



Enfermería Global

E-ISSN: 1695-6141

eglobal@um.es

Universidad de Murcia
España

Martins Sobrinho, Fernanda; Teodoro Couto Ribeiro, Helen Cristiny; Alves, Marilia; Figueiredo Manzo, Bruna; Nunes, Sônia Maria Viana

Rendimiento en el proceso de acreditación de hospitales públicos de Minas Gerais/Brasil: influencias para la calidad asistencial

Enfermería Global, vol. 14, núm. 1, enero, 2015, pp. 286-297

Universidad de Murcia

Murcia, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=365834856011>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



ADMINISTRACIÓN - GESTIÓN - CALIDAD

Rendimiento en el proceso de acreditación de hospitales públicos de Minas Gerais/Brasil: influencias para la calidad asistencial

Performance em processo de acreditação de hospitais públicos de Minas Gerais/Brasil: influências para a qualidade da assistência

Performance in the process of accreditation of public hospitals in Minas Gerais/ Brazil: influences on the quality of care

***Sobrinho, Fernanda Martins **Ribeiro, Helen Cristiny Teodoro Couto**

***Alves, Marília ***Manzo, Bruna Figueiredo *Nunes, Sônia Maria Viana**

*Universidad Federal de Minas Gerais (UFMG). E-mail: nanda_sobrinho@hotmail.com **Secretaría de Estado de Salud de Minas Gerais y Universidad Federal de Minas Gerais.*** Pontificia Universitaria Católica PUC-Minas Gerais. Brasil.

Palabras clave: Gestión de Calidad; Acreditación; Acreditación de Unidades Hospitalarias; Calidad de la Atención a la Salud.

Palavras-chave: Gestão de Qualidade; Acreditação; Credenciamento de Unidades Hospitalares; Qualidade da Assistência à Saúde.

Keywords: Quality Management; Accreditation; Accreditation of Hospital Units; Quality of Health Care..

RESUMEN

El objetivo es analizar las no conformidades relacionadas con la dirección de la acreditación de los hospitales públicos de Minas Gerais y sus influencias en la calidad del proceso de atención. Estudio descriptivo, cuantitativo y de investigación documental realizada en ocho hospitales públicos que participan en el Programa de Fortalecimiento y Mejora de la Calidad de los Hospitales de la MG Único de Salud (Pro - Hosp). Los datos fueron recogidos a partir de informes de Diagnóstico Organizacional de la Organización Nacional para la Acreditación de hospitales que autorizaron el estudio y clasificados en estructura, proceso y resultado. La estructura NC más frecuente se relaciona con "definir y ejecutar la política institucional para la gestión de riesgos clínicos y no clínicos, la contemplación de las acciones preventivas y correctivas". La NC de proceso más frecuente fue "fortaleciendo la metodología de la comunicación institucional contemplando la capilarización de la información necesaria para garantizar la calidad y seguridad de la atención." Las NC de resultados encontradas no fueron cuantitativamente representativas. Llegamos a la conclusión de que las NC están principalmente relacionadas con la estructura y los procesos, porque los hospitales de este estudio se encuentran en una etapa temprana del proceso de mejora continua. Por lo tanto, es necesario el desarrollo de planes de acción para mitigar estas NC.

RESUMO

Objetiva-se analisar as não conformidades relacionadas à direção em processo de acreditação de hospitais públicos de Minas Gerais e suas influências na qualidade da assistência. Pesquisa descritiva, quantitativa e documental realizada em oito hospitais públicos participantes do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do Sistema Único de Saúde de MG (Pro-Hosp). Os dados foram coletados dos relatórios de Diagnóstico Organizacional da Organização Nacional de Acreditação dos hospitais que autorizaram o estudo e classificados em Estrutura, Processo e Resultado. A NC mais frequente relacionada à estrutura foi “definir e implantar política institucional para gerenciamento de riscos clínicos e não clínicos, contemplando ações preventivas e corretivas”. A NC de processo mais frequente foi “reforçar a metodologia de comunicação institucional contemplando a capilarização das informações necessárias para a garantia da qualidade e segurança da assistência”. As NC de resultados encontradas não foram representativas quantitativamente. Conclui-se que as NC estão relacionadas principalmente à estrutura e processos, isso porque os hospitais em estudo estão em uma fase inicial do processo de melhoria contínua. Então, é necessário a elaboração de planos de ação para a mitigação dessas NC.

ABSTRACT

The objective is to analyze the non-conformities related to the direction of accreditation of public hospitals in Minas Gerais and its influences on quality of care process. Descriptive, quantitative and desk research conducted in eight public hospitals participating in the Program for Strengthening and Improving the Quality of Hospitals of the Unified Health MG (ProHosp). Data were collected from reports of Organizational Diagnosis of the National Organization for Accreditation of hospitals who authorized the study and categorized into Structure, Process and Outcome. The most frequent NC structure was related to "define and implement institutional policy for managing clinical and non-clinical risks, contemplating preventive and corrective actions". NC The most frequent case was "strengthening institutional communication methodology contemplating capillarization of the information needed to guarantee the quality and safety of care". The NC found the results were not quantitatively representative. We conclude that the NC are mainly related to the structure and processes, because hospitals in this study are at an early stage of the process of continuous improvement. So, the development of action plans to mitigate these NC is required.

INTRODUCCIÓN

La Organización Nacional de Acreditación (ONA) es la entidad responsable de conducir el Sistema de Acreditación en Brasil. Promueve la implantación e implementación de procesos de evaluación y de certificación de la calidad de los servicios de salud, permitiendo la mejora continua de calidad de la atención. Evalúa y certifica instituciones con enfoque sistémico a partir de estándares encontrados en las secciones y sub secciones del Manual Brasileño de Acreditación (MBA), guía de todo el proceso ⁽¹⁾.

La metodología de ONA certifica servicios en tres niveles: Acreditado (nivel 1), Acreditado Pleno (nivel 2) y Acreditado con Excelencia (nivel 3). Cada uno de estos niveles tiene estándares específicos con su definición y listado de verificación que permiten evaluar la concordancia entre los estándares establecidos.

En el MBA versión 2006, en vigor en la época de evaluación de los hospitales objeto de estudio, el nivel 1 tiene por principio la seguridad y por estándar “cumplir con los requisitos formales, técnicos y de estructura para su actividad en conformidad con la legislación, identificar riesgos específicos y manejarlos con el foco en la seguridad”. El nivel 2 tiene por principio seguridad y organización y por estándar “administrar los procesos y sus interacciones sistémicamente; establecer el sistema de medición y evaluación de procesos; promover programas de educación y capacitación continua con el fin de mejorar los procesos” ⁽²⁾. El nivel 3 tiene por principio seguridad, organización y prácticas de gestión y calidad y por estándar

emplear perspectivas de medición organizacional, alineadas a las estrategias y correlacionadas a los indicadores de desempeño de los procesos; establecer sistemas de comparaciones con referentes externos pertinentes, bien como evidencias de tendencia favorable para indicadores; presentar innovaciones y mejoras implementadas, resultantes del proceso de análisis crítico ⁽²⁾.

De los 345 servicios de salud acreditados en Brasil por la metodología ONA los hospitales encabezan el ranking con 188 (54,5%) instituciones acreditadas; sin embargo, únicamente 13,3% son instituciones públicas. En Minas Gerais (MG), uno de los estados de la federación brasileña, el porcentaje de hospitales públicos acreditados corresponde al 3,2% (2 hospitales) del total del país ⁽³⁾. La estadística evidencia que los hospitales del Sistema Único de Salud (SUS) de MG deben buscar mejoras continuas con el foco en la calidad y estar sujetos a evaluaciones externas que midan tales mejoras. De esta forma, es fundamental que los hospitales públicos adquieran esta visión para aportar resultados favorables al sistema de salud del estado. Se realza que es importante que más hospitales estén involucrados en los programas de acreditación para que el impacto en el sistema de salud sea mayor ⁽⁴⁾.

El logro de la calidad y alcance de la acreditación es complejo y presenta grandes retos, especialmente cuando se trata de servicios públicos. Entre los retos se encuentra concienciar a los profesionales de salud y demás colaboradores de que la calidad debe ser inherente a los procesos asistenciales y administrativos, es decir, el reto de la diseminación de la cultura de la calidad; evitar la discontinuidad del trabajo y la pérdida de rumbo de las acciones y de los desafíos relacionados con los recursos humanos del hospital, tales como las relaciones interpersonales y el trabajo en equipo. Además, la participación activa de la alta administración hospitalaria en el proceso es otro reto significativo ⁽⁵⁾.

En este contexto, el desempeño directo de los administradores y líderes en la implementación de procesos o modelos de gestión centrados en la calidad, como la acreditación hospitalaria, es sumamente importante para la calidad de la atención hospitalaria.

La gestión involucra funciones de interpretación y conducción de planes estratégicos, asistencia en la ejecución, comunicación y liderazgo. Esta última es la capacidad de influir en otras personas para tomar decisiones voluntariamente, motivándolas a trabajar hacia metas comunes, siendo una de las más complejas en el día a día de los servicios de salud ⁽⁶⁾. Los profesionales que ocupan estos puestos son esenciales para la mejora de la calidad institucional, pues toman decisiones y establecen políticas que influyen en el trabajo cotidiano de todos los profesionales, entre ellos enfermería.

Es importante destacar que en el contexto de gestión de la acreditación hospitalaria el equipo de enfermería es una pieza fundamental del proceso. Tales profesionales suelen permanecer en el hospital durante 24 horas y pueden llegar a representar hasta el 60% de la fuerza laboral en salud ^(7,8,9). El equipo de enfermería se desempeña, además, como facilitador del desarrollo de procesos de trabajo multidisciplinar, realizando actividades asistenciales, administrativas, docentes y de investigación y acciones de humanización con miras a la prestación de servicios de calidad ⁽⁸⁾. Desde esta perspectiva, se destaca la necesidad de ayudar a enfermeros y demás colaboradores con información sobre los puntos fuertes y dificultades de la dirección para establecer directivas y llevar a cabo el proceso de acreditación.

Por lo tanto, el presente estudio tiene como objetivo analizar las no conformidades relacionadas con la dirección en el proceso de acreditación de los hospitales públicos de Minas Gerais/Brasil y su influencia en la calidad de la atención.

MATERIALES Y MÉTODO

Se trata de un estudio documental descriptivo con foco en la subsección Dirección y Liderazgo de la sección Liderazgo y Administración del MBA de 2006 de ocho hospitales públicos del SUS de Minas Gerais que participan en el Pro-Hosp. Estos hospitales recibieron el DO-ONA y aceptaron participar en la investigación de Ribeiro (2011) y en otras investigaciones del Núcleo de Investigación Administración en Enfermería (NUPAE) de la Escuela de Enfermería de la UFMG.

Las NC de la subsección Dirección y Liderazgo fueron recogidas a principios de 2012 en los ocho informes de DO-ONA proporcionados por los hospitales y organizados en un banco de datos en el programa Microsoft Excel[®] versión 2010. Posteriormente, las NC fueron organizadas y clasificadas según la evaluación propuesta por Avedis Donabedian: estructura, proceso y resultado.

La evaluación de estructura, principal enfoque usado en la elaboración de criterios para la evaluación, consiste en la verificación de los instrumentos de cuidados y de la propia organización e incluye propiedades de las instalaciones, recursos humanos, financiación, entre otros. La evaluación de proceso consiste en la atención en sí: se juzgan profesionalmente los elementos y pormenores de la atención, evaluando también las características estructurales relacionadas con los niveles de desempeño. La evaluación de resultado consiste en los resultados finales de la atención tales como salud del paciente, bienestar y satisfacción ^(10,11).

Las NC fueron analizadas mediante la estadística descriptiva, con frecuencia absoluta y relativa, utilizando el programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versión 19.0 y se muestran en las tablas y gráficos. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética de la Universidad Federal de Minas Gerais bajo el dictamen nº ETIC 0501.0.203.000-10.

RESULTADOS

Al caracterizar los hospitales públicos que participaron en el estudio, se encontró que el 50 % de los hospitales realizaba actividades de docencia/investigación y que el 50% era de nivel administrativo municipal, seguido de hospitales federales (37,5%) y 12,5% estatales. Se observó que el 25 % tenía entre 0 y 100 camas y 75 % más de 101 camas.

Las NC más frecuentes relacionadas con estructura, mostradas en la tabla 1, eran “definir e implementar la política institucional para la gestión de riesgos clínicos y no clínicos, contemplando acciones preventivas y correctivas”, en 100 % de los hospitales; “definir la política institucional del consentimiento libre, previo e informado” y “describir e implementar un plan de contingencia basado en situaciones clínicas y no clínicas”, en 87,5% de los hospitales cada una; “definir la capacitación de supervisores y administradores en el uso de herramientas de gestión de la calidad” y “falta de organigrama institucional actualizado y divulgado”, en el 50 % de los hospitales.

Tabla 1
Distribución de no conformidades de la dirección y el liderazgo
relacionadas con estructura en hospitales públicos de Minas Gerais. Belo
Horizonte/MG, 2012.

No Conformidad (NC)	N	%
Definir e implementar la política institucional para la gestión de riesgos clínicos y no clínicos, contemplando acciones preventivas y correctivas	8	100,0
Definir la política institucional de consentimiento libre, previo e informado	7	87,5
Describir e implementar el plan de contingencia contemplando situaciones clínicas y no clínicas	7	87,5
Definir la capacitación para supervisores y gerentes en el uso de herramientas de gestión de la calidad	4	50,0
Falta de organigrama institucional actualizado y divulgado	4	50,0
Definir e implementar la política de gestión de equipamientos	3	37,5
Definir políticas de gestión adecuadas a la realidad y necesidad de la institución alineándolas también a las estrategias municipales de salud pública	2	25,0
Gestión de riesgos - no evidenciada	2	25,0
Misión, visión y valores de la institución - no evidenciadas	2	25,0
Planificación estratégica institucional - no evidenciada	2	25,0
Definir acciones de establecimiento de identidad institucional	2	25,0
Otras ^a	3	7,7

Fuente: Informes de Diagnóstico Organizacional ONA de hospitales que participan en el Pro-Hosp de Minas Gerais (H1 a H8), 2009.

^a NC evidenciadas únicamente en 1 hospital cada una.

Con respecto a proceso las NC más comunes eran: “fortalecer la metodología de comunicación institucional contemplando la capilarización de la información necesaria para garantizar la calidad y la seguridad de la atención”, que se producía en el 87,5% de los hospitales; “fortalecer la implementación, seguimiento y divulgación de las acciones definidas en la planificación estratégica hasta el nivel operativo” y “la gestión de procesos no fue evidenciada” con un 75 % de frecuencia cada una; “fortalecer acciones para garantizar la participación entre los distintos profesionales con el foco en la seguridad y continuidad de la atención” y “fortalecer acciones buscando la participación de los colaboradores en el proceso de implementación de gestión de la calidad” con un 50 % de frecuencia cada una en los hospitales (Tabla 2).

Tabla 2
Distribución de no conformidades de la dirección y el liderazgo
relacionadas con processo en hospitales públicos de Minas Gerais. Belo
Horizonte/MG, 2012.

No Conformidad (NC)	N	%
Fortalecer la metodología de comunicación institucional contemplando la capilarización de la información ecesaria para garantizar la calidad y seguridad de la atención	7	87,5
Fortalecer la implementación, seguimiento y divulgación hasta el nivel operativo de las acciones establecidas en la planificación estratégica	6	75,0
Falta de gestión de procesos	6	75,0
Fortalecer acciones para garantizar la interacción entre los distintos profesionales con el foco en la seguridad y continuidad de la atención	4	50,0
Fortalecer acciones para la participación de los colaboradores en el proceso de implementación de gestión de la calidad	4	50,0
Definir la capacitación de gestores en la concepción y implementación del sistema de gestión de la calidad	3	37,5
Fortalecer la divulgación del organigrama, misión, visión y valores institucionales a los colaboradores	3	37,5
Fortalecer el seguimiento de metas y compromisos acordados en el Plan de Ajuste y Metas	2	25,0
Otras ^a	6	12,5

Fuente: Informes de Diagnóstico Organizacional ONA de hospitales que participan en el Pro-Hosp de Minas Gerais (H1 a H8), 2009.

^a NC evidenciadas únicamente en 1 hospital cada una.

Las demás NC de resultado no eran cuantitativamente representativas. La NC “fortalecer la participación del grupo de gestión para el análisis crítico de los indicadores disponibles, de los procesos de gestión y para las tomas de decisión buscando mejores resultados sanitarios y mayor seguridad para los pacientes, el personal y la institución” era la más común entre todas con el 25 % de frecuencia. Las otras NC de resultado tenían 12,5% de frecuencia en cada uno de los hospitales, como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 3
Distribución de no conformidades de la dirección y el liderazgo
relacionadas com resultado en hospitales públicos de Minas Gerais. Belo
Horizonte/MG, 2012.

No Conformidad (NC)	N	%
Fortalecer el desempeño del grupo gestor para el análisis crítico de los indicadores disponibles, de los procesos de gestión y para las tomas de decisión buscando mejores resultados en la atención y mayor seguridad de los pacientes, el personal y la institución	2	25,0
Fortalecer los análisis de los contratos firmados con las Unidades Funcionales, garantizando su actualización y el análisis crítico de los indicadores definidos, con el foco en la identificación de oportunidades de mejora.	1	12,5
Analizar críticamente el intercambio de funciones entre CCIH, Gerencia de Riesgos y Residuos, contemplando la seguridad y eficiencia de los respectivos procesos	1	12,5
Analizar críticamente el impacto de la fragmentación de la gestión administrativa y financiera en los resultados institucionales	1	12,5
Analizar críticamente la correlación entre las acciones de docencia, investigación y atención, definiendo medidas de adaptación a la demandas de la población, de la universidad y de la institución	1	12,5
Analizar críticamente el mapeo de los procesos de la institución, considerando a los clientes, proveedores y resultados esperados	1	12,5

Fuente: Informes de Diagnóstico Organizacional ONA de hospitales que participan en el Pro-Hosp de Minas Gerais (H1 a H8), 2009.

DISCUSIÓN

Los resultados indicaron que en la mitad de los hospitales estudiados se realizaba actividad docente y de investigación. Los hospitales de enseñanza son fundamentales para el Sistema Único de Salud (SUS) porque además de ser centros de referencia en la atención de alta complejidad son hospitales escuela que forman recursos humanos, realizan actividades técnicas y de investigación, procedimientos e incorporan nuevas tecnologías que contribuyen a mejorar las condiciones de salud de la población ⁽¹²⁾. En este sentido, es importante hacer hincapié en los hospitales de enseñanza ya que son centros de referencia de la población de su entorno en lo que respecta a la atención de la salud, así como referencia para el sistema de salud en situaciones de alta complejidad.

En cuanto al nivel administrativo de los hospitales hay un gran debate acerca de la relación entre lo público y lo privado como parte integrante del sistema de salud universal de Brasil. La mayoría de la oferta de servicios hospitalarios es de propiedad privada y el 68 % de las camas del país y 62 % de las hospitalizaciones se producen en establecimientos privados. Por otro lado, sólo el 38 % de la oferta de los servicios hospitalarios procede de los hospitales públicos ⁽¹³⁾.

La mayoría de los hospitales en estudio tiene más de 101 camas, lo cual es favorable para garantizar la economía de alcance (producir volumen de atención de

procedimientos específicos con menor coste y calidad) y escala (producir volumen de atención suficiente con calidad y menor coste). Sin embargo, en Brasil predominan los hospitales de baja resolutiveidad y poca cantidad de camas, por debajo de los niveles recomendados, que se refleja en el parque hospitalario extenso y formado casi completamente por pequeños hospitales ⁽¹⁴⁾. El Pro-Hosp fue creado para que los hospitales del Estado de Minas Gerais del SUS operasen con alta resolutiveidad, eficiencia y calidad.

En cuanto a las NC de estructura, la más frecuente era “definir y poner en práctica la política institucional para la gestión de riesgos clínicos y no clínicos, contemplando las acciones preventivas y correctivas”, evidenciada en todos los hospitales. Esa NC interfiere directamente en la atención de enfermería y sugiere la creación de una política institucional, que no es más que un conjunto de directivas y acciones que establecen cómo se alcanzará el objetivo ⁽¹⁾. En este caso, el objetivo es la gestión de riesgos hospitalarios clínicos (riesgos vinculados a la atención) y no clínicos (riesgos no vinculados a la atención).

Se trata de una directiva del Programa Nacional de Seguridad del Paciente brasileño, que tiene como objetivo general contribuir a la calificación de la atención sanitaria en todos los establecimientos de salud del territorio nacional ⁽¹⁵⁾. Por lo tanto, mediante la Resolución del Directorio Colegiado nº 36/2013 se estableció que la gestión de riesgos es la aplicación sistemática y continua de políticas, procedimientos, conductas y recursos en la identificación, análisis, evaluación, comunicación y control de riesgos y eventos adversos que afectan la seguridad, la salud humana, la integridad profesional, el medio ambiente y la imagen institucional ⁽¹⁶⁾. En resumen, la finalidad de la gestión de riesgos institucionales (clínicos y no clínicos) es brindarles a los usuarios atención que ofrezca seguridad y garantizarles a los profesionales de salud un ambiente seguro para ejercer sus funciones.

La segunda NC más representativa cuantitativamente relacionada con estructura era “definir la política institucional para el consentimiento libre, previo e informado” con 87,5% de frecuencia en los hospitales. El consentimiento libre, previo e informado es un documento que busca proteger la autonomía del paciente en la prestación de atención de la salud que se le ofrece ⁽¹⁷⁾. Dicha NC revela la necesidad de crear una política (conjunto de directivas y acciones) a implementar en los hospitales para que se torne una práctica cotidiana del equipo multiprofesional.

La segunda NC más frecuente relacionada con estructura era “describir e implementar el plan de contingencia contemplando situaciones clínicas y no clínicas” en 87,5% de los hospitales. El plan de contingencia es un plan preventivo que, mediante una estructura operativa y estratégica, ayuda a controlar una situación de emergencia y a minimizar sus consecuencias negativas y que podría ser una herramienta para enfermería en situaciones contingenciales. El plan propone una serie de procedimientos alternativos al funcionamiento normal de una organización cuando alguna de sus funciones se ve perjudicada por una contingencia interna o externa. Con este plan se busca garantizar la continuidad del funcionamiento de la organización ante cualquier eventualidad material o personal.

La tercera NC más frecuente relacionada con estructura era “definir la capacitación de supervisores y gestores en el uso de herramientas de gestión de la calidad”. Esta NC señala la necesidad de que gestores y supervisores, entre ellos los enfermeros, desarrollen habilidades para usar herramientas de gestión de la calidad buscando

mejoras continuas. En las organizaciones sanitarias la necesidad de aprender continuamente deja de ser algo irrelevante porque los recursos destinados a la salud son inferiores a las necesidades de los servicios ⁽¹⁸⁾. Por ello es esencial que sus gestores adopten prácticas laborales orientadas a la capacitación continua. En este caso, la capacitación debe incluir principalmente la presentación de las herramientas básicas y de las nuevas herramientas de calidad existentes, al igual que su aplicabilidad.

La “falta de organigrama institucional actualizado y divulgado”, con 50% de frecuencia, era la cuarta NC relacionada con estructura. Esta NC muestra que la existencia de un organigrama también es importante para atender los requisitos formales, técnicos de estructura para realizar las actividades del hospital ⁽²⁾. El organigrama institucional es bastante utilizado en la práctica de las organizaciones, incluso en el sector sanitario. Podría demostrarse que es una herramienta importante para la dirección hospitalaria porque es capaz de sintetizar todos los procesos organizacionales permitiendo conocer, entender y analizar el hospital, así como el formato de la organización del trabajo de los profesionales, incluyendo enfermería. A pesar de su importancia y uso, este tema es poco debatido. Otros sectores de la economía hacen más uso de esta herramienta y también discuten más su importancia.

Con respecto a las NC de dirección y liderazgo relacionadas con proceso, se observa que la NC “fortalecer la metodología de comunicación institucional contemplando la capilarización de la información necesaria para garantizar la calidad y seguridad de la atención” mostró mayor frecuencia relativa, el 87,5%. Una de las seis metas de seguridad del paciente de la Organización Mundial de Salud es mejorar la comunicación eficaz. La meta describe la necesidad de desarrollar comunicación eficaz, es decir, establecer comunicación completa, precisa, inconfundible, que busque disminuir la incidencia de errores y que resulte en la minimización de riesgos, en mejora de la seguridad del paciente y, por consiguiente, que produzca interacción entre dos o más personas, elemento clave en la calidad de la atención de los pacientes ^(19,20). La comunicación también es un factor crítico de éxito para la atención de enfermería y es fundamental que sea eficaz en el equipo de enfermería y entre este equipo y los demás profesionales y pacientes.

La NC “fortalecer la implementación, seguimiento y divulgación de las acciones definidas en la planificación estratégica hasta el nivel operativo” presentó en este estudio un porcentual del 75 %, formando las NC referentes al enfoque de proceso propuesto por Donabedian. Una de las etapas de la planificación estratégica es la definición de los objetivos organizacionales, medio por el cual se alcanzarán los objetivos (estrategias), la elaboración de proyectos y la preparación de planes de acción para apoyar el cumplimiento de las acciones ⁽²¹⁾. La planificación estratégica puede guiar a las enfermeras en sus acciones, pero su implementación, seguimiento y divulgación deben llegar a cada miembro del equipo y a los demás profesionales para alcanzar las metas y lograr los mejores resultados.

Desde la perspectiva de evaluación de proceso, otra NC con 75 % de frecuencia en los hospitales públicos y que afecta directamente la tarea de los enfermeros era “falta de gestión de procesos”. La gestión de procesos consiste en la identificación, clasificación y seguimiento de todos los procesos del hospital. Su finalidad es estandarizarlos. La estandarización permite uniformización y mayor control e implica mejores condiciones para alcanzar con eficiencia y eficacia las metas establecidas ⁽²²⁾.

Con frecuencia relativa del 50 % entre las NC clasificadas como proceso se mencionan “fortalecer acciones para garantizar la interacción entre los distintos profesionales con el foco en la seguridad y continuidad de la atención” y “fortalecer acciones para promover la participación de los colaboradores en el proceso de implementación de gestión de la calidad”. En el ambiente hospitalario el trabajo en equipo es actualmente muy valorado pues la atención hospitalaria exige integración de prácticas con conocimiento técnico de varios profesionales⁽²³⁾. Estas NC demuestran la importancia de la interacción/compromiso entre los profesionales/colaboradores y subrayan la necesidad de incentivar el trabajo en equipo. Para ello, enfermería precisa reunir todos los esfuerzos con miras a mejorar la atención hospitalaria.

Con respecto a las NC clasificadas en evaluación de resultado se deduce que su baja frecuencia se debe al nivel de madurez de la gestión hospitalaria así como de la complejidad de la propia evaluación donde los resultados deben mostrar mejoras continuas en su gestión y atención. Al analizar las NC evidenciadas en este estudio como de resultado, se puede observar algo en común entre ellas: todas dicen “análisis crítico”. En los MBA 2006 y 2010 se observa que esas palabras indican que el hospital tiene determinado desempeño en procesos; sin embargo ONA sugiere que se precisan evaluar mejor los procesos hospitalarios, sujetos a alteraciones.

En los hospitales públicos participantes en el Pro-Hosp se observó mayor concentración de NC relacionadas con estructura seguida de aquéllas de proceso. Tal hecho indica la necesidad de solucionar los problemas detectados en esos niveles para lograr mejores indicadores de resultados. Considerando la evaluación como siendo un proceso, deberán superarse las etapas iniciales para lograr aquella evaluación de resultados adecuada. La situación encontrada requiere la evaluación rigurosa de gestores y profesionales de salud, además de planificación consistente y de manejo de acciones con miras a solucionar los problemas detectados e incorporar efectivamente la práctica de la calidad.

CONCLUSIÓN

Los resultados muestran que las NC evidenciadas en los DO-ONA referentes a la subsección del MBA Dirección y Liderazgo están relacionadas, principalmente, con estructura y proceso. Se mencionan también NC clasificadas como de resultado que son poco expresivas numéricamente ya que los hospitales en estudio estaban en las primeras etapas del proceso de acreditación, es decir, las NC de estructura y proceso eran más importantes que las de resultado.

Las NC de estructura se referían a los aspectos básicos de la organización y planificación de los hospitales, repercutiendo directamente en la calidad y seguridad de la atención profesional. Las NC de proceso no deben estar dissociadas de las NC de estructura pues juntas llevan a consecuencias poco favorables a la continuidad de acciones y obtención de resultados de gestión y atención. Por último, las NC de resultado, presentes en los hospitales considerados como un poco más maduros en este proceso, revelaron la necesidad de realizar análisis crítico y continuo de la interacción en los procesos institucionales

Por lo tanto, las NC de la subsección Dirección y Liderazgo interfieren en toda la organización evidenciando la importancia de la gestión hospitalaria basada en la planificación, en la aplicación de metodologías y herramientas de gestión y en el

desarrollo de habilidades de gestión. Es importante, asimismo, llevar a cabo lo planificado, efectuar el seguimiento y evaluación de los resultados y tener dirección y liderazgo capaces de administrar los recursos con el foco en la calidad de la gestión y de la atención

A tal efecto, se requiere la elaboración de planes de acción para el manejo y solución de las NC evidenciadas, para que los hospitales mejoren su estructura, los procesos y alcancen los resultados previstos. Los líderes deben adoptar un sistema de gestión con el foco en la calidad y tomar decisiones que permitan la implementación de cambios en la cultura de la calidad y buscar que todos los profesionales se sientan motivados a hacer lo mismo. También deben fomentar el trabajo en equipo y encontrar estrategias para hacer frente a los retos.

Así, destacamos la importancia del equipo de enfermería por tratarse de una cantidad significativa de profesionales en el hospital y por las tareas que desempeñan, que están directamente relacionadas con la atención hospitalaria y, a menudo, con la gerencia, que influye en la calidad de la atención. Se ve sobre todo la importancia de la dirección y el liderazgo en la búsqueda de la calidad ya que es de su responsabilidad proponer y aplicar políticas y directivas y, asimismo, influir en todos los colaboradores de la institución y motivarlos a alcanzar los objetivos propuestos.

REFERENCIAS

1. Organização Nacional de Acreditação. Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. Brasília: Organização Nacional de Acreditação. 2010.
2. Organização Nacional de Acreditação. Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (pp. 21-22). Brasília: Organização Nacional de Acreditação. 2006.
3. Organização Nacional de Acreditação. Organizações certificadas pela Organização Nacional de Acreditação. Retirado da Organização Nacional de Acreditação website: <https://www.ona.org.br/OrganizacoesCertificadas>. 2013. (acessado em 12/jun/2013).
4. Shaw C, et al. Towards hospital standardization in Europe. *International Journal for Quality in Health Care*, Oxford 2010, 22(4): 244-249.
5. Martins DR, et al. Desafios da acreditação em um hospital da rede Fhemig. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde* 2011, 4(7): 72-79.
6. Oliveira FB, Sant'anna AS, Vaz, SL. Liderança no contexto da nova administração pública: uma análise sob a perspectiva de gestores públicos de Minas Gerais e Rio de Janeiro. *Rev. Adm. Pública*. 2010, 44(6): 1453-1475.
7. Feldman LB. Gestão de risco e segurança hospitalar. 2. ed. São Paulo: Martinari; 2009. 392 p.
8. Kobayashi RM, Silva ABV, Ayoub AC. Gerenciando dificuldades para Acreditação Hospitalar em instituição cardiovascular. *Rev. Rene*. Fortaleza. 2010; 11: 19-28.
9. Pires DEP. Organização do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org.). O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis: Papalivros; 1999. 25-48 p.
10. Donabedian A. Evaluating the Quality of Medical Care. Reprinted from *The Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1966, 44(3): 166-203.
11. Donabedian A. Some Issues in Evaluating the Quality of Nursing Care. *American Journal of Public Health Nations Health*. 1969, 59(10): 1833-1836.
12. Barata LRB, Mendes JDV, Bittar OJNV. A inserção dos hospitais de ensino no SUS. São Paulo, SP, Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. 2010.

13. Santos IS, Ugá MAD, Porto SM. O *mix* público-privado no sistema de saúde brasileiro: financiamento, oferta e utilização dos serviços de saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2008, 13(5): 1431-1440.
14. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. O choque de gestão na saúde em Minas Gerais. Belo Horizonte (Brasil): Secretaria de Estado de Saúde; 2009.
15. Ministério da Saúde (Brasil), Gabinete do Ministro. Portaria nº 529, de 1º de Abril de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
16. Ministério da Saúde (Brasil), Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada nº 36, de 25 de Julho de 2013. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
17. Oliveira VL, Pimentel D, Vieira MJ. O uso do termo de consentimento livre e esclarecido na prática médica. *Revista Bioética*. 2010, 18(3): 705–724.
18. Almeida AAM. As organizações de saúde e o processo de aprendizagem da gestão. *Revista O Mundo da Saúde*. 2011, 35(3): 252-257.
19. Joint Commission International. Standards of the Joint Commission International Accreditation for Hospitals. Rio de Janeiro (Brasil): Brazilian Consortium for Health Systems and Services; 2010.
20. Fawole OA, et al. A systematic review of communication quality improvement interventions for patients with advanced and serious illness. *Journal of General Internal Medicine*. 2012, 28(4): 570-577.
21. Gonzalez MML. Planejamento estratégico em saúde com base em determinantes: o caso do município de Campo Bom (RS). Uma proposta metodológica para a gestão descentralizada. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 2009, 14(1): 1587-1597.
22. Cardoso AT, Quadros ILO, Moura JM, Paulo MR, Silva NPO. O ciclo do PDCA para a melhoria da qualidade dos serviços de consulta em uma unidade de saúde de Belém do Pará. Artigo apresentado no VII Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia. 2011, Rio de Janeiro, Brasil.
23. Peres RS, et al. O trabalho em equipe no contexto hospitalar: reflexões a partir da experiência de um programa de residência multiprofissional em saúde. *Revista em Extensão*. 2011, 10(1): 113-120.

Recibido: 23 diciembre 2013; Aceptado: 26 de enero de 2014

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia