

Dimensiones éticas en los indicadores de calidad de los cuidados enfermeros

M^a del Pilar Arroyo Gordo

Tutores

Dr. D. Juan Vicente Beneit Montesinos

Dr. D. José Luís Pacheco del Cerro

Universidad Complutense de Madrid. Escuela de Enfermería, Fisioterapia y Podología.
Ciudad Universitaria, s/n. - 28040 Madrid
marroyo.hpth@salud.madrid.org

Resumen: Antecedentes y estado actual: Los cambios en las relaciones entre los profesionales sanitarios y los pacientes o usuarios de los servicios de salud se han venido modificando desde hace ya algún tiempo, adquiriendo una nueva configuración donde la orientación del sistema sanitario se dirige hacia las necesidades de los ciudadanos, la situación del usuario/paciente pasa a ser el eje de ese sistema y se lleva a cabo un reconocimiento moral y legal de nuevos mecanismos de participación basados en la autonomía de las decisiones individuales en materia de salud. Ante estos nuevos contextos, los gestores sanitarios se plantearon la calidad de la atención sanitaria como objetivo y misión principal de las instituciones y los profesionales, a fin de alcanzar el compromiso ético de proveer los mejores servicios sanitarios a los ciudadanos. En el medio enfermero caló también esa “cultura de la calidad” y se comenzaron a elaborar y a poner en práctica diseños evaluativos orientados a identificar el grado de calidad de los cuidados enfermeros, lo cual se tradujo en programas de evaluación de la calidad donde se definieron, a partir de la adopción de estándares, un conjunto de indicadores con criterios de cumplimiento del trabajo enfermero. Sin embargo, esa corriente hacia la evaluación de la calidad de los cuidados enfermeros ha tenido una marcada tendencia hacia los aspectos de la competencia técnica, dejando de lado otras dimensiones éticas que constituyen el “cuidado ético” e indisolubles del “cuidado excelente”.

Palabras clave: Enfermos-Cuidados-Control de calidad. Enfermos-Cuidados-Aspectos éticos. Enfermeros-Ética profesional.

Abstract: Antecedents and present state: The changes in the relations between the sanitary professionals and the patients or users of the services of health have come modifying for some time, already acquiring new configuration where orientation of the sanitary system goes towards the necessities of the citizens. The patient’s situation is going to be the axis of that system. Moral and legal recognition like new mechanisms of participation are based on the individual patient’s decisions in the matter of health.

Before these new contexts, the sanitary managers considered the quality of the sanitary attention like objective and main mission of the institutions and the professionals, in order to reach ethical obligation to provide the best sanitary services to the citizens. These subjects came up in the nursing field like “culture of the quality” and began to elaborate and to put in practice evaluation designs oriented to identify the degree of quality in nursing care, it was translated in programs of evaluation of the quality where they were defined, from the adoption of standards, a set of indicators with discretions of fulfillment of the work nurse. Nevertheless, that current towards the evaluation of the quality in the nursing care has had a noticeable tendency towards the aspects of technical competition, leaving of side other ethical dimensions that constitute the “ethical care” and “excellent care”.

Keywords: Nursing care. Quality indicators. Ethical care.

OBJETIVOS

Con el presente estudio se pretende identificar y definir las dimensiones que conforman el cuidado ético desde la perspectiva de las enfermeras gestoras de cuidados enfermeros de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM) y comprobar si los indicadores que se están empleando en las instituciones hospitalarias públicas de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM), en el año 2007, recorren las dimensiones del “cuidado ético” acordadas por las enfermeras gestoras de cuidados enfermeros de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM).

METODOLOGÍA

El proyecto se compone de dos fases, realizándose, en la primera, una técnica Delphi, a fin de obtener el mayor consenso posible en la opinión de un grupo de enfermeras gestoras expertas de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM), sobre las dimensiones que conforman el “cuidado ético, y, en la segunda, un estudio observacional descriptivo y transversal, donde la población objeto del estudio serán tanto los documentos de indicadores para la evaluación de la calidad de los cuidados enfermeros de los 25 centros hospitalarios públicos de la Comunidad Autónoma de Madrid como las personas responsables de la realización de la citada evaluación. El método de recogida de la información será mediante la aplicación del cuestionario elaborado con los resultados de la técnica Delphi a las fuentes documentales (instrumentos para la medición de la calidad de los cuidados de los centros hospitalarios públicos de la Comunidad de Madrid), utilizando una planilla de vaciado, y a las enfermeras responsables de la calidad de los mismos centros.

Tratamiento estadístico de los datos: Se utilizarán medidas de tendencia central (media y mediana) y sus correspondientes medidas de dispersión (desviación estándar). Para las variables operacionalizadas con escala ordinal se utilizará el Índice

de Posición (Silva). Los test utilizados para el contraste de hipótesis serán no paramétricos dado que el tamaño muestral a estudiar no permite asumir la distribución normal de las variables. Sobre la base de que la opinión de los expertos en la técnica Delphi la realizarán atendiendo a una escala ordinal, la prueba de contraste de hipótesis adecuada será Kruskal-Wallis. Se utilizará el coeficiente de correlación de Spearman para determinar el grado de asociación entre las diferentes dimensiones (correlación inter-ítems) del cuidado ético. Para medir la consistencia interna del cuestionario se utilizará el coeficiente α de Cronbach y para definir la validez de constructo se llevará a cabo un análisis factorial con el fin de determinar la estructura uni o multifactorial del cuestionario. El análisis estadístico se realizará mediante el programa informático SPSS versión 14.0.

INTRODUCCIÓN

La denominada “relación clínica” o “relación profesional sanitario-paciente”, se está viendo modificada en su propia naturaleza y está adquiriendo una nueva configuración como consecuencia de una serie de factores que están influyendo en la citada relación clínica, los cuales pueden identificarse como: a) orientación del sistema sanitario hacia las necesidades de los ciudadanos, b) situación del usuario/paciente como eje de ese sistema y c) reconocimiento moral y legal de nuevos mecanismos de participación basados en la autonomía de las decisiones individuales en materia de salud⁽¹⁾.

Debido a lo dicho, así como a la “sanitarización” de la sociedad y a la “judicialización” de la asistencia sanitaria, las decisiones que han de tomar los profesionales de la salud se hacen cada vez más complejas, dado que la necesidad de introducir juicios de valor no técnicos sino éticos en la relación clínica es cada vez más frecuente⁽²⁻⁶⁾. Aproximadamente, alrededor de un 30% de los casos tratados en el ámbito sanitario conllevan la resolución de un problema ético importante⁽¹⁾.

Al inicio de la configuración de este contexto, evidentemente, mucho más complejo de lo aquí enunciado, los gestores de la sanidad se dieron cuenta de que la calidad de la atención sanitaria debía ser el objetivo y la misión principal de las instituciones y los profesionales, a fin de alcanzar el compromiso ético de proveer los mejores servicios sanitarios a los ciudadanos⁽⁷⁻¹¹⁾.

La “cultura de la calidad”, presente en todos los ámbitos de la atención a la salud, germinó rápidamente, poniéndose de manifiesto sus aspectos más deseables y más relevantes en lo que ha venido a denominarse “cultura de la excelencia”^(12,13). Así, la European Foundation for Quality Management (EFQM[®]) o Fundación Europea para la Gestión de la Calidad, recoge los principios que definen el modelo de excelencia que la citada Fundación diseña. En concreto, la EFQM[®] los recoge en los siguientes términos⁽¹³⁾:

- Orientación hacia los resultados. La excelencia consiste en alcanzar resultados que satisfagan plenamente a todos los grupos de interés de la organización.
- Orientación al cliente. La excelencia consiste en crear valor sostenido para el cliente.
- Liderazgo y coherencia. Excelencia es ejercer un liderazgo con capacidad de visión que sirva de inspiración a los demás y que, además, sea coherente en toda la organización.
- Gestión por procesos y hechos. Excelencia es gestionar la organización mediante un conjunto de sistemas, procesos y datos, interdependientes e interrelacionados.
- Desarrollo e implicación de las personas. Excelencia es maximizar la contribución de los empleados a través de su desarrollo e implicación.
- Proceso continuo de aprendizaje, innovación y mejora. Excelencia es desafiar el status quo y hacer realidad el cambio aprovechando el aprendizaje para crear innovación y oportunidades de mejora.
- Desarrollo de alianzas. Excelencia es desarrollar y mantener alianzas que añaden valor.
- Responsabilidad social de la organización. Excelencia es exceder el marco legal mínimo en el que opera la organización y esforzarse por comprender y dar respuesta a las expectativas que tienen sus grupos de interés en la sociedad.

Casi simultáneamente, también en el medio enfermero caló esta cultura y los profesionales de la Enfermería, conscientes del cambio que les demandaba, tanto la sociedad como el propio sistema sanitario, comenzaron a diseñar y a poner en práctica, en el ámbito general de los servicios sanitarios, diferentes diseños evaluativos orientados a identificar el grado de calidad de los cuidados enfermeros, lo cual se tradujo en programas de evaluación de la calidad donde se definieron, a partir de la adopción de estándares, un conjunto de indicadores con criterios de cumplimiento del trabajo enfermero.

En el ámbito internacional comenzaron a diseñarse, y se sigue haciendo, gran cantidad de guías para la atención de los pacientes, protocolos y algoritmos diversos para la toma de decisiones clínicas⁽¹⁴⁻¹⁷⁾ con el fin de asegurar lo más posible la calidad de las intervenciones enfermeras, las cuales son evaluadas mediante instrumentos constituidos por un conjunto de indicadores acordados según las políticas sanitarias o los intereses concretos de cada momento⁽¹⁸⁻²⁰⁾. En España, los profesionales enfermeros también iniciaron lo que hoy en día forma parte de la cultura enfermera de la calidad de los cuidados, construyendo igualmente estructuras prácticas para la

implementación de cuidados y cuestionarios e indicadores para medir la calidad de los mismos⁽²¹⁻²³⁾.

Sin embargo, esta corriente hacia la evaluación de la calidad de los cuidados enfermeros ha sufrido, en opinión de algunos expertos^(24,25), una tendencia demasiado marcada hacia los aspectos de la competencia técnica, dejando de lado otras dimensiones o factores consustanciales de los cuidados, como pueden ser, por ejemplo, la responsabilidad, la empatía, la confianza, la confidencialidad, etc., constructos éticos que constituyen, en definitiva, el “cuidado ético”, indisociable del “cuidado excelente”⁽²⁶⁻²⁹⁾.

En la amplia comprensión que del valor de los cuidados enfermeros tengan sus profesionales se ha de asentar la revitalización de su propia ética profesional, que ha de estar empeñada en la tarea de hacer excelente el trabajo cotidiano. La profesión enfermera tiene como misión “el cuidar”, es decir, proveer de un servicio específico y diferenciado a la sociedad e indispensable para la promoción de una vida digna y de calidad, por lo que no es posible olvidar que cumplir con esa misión es lo que va a legitimar su existencia y la de sus profesionales y su ejercicio⁽³⁰⁾.

Entendiendo por “cuidado”, toda acción que contribuye a promover y desarrollar aquello que hace vivir a las personas y a los grupos, parece claro que todo profesional debe desarrollar dos tipos de aptitudes: las habilidades técnicas que resulten indispensables y la capacidad para tomar decisiones desde unos valores morales propios de la profesión. Solo la conjunción de habilidad y capacidad para optar por valores preferibles componen el buen profesional. El cuidado ético, por tanto, conlleva la interacción y el contacto moral entre dos personas, en el que media una solicitud, como parte de la relación humana⁽²⁸⁾, además de la competencia en el desempeño de las habilidades técnicas.

El “cuidado ético” implica, en definitiva, una actitud o comportamiento ético, basado en una virtud moral (la solidaridad y la preocupación por las personas), que se ejerce conforme a patrones éticos (corrección técnica y moral) y por el que se exige responsabilidad.

Los deberes de los profesionales serán, por tanto, ejercer la virtud física, es decir, ser competente en las habilidades propias de su profesión, y ejercer la virtud moral, teniendo la predisposición de emplear siempre esas habilidades en el sentido en el que la sociedad espera ese servicio. Frente al ethos burocrático⁽³⁰⁾ de quien se atiene al mínimo legal cumpliendo las normas irreprochablemente, el buen profesional sólo será aquel que ejerce su profesión con diligencia, competencia, cordialidad y responsabilidad, desarrollando las actividades necesarias y poniéndolas plenamente al servicio de la sociedad, porque el ethos profesional pide excelencia, dado que su compromiso no está ligado a la burocracia, en el sentido en el que lo emplea Max Weber⁽³¹⁾, sino a las personas concretas y cuyo beneficio es lo que da sentido a la

actividad profesional. No se trata, por tanto, de despreciar el trabajo cotidiano, sino de introducir en él la aspiración a la excelencia^(30,32-36).

Cuidar bien es cuidar con calidad. Dominar al máximo los conocimientos científicos y técnicos disponibles, orientándolos en el sentido del bien interno de la profesión y desde las actitudes morales que le son propias, esforzándose por ser excelente. Y ser “excelente”, como dice Cortina⁽³⁰⁾, sólo consiste en ir más allá de la mediocridad, optimizando la propia competencia dentro de una actividad cooperativa, dirigida a un valor fundamental para las personas, consistente en respetar y ayudar a hacer eficaces sus derechos, en especial, su derecho a la salud y a una vida digna y de calidad. Decía Aristóteles: “Algunos creen que con el simple saber, con la simple teoría, salvan su alma, cuando lo bien cierto es que para salvarla, para ser persona (para ser profesional) en plenitud, lo que importa es vivir con coherencia aquello que se sabe”⁽³⁰⁾.

¿Cuáles habrán de ser, por tanto, las aptitudes de una buena enfermera/o? Adela Cortina⁽³⁰⁾ proporciona un acertado perfil: Vocación; Responsabilidad; Capacidad de comunicación; Capacidad para promover el autocuidado; Cordialidad; Compasión; Competencia técnica y Autoestima. Autoras, como Tschudin y Roach^(37,26), proponen las cinco “C” del Cuidar: Compasión, Competencia, Confianza, Conciencia y Compromiso. Dice Tschudin: “El cuidar no es único de Enfermería, pero sí es la esencia de la Enfermería. Enfermería es un ejercicio práctico donde la experiencia, la emoción, el afecto y las relaciones componen la mayor parte del trabajo cotidiano”⁽³⁸⁾. Salvage propone la idea de “compañerismo”: ambos, enfermera y paciente se encuentran vinculados en la consecución de un mismo objetivo, como en una suerte de destino común^(26,29).

En definitiva, parece claro que después de este acercamiento a las dimensiones que, de manera más o menos consensuada, constituyen el cuidado excelente, y volviendo a lo dicho anteriormente sobre la tendencia demasiado marcada hacia los aspectos de la competencia técnica^(25,27), los estándares éticos que deberían estar presentes en los indicadores para medir la calidad de los cuidados podrían ser aquellos que hicieran referencia a valores como:

- El respeto de los Derechos Humanos en cada una de las actividades o cuidados realizados.
- La forma de llevar a cabo la información y su comprensión por parte del paciente.
- La calidad de las respuestas a las dudas o preguntas.
- El respeto por la confidencialidad de todos los datos y el secreto de equipo.
- La inclusión en todos los procedimientos y técnicas de criterios de mantenimiento de la intimidad.
- La calidad percibida no sólo por el paciente y usuario, sino también por la familia.

De no ser así, se estará cuidando con calidad técnica, se estará cumpliendo el “ethos burocrático”, pero la tendencia hacia el cuidado excelente, hacia el cuidado ético, hacia el ejercicio de la Enfermería desde el “ethos profesional” estará ausente. El cuidado del paciente se puede medir a través de indicadores que reflejen cómo se está brindando este cuidado y, por ello, han de centrarse en la satisfacción del paciente o usuario, así como en la percepción de los cuidados recibidos. Por otra parte, la competencia técnica también ha de evaluarse a través de los resultados en salud observados en aquellos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Caro J. Configuración actual de la relación clínica. Rev Adm Sanit. 2004;2(3):433-462.
2. Sánchez Caro J. Derechos y deberes de los pacientes en el siglo XXI. Jano: Medicina y humanidades. 2006;1622:65.
3. Tolivar Alas L. Derechos de los pacientes y usuarios ante la gestión privada de servicios sanitarios. Derecho y Salud. 2007;15(1):46-62.
4. Benito Anguita F. Retos inmediatos de la sanidad desde la perspectiva del Defensor del Pueblo. Derecho y Salud. 2005;13(1):35-44.
5. Cavases Hita JM. La financiación de la sanidad pública. Derecho y Salud. 2006;14(1):17-26.
6. Repullo JR, Oteo LA, coordinadores. Un nuevo contrato social para un sistema de salud sostenible. Barcelona: Ariel; 2005.
7. Repullo JR. Cambios y reformas en los sistemas y servicios sanitarios. En: Repullo J, Iñesta A. Sistemas y servicios sanitarios. Madrid: Díaz de Santos; 2006. (Manuales de dirección médica y gestión clínica).
8. Moracho del Río O. Modelos e instrumentos de calidad en las instituciones sanitarias. En: Repullo JR, Oteo LA, coordinadores Un nuevo contrato social para un sistema de salud sostenible. Barcelona: Ariel; 2005.
9. Rodríguez Balo A. Qué se puede hacer para mejorar la calidad del proceso asistencial. Una perspectiva desde atención primaria. Rev Adm Sanit. 2006;4:251-70.
10. Arbusa I, Alfaro L, Zamora JJ. El Sistema Nacional de Salud en el siglo XXI. La gestión de la calidad en la provisión de servicios sanitarios. Rev Adm Sanit. 2005;3:46.

11. Hidalgo Antequera JR. La calidad en la provisión de la sanidad. Derechos de los pacientes como parámetro de calidad del servicio de salud. *Rev Adm Sanit.* 2005;3:447-53.
12. Fernández León A. La perspectiva de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. *Rev Adm Sanit.* 2006;4:293-301.
13. Fundación Europea para la Gestión de Calidad. Conceptos fundamentales de la excelencia. Bruselas: EFQM; 1999-2003.
14. Rone T, Sauls JL. Recommendations of the international guidelines 2000 conference on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiac care: an overview. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2005;17(1):51-8, x-xi. Review.
15. Crawford P. Best practice guidelines for the management of women with epilepsy. *Epilepsia.* 2005;46 (Suppl 9):117-24.
16. Ashworth A, Chopra M, McCoy D, Sanders D, Jackson D, Karaolis N, et al. WHO guidelines for management of severe malnutrition in rural South African hospitals. *Lancet.* 2004 Apr 3;363(9415):1110-5.
17. Van Balen H, Elliott R. Es a good start. *Aust Nurs J.* 2005 Sep;13(3):3.
18. Mighten AL. Shared clinical decision making: a model for enhancing patient safety and quality care. *Kans Nurse.* 2007 Mar; 82(3):10-1.
19. Gorski LA. Integrating standards into practice. Revised standards for home care infusion: what has changed? *Home Healthc Nurse.* 2006 Nov-Dec;24(10):627-31.
20. Castellões TM, da Silva LD. Guidelines for nursing care in the prevention of accidental extubation *Rev Bras Enferm.* 2007;60(1):106-9.
21. Caamaño C, Martínez JR, Alonso M, Hernández A, Martínez-Renedo E, Sainz A. Indicadores de calidad de los cuidados de enfermería hospitalarios. *Rev Cal Asist.* 2006; 21:143-9.
22. Alonso R, Blanco-Ramos MA, Gayoso P. Validación de un cuestionario de calidad de cuidados de enfermería. *Rev Cal Asist.* 2005;20:246-50.
23. Auñón A, López MA, Beamud M, García M, Pérez FJ, Carrera C. Nuevos indicadores en la provisión de servicios: diagnósticos enfermeros en Atención Primaria. *Enf Clín.* 2004;14(2):70-76.

24. Conclusiones de la II Reunión sobre Enfermería Basada en la Evidencia. Las enfermeras y las Organizaciones, encuentros y desencuentros. Granada, 27-29 noviembre, 2003. Index Enferm. 2004;44-45.
25. Cuxart N (coord.). Seminario: la gestión del cuidado en enfermería. Barcelona: Fundación Victor Grifols i Lucas; 2004.
26. Feito Grande L. Ética profesional de la enfermería : filosofía de la enfermería como ética del cuidado. Madrid : PPC; 2000.
27. Frey ST. La ética en la práctica de la enfermería: Guía para la toma de decisiones éticas. Ginebra: Consejo Internacional de Enfermeras; 1994.
28. Alvarado A. La ética del cuidado. Aquichan. 2004; 4.
29. Torralba F. Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas. Madrid: Fundación Mapfre Medicina; 2002.
30. Arroyo Gordo MP, coordinador. Ética y legislación en enfermería: análisis sobre la responsabilidad profesional. Madrid: MacGraw-Hil/Interamericana; 1996.
31. Weber M. La ética protestante y el espíritu del capitalismo. Madrid: Alianza Editorial; 2001.
32. Arroyo MP. La ética del cuidado y la ética del cuidar [Editorial]. Metas de Enferme. 2003; 53:3.
33. Cortina A, Conil J, directores. 10 palabras clave en ética de las profesiones. Estella: Verbo Divino; 2000.
34. Fernández JL, Hortal A. Ética de las profesiones. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 1994.
35. Hortal A. Ética general de las profesiones. Bilbao: Descleé D Brouwer; 2002.
36. Vielva J. Ética profesional de la enfermería. Bilbao: Descleé de Brouwer; 2002.
37. Roach S. The human act of caring: a t for the health profesion. Ottawa: Canadian Hospital Association; 1987.
38. Tshudin V. Ethics in nursing. The caring relationship. Oxford: Heinneman; 2004.

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

Sobre la base del marco teórico presentado y teniendo en cuenta la relevancia que tienen los componentes éticos en la calidad de los cuidados enfermeros y la importancia, por tanto, de evaluar la presencia de esos componentes o dimensiones éticas a la hora de medir la calidad de los cuidados, nos planteamos las siguientes **hipótesis**:

- Los indicadores para medir la calidad de los cuidados enfermeros que se están empleando en las instituciones hospitalarias públicas de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM), en el año 2007, no recorren las dimensiones del “cuidado ético”.
- El motivo principal por el que en las instituciones hospitalarias no hay diseños evaluativos válidos para medir la magnitud ética de los cuidados enfermeros, es que no hay un criterio común consensuado sobre las dimensiones que conforman el “cuidado ético”.

Por tanto, con el presente estudio nos planteamos los siguientes **objetivos**:

- Identificar y definir las dimensiones que conforman el cuidado ético desde la perspectiva de las enfermeras gestoras de cuidados enfermeros de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM).
- Comprobar si los indicadores que se están empleando en las instituciones hospitalarias públicas de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM), en el año 2007, recorren las dimensiones del “cuidado ético” acordadas por las enfermeras gestoras de cuidados enfermeros de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM).

METODOLOGÍA Y PLAN DE TRABAJO

Fases de la investigación

- **Fase I**

Se realizará un estudio, mediante técnica Delphi, a fin de obtener el mayor consenso posible en la opinión de un grupo de enfermeras gestoras expertas de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM), sobre las dimensiones que conforman el “cuidado ético”. Con esta técnica se pretende buscar el concurso entre las opiniones de las participantes, prefiriéndose este método a los encuentros cara a cara a fin de evitar los efectos de grupos de dominación por personalidades, dado el tipo de panelistas (enfermeras con responsabilidades

de gestión), y para intentar mantener la heterogeneidad de los participantes a fin de asegurar la validez de los resultados.

Como requisito básico para la selección de las enfermeras gestoras expertas, se buscará que tengan experiencia en el tema a consultar (la gestión de la calidad de los cuidados enfermeros), la cual podrá venir determinada por sus años de trabajo (experiencia práctica) y por los conocimientos teóricos adquiridos a través de la formación continuada y/o postgraduada. Además, se seleccionarán, a su vez, sobre la base del coeficiente de competencia individual (coeficiente de conocimiento + coeficiente de argumentación).

Un grupo de expertas/os en Ética profesional y Bioética, entre las que se encuentra la autora del presente proyecto, elaborarán el cuestionario Delphi inicial, apoyado también en los resultados obtenidos tras la búsqueda bibliográfica. El instrumento se debe elaborar de forma tal que ante cada aspecto a valorar, las respuestas sean cerradas, aunque se puedan añadir otros aspectos posibles.

A continuación, con el citado cuestionario inicial se comienza la primera vuelta, dando un plazo prudencial para su contestación. Con el procesamiento de las ideas de la primera vuelta, se estructura una propuesta más compleja, que podrá entrar en contradicción con alguna de ellas, pero que recogerá los elementos enriquecedores de las más adecuadas.

El número de vueltas depende de la complejidad del problema y de las capacidades de los participantes, hasta llegar a una solución exenta de contradicciones.

- **Fase II**

Se llevará a cabo un estudio observacional descriptivo y transversal. La población objeto del estudio serán tanto los documentos de indicadores para la evaluación de la calidad de los cuidados enfermeros de los 25 centros hospitalarios públicos de la Comunidad Autónoma de Madrid como las personas responsables de la realización de la citada evaluación.

Se estima que no es preciso llevar a cabo un diseño muestral, dado que el universo es abarcable y que no interesa perder ninguna unidad de análisis que pudiera aportar algún criterio diferente sobre la posible heterogeneidad en las políticas de calidad de los centros y, en concreto, en los criterios observados por las distintas Direcciones de Enfermería de los mismos, representadas por las responsables de la calidad de los cuidados de los citados centros.

Variables

- **Variables principales**

- ✓ De los documentos: presencia de ítems relacionados con el cuidado ético, las dimensiones éticas contempladas en los ítems, etc.
- ✓ De las personas responsables: existencia de diseño evaluativo para medir la dimensión ética de los cuidados, características del diseño, etc.

- **Variables adicionales**

- ✓ Otras variables institucionales que tengan que ver con la calidad como, por ejemplo, el desarrollo de programas de calidad, de formación, de incentivos, etc.

Métodos de recogida de información

El método de recogida de la información será mediante la aplicación del cuestionario elaborado con los resultados de la técnica Delphi a las fuentes documentales (instrumentos para la medición de la calidad de los cuidados de los centros hospitalarios públicos de la Comunidad de Madrid), utilizando una planilla de vaciado, y a las enfermeras responsables de la calidad de los mismos centros.

Tratamiento estadístico de los datos

Para el tratamiento de los datos se empleará el paquete estadístico SPSS versión 14.0.

- Se utilizarán medidas de tendencia central (media y mediana) y sus correspondientes medidas de dispersión (desviación estándar).
- Para las variables operacionalizadas con escala ordinal se utilizará el índice de posición (Silva).
- Los test utilizados para el contraste de hipótesis serán no paramétricos dado que el tamaño muestral a estudiar no permite asumir la distribución normal de las variables. Sobre la base de que la opinión de los expertos en la técnica Delphi la realizarán atendiendo a una escala ordinal, la prueba de contraste de hipótesis adecuada será Kruskal-Wallis.
- También se utilizará el coeficiente de correlación de Spearman para determinar el grado de asociación entre las diferentes dimensiones (correlación inter-ítems) del cuidado ético.

- Para medir la consistencia interna del cuestionario se utilizará el coeficiente α de Cronbach.
- Para definir la validez de constructo se llevará a cabo un análisis factorial con el fin de determinar la estructura uni o multifactorial del cuestionario.

BIBLIOGRAFÍA

Icart MT, Fuentelsaz C, Pulpón AM. Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina. Barcelona: Universidad de Barcelona; 2006.

Landeta J. El método Delphi. Una técnica de previsión para la incertidumbre. Barcelona: Ariel; 1999.

Martín A, Bioestadística para las ciencias de la salud. Madrid: Capitel Editores; 2004.

Parisca S. El método Delphi. Estrategia y filosofía para alcanzar la calidad total y el éxito en la gestión empresarial. La Habana: Academia; 1995.

Polit DF, Hungler BP. Investigación científica en Ciencias de la salud: Principios y métodos. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana; 2000.

Santos FX. Metodología básica de investigación en enfermería. Madrid: Díaz de Santos; 2004.

Silva LC. Diseño razonado de muestras y captación de datos para la investigación sanitaria. Madrid: Díaz de Santos; 2000.

Recibido: 7 agosto 2009.

Aceptado: 10 agosto 2009.