

ENFERMERIA Y SALUD

Nuestro Propósito: Mejorar la atención de Enfermería

DORIS KREBS, B. S.*

Directora, Centro Experimentación
de Enfermería, S. N. S.

Entre 1960 y 1962 se efectuó el Estudio de Necesidades y Recursos de Enfermería en Chile. Uno de los resultados tangibles de este estudio fue la aprobación del Programa de Desarrollo de la Enfermería que se encuentra en marcha desde 1963 y para el cual se cuenta con la ayuda de organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia.

Este programa tiene el siguiente propósito: "mejorar la atención de enfermería en forma cualitativa y cuantitativa en todos sus servicios, para prestar la atención que el país necesita de acuerdo con sus posibilidades presentes y futuras".

¿Qué entendemos por "mejorar la atención de enfermería en forma cuantitativa?"

Los estudios de las actividades que efectúa el personal de enfermería realizados en diferentes servicios en varios hospitales de Chile, son un buen ejemplo para ilustrar este punto. La observación de estas actividades, su clasificación según área y nivel y la preparación de algunas tablas estadísticas con la información recogida, ha permitido su análisis para conocer la forma como el personal de enfermería de estos servicios distribuye su tiempo; cuánto de este tiempo lo invierte en actividades de atención de enfer-

Definir claramente qué se entiende por "atención de enfermería", es un problema que preocupa a las profesionales en todo el mundo. Prueba de esto son las numerosas publicaciones de las revistas especializadas. ¿Cuál es la contribución específica de enfermería, como parte del equipo de salud, en la atención del individuo sano y enfermo y la familia? ¿Se ha definido claramente cuál es la teoría en que se basa la Enfermería? Al hablar de mejorar la calidad de la atención, hemos definido lo que se entiende por eficiencia y efectividad.

En el presente artículo se intenta definir lo que debería ser la atención de enfermería, cómo mejorarla en nuestro país basándose en la observación de nuestro medio, en las teorías de Hildegard Peplau y Faye Abdellah, en los principios básicos de los cuidados de enfermería descritos por Virginia Henderson, y en el estudio de las funciones de enfermería de Lesnik y Anderson.

La dirección de CUADERNOS MEDICO-SOCIALES estima que el presente es un artículo polémico; por lo tanto, invita a los profesionales interesados en el tema a exponer sus puntos de vista en nuestras páginas.

mería y cuánto en actividades que se pueden catalogar como no de enfermería. El examen minucioso de estas últimas actividades, permite revisar la modalidad de trabajo existente para decidir, de común acuerdo con las autoridades respectivas, si es posible efectuar algún cambio y liberar así al personal de enfermería de ellas.

NOTA: La autora desea expresar su reconocimiento por la ayuda recibida en la preparación del trabajo a las siguientes personas: Ayudantes del Centro de Experimentación, Srta. Amparo Aldea (Matrona, Servicio Nacional de Salud), Sra. Rebeca Jiliberto (Enfermera, Servicio Médico Nacional de Empleados) y Sra. Lía Santibañez (Enfermera, Servicio Nacional de Salud); y a la Consultora en Enfermería en Chile de la Oficina Sanitaria Panamericana/O.M.S., Srta. Mary Rogan.

* La autora ha desempeñado, entre otros, los cargos de Enfermera Asesora IX Zona, Concepción, Arauco, Bio-Bío; Directora, Estudio de Necesidades y Recursos de Enfermería en Chile; Directora, Centro de Experimentación en Enfermería, Dirección General, S.N.S. Ha realizado estudios especiales de administración, supervisión y educación en Enfermería de Salud Pública en la Universidad de Toronto y en el Teachers College, Columbia University. Tiene publicados los siguientes trabajos: *Necesidades y Recursos de Enfermería en Chile*, primera y segunda parte, 1961 y 1962, y el que hoy reproducimos con la autorización del editor, publicado en la "International Nursing Review". Vol. 12, Nº 4, Julio/Agosto, 1965.

La ventaja de este cambio será que el personal de enfermería dispondrá de mayor tiempo para las actividades propias de enfermería. Es decir, para mejorar la atención de enfermería en forma cuantitativa.

Cabe ahora preocuparnos de la otra parte del propósito del Programa de Desarrollo de la Enfermería en Chile: "*Mejorar la atención de enfermería en forma cualitativa*".

De inmediato se nos presentan algunas preguntas: ¿Qué entendemos por ello? ¿A qué se refiere? ¿Cómo se puede medir los resultados de un mejoramiento? ¿Qué se mide para evaluar la calidad?

Y afrontamos enseguida el problema de la eficiencia y la efectividad.

Cuando enunciamos que deseamos mejorar la calidad de la atención, a cual de estos dos problemas nos referimos, ¿a la eficiencia en la atención o a la efectividad? ¿o a los dos aspectos simultáneamente?

La eficiencia en la atención de enfermería.

Este aspecto se refiere más que nada "al grado en que los costos en términos de recursos humanos, físicos y financieros y de tensión emocional, se mantienen en un mínimo consecuente con la calidad del trabajo esperado. Representa el factor de economía en la operación"¹. Es decir, una atención de enfermería eficiente es aquella en que se utiliza en la manera más económica el tiempo del personal, el material y equipo y ésta atención se realiza en un ambiente armónico para reducir la tensión emocional al máximo.

Para ilustrar este punto quisiera mencionar algunos ejemplos: En uno de nuestros hospitales se vio que había un gasto exagerado de algodón y alcohol en los diferentes servicios. Para hacer más eficiente el trabajo, vale decir más económico, se centralizó la preparación de tómulas de algodón y se distribuyeron a los servicios frascos de tómulas empapados en alcohol. En esta forma se ahorró una cantidad apreciable de este material.

Cuando estudiamos los datos recogidos en el Censo de Establecimientos, efectuados en 1960 como parte del estudio de Necesidades y Recursos de Enfermería, pudimos observar que el personal en el servicio de pensionado de casi la totalidad de los establecimientos del Servicio Nacional de Salud, estaba formado especialmente por empleadas de sala, auxiliares de enfermería en proporción mucho menor, y enfermeras sólo en contados servicios. Pensamos que esto tiene que ver, entre otras razones, con un intento de mantener el costo de la atención de pensionado en un mínimo.

Estos ejemplos no sirven para llegar a la conclusión que la eficacia de la atención de enfermería se mide en relación a las posibilidades e intereses de la institución. El énfasis se pone más que nada en las técnicas de trabajo. Sin embargo, vemos también que esto no es suficiente, ya que no se toma mayormente en consideración ni al paciente, ni al efecto que nuestra atención tiene sobre él.

La efectividad en la atención de enfermería.

A continuación presentaremos las múltiples reflexiones que nos estamos haciendo para poder llegar a establecer una atención de enfermería que sea eficiente a la vez que efectiva dentro de las posibilidades y características de nuestro país.

Para poder medir la efectividad de la atención de enfermería es necesario, antes que nada, definir y analizar las metas que se desea alcanzar y luego desarrollar e identificar los índices de cambio, criterios de medición o unidades de medida en relación a las metas².

Para definir éstas, necesitamos decidir en primer lugar, cuál es la contribución que nosotros vemos que Enfermería puede hacer en la atención de salud de los habitantes de Chile. Esto nos lleva a una pregunta fundamental: ¿qué papel pensamos le corresponde a Enfermería?

Cuando se efectuó el Estudio de Necesidades y Recursos de Enfermería en Chile se tuvo oportunidad de observar la falta de consenso, no solamente entre los profesionales de la salud, sino que entre las propias enfermeras sobre lo que se entiende por atención de enfermería en el país. Se vio que no estaba claro si Enfermería solamente significaba cumplir con las indicaciones médicas sobre pruebas de diagnóstico y tratamiento, o si incluía, además, algo que es propio, exclusivo de Enfermería, algo que no ofrecen otros grupos de salud en la atención del paciente.

Se pudo comprobar también que todos los problemas que presentaba la Enfermería en Chile, emanaban de esta diversidad de opiniones, ya que lo que un grupo o un miembro de este grupo esperaba de la enfermera, podía o no coincidir con la opinión de ésta sobre atención de enfermería. Por este motivo, para llegar a un consenso se estimó necesario hacer una descripción de atención de enfermería que en líneas generales expresa lo siguiente:

"Prestar atención de enfermería significa ayudar al individuo, sano o enfermo, en la satisfacción de sus necesidades básicas tales como: alimentación, respiración, eliminación —cada vez que él, por algún motivo u otro, no está en condiciones de hacerlo por sí mismo. Prestar

atención de enfermería significa también ayudar al individuo en la satisfacción de una necesidad adquirida, que es la que se refiere al cumplimiento de las indicaciones médicas sobre tratamiento y medidas de diagnóstico.

La intensidad de la ayuda depende del grado de incapacidad del individuo para satisfacer sus necesidades básicas. Esta incapacidad se puede deber a un daño físico, tal como un accidente, enfermedad, malformación o mal desarrollo del individuo. También puede tener su origen en la falta de conocimientos del individuo sobre cual es la condición óptima para satisfacer sus necesidades, o bien, se puede deber a circunstancias especiales del organismo, tales como el embarazo o a algún trabajo exagerado. La ayuda que presta el personal de enfermería puede consistir en una ayuda física directa, en apoyo emocional o en ofrecerle al individuo oportunidades para aprender a satisfacer sus necesidades por sí mismo y en mejor forma”³.

Vista así la atención de enfermería, llegamos al segundo punto de nuestra exposición: *Enfermería como una ciencia y un arte*.

Nosotros pensamos que existe una ciencia de Enfermería, pero que aún hace falta identificarla para conocer exactamente cuál es el bagaje de conocimientos propios de esta ciencia aplicada. Cuando se cuente con ésto, podrá conocerse claramente cual es la contribución de Enfermería a la atención de salud. Por el momento, ésta depende en su mayor parte de cada enfermera y de la mayor o menor experiencia que pueda tener en el trabajo. Para que exista una ciencia de enfermería debemos identificar los principios y conceptos de las ciencias básicas y aplicadas-biológicas, físicas y sociales que rigen nuestra acción. Cuando ésto esté clarificado y forme el bagaje de conocimientos propios de enfermería, la atención de enfermería constituirá realmente un arte con una sólida base científica.

Este planteamiento trae consigo otra consideración. Si Enfermería es una ciencia, se crea la necesidad de que ésta se base en una teoría.

¿Qué entendemos por una teoría?

En líneas generales podemos definirla como una “Hipótesis con una parte apreciable de evidencia a su favor”⁴. En otras palabras, nosotros pensamos que nuestra idea sobre Atención de Enfermería es posible probarla en la realidad. ¿Cuál es nuestra teoría?

Para formularla nos hemos basado esencialmente en las teorías de Hildegard Peplau y Faye Abdallah, en los principios básicos de los cuidados de enfermería descritos por Virginia Henderson, el estudio de las funciones de Enfermería de Lesnik y Anderson y en el estudio de

Ruth B. Freeman sobre la efectividad del servicio de enfermería sanitaria.

A continuación exponemos nuestra teoría:

Nosotros creemos que Enfermería puede, mediante su intervención, ayudar a reducir algunos de los factores que amenazan la salud.

Creemos que lo que la enfermera hace al, con o para el paciente* influye en su estado de salud.

Creemos que es posible identificar el estado de incapacidad del individuo que le impide hacerse cargo de la satisfacción de sus propias necesidades.

Creemos que el estado de incapacidad debe medirse a intervalos regulares con el fin de establecer el plan de atención de enfermería, cuyo efecto también se puede medir.

Creemos que las medidas de diagnóstico y terapéutica, que resultan del plan de tratamiento médico, efectuadas por el personal de enfermería, son una necesidad adquirida del individuo. El estado de incapacidad del individuo en relación con esta necesidad, debe medirse para establecer el plan de atención de enfermería cuyo efecto también se puede medir.

El estado de incapacidad con respecto a cada una de las necesidades se puede determinar mediante la observación y el interrogatorio sistemático. Cada paciente presentará un caso diferente según un mayor o menor estado de incapacidad en cada una de sus diferentes necesidades. A pesar de ello, habrá algunos sistemas que se repitan. A la larga, será posible establecer una nomenclatura de estos sistemas, vale decir, los diagnósticos de enfermería.

Habrán algunos sistemas presentes en todos los pacientes y que resultan del ambiente en que se efectúa la atención, y no del estado de salud del paciente. Así, por ejemplo, todos los pacientes presentarán durante el proceso de la admisión al establecimiento un estado de incapacidad para satisfacer determinadas necesidades, el que resulta de la admisión misma.

Fuera de éstos, habrá sistemas específicos determinados por el estado de salud, sexo, edad, factores económicos, sociales y emocionales.

También creemos que la ayuda que la enfermera presta al paciente para satisfacer sus necesidades, se ve influenciada por factores propios de la enfermera. Entre éstos se puede mencionar su habilidad de observar e interpretar, de sus propias necesidades y su preparación.

Creemos que el aporte de enfermería está en relación directa con el número de enfermeras. La proporción de enfermeras y auxiliares de en-

* La palabra “paciente” se aplica en este trabajo al individuo sano o enfermo, que recibe atención de enfermería.

fermería, y la preparación del personal de enfermería. Debido a ésto, creemos que en Chile, por el momento, sólo se puede prestar atención de enfermería de un nivel mínimo. O sea, que se le ayude al paciente a satisfacer las necesidades básicas y adquiridas que resultan de su estado de salud; edad y sexo; pero que el paciente se adapte a la modalidad de trabajo que existe en el establecimiento. También creemos que para lograr este nivel mínimo, debe contarse con normas permanentes de atención ensayadas y probadas para el personal auxiliar que actúa sin la supervisión directa de enfermera.

Más adelante se podrá intentar, en aquellos establecimientos que cuentan con mayores recursos humanos y materiales, la atención de enfermería de un nivel adecuado. En éste, fuera de la ayuda contemplada en el nivel anterior, el personal trata de ayudar al paciente a satisfacer aquellas necesidades que resultan de la situación especial en que se encuentra debido a su contacto con el establecimiento.

En una época futura, será posible prestar atención de enfermería de un nivel óptimo, en que el personal se anticipa a satisfacer las necesidades del paciente con un plan de atención individual que incluye los cuidados físicos, los tratamientos, el apoyo emocional, las necesidades ambientales, la orientación espiritual, la educación para la salud y el grado de rehabilitación que permita al paciente vivir de acuerdo a sus posibilidades⁵.

Estos son los aspectos, que según nuestra opinión, deben tomarse en cuenta al definir las metas que deseamos alcanzar mediante la intervención de Enfermería.

Veamos ahora algo sobre índices de cambio, criterios de medición o unidades de medida a aplicar para evaluar la efectividad de la atención de enfermería.

¿Cómo podemos expresar los cambios que esperamos lograr mediante nuestra intervención? Esta es una tarea bastante difícil ya que entran tantas variables en juego. ¿Cómo podemos medir a ciencia cierta si la evolución favorable o desfavorable que se observa en un paciente se debe y en qué medida, a nuestra atención? ¿O si es el efecto exclusivo de los medicamentos, de la alimentación, de la actitud del paciente o del desarrollo normal de la enfermedad? ¿Cómo podemos medir el efecto de la atención de enfermería en una comunidad?

Hasta ahora sólo hemos medido en forma sistemática la atención de enfermería en relación a cantidad: número de pacientes atendidos en los servicios hospitalarios, número de tratamientos y curaciones efectuadas. Pero nada nos dicen estos números sobre el efecto que tiene nuestra atención en el individuo que las recibe.

Para aclarar este punto quisiera tomar algunos ejemplos de nuestra atención en servicios de cirugía.

Nuestra participación en la atención del enfermo durante el período pre-operatorio consiste especialmente en la preparación para la intervención quirúrgica. ¿Sabemos nosotros en qué medida nuestra atención está influyendo en el número creciente de paros cardíacos que están observando en diferentes servicios a lo largo del país? Nos hemos preguntado: ¿qué medida podríamos reducir las molestias que presenta el paciente durante el período post-operatorio mediante una atención pre-operatoria diferente a la que damos en la actualidad? Si consideramos que nuestra atención de enfermería tiene un efecto sobre el paciente, debiéramos estar en condiciones de medir ésto, a través de las molestias que presenta el enfermo, la duración y variedad de ellas y la duración del período de recuperación.

Junto con medir la efectividad de la atención debiéramos también preocuparnos de medir la eficiencia de nuestra atención. ¿Cuántas heridas operatorias se infectan? ¿En qué medida se debe ésto a nuestra intervención? ¿O estamos sencillamente aceptando el hecho que estas infecciones se producen y que algunos servicios en el país en que prácticamente ninguna herida operatoria sana per prima? ¿Hemos medido lo que ésto significa en términos de costo de recursos materiales y esfuerzos humanos de parte del establecimiento y de sufrimientos, preocupaciones y daños para el paciente y su familia?

Muchas de las enfermeras que están trabajando en los servicios tal vez han reunido alguna experiencia en éstos y otros aspectos de la atención de enfermería. Mi planteamiento acá, es que no contamos, por el momento, con unidades de medida ensayadas y probadas en Chile, que nos sirvan para comprobar en forma sistemática la efectividad de nuestra atención y, en el futuro, incluso para predecir el efecto de nuestra acción.

Estamos conscientes que la labor que tenemos por delante para obtener estas unidades de medida, es difícil y que aún pasará algún tiempo antes de poder contar con resultados. Pero, estamos convencidos que son indispensables para ayudar a mejorar la atención de enfermería en forma cualitativa y cuantitativa y aclarar cual es o puede ser la contribución de Enfermería en la reducción de algunos de los factores que amenazan la salud en Chile.

RESUMEN

Uno de los resultados del Estudio de Necesidades y Recursos de Enfermería, efectuado entre 1960 y 1962, fue la puesta en marcha del

Programa de Desarrollo de la Enfermería en Chile. Su propósito es el de "Mejorar la atención de enfermería en forma cualitativa y cuantitativa en todos sus servicios para prestar la atención que el país necesita de acuerdo a sus posibilidades presentes y futuras".

Se revisa lo que se entiende por mejorar la atención de enfermería en forma cuantitativa y cualitativa. Esto último plantea el problema de la eficiencia y la efectividad de la atención.

Por *atención eficiente* se entiende aquella en que se utiliza en la manera más económica el tiempo personal, el material y equipo y que se realiza en un ambiente anónimo para reducir la tensión emocional al máximo. Se mide en relación a las posibilidades e intereses de la institución. El énfasis está puesto en las técnicas de trabajo, sin tomar mayormente en consideración al paciente y el efecto que la atención tiene sobre él.

Para llegar a medir la efectividad, o sea, el cambio que se produce gracias a la intervención de enfermería, falta contar con criterios de medición. Estos presuponen que se fije la contribución que Enfermería puede hacer a la atención de salud de los habitantes de Chile. Para ello se propone una definición de atención de enfermería y una teoría de enfermería.

En relación a los criterios de medición, se plantea la necesidad de ensayarlos y probarlos en Chile para comprobar en forma sistemática la efectividad de la atención y en un futuro, también para predecir el efecto que tiene sobre el paciente.

REFERENCIAS

- ¹ Freeman, Ruth B. "Measuring the effectiveness of Public Health Nursing Service". *Nursing Outlook*. Vol. 9, Nº 10. October 1961, pág. 605.
- ² *Op. cit.*, página 605.
- ³ Krebs, Doris. *Necesidades y Recursos de Enfermería en Chile*. Informe Final 1ª parte. Santiago de Chile. 1961, pág. 7.
- ⁴ Brown, Amy Frances. *Research in Nursing*. Philadelphia. Saunders Co. 1958, pág. 32.
- ⁵ Servicio Nacional de Salud, Sección Enfermería. *Esquema de Investigación Experimental*. Centro de Experimentación en Enfermería. Borrador. Escrito a máquina. Santiago. 1964, pág. 4-6.

BIBLIOGRAFIA

- Abdellah, Faye y otros. *Patient-centered Approaches to Nursing*. New York. The Macmillan Co. 1960. 206 págs.
- Henderson, Virginia. *Basic Principles of Nursing Care*. International Council of Nurses. London. 1960. 42 págs.
- Johnson, Dorothy E. "A. Philosophy of Nursing". *Nursing Outlook*. April 1959. Vol. 7, Nº 4. 198 : 200 págs.
- Johnson, Dorothy E. "The Nature of a Science of Nursing". *Nursing Outlook*. May 1959. Vol. 7, Nº 5. 291 : 294 págs.
- Johnson, Miriam M. and Martin, Harry W. "A. Sociological Analysis of the Nurse Role". *American Journal of Nursing*. March 1958. Vol. 58, Nº 3. 373 : 377 págs.
- Lesnik, Milton J. and Anderson, Bernice E. *Nursing Practice and the Law*. Second ed. Philadelphia. J. B. Lippincott. 1955. 400 pages.
- Peplau, Hildegard E. "Aspects of Psychiatric Nursing". *The League Exchange*. Nº 26. New York. National League for Nursing. 1957. 61 págs.