares ó ellas mismas no ejerzan sus funciones en situaciones que la insuficiencia de efectos ó recursos materiales haga correr riesgos al paciente ó reduzca la calidad de los cuidados enfer-

meros por debajo de un nivel mínimo aceptable.

4.- SISTEMAS DE REGISTRO Y CLASIFICACION.

Las enfermeras son además conscientes del hecho, que no se ha registrado sistemáticamente o fielmente sus intervenciones en el dominio de cuidados de enfermería, las razones de éstas intervenciones ó los resultados observados con el paciente. Desde siempre el médico anota cuidadosamente el estado del enfermo, el tratamiento aplicado y el resultado de las intervenciones médicas, al menos el porqué de la enfermedad. Ocurre como resultado final un sistema de clasificación que ha facilitado el estudio y la mejoración de los cuidados médicos.

Como las enfermeras no han tenido sistemáticamente expedientes sobre la práctica de los cuidados de enfermería, tiene pocas indicaciones sobre las razones que han incitado a escoger una acción enfermera particular en una situación dada ó aquellos resultados han sido obtenidos cuando ésta acción ha sido cumplida. En consecuencia, gran parte de conocimientos y de experiencia referente a la práctica de cuidados de enfermería, se transmite simplemente de una generación de enfermeras a otra.

Es preciso poner en acción un sistema de archivos adecuados, los métodos de control utilizados actualmente en la evaluación de acciones médicas pierden gran parte de su eficacia, cuando se les aplica a la evaluación de cuidados de enfermería.

Muchas enfermeras no están satisfechas de éste estado de cosas. Ellas se dan cuenta que los objetivos de cuidados de enfermería en lo que concierne de los cuidados a los enfermos consisten en obtener resultados específicos en

en función de los problemas particulares de los pacientes. Es solamente esta visión por la que ellas pueden evaluar los servicios que aseguran, descartar las intervenciones que no aportan los resultados requeridos con el paciente, concebir y experimentar nuevos tipos de intervención y desarrollar así constantemente el volumen de conocimientos relativos a los cuidados de enfermería y la tecnología que permiten ponerlos en práctica.

Falta manifiestamente en la disciplina enfermera un método reconocido de clasificación en la información, y los participantes han admitido que la determinación de las necesidades en cuidados enfermeros del paciente/cliente está ligado a la existencia de un sistema de clasificación.

Sea lo que fuere, ningún sistema estructurado de tipo clasificatorio, ha hecho su aparición y una de las tareas principales que convienen acoplar en el cuadro del programa de término medio, consiste en definir después de experimentar sobre el terreno un sistema de tipo que asegure una mejor gestión de información y será un instrumento útil en la realización de estudios comparativos.

5.- CONSECUENCIAS PARA LA FORMACION DEL PERSONAL ENFERMERO.

Las tres últimas decenas han visto intervenir profundas Modificaciones en las teorías relativas a los cuidados de enfermería. La suma de conocimientos en la materia ha aumentado sin que hayan sido sin embargo incorporadas en la mayoría de los programas de enseñanza, tanto a nivel base como a nivel superior, por eso no han influido de manera sensible la formación permanente.

Numerosas enfermeras en activo han tenido tendencia a separarse de las innovaciones intelectuales y conceptuales en la disciplina y han permanecido en los modos tradicio-

nales de pensamiento y acción. Cuando los métodos clásicos continúan respondiendo a las necesidades del paciente/cliente como prestación de cuidados enfermeros, esta posición puede ser justificada más, cuando no es así, la enfermera deserta de sus propios intereses, aquellos que la disciplina y la sociedad en general se acogen a los métodos tradicionales.

Convendría integrar las teorías y los fundamentos de los cuidados de enfermería, que comprenden la utilización del método de proceso en cuidados enfermeros, en la enseñanza de cuidados enfermeros, sea el que fuere el nivel ó el tipo.

La epidemiología, las estadísticas y la iniciación en la evaluación de búsqueda, deberían ser enseñadas en los programas a nivel profesional y podría asegurar la formación permanente y en curso de empleo a todo personal de enfermería, ofreciendo programas que miren de desarrollar el conocimiento y la comprensión del proceso de cuidados de enfermería, la responsabilidad que hacen progresar la disciplina, las acciones propuestas para favorecer el cambio, la colecta, la interpretación y la utilización de datos para el mejoramiento de cuidados enfermeros.

Los estudiantes en cuidados enfermeros deberían consagrar la mayor parte de sus estudios a el aprendizaje de la teoría tan bien como la práctica de cuidados de enfermería. Algunas materias de la medicina, las ciencias técnicas ó humanas deberían ser inscritas al programa no como materias principales sino a título de apunte.

Los cursos superiores y universitarios destinados al personal de enfermería, deberían de ser más ejes, sobre un programa avanzado en cuidados de enfermería que sobre ma-

terias tales como pedadogía, la administración o una técnica médica (radiología, anestesiología, trabajos de laboratorio).

Sin duda el conocimiento profundizado en otras disciplinas acrecienta la aptitud de la enfermera, a adaptar y aplicar su contenido a los cuidados de enfermería, todo esto le permitirá ensanchar su horizonte personal., pero ella no se cuida de sustituir la parte válida en los estudios superiores hechos por la enfermera en su propia disciplina.

Los cuidados de enfermería deberían ser enseñados por enfermeras prácticas, competentes, que tengan un conocimiento profundo de teorías y de prácticas actuales en la disciplina y especialmente preparadas en el dominio de la formación.

6.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

1.) La evaluación de los cuidados de enfermería dispensados a los enfermos hospitalizados aparecen insuficientes en la mayoría de los casos.

2.) La evaluación de la práctica enfermera no es solamente un epílogo que se sitúa al momento donde el paciente ó cliente deja el establecimiento de cuidados; ella forma parte integrante de cada etapa del proceso de cuidados de enfermería. Los resultados observados con el paciente deben ser el objeto de una evaluación, al fin de cada una de las acciones previstas y las conclusiones de ésta evaluación deben ser utilizadas para mejorar todas las etapas del proceso.

3.) Actualmente, se considera que cuando los objetivos pueden ser enunciados bajo forma de resultados observables

ó medibles con el paciente es cuando la evaluación es más eficaz. En materia de cuidados enfermeros, sin embargo, algunos objetivos ó resultados no son fáciles de calificar y es preciso pues elaborar los métodos que permitan una evaluación cualitativa.

4.) Los sistemas de información de los servicios de salud deben ser completados con urgencia de manera que comprenda un sub-sistema de información de enfermería reagrupando los datos epidemiológicos. Estos datos no pueden ser recogidos sino se utiliza un cuadro de referencia de enfermería, que sólo podrá producir una información exacta sobre el proceso de cuidados enfermeros.

5.) Es urgente disponer una nomenclatura que describa correctamente los elementos de cuidados de enfermería y que tenga la misma significación para todo el mundo. Todas las fases del proceso de cuidados de enfermería, comprende la evaluación, como dependiente.

6.) Después de haber sido debidamente registrados, el concepto de proceso de cuidados de enfermería y las técnicas puestas en marcha en cada etapa de éste proceso, deben ser introducidos en la práctica y en la enseñanza dispensada al factor personal de enfermería de todos los niveles y todas las categorías.

7.) Se esforzará en establecer sistemas eficaces para motivar y sostener al personal enfermero durante el periodo de transición.

8.) Es preciso desde ahora elaborar métodos eficaces para informar a los otros profesionales de la salud, en particular a los médicos, los cambios que intervienen en materia de cuidados de enfermería. Métodos análogos deben ser -

puestos a punto para informar a la población.

9.) Métodos eficaces deben ser elaborados para asegurar un cambio continuo de información, entre el Despacho regional y las personas competentes que se ocupan del proceso de cuidados de enfermería a escala nacional, tanto en lo que concierne al progreso del programa de término medio relativo a los cuidados de enfermería y obstétricos en Europa como a las actividades a nivel nacional y bilateral.

Definición de los términos utilizados en el curso de la Reunión del grupo de trabajo.

Objetivo: Estado de cosas medibles, que deben existir en un lugar y en un tiempo predeterminados para el resultado de ciertos métodos y recursos.

Adecuación: Estado de un servicio habiendo recibido las funciones y los recursos suficientes en naturaleza y cantidad para permitirle atender los objetivos dados?

Utilidad: Ventaja que presenta el servicio para el individuo, el tratamiento, el medicamento, la medida de lucha ó de prevención recomendadas ó adoptadas.

Eficacia: Informe entre resultados obtenidos por un programa y los objetivos marcados.

Rendimiento: Informe entre el resultado que se puede obtener por el empleo de recursos determinados y el resultado que se obtendría por un gasto mínimo.

BIBLIOGRAFIA

- "Apuntes de la OMS". Publicaciones de la OMS.
 - "Principios básicos de los Cuidados de Enfermería" Virginia Herdenson. S. Karcner 1.971.
 - "Ley de Hospitales. 21-7-1.962. y Anteproyecto del Reglamento de Hospitales"
 - "Organización de Enfermería". J.A. Moreno Ruiz, publicaciones de la Escuela de Gerencia Hospitalaria.
 - "Organización y Dirección de Enfermería" Eseverri Chaverri, editorial JIMS.
 - "Evaluation des soins infirmiers, aux malades hospitalisés". Publicaciones de la OMS, BUREAU REGIONAL DE L'EUROPA - Copenhagen 1.980.
-