

La evaluación del cuidado de enfermería: un compromiso disciplinar

Dora Lucía Gaviria Noreña^a

PRESENTACIÓN

Este documento se construye en el intento de responder qué postulados conceptuales y prácticos existen alrededor de la evaluación del cuidado de enfermería y cuáles métodos y/o estudios evidencian la evaluación del cuidado de enfermería, en el escenario de la práctica docente, como oportunidad para crear y recrear las formas de cuidar en enfermería.

La reflexión sobre la práctica favorece el desarrollo de habilidades y competencias para brindar un cuidado humanístico y de calidad; como Benner (1) expresa en su obra, el conocimiento integrado en la práctica del oficio de la enfermera proporciona la adquisición de habilidades y experticia frente a las funciones del cuidado, a la gerencia eficaz, a la investigación y a una práctica basada en la excelencia y en la ética reflexiva.

La evaluación del cuidado de enfermería es un compromiso ético y disciplinar, que se instaura en el principio de la calidad de la práctica profesional, así lo expresa la Ley colombiana 266 de 1996 (2), como la forma de orientar una ayuda efectiva y eficiente a la persona, a la familia y a la comunidad, orientada en valores y en estándares técnico científicos. Así mismo, la Ley 911 de 2004 (3) plantea como responsabilidad profesional realizar permanentemente la valoración ética del cuidado mediante la reflexión de los medios y del contexto, así como la participación de otros actores en las situaciones cotidianas de la práctica para garantizar resultados positivos en pro del cuidado de la salud y de la vida.

En primer lugar, se expondrá cómo en la actualidad la prestación del cuidado de enfermería se brinda en un contexto de incertidumbre y complejidad enmarcado por los aspectos políticos, económicos y sociales que afectan la organización de los servicios de salud. Como expresa Medina “el cuidado de enfermería se halla, en el contexto

RESUMEN

Objetivo: esta revisión nace de las preguntas y necesidades de los profesionales de enfermería para la implementación del Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, así como de mi interacción docente con estudiantes de Gestión de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, Colombia, en la búsqueda de propuestas para la evaluación del cuidado de enfermería. **Metodología:** se parte de una lectura del contexto del cuidado en el marco de los servicios de salud, que exige competencias del ser disciplinar para la solución de los problemas del cuidado y para la búsqueda de la evidencia en la toma de decisiones. **Resultados:** se explora la naturaleza del cuidado y los avances del enfoque sistémico para evaluar la estructura del cuidado, los procesos y los resultados que determinan su calidad y pertinencia, con el fin de contribuir a la gestión del cuidado desde el lenguaje disciplinar.

Palabras clave: *evaluación en enfermería, enfermería, investigación en enfermería.*

-
- a Enfermera Magíster en Salud Colectiva, Especialista en Epidemiología, Docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Correos electrónicos: dgaviria@tone.udea.edu.co, doralgaviria@gmail.com
-

Cómo citar este artículo:

Gaviria Noreña DL. La evaluación del cuidado de enfermería: un compromiso disciplinar. Invest Educ Enferm. 2009;27(1):24-33.

Recibido: Marzo 11 de 2008. Envío para correcciones: Enero 22 de 2009. Aprobado: Febrero 23 de 2009

Evaluation of nursing care: a commitment disciplining

Dora Lucía Gaviria Noreña

ABSTRACT

Objective: to reflect on the evaluation of nursing care, to assist in the management of care from the disciplinary language evolved from the questions and needs of nursing professionals for the implementation of a Quality System of care, and to analyze my interaction with students of Management in the School of Nursing seeking proposals for the evaluation of nursing care. It forms part of a reading of the context of care within the health services, which requires skills from being disciplined for the solution of problems of care and the search for evidence in decision making. It also explores the nature of care and proposes from the inputs to establish a systemic approach for evaluating the structure of care processes and outcomes that determine their quality and relevance.

Key Words: *nursing assessment, nursing, nursing research.*

de la asistencia a la salud, subsumido y disuelto dentro del saber biomédico” (4). Su evaluación se ha centrado más en indicadores de eficiencia y de eficacia de los servicios de salud, desde la mirada de la especialización médica, como porcentajes de cumplimiento a metas programadas: partos, cirugías consultas, coberturas y costos. También, se constata cómo el cuidado de enfermería requiere de lineamientos estructurales y de procesos para garantizar su calidad, así como del esfuerzo disciplinar que se debe liderar en el establecimiento de mecanismos de evaluación permanentes para cumplir con el compromiso ético y social que el acto de cuidado requiere.

En la segunda parte se presenta una revisión teórica frente a la naturaleza del cuidado y un enfoque metodológico para evaluarlo desde la estructura, el proceso y los resultados; es una propuesta para la aplicación de la

teoría disciplinar en la realidad de los servicios de salud, en donde los profesionales de enfermería se enfrentan día a día en la búsqueda de un cuidado con calidad científica y humana.

1. LA EVALUACIÓN DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA: UN CAMINO DE RETOS E INCERTIDUMBRES

1.1 El contexto del cuidado

Los procesos de globalización y modernización han generado transformaciones en el contexto mundial, nacional y regional, que han llevado a un cambio en la forma de relación del hombre, la naturaleza y la cultura. En cada región del mundo, las relaciones entre el individuo y la sociedad se desarrollan en diferentes contextos, con procesos históricos, económicos, políticos y socioculturales que interfieren en el desarrollo de las políticas sociales y en las respuestas en salud que la sociedad establece para la satisfacción de necesidades en el logro del bienestar.

Es así como la prestación de los servicios de salud se da en contextos complejos donde predomina la incertidumbre y la turbulencia a consecuencia de factores como la globalización y la crisis del sistema económico internacional, el acelerado cambio tecnológico, el cambio del papel del Estado, la persistencia de la dicotomía entre lo público y lo privado y la competencia entre estos sectores por la captación, la gestión de los recursos económicos (5) y la demanda creciente del cuidado a la población en situación de dependencia, de desplazamiento, que implican la redimensión de valores como el derecho a la salud, la equidad y la solidaridad. El contexto del cuidado se ve amenazado por una lógica de eficiencia y de productividad que aleja a los profesionales de enfermería del paciente y de sus familias, centrando sus esfuerzos en el diligenciamiento de los registros clínicos, en la facturación y en los costos de sus acciones con escasa sistematización del impacto del cuidado.

Como lo expresan Kerouac y colaboradores (6), el entorno en el que se sitúa el cuidado de enfermería, presenta numerosos retos y situaciones paradójicas, entre otros, la supervivencia financiera de la institución y los valores humanos que caracterizan los cuidados de enfermería y su continuidad, así como la inestabilidad de los equipos de trabajo, la autoridad jerárquica y la autonomía del personal cuidador, las luchas de poder y la colaboración intra e interprofesional, la estandarización y el respeto a la diversidad y a la individualidad, la tecnología y los valores. La mayoría de los dilemas éticos que afrontan las enfermeras en su práctica están originados en esta realidad.

En tal sentido, afirma Romero que la “característica del cuidado en el contexto actual es de adversidad y la define como la expropiación del sujeto del acto de cuidado y la pérdida de la relación ínter subjetiva enfermera paciente” (7). El centro de atención se profundiza hoy en el “objeto”, expresado en las nuevas e intensas funciones administrativas, en los nuevos roles que el mercado impone a enfermeras y enfermeros; roles que los alejan de la relación dialógica con el sujeto de cuidado, pues los centran en el control de calidad de la “eficiencia” y de la “productividad”, medida en costos a partir del control y la vigilancia sobre el proceso financiero.

Un estudio de Trevizan y otros (8), determina que lo que rige la conducta ética de la enfermera gerente, es principalmente la búsqueda de la eficiencia en consonancia con las normas instituidas en las organizaciones de salud; la enfermera ha manifestado facilidad para amoldarse a obligaciones y disciplinas y mantenerse sumisa a reglas, normas y rutinas.

Como consecuencia, se observa en el contexto de enfermería una situación profesionalmente frágil, una falta de identidad profesional que impide el desarrollo de la autonomía y, por ende, de liderazgo que permita evaluar el cuidado no sólo desde los procesos administrativos, sino desde el impacto de los cuidados en las condiciones de salud de individuos y colectivos.

1.2 La evaluación del cuidado en la investigación

En la investigación, la evaluación del cuidado ha estado marcada por los aspectos conceptuales y metodológicos que aporta la teoría de sistemas, con una mirada a la estructura, a los procesos y a los resultados de la atención de enfermería.

Los estudios de Aiken, Smith y Lake (9) han evidenciado la asociación entre las características organizacionales y los resultados clínicos y concluyen que en el cuidado

de enfermería con calidad, los índices de mortalidad son más bajos, hasta un 4,6%; la mortalidad es menor a los 30 días del ingreso. La satisfacción de los pacientes es mayor, e incluso el entorno es más seguro frente a accidentes laborales. Los mismos autores (10) han constatado cómo la satisfacción personal, el estatus, el rol del enfermero, la relación enfermero-paciente, el reclutamiento y el mantenimiento de los enfermeros, la relación médico-enfermero, la descentralización en la toma de decisiones, el liderazgo clínico, la autonomía y responsabilidad en el cuidado del paciente, y la flexibilidad de los horarios de trabajo, se relacionan con mejores indicadores de calidad.

Siguiendo el trabajo de Aiken y colaboradores (11), se recogieron y analizaron datos de 10.184 enfermeras diplomadas y de 232.342 pacientes de cirugía. Los autores constataron que con cada paciente adicional de una enfermera que ya se encargase de cuatro aumentaba un 7% la probabilidad de muerte dentro de los 30 días siguientes a la admisión, y aumentaba también un 7% la probabilidad de fracaso terapéutico. Aiken, Kesselring y Schubert (12) constatan la asociación que existe entre las buenas condiciones laborales como soporte vital para un cuidado de enfermería con calidad. Otros afirman que aumentando la carga laboral de 4 pacientes a 6 se incrementan en un 14% las probabilidades de que esos pacientes mueran dentro de los 30 días siguientes a su admisión; y si la carga de trabajo se elevaba a 8 pacientes, la mortalidad crecía un 31%. De otro lado cuando, se aumentaba el número de enfermeras se reducía el número de infecciones del tracto urinario, neumonías, sangrados gastrointestinales y “shocks” en los pacientes, y los índices de “fracaso terapéutico” eran más reducidos (13).

Ellis y Gates (14), identificaron que componentes como la satisfacción del empleado, la retención, la educación profesional, y la colaboración interdisciplinaria son necesarios para brindar un cuidado seguro y de calidad. Así mismo, Force (15), plantea la relación positiva entre los gerentes de enfermería con un estilo de autoridad transformador, con rasgos de personalidad extrovertida, así como las políticas de retención y de permanencia del personal y de educación permanente con indicadores como la satisfacción del personal y de los pacientes y la disminución de complicaciones.

Friese (16) examinó los ambientes de práctica, el agotamiento emocional y la calidad del cuidado de enfermeras que trabajan en unidades oncológicas y encontró resultados superiores; también resalta como condiciones óptimas de calidad la relación del número adecuado del

personal de enfermería y los recursos para tener mejores resultados.

Force (17), en Ginebra, Suiza, adopta el modelo de gobernabilidad compartido para la creación de una cultura de excelencia de servicio. La evaluación de la experiencia alcanzó el desarrollo de una práctica con autonomía profesional, una comunicación eficaz y unos resultados excepcionales en el paciente y una mayor satisfacción de enfermería.

Schupfer y Babst (18) analizaron el impacto sobre la calidad que tienen los programas de minimización de costos en Suiza. Señalan que la racionalización de los costos induce al racionamiento oculto de la acción del cuidar y a la sobrecarga laboral. La reducción de los costos, según estos autores, puede poner a los pacientes en peligro debido al bajo número de profesionales. Señalan, además, que la proporción de enfermeras por paciente tiene un efecto sustancial sobre la mortalidad durante la hospitalización y el agotamiento de las enfermeras.

En los últimos años la investigación sobre la evaluación de la calidad de los servicios de salud se ha centrado en los programas de seguridad al paciente y el monitoreo de eventos adversos (19). Leape (20) considera que el error humano es un factor de interés para la salud pública. Se destaca al personal de enfermería como clave para garantizar la satisfacción en el cuidado del paciente. Rollins, Sorenson y Randy (21), señalan que el 60% de la satisfacción de los pacientes está relacionada con la interacción que ellos tienen con el personal de enfermería. La interacción gratificante con sus pacientes se convierte en un factor de éxito en los programas de calidad.

Ortiz, Gaviria y colaboradores señalan en un estudio sobre la “Participación del acompañante en el cuidado del paciente hospitalizado” (22), que existe una mínima interacción del equipo de enfermería con el acompañante, el 89% de los profesionales de enfermería no tienen interacción con el paciente y su acompañante en términos de informar y educar en el proceso del cuidado.

Los estudios de Castrillón y otros (23), sobre la evaluación de la calidad de atención de enfermería en dos instituciones de salud de Antioquia, Colombia, con pacientes obstétricas y quirúrgicos, evalúan la estructura, el proceso y el resultado de las acciones de enfermería y resaltan el poco desarrollo disciplinar de los profesionales de enfermería en el que prima un enfoque de cuidado alrededor del acto médico y no se aborda el aspecto humanístico del cuidado. El profesional de enfermería

desconoce el proceso de enfermería como método para planear y evaluar el cuidado. Así mismo, las acciones de cuidado son delegadas en el personal auxiliar de enfermería sin seguimiento y evaluación.

Estas autoras destacan en sus estudios las condiciones del contexto que afectan la satisfacción del profesional de enfermería, y que van en detrimento de la calidad que se le brinda al paciente como el número insuficiente de personal de enfermería en relación con el volumen de pacientes atendidos, la poca disposición de lugares adecuados para el descanso de éste; la falta de controles periódicos de la salud para el personal expuesto a riesgos ocupacionales, entre otras.

Como se observa, la evaluación del cuidado se ha centrado en valorar la estructura, el proceso y el resultado, y en los últimos años, en el seguimiento a errores en la atención. Fortalecer los cuidados con criterios de calidad y excelencia técnica, científica y humanística, exige de los profesionales de enfermería responder sobre cuáles son los contextos institucionales donde se prestan los cuidados, qué relaciones se tejen entre la enfermera y la persona cuidada y qué experiencias alrededor de la práctica de enfermería generan mayor satisfacción para la enfermera y para la persona cuidada.

2. LA NATURALEZA DEL CUIDADO: CÓMO EVALUARLA

En palabras de Colliere, el cuidado como “un acto de vida que debe recrearse en los valores del respeto a la persona y a su dignidad, así como en las fuerzas de la vida y en la movilización de sus recursos vitales para potenciarlos” (24), debe darse en una interacción dialógica, simétrica, entre la persona cuidada y el profesional de enfermería cuidador. Esta interacción se construye a partir de la confianza y progresa con el respeto y el afecto. La autora hace un llamado para que el cuidado sea por excelencia humanizante, donde se vive, se comprende y se establece una comunicación como principio fundamental para comprender al otro en escenarios de seguridad y respeto.

Leininger (25) afirma que el cuidado, como fenómeno transcultural y central de la acción de enfermería, es la expresión de una cualidad humana que se manifiesta en una disposición moral orientada hacia la ayuda; es un servicio público que posibilita y mantiene la vida desde las perspectivas humana, ética, interpersonal y terapéutica. Se basa en las cualidades de la valoración interpersonal, en la transmisión de la confianza y en la preocupación por los otros para mantener y promocionar la salud y la

integridad humana en momentos de vulnerabilidad como son la enfermedad y la muerte, así como la salud y la vida. La meta del profesional es brindar cuidados pertinentes y oportunos a los individuos y colectivos mediante una identificación de sus necesidades, apoyados en el proceso de enfermería para restablecer la independencia y autonomía, promover la integridad biosicosocial y mantener la capacidad de sí (25).

Su evaluación requiere mecanismos externos e internos en la organización de los servicios de salud, en una lógica de aprendizaje continuo y diálogo permanente con los sujetos del cuidado para identificar sus necesidades y la forma de satisfacerlas.

Evaluar la esencia del cuidado es un proceso sistemático que permite identificar los problemas y las rupturas del cuidado para establecer decisiones con evidencia que busquen niveles óptimos de calidad. Evaluar es juzgar, apreciar e identificar hasta qué punto se han alcanzado los objetivos, determinar si las acciones de enfermería tienen impacto. La evaluación es una actividad organizada e intencionada.

El cuidado de enfermería con calidad incluye: una dimensión ética que se refiere a los aspectos de la relación interpersonal, es decir, el establecimiento de la empatía y el respeto a la dignidad humana en contextos culturales diferentes; una dimensión científica y tecnológica que comprende la prestación del cuidado pertinente según los avances científicos, técnicos y disciplinares; y una dimensión perceptiva que incluye la capacidad de comprender las necesidades del paciente y las formas de satisfacerlas.

La evaluación en enfermería surge con Florence Nightingale (26), alrededor de 1850, con el seguimiento

de la mortalidad en los hospitales británicos y la implementación de condiciones higiénicas que en seis meses disminuyó la mortalidad de un 40% a un 2%.

La Asociación Norteamericana de enfermería – ANA- ha incorporado componentes esenciales para el aseguramiento de la calidad de los cuidados, como la identificación de valores, el establecimiento de criterios y guías, que incluyan la estructura, el proceso, y los resultados de los cuidados y la evaluación permanente de la práctica.

Del mismo modo, diferentes programas de calidad han avanzado en la construcción de enfoques para acreditar los cuidados de enfermería, como el adelantado por el American Nurses Credentialing Center, referido al hospital magnético, donde se enfatiza la importancia de las características organizacionales y su contribución a la calidad del cuidado de enfermería.

La Organización Mundial de la Salud (27), declara los servicios de enfermería y partería como los pilares fundamentales de la prestación de la atención de salud y afirma que cuando se utilizan al máximo las competencias de las enfermeras y las parteras, se reducen los costos y se mejora la calidad de la atención en diversos contextos.

Donabedian (28), asegura que todo intento de evaluación debe estar orientado hacia la observación y la comprensión de la calidad; hace especial énfasis en la importancia de entender con más profundidad la naturaleza del intercambio interpersonal entre el paciente y el personal de salud; aprender a identificar y a cuantificar las cualidades de este intercambio, y determinar de qué modo éstas contribuyen a la salud y al bienestar de los pacientes.



Figura humana femenina. Área arqueológica: Zenú. Cronología: 200 a.C – 1492 d.C. Colección Museo Universitario de la Universidad de Antioquia (MUUA).

En el contexto del Sistema General de Seguridad Social en Colombia, la implementación del sistema de garantía de la calidad se inicia alrededor de 1996 con el decreto 2174 (29), posteriormente, con el 2309 del 2002 (30) y actualmente con el 1011 de abril del 2006 (31). En toda la normatividad se enfatiza la evaluación como aspecto esencial de la calidad, y la evidencia empírica, a través de los indicadores para establecer los planes de mejoramiento continuo que lleven a una acreditación de los servicios de salud del más alto nivel en pro de la seguridad del paciente, la familia y la comunidad en general.

El Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud –SOGCS-, establecido en el decreto 1011 de 2006 (31), se define como el conjunto de acciones, normas y procedimientos que buscan mejorar los resultados de la atención en salud, centrados en el usuario mediante el cumplimiento de las características de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad. El SOGCS establece cuatro componentes indispensables para alcanzar la calidad en los servicios de salud, que en su esencia conceptual y práctica son mecanismos de evaluación: el Sistema Único de Habilitación, la Auditoría para el Mejoramiento de la Calidad, el Sistema Único de Acreditación y el Sistema de Información. Este es un escenario que posibilita legitimar la disciplina de enfermería, que requiere la búsqueda de evidencia científica para incorporarla en el acto del cuidado.

En la implementación del sistema de garantía de la calidad, el papel del personal de enfermería ha sido decisivo en la estructuración y en la unificación de procesos institucionales y de enfermería, así como en el monitoreo de la calidad.

La evaluación del cuidado de enfermería es compleja y requiere estudios cualitativos para comprender los fenómenos humanos desde las dimensiones subjetiva e intersubjetiva. Superar la mirada de la evaluación cuantitativa y trascender la naturaleza del cuidado es uno de los desafíos disciplinares, pues aporta a la comprensión de una atención compasiva en salud, en términos del reconocimiento del otro, de sus necesidades y potencialidades.

3. CÓMO EVALUAR EL CUIDADO

La evaluación debe contemplar información detallada sobre las relaciones entre las condiciones estructurales del contexto, de los lugares en donde se produce la asistencia, los procesos del cuidado mediante la reflexión cotidiana de la práctica en un intento de articular la teoría para mejorar la competencia profesional y los resultados del cuidado desde la indagación permanente de su impacto.

3.1 Evaluación de la estructura

Donabedian (28) expresa que toda organización de servicios de salud debe considerar los aspectos físicos, los insumos y materiales, la tecnología para el cuidado de la salud, los recursos en informática y los registros del sistema de información en salud. Se refiere también a las personas que intervienen en el servicio, su nivel de preparación y las normas y estándares que regulan el ejercicio de la atención. La evaluación de la estructura proporciona una base para asegurar que se dispone de las condiciones óptimas para el buen funcionamiento en los niveles de calidad esperados; no nos dice cómo funciona, sino cómo debería funcionar si dispusiera de medios adecuados.

Los siguientes son criterios de la estructura que se deben evidenciar en enfermería:

Tiempo para establecer una relación intersubjetiva eficaz y humana. Como lo expresa Henderson, la función de enfermería en el cuidado de los pacientes es compleja y requiere tiempo, pues se inscribe en el mundo subjetivo y de la vida: “Las enfermeras deben, de alguna forma, ponerse en la piel de cada paciente para conocer qué clase de ayuda necesita de ella. La enfermera es transitoriamente la conciencia del inconsciente, el amor a la vida del suicida, la pierna del amputado, los ojos del recién cegado, el medio de locomoción del recién nacido, el conocimiento y la confianza de la joven madre, la voz para los demasiado débiles para hablar, y así sucesivamente. Además de esta función exclusiva, las enfermeras ayudan a los pacientes a conocer y a expresar sus necesidades de salud, a encontrar y utilizar los recursos de salud de la comunidad y a realizar los tratamientos prescritos por médicos o terapeutas (...)” (32).

La evaluación de la estructura de los cuidados de enfermería debe enfatizar en el establecimiento de las normas del recurso humano requerido para brindar el cuidado, su nivel de capacitación y la experticia en el desempeño de sus funciones.

El Consejo Internacional de Enfermería (33) afirma que el personal de enfermería es fiable cuando existe un número adecuado, tiene una combinación idónea de capacidades, está siempre disponible para garantizar la satisfacción de las necesidades del paciente y funciona en unas condiciones laborales sin riesgo. También, recomienda el personal de enfermería fiable como condición para garantizar la seguridad del paciente. **Evaluar el coeficiente de pacientes por enfermera (34)** incluye el conocimiento de

los pacientes y de sus necesidades de cuidado, la intensidad y variabilidad de los cuidados, el análisis del contexto de los pacientes, y la capacidad profesional: la capacitación, la coherencia, la continuidad y la cohesión del personal; experiencia y acceso a la formación continua.

Otro aspecto que contempla la estructura es la **evaluación del contenido de los protocolos y de las guías de evidencia científica** de enfermería. Evaluar si están adaptadas a las necesidades específicas del sujeto del cuidado, si contemplan aspectos del contexto social y cultural que interfieren en su cosmovisión y si incluyen las bases filosóficas y científicas (6) de la disciplina. Visibilizar el pensamiento de enfermería en la implementación de los protocolos y normas, favorece una cultura organizacional centrada en el cuidado de la persona y contribuye de manera diferente en la solución de problemas relativos al cuidado.

Otro de los aspectos que se debe evaluar en la estructura es la **información**, que permite diseñar, ejecutar, planificar y evaluar la gestión del cuidado de enfermería para adaptar las decisiones frente al cuidado. Según la OPS, “las terminologías estandarizadas del cuidado, conocidas también como nomenclaturas, sistemas de clasificación, taxonomías, o idiomas estandarizados, fueron desarrolladas para aumentar la calidad de los cuidados de enfermería, así como su visibilidad, a través de la documentación de la información confiable sobre la práctica de la enfermería” (35). La NANDA, manifiesta que “los diagnósticos de enfermería facilitan la comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes y proporcionan una dirección inicial en la elección de los tratamientos y posterior evaluación de los resultados de los cuidados” (36).

La Nursing Interventions Classification, NIC (37), como otro sistema de información, define las acciones de cuidado de los profesionales de enfermería tanto independientes como de colaboración, así como los cuidados directos e indirectos. Una intervención de enfermería es todo tratamiento basado en el juicio y en el conocimiento clínico para favorecer los resultados esperados del paciente. Los últimos esfuerzos desde la investigación se han centrado en definir medidas de los resultados del cuidado en la práctica de enfermería. La Nursing Outcomes Classification, NOC (37), define los resultados estandarizados para medir los efectos de las intervenciones de cuidados en el paciente. El uso de los tres lenguajes permite una planeación armónica del cuidado de enfermería y facilita el proceso de toma de decisiones.

Otro de los sistemas de información, el OMAHA (38), es una taxonomía diseñada para documentar la práctica interdisciplinaria y el manejo de datos en los entornos comunitarios. Consta de 3 esquemas de clasificación: problemas, intervenciones, y resultados de las acciones. Para la acreditación del cuidado de enfermería se estableció la norma ISO 18104 (39), *Health informatics integration of a reference terminology model for nursing*, que reúne las taxonomías y tiene por objetivo evaluar la calidad frente a pacientes, familias y comunidades, así como determinar los resultados de la práctica de enfermería, favorecer la creación de información comparable en los diversos países del mundo y determinar los recursos y costos del cuidado de enfermería en los servicios de salud. Documentar la práctica de enfermería en el actual sistema de información en salud, es uno de los retos que se tienen desde la estructura del contexto del cuidado y que debe ser parte integral de los procesos de habilitación y acreditación de los servicios de enfermería.

3.2 Evaluación del proceso del cuidado

Evaluar el proceso del cuidado desde el enfoque sistémico incluye la valoración de la actuación técnica, incluye la valoración de los conocimientos y juicios que llevaron a realizar las acciones de cuidado y de la destreza para ejecutar dichas acciones, la valoración de la relación interpersonal como dimensión vital para lograr los objetivos. La discreción, la intimidad, la elección informada del cuidado, la empatía, la honestidad, el tacto y la sensibilidad constituyen, entre otras, las virtudes de la relación interpersonal que se debe evaluar.

La práctica de enfermería, según Kerouac (6), une el **qué** del cuidado y el **cómo** de la interrelación enfermera paciente. Es en este acto de cuidar donde se recurre a diversos procesos como la reflexión, la integración de valores y creencias, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico y la intuición.

Castrillón (40), manifiesta que el desarrollo profesional de la enfermería ha pasado de las tareas y procedimientos técnicos que la caracterizaron como ocupación, a la construcción de un cuerpo disciplinar y a la elección de un método de trabajo: el proceso de atención de enfermería, PAE, como estrategia que no sólo apoya los procesos pedagógicos para el entrenamiento clínico, sino que también orienta la organización del trabajo enfermero. Se basa en la valoración (41) que los profesionales hacen en función de las necesidades de los pacientes, de la habilidad con que llevan a cabo sus acciones y de las características

de la acción en sí. Proporciona información acerca de la competencia de los profesionales, de sus vivencias y de los recursos que movilizan para el cuidado.

Newman (42) afirma que el cuidado genera una relación intersubjetiva ya que influye en quien da y en quien recibe la acción de cuidar, en el por qué y para qué del cuidado, en el dónde y cuándo se cuida, y en el cómo y con qué se cuida. La evaluación del proceso se relaciona con el desarrollo de mecanismos para conocer las percepciones y significados del sujeto del cuidado que conlleven a la reorganización de los servicios de enfermería, centrados en el paciente. La conformación de equipos de reflexión en enfermería, frente a los valores, a los principios y a los conceptos inherentes del cuidado garantiza una excelente práctica (6).

3.3 Evaluación de los resultados

Los resultados evidencian los cambios generados, se constituyen en el análisis del impacto de las acciones del cuidado. La evaluación de resultados debe promover la eficacia colectiva a partir del intercambio de conocimientos, vivencias, experiencias de los errores y aciertos que generen cambios en el cuidado. Los resultados han sido establecidos por indicadores trazados, como la mortalidad y la morbilidad evitable, la satisfacción del paciente (43), la eficiencia y los costos de la atención, entre otros (44). Desde enfermería, el trabajo de Watson (45) recoge diferentes instrumentos que aportan evidencia empírica sobre la evaluación.

Los instrumentos CARE/ Q (1984) y el CARE/ SAT (1993) (46), determinan el grado de satisfacción tanto del personal de Enfermería que brinda el cuidado como de las personas que lo reciben, contemplan dimensiones como la accesibilidad, si se explica y facilita el cuidado, se conforta, se anticipa, mantiene relación de confianza, monitorea y hace seguimiento.

El instrumento Caring Behaviors Inventory, CBI, (47) identifica la percepción del cuidado en los pacientes y las enfermeras. Incluye aspectos como el respeto a los otros, el aseguramiento de la presencia humana, el conocimiento y las habilidades profesionales, la atención a la experiencia de otros y la conexión positiva.

La escala sobre la eficacia del cuidado de enfermería Caring Efficacy Scale –CES-(48) mide la educación de enfermería y su relación con la filosofía del cuidado, la capacidad para desarrollar relaciones de cuidado de impacto con los pacientes.

El instrumento Caring Assessment Tools Cat (49) mide la percepción del paciente sobre las actividades de cuidado de enfermería. Evalúa los factores del cuidado de Watson (50): humanismo, fe, ayuda, sensibilidad, ayuda verdadera, expresión de sentimientos positivos y negativos, enseñanza y aprendizaje, ambiente de soporte y asistencia a las necesidades humanas.

CONCLUSIÓN

La evaluación se fundamenta en un proceso de reflexión permanente de lo que hacemos, de cómo logramos cambios y resultados en el cuidado. Es la mirada crítica que permite crear e inventar una infraestructura, unos procesos que mejoren el contexto de los servicios y del ser en enfermería. Evaluar es indagar, contrastar realidades y describir las limitaciones y las oportunidades en el acto de cuidar. Evaluar favorece la humanización de los sujetos que cuidan, en este caso, el equipo de enfermería, toda vez que fortalece el compromiso, la fraternidad, la responsabilidad y dota la práctica del contenido ético que le demanda la sociedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benner P. From novice to expert: excellence and power in clinical nursing. *Practice Am J Nurs.* 1982;82(3):402-7.
2. Reglamentación de la profesión de enfermería en Colombia. Ley 266/1996 de enero 25. Boletín oficial del Estado, n° 42710, (feb 5, 1996).
3. Reglamentación de responsabilidad deontológica para el ejercicio de la profesión de Enfermería en Colombia. Ley 911/2004 de octubre 6. Boletín oficial del Estado, n°45.693, (oct 6, 2004).
4. Medina JL. El cuidado objeto de conocimiento en la enfermería como disciplina. 2ª ed. Barcelona: Alertes; 1999. p. 29-55.
5. Lalinde MI, Gaviria DL. Políticas de salud desde la perspectiva de los pobladores en el municipio del Carmen de Viboral 2002-2003 [Tesis Magister en Salud Colectiva]. Medellín: Universidad de Antioquia. Facultad de Enfermería; 2004. p. 6-8.
6. Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquete A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996. p. 24-58,77,120-137.
7. Romero Ballén MN. El cuidado de enfermería en la adversidad, cuatro compromisos desde la docencia. *Av Enferm.* 2007;25(2):112-23.
8. Trevizan MA, Mendes IA, Godoy S, Alves LM, Rodriguez EL. The path of nurses at a university hospital throughout four decades: starting points to innovate their management role. *Rev Bras Enferm.* 2005;58(2):200-2.

9. Aiken LH, Sloane D, Lake ET, Sochalski J, Weber AL. Organization and outcomes of inpatient AIDS care. *Med Care*. 1999;37(8):760-72.
10. Aiken LH, Sloane D, Lake ET. Satisfaction with inpatient acquired immunodeficiency syndrome care: a national comparison of dedicated and scattered-bed units. *Med Care*. 1997;35(9):948-62.
11. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction. *J Am Nurs Assoc*. 2002;288(16):1987-93.
12. Aiken L, Kesselring a, Schubert M. Job satisfaction and treatment outcomes. Support is vital for nursing quality. *Krankenpfl Soins Infirm*. 2003;96(5):10-12, 62-63.
13. Clarke SP, Sloane DM, Aiken LH. Effects of hospital staffing and organizational climate on needlestick injuries to nurses. *Am J Public Health*. 2002;92(7):1115-19.
14. Ellis B, Gates J. Achieving magnet status. *Nurs Adm Q*. 2005;29(3):241-4.
15. Force MV. The relationship between effective nurse managers and nursing retention. *J Nurs Adm*. 2005;35(7-8):336-41.
16. Friese CR. Nurse practice environments and outcomes: implications for oncology nursing. *Oncol Nurs Forum*. 2005;32(4):765-72.
17. Force V. Creating a culture of service excellence: empowering nurses within the shared governance councilor model. *Health Care Manag*. 2004;23(3):262-6.
18. Schupfer G, Babst R. Impact and risks of cost cutting programs on the quality of hospital care in. *Schweiz Rundsch Med Prax*. 2005;94(28-29):1103-11.
19. Barach P, Cantor M, Derse A, Maklan C, Wlody G, Fox E. Disclosing adverse events to patients. *Jt Comm J Qual Patient Saf*. 2005;31(1):5-12.
20. Leape L, Berwick D, Bates W. What practices will most improve safety? evidence-based medicine meets patient safety. *JAMA*. 2002;(288):501-7.
21. Rollins N, Sorenson L. A collaborative perspective of nursing leadership in quality improvement. The foundation for outcomes management and patient /staff safety in health care environments. *Nurs Admin Q*. 2003;27(4):324-9.
22. Ortiz AC, Gaviria DL. La participación del acompañante en el cuidado del paciente hospitalizado. *Invest Educ Enferm*. 2002;20(2):12-29.
23. Castrillón MC, Jaramillo LE, Lalinde MC, Perez L, Palacio M. Atención de pacientes sometidos a cirugía electiva de vías biliares en dos instituciones del segundo nivel de atención en salud. *Invest Educ Enferm*. 1997;15(1):13-33.
24. Moraga M. Marie Françoise Collière: the art of caring for lives. *Rev Enferm*. 2005;28(4):26-8.
25. Leininger M. Transcultural nursing: concepts, theories and practices. 2ª ed. Columbus: Greyden press; 1994. p. 24-28.
26. Nightingale F. Notes on matters affecting the health, efficiency and hospital administration of the british army. London: Harrison & Sons; 1858.
27. Organización Mundial de la Salud. Servicios de Enfermería y partería: orientaciones estratégicas 2002-2008. Ginebra: OMS; 2002. p. 27- 38.
28. Donabedian A The quality of care: how can it be assessed? *JAMA*. 1988;260(12):1743-48.
29. Decreto 2174 de 1996 por el cual se reglamenta el Sistema de garantía de la calidad. Boletín oficial del Estado, n°. 42.931, (Dic 3, 1996).
30. Decreto 2309 de 2002 por el cual se define el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud. Boletín oficial del Estado, n°. 44.967, (Oct 17, 2002).
31. Decreto 1011 de 2006 por el cual se establece el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención de salud del sistema general de seguridad social en salud. Boletín oficial del Estado, n°.46.230, (abril 3, 2006).
32. Henderson VA. Discurso de recepción. *Invest Educ Enferm*. 2000;18(2):83-7.
33. Consejo Internacional de Enfermería. Personal fiable vidas salvadas [Internet]. Ginebra: CIE; 2006 [acceso Mayo de 2006]. Disponible en: <http://www.icn.ch/indkit2006sp.pdf>.
34. Consejo Internacional de Enfermería. Coeficiente de pacientes por enfermeras. La enfermería importa [Internet]. Ginebra: CIE; 2005 [acceso Mayo de 2005]. Disponible en: http://www.icn.ch/matters_rnpratiosp.htm.
35. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Desarrollo de sistemas normalizados de información de enfermería. Washington: OPS; 2001. p. 15.
36. American Nurses Association. Nursing's social policy statement. Washington: American Nurses Association; 1995. p. 9.
37. Jonson M, Bulechek G, McCloskey J, Maas M, Moorhead S. Diagnósticos enfermeros resultados e intervenciones interrelaciones NANDA, NOC Y NIC center for nursing classification university of iowa collage of nursing. Madrid: Elsevier; 2004. p. 4-10.
38. The Omaha Sistem. Omaha system overview and components [Internet]. Omaha: The Omaha Sistem; 2005 [acceso 1 de noviembre de 2005]. Disponible en: <http://www.omahasystem.org/systemo.htm>.
39. Saba V, Coonen A, McCormick K. Health informatics integration of a reference terminology model for nursing ISO 18104. Geneva: ISO; 2003. p. 1-28.
40. Castrillón Agudelo MC. Retos para la enfermería en el siglo XXI: el desafío disciplinar. Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería; 2005. p. 1-13.

41. Duran VM. Enfermería desarrollo teórico e investigativo. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería; 2001. p. 15-57.
42. Newman M. Cuidado prácticas de enfermería: grupo de cuidado. Bogotá: Universidad Nacional; 2000. 271 p.
43. Zas Ros B. La satisfacción como indicador de excelencia en la calidad de los servicios de salud. Rev Electrónica Psicología Científica [Internet]. 2002 [acceso 5 de enero de 2007]: Disponible en: www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-pdf-80-la-satisfaccion-como-indicador-de-excelencia-en-la-calidad-de-los-servicios-de-s.pdf
44. Torres C, Alvarado N. Indicadores trazadores de gestión hospitalaria. Revisión, análisis y propuesta. Rev Chil Salud Pública. 2005;9(2):96-102.
45. Watson J. Assessing and measuring caring in nursing and health science. New York: Springer; 2002. p. 40-200.
46. Larson P, Ferketich S, Wleczorek R, Molzahn AE. Patients satisfaction with nurses caring during hospitalization. West J Nurs Res. 1993;15(6):690-707.
47. Wolf ZR, Giardino ER, Osborne PA, Ambrose MS. Dimensions of nurse caring. Image J Nurs Sch. 1994;26(2):107-11
48. Coates CJ. The caring efficacy scale: nurses' self-reports of caring in practice settings. Adv Pract Nurs Q. 1997;3(1):53-9.
49. Duffy J, Hoskins L, Seifert R. Dimensions of caring: psychometric evaluation of the caring assessment tool. ANS Adv Nurs Sci. 2007;30(3):235-45.
50. Watson J. Nursing: philosophy and science of caring. Colorado: University Press of Colorado; 2008. 313 p.