

Gestión de cuidados enfermeros

Josep Anton i Riera

PID_00205766



Los textos e imágenes publicados en esta obra están sujetos –excepto que se indique lo contrario– a una licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada (BY-NC-ND) v.3.0 España de Creative Commons. Podéis copiarlos, distribuirlos y transmitirlos públicamente siempre que citéis el autor y la fuente (FUOC. Fundació para la Universitat Oberta de Catalunya), no hagáis de ellos un uso comercial y ni obra derivada. La licencia completa se puede consultar en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.es>

Índice

Introducción.....	5
1. La enfermería como disciplina profesional.....	9
1.1. Modelo conceptual de cuidados	10
1.2. Los planes de cuidados o proceso de atención de enfermería	11
1.3. Trayectorias clínicas y mapas de cuidados	13
1.4. Las competencias enfermeras	14
2. La enfermería en las organizaciones hospitalarias: las direcciones de enfermería.....	27
2.1. Misión y objetivos de la dirección enfermera	28
2.2. Estructura de la dirección enfermera	31
2.2.1. Consideraciones previas al diseño de la estructura	32
2.2.2. El organigrama sigue a la estrategia	40
2.3. Perfil de la enfermera gestora	45
2.4. Gestión enfermera por competencias	51
2.4.1. Las competencias y la dirección enfermera	51
2.4.2. Aportaciones de los nuevos escenarios académicos a la mejora de gestión	55
3. La gestión clínica de los cuidados.....	57
3.1. El producto enfermero	60
3.1.1. Elaboración del producto enfermero en la línea asistencial	62
3.1.2. Definición del producto enfermero	64
3.2. Otros campos de actuación de la gestión enfermera	66
3.2.1. En relación con la organización o empresa	67
3.2.2. En relación con el personal	70
3.2.3. En relación con los usuarios	70
4. Gestión de personas.....	73
4.1. Sistemas de asignación de pacientes	73
4.1.1. Tipos de sistemas de clasificación de pacientes	75
4.2. Planificación de recursos enfermeros	78
4.2.1. Modelos de asignación de personal	80
4.2.2. Programación de las necesidades de personal	95
4.2.3. Argumentos para una dotación de personal adecuada: impacto de la dotación de enfermeras sobre los resultados de salud	100
4.2.4. Cálculo de plantilla	105

4.2.5.	Recomendaciones de dotación de equipos de enfermería	111
4.2.6.	Programación del trabajo enfermero	113
4.2.7.	Rotación del personal	117
4.2.8.	Estrategias para fidelizar y atraer enfermeras	120
5.	Recomendaciones finales con relación a la organización y la gestión de los cuidados enfermeros.....	123
5.1.	Gestión de cuidados	123
5.2.	Gestión de personas	123
5.3.	Organización	124
5.4.	Espacios y equipamientos	124
5.5.	Sistemas de información	127
6.	Anexos.....	128
6.1.	Anexo 1. Modelo conceptual de Virginia Henderson	128
6.2.	Anexo 2. Plan de cuidados en pacientes intervenidos de hemilaminectomía lumbar	133
6.3.	Anexo 3. Ejemplo de trayectoria clínica para un paciente adulto	136
	Bibliografía.....	141

Introducción

La enfermera es el profesional que está las veinticuatro horas del día al lado del paciente y, por tanto, se convierte en el garante de los cuidados asistenciales, en el responsable de la correcta coordinación en las distintas unidades asistenciales y en el apoyo para el resto de profesionales (sanitarios o no) que trabajan en el hospital.

El papel de la enfermera es clave en la organización hospitalaria, ya que la organización asistencial se sustenta de una forma clara sobre la organización del cuidado a sus pacientes.

La dirección de enfermería gestiona unidades asistenciales, como consultas externas, hospital de día, hospitalización, el bloque quirúrgico, etc. y ofrece productos integrales con los recursos humanos, materiales y estructurales necesarios para el desarrollo del proceso asistencial.

Pero, antes de empezar, una pregunta: ¿Qué es una enfermera?

Enfermera es la persona que ha terminado un programa de formación básica y general de enfermería y está facultada por la autoridad reglamentaria idónea para ejercer la enfermería en su país. La formación básica de enfermería es un programa de estudios formalmente reconocido, que proporciona una base amplia y sólida en las ciencias del comportamiento, de la vida y de la enfermería para la práctica general de esta, para una función de liderazgo y para la formación postbásica, con miras a la práctica de enfermería especializada o avanzada. La enfermera está preparada y autorizada para:

- 1) Dedicarse al ámbito general de la práctica de enfermería, que incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos físicos y mentales y de las personas discapacitadas de todas las edades, en todos los contextos de la atención de salud y otros contextos de la comunidad.
- 2) Impartir enseñanza de atención de salud.
- 3) Participar plenamente como miembro del equipo de atención de salud.
- 4) Supervisar y formar a los auxiliares de enfermería y de atención de salud.
- 5) Participar en la investigación.

Consejo Internacional de Enfermeras (1987)

Para la enfermera, al igual que para las otras profesiones sanitarias, es el ciudadano/usuario/paciente, el objetivo referencia de su razón de ser profesional, haciéndose necesaria por lo tanto la colaboración efectiva del equipo al dar respuesta a sus necesidades.

Esta colaboración efectiva entre los profesionales de la salud pasa por el reconocimiento recíproco de las aportaciones imprescindibles y propias que en el proceso de atención al ciudadano hace cada profesional y con las que cada uno contribuye al esfuerzo común, entendiendo que son ellos, los ciudadanos, y no los profesionales ni las estructuras sanitarias, el centro de todas las actuaciones sanitarias.

Es a partir de esta primera reflexión, cuando quedan explicitados dos conceptos capitales, el ciudadano como eje central del sistema y la colaboración de los profesionales para dar respuesta a sus necesidades cuando el grupo de trabajo se cree capaz de definir la profesión de enfermería tal como se expone a continuación:

La enfermería se define y caracteriza por:

- Ser una profesión de servicios, que proporciona cuidados aplicando los conocimientos y técnicas específicas de su disciplina. Se basa en el conocimiento científico y se sirve del progreso tecnológico, así como de los conocimientos y las técnicas derivadas de las ciencias humanas, físicas, sociales y biológicas.
- Actuar centrándose en la atención a la persona, la familia y la comunidad.
- Tener en cuenta a la persona como sujeto de emociones y relaciones sociales y vincularse a un sistema de valores personal.
- Aceptar la responsabilidad y ostentar la autoridad necesaria en la prestación directa de las curas de enfermería. Por lo tanto, el profesional ejerce de forma autónoma la enfermería en el seno de un equipo de salud (entendido este como lugar de intercambio y análisis de la actividad de los profesionales para conseguir una asistencia integral e integrada).
- Tener un sólido compromiso con la sociedad para dar una respuesta ajustada a sus necesidades. La enfermería ayuda a las personas, familia y grupos a determinar y conseguir su potencial físico, mental y social contribuyendo a la mejora de la calidad de vida. Estas actividades las desarrolla en el marco de una sociedad en cambio permanente y se ve influenciada por un conjunto de factores sociales, económicos, culturales y políticos.

1. La enfermería como disciplina profesional

La enfermería, en su concepto más amplio, está considerada como una disciplina y una actividad profesional. En ambos casos, hablamos de un hecho reciente: la enfermería como ciencia data de la mitad del siglo XX en Estados Unidos, y la enfermería como profesión única y diferenciada en el Estado español no permite alejarse en el tiempo más de 40 años.

Aun siendo una ciencia, disciplina y profesión relativamente reciente, existe una clara definición de su función que, según Virginia Henderson, **es ayudar o suplir a la persona en la realización de las actividades habituales cuando esta no puede hacerlo por sí misma debido a una falta de conocimientos, voluntad o fuerza física**. Esta es la verdadera esencia, su misión o razón de ser:

Cuidar a las personas en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud, a la recuperación de la misma o a una muerte digna, de forma integral –biológica, psicológica y social–, teniendo en cuenta los factores del entorno que influyen o pueden influir en la satisfacción de sus necesidades básicas.

Durante los últimos 40 años, en el contexto español, las enfermeras han seguido un proceso de profesionalización evidente y rápido. El paso de lo que antiguamente fue un oficio a la actual profesión ha sido tan rápido que, en la cotidianidad, aún perviven algunos elementos del antiguo estatus y hasta los mismos actores del sistema asistencial asisten perplejos a la convivencia de dos modelos de paradigma de la práctica diaria: el que se va imponiendo, propio del profesionalismo, y el anterior, con las características propias del proletariado y el funcionariado. Esta convivencia de paradigmas que, lógicamente, genera paradojas, incongruencias y tensiones propias de la pervivencia del antiguo modelo (obrero, dependiente y subordinado), conviviendo con las características más avanzadas del profesionalismo.

Las características de una profesión, y diferenciadores de un oficio los podemos resumir en cuatro argumentos básicos:

- La existencia de un cuerpo de conocimientos propio, refrendado inicialmente por la inclusión de sus estudios en la universidad (y desde el año 2012 con la titulación de grado, de acuerdo al espacio europeo de educación superior), con una titulación académica que, aparte de posibilitar el ingreso en la profesión, proporciona competencia para el ejercicio profesional.

- La autonomía en la regulación del ejercicio profesional, puesto que la profesión enfermera dispone de autonomía y control sobre el trabajo que ejerce.
- La disposición de un código de ética.
- El reconocimiento social. La sociedad valora e identifica el servicio que el profesional enfermero le ofrece, en correspondencia, le concede los privilegios de autonomía profesional y autocontrol.

De estos puntos se desprende la existencia de un contrato social implícito, en el cual el profesional se compromete, además de una práctica técnicamente y científicamente excelente, a aplicar la independencia del criterio científico en sus decisiones profesionales, no subordinadas a ninguna dependencia jerárquica ni funcional, de ningún órgano contratante o gubernamental, superando sus actuaciones tan solo a criterios científicos, éticos y de busca del mejor interés de las personas de las cuales está al cuidado y de la sociedad a la cual sirve, en general.

1.1. Modelo conceptual de cuidados

El hecho de cuidar, o dicho en un lenguaje profesional, la prestación de cuidados, viene determinada por un marco teórico de referencia que dirige el qué y el cómo de la práctica enfermera. Ese marco de referencia, al que denominaremos modelo, permite precisar la naturaleza de los cuidados, y por tanto, guiará a la enfermera en la elección de las intervenciones más adecuadas para conseguir los objetivos fijados, delimitando, además, su responsabilidad profesional y determinando, en definitiva, el servicio enfermero que se proporciona.

La adopción de un modelo de cuidados (modelo conceptual enfermero), junto con el uso de la metodología del proceso de atención enfermero, permite delimitar la aportación específica de la enfermera al proceso asistencial y proporcionar unos cuidados ordenados que contribuyan a la salud del individuo/familia/comunidad.

Como dijimos en el apartado anterior, el fin primordial de la enfermera es cuidar (o prestar cuidados), fundamentados en una completa información y una atención personalizada e integral a los usuarios y sus cuidadores. Esto hace necesaria la adopción de un modelo acorde con la realidad (entorno), el cual favorezca la **continuidad asistencial** y ayude a conseguir al usuario la máxima independencia a través de los cuidados planificados.

En el anexo 1, se detalla el modelo conceptual de Virginia Henderson que es el más utilizado en los hospitales de nuestro entorno.

1.2. Los planes de cuidados o proceso de atención de enfermería

Los planes de cuidados denominados, en su estructura más científica, proceso de atención enfermera, se pueden definir como “[...] un método sistemático y organizado para brindar cuidados eficaces y eficientes, orientados al logro de los objetivos” (Alfaro, 1998).

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como Proceso de atención enfermería (PAE), o Plan de cuidados. Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática: es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco etapas: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, solo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

1) **Valoración.** Es la primera fase del proceso enfermero que consiste en la recogida y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno. Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

2) **Diagnóstico.** Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración enfermera, contemplando también los recursos del individuo. De acuerdo a los dos roles definidos por Carpenito, estos juicios se diferencian en:

- **Diagnóstico enfermero:** Es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales, que proporciona la base de la terapia para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable. Los DE están dentro del ámbito independiente de la práctica profesional ya que se refieren a situaciones que las enfermeras identifican, validan y tratan, siendo estas las responsables del logro del resultado final deseado.
- **Problema de colaboración:** Son problemas de salud reales o potenciales en los que la persona requiere que la enfermera realice por él las actividades de tratamiento y control prescritas por otro profesional, generalmente el médico. Se sitúan, por tanto, en el ámbito de la colaboración con otro profesional que es quien tiene el control y la autoridad, así como la responsabilidad del resultado final. Para nombrar esos problemas es necesario e insustituible la utilización de terminología médica.

3) **Planificación.** Se formulan objetivos y se desarrollan estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como para promocionar la salud.

4) Ejecución. Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

5) Evaluación. Comparar las repuestas de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

El objetivo principal del proceso enfermero es constituir una estructura que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad. También:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.
- Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.

La aplicación del proceso enfermero tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y sobre la enfermera; profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad.

Las **características principales del PAE** son:

- Tiene una **finalidad**: se dirige a un objetivo.
- Es **sistemático**: implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es **dinámico**: responde a un cambio continuo.
- Es **interactivo**: basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es **flexible**: se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una **base teórica**: el proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

Según Mayers (1983):

“un plan de cuidados estandarizado es un protocolo específico de cuidados, apropiado para aquellos pacientes que padecen los problemas normales o previsibles relacionados con el diagnóstico concreto o una enfermedad”.

Kahl (1991) indica que con la informatización de los servicios de salud, la documentación tiende a disminuir. Veamos cuáles son los objetivos de la informatización de los planes de cuidados, mediante la revisión de autores que hace Serrano Sastre (1994), recoge de autores como Hannah (1988), Hoy (1990), Kahl (1991) y otros, los objetivos para informatizar los planes de cuidados de enfermería, y estos son:

- Registrar la información de manera rápida, clara y concisa.
- Recabar la información precisa sobre el estado de salud, que permite una óptima planificación de los cuidados, su revisión y la mejora del plan.
- Facilitar la continuidad de los cuidados, tanto en el hospital como la comunicación con otros servicios de salud.
- Evitar la repetición de los datos.
- Facilitar datos a la investigación y a la educación.
- Posibilitar el cálculo del coste-beneficio del servicio hospitalario.

En el anexo 2 se presenta un ejemplo de plan estandarizado de cuidados.

1.3. Trayectorias clínicas y mapas de cuidados

Para el seguimiento de los pacientes se utiliza un instrumento con varias denominaciones: trayectorias clínicas, o vías clínicas, y mapas de cuidados. Las trayectorias clínicas están contenidas en una matriz temporal (diagrama de Gant) que define las actividades de cuidados, según la categoría (eje Y) y la duración de las mismas (eje X). Se realiza una trayectoria clínica para un grupo de pacientes con necesidades similares. Estas necesidades son relativamente previsibles, para una patología concreta.

Las trayectorias clínicas deben reflejar los cuidados que requiera un paciente estándar, afectado por una patología concreta. En su elaboración participan todos los profesionales implicados en la atención que precisan los pacientes, frente a una determinada patología.

Las trayectorias clínicas ayudan a organizar y coordinar la atención, para optimizar su efectividad y eficiencia. Incluyen las necesidades de los pacientes, en todos los lugares donde se proporcionan cuidados.

Los mapas de cuidados constituyen una segunda generación de trayectorias clínicas, que incluyen una lista de problemas relacionados con el diagnóstico, con los resultados intermedios y con el alta, para cada uno de los problemas.

El mapa de cuidado es un instrumento que muestra un perfil claro del plan de cuidados habituales, dados a cada tipo de caso. A su vez, el personal puede ver rápidamente, para cada paciente:

- El tiempo esperado para realizar los cuidados.
- Las tareas que cada uno deberá realizar en cada momento, durante el proceso de cuidados.
- Los resultados esperados en cada etapa de la recuperación del paciente.

Los mapas de cuidados están basados en la idea de que el cuidado del paciente es un proceso continuo, que involucra a un equipo de profesionales y en donde cada miembro del equipo tiene una visión clara de cómo encaja el puzle y dónde se coordina el cuidado, de manera que cada tarea ocurre en el momento oportuno y sin duplicidades.

Todos estos instrumentos (trayectorias, mapas, etcétera) tienen el mismo objetivo: planificar los cuidados que precise el paciente, a partir de las necesidades que presente, sobre la base de un episodio de salud.

La gran diferencia estriba en que, mientras que los planes de cuidados solo recogen las actividades que realizan las enfermeras, las vías críticas o los mapas de cuidados recogen las actividades que realizan todos los profesionales para satisfacer las necesidades de los pacientes.

Para la realización de las vías críticas o los mapas de cuidados –que, como ya hemos dicho, llevan a cabo todos los profesionales relacionados con el cuidado del paciente– la contribución de la enfermera es esencial. Pero para que su participación sea efectiva, esta debe ser una experta en cuidados y en la elaboración y manejo de planes de cuidados; sin su experiencia, su contribución en el equipo multidisciplinar se verá diluida y mermada, con la consecuente disminución que esto pueda ocasionar, en la calidad de los cuidados que recibe el paciente.

En el anexo 3 se presenta un ejemplo de trayectoria clínica.

1.4. Las competencias enfermeras

La competencia, o facultad de ser competente, engloba las características y las cualidades individuales indicativas de una ejecución efectiva. Estos atributos incluyen los conocimientos, las habilidades y las actitudes que permiten al profesional tomar las decisiones más adecuadas en cada caso y actuar en consecuencia. El término *competencia* también significa ámbito de responsabilidad disciplinar o área profesional en el que la ley confiere el derecho a tomar decisiones autónomas.

La investigación y el desarrollo teórico enfermero en la definición e identificación de las áreas de actuación enfermera en su rol autónomo es prolífica; en el ámbito hospitalario, el cuidado del enfermo agudo y crítico sitúa al profesional de enfermería en un área de práctica profesional en la que muchísimas situaciones y eventos requieren un abordaje interdisciplinar.

La definición de competencias en Estados Unidos o en Canadá se recoge en forma de estándares de la práctica, normas de la práctica o buenas prácticas profesionales. Los estándares de la práctica son las guías teóricas que intentan delimitar el espacio profesional enfermero, en sus diferentes ámbitos de actuación y de especialidad, y diferenciarlo del de otras disciplinas afines. Generalmente, los textos dividen el ámbito competencial de forma abstracta en 2 grupos:

- estándares de la prestación de cuidados,
- estándares de desarrollo profesional.

Las competencias de la práctica asistencial son elementos explicativos de las áreas de actuación enfermera en el cuidado de las personas sanas o enfermas, por ejemplo, valoración, planificación y evaluación del plan de cuidados, etc. Las competencias de desarrollo profesional incluyen los requisitos disciplinares para asegurar no solo una adecuada práctica clínica enfermera, sino también el avance y el “desarrollo” de la profesión como tal; por ejemplo, la bioética, la investigación, la docencia o el compromiso disciplinar.

En España, especialmente durante la última década, múltiples asociaciones científicas enfermeras han definido los “estándares de la práctica profesional enfermera” en una área de “especialización” concreta. Existe también un trabajo publicado en 1999 por la Comisión de Especialidades en Ciencias de la Salud en Cataluña, que a modo de estándares de la práctica profesional es un marco de referencia que conceptualiza las principales especialidades.

Las competencias son aquel conjunto de habilidades, actitudes y conocimientos, y los procesos complejos para la toma de decisiones, que permite que la actuación profesional esté en el nivel exigible en cada momento.

Comisión de enfermería y sus especialidades específicas. Departamento de Salud. Generalitat de Cataluña. 1996

La definición de las competencias de la profesión es una necesidad indiscutible, ya sea desde la perspectiva educativa, de planificación y gestión de servicios sanitarios, como de la regulación del derecho al ejercicio de la profesión. Tener las competencias definidas permite:

- Reflexionar sobre el propio trabajo.

- Monitorizar la calidad de los servicios que se prestan.
- Facilitar la definición de los objetivos educativos a las instituciones docentes.
- Especificar los niveles exigibles en cada una de las fases formativas y de responsabilidad en el ejercicio de la profesión.
- Tener un marco de referencia de los sistemas evaluadores y de titulación.
- Una mayor movilidad y flexibilidad intraprofesional (incluida la libre circulación de profesionales).
- Orientar la formación continuada.
- Detectar los potenciales de los profesionales.
- Estructurar las carreras profesionales en las organizaciones según el nivel competencial.
- Permite una gestión por competencias de los recursos humanos.
- Acercar los servicios de enfermería a la población para dar una respuesta adecuada a sus necesidades.

El objetivo común de todas las competencias descritas es el de la propia profesión, es decir, cuidar a las personas. Hay que entender que la **actuación** derivada de todas y cada una de las **competencias** se inscribe en el **ámbito de actuación** y funcionamiento de la enfermería.

Competencia 1. Proceso de cuidados

- **Objetivo:** Proporcionar cuidados enfermeros individualizados mediante un método sistemático y organizado.
- **Valoración, recogida de datos, y formulación de problemas**
 - **Objetivo:** Obtener y analizar los datos para determinar el estado de salud del usuario y describir sus capacidades y/o problemas.
 - Hacer la entrevista clínica completa (ámbitos orgánicos, psicológicos y sociales) con los usuarios y/o personas significativas.
 - Observar y valorar signos objetivos: saber hacer una exploración física.
 - Recoger y valorar síntomas subjetivos manifestados por el usuario y/o personas significativas.
 - Realizar acciones y procedimientos que permitan validar el problema identificado.
 - Grabar y expresar de forma sistemática los datos prioritarios de la información recogida.
 - Identificar y valorar los datos significativos y, en base a ellas, definir los problemas reales y/o potenciales.

- **Priorización y actuación**

- **Objetivo:** Priorizar los problemas detectados del usuario, desarrollar y ejecutar un plan de acción para disminuirlos y/o eliminarlos y promover su salud y autonomía.
- Priorizar los problemas detectados y, en base a ellos, elaborar un plan de curas que incluya objetivos e intervenciones adecuados en los problema/se definido/s.
- Formular objetivos con el usuario y/o personas significativas recogiendo sus expectativas según el problema definido previamente.
- Planificar actividades de curas para resolver los problemas de salud del paciente/usuario/cliente (con los recursos disponibles y según la política de la organización).
- Elaborar, decidir y seleccionar los protocolos y procedimientos más adecuados a la actividad planificada en base a su pertinencia, validez y eficiencia.
- Ejecutar las actividades planificadas, tanto en cuanto al rol autónomo como al de colaboración.
- Mantener la planificación de actividades de forma actualizada.
- Planificar el alta de acuerdo con la fecha prevista.
- Complimentar los registros.
- Diseñar y adaptar el plan de cuidados y el plan terapéutico a las necesidades del paciente/usuario de forma individualizada.

- **Evaluación**

- **Objetivo:** Evaluar de forma continuada y sistemática la efectividad del plan de acción en relación a los objetivos y/o criterios de resultados establecidos.
- Establecer criterios de resultados.
- Hacer la evaluación continuada del proceso de cuidados.
- Rediseñar los objetivos y las actividades según la evaluación continuada, si hace falta.
- Evaluar los objetivos formulados en el plan de cuidados.

- Valorar los recursos y el potencial del enfermo (conocimientos y materiales) para seguir, si hace falta, autoaplicándose los cuidados en su domicilio.
- Hacer el informe de alta de enfermería.

Competencia 2. Prevención y promoción de la salud

- **Objetivo:** Desarrollar acciones conducentes a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la educación sanitaria en los diferentes ámbitos de la práctica.
 - Identificar usuarios con riesgo de sufrir alguno de los problemas más prevalentes de salud.
 - Evaluar y seleccionar los usuarios que pueden beneficiarse de medidas preventivas.
 - Identificar los problemas potenciales de salud.
 - Evaluar el estado de salud de la persona sana.
 - Evaluar el entorno sociofamiliar.
 - Enseñar y dar consejo sobre los diferentes medios de prevención del riesgo y promoción de la salud.
 - Identificar los problemas de salud en el propio medio.
 - Proveer de consejo preventivo del riesgo.
 - Realizar acciones educativas conducentes al cambio de hábitos.
 - Promover actitudes de autorresponsabilidad enfrente la salud.
 - Promover en torno saludable y seguro.
 - Realizar actividades para la prevención de la infección nosocomial.
 - Realizar estudios sobre la influencia del entorno en la salud.
 - Evaluar periódicamente y gradual el aprendizaje del usuario.

Competencia 3. Procedimientos y protocolos

- **Objetivo:** Proporcionar cuidados de forma sistematizada teniendo en cuenta la situación individual de cada usuario y poniendo énfasis en la comunicación e información.

- Informar y preparar al usuario.
- Explicar al usuario las etapas que se seguirán en la realización de los procedimientos y las actuaciones que habrá que seguir con posteridad.
- Seleccionar y preparar el material adecuado.
- Preparar el entorno en el que se llevarán a cabo los procedimientos.
- Realizar el procedimiento de acuerdo con las etapas descritas.
- Valorar y vigilar las respuestas del usuario durante la realización del procedimiento.
- Acomodar al paciente/usuario/cliente en condiciones de seguridad física y psicológica.
- Realizar las acciones de vigilancia y detección precoz de posibles complicaciones.
- Registrar las acciones y/o sus incidencias.
- Hacer el seguimiento y vigilancia de la efectividad del procedimiento realizado.
- Realizar y/o colaborar en los procedimientos de apoyo al diagnóstico y/o tratamiento.
- Observar las medidas de asepsia.
- Interpretar y ejecutar las prescripciones médicas.
- Coordinarse con otros profesionales y actuar conjuntamente cuando la situación asistencial lo requiera.

Competencia 4. Tener cura de las personas en situaciones específicas

- **Objetivo:** Llevar a cabo la práctica profesional en los diferentes ámbitos y situaciones.
 - Cuidar a personas con procesos crónicos.
 - Cuidar a personas en situación crítica.
 - Cuidar a personas con procesos agudos.

- Cuidar a personas con trastornos mentales graves, transitorios o con riesgo.
- Cuidar a personas con carencia y/o pérdida de autonomía.
- Cuidar a personas en proceso de duelo.
- Cuidar a personas ancianas (atendido el progresivo envejecimiento de la población, a pesar de no ser una situación específica como las otras, hemos creído necesario señalar esta etapa del ciclo vital como punto de énfasis).
- Gestionar los cuidados paliativos en los enfermos terminales.
- Aplicar las medidas terapéuticas adecuadas a las personas con dolor.
- Gestionar y desarrollar la atención de urgencia con eficiencia.
- Gestionar y desarrollar la atención domiciliaria con eficiencia.

Competencia 5. Comunicación/relación con el usuario y/o personas significativas

- **Objetivo:** Conseguir una comunicación efectiva y establecer una relación terapéutica con el usuario.
 - Llevar a cabo las actividades, protocolos y procedimientos con empatía y respeto.
 - Promover un entorno favorable a la comunicación.
 - Llevar a cabo la entrevista clínica con empatía y respeto.
 - Facilitar la comunicación.
 - Ser capaz de comunicarse efectivamente con los usuarios y/o personas significativas.
 - Tener especial cura de la comunicación con usuarios con dificultades de comunicación y/o comprensión.
 - Comunicar al usuario los problemas que gestionará la enfermera o enfermero.
 - Explicar y comentar, hasta acordar conjuntamente con el usuario, las actuaciones a seguir así como sus recomendaciones.

- Integrar el usuario en los planes de curas.
- Verificar que los usuarios entienden la información dada para poder aceptar y/o realizar los planes de curas acordados.
- Iniciar, fomentar y mantener una relación terapéutica con el usuario.
- Fomentar, a través de la relación interpersonal y del respecto al usuario la confianza y seguridad en relación a su proceso.

Competencia 6. Trabajo en equipo y relación interprofesional

- **Objetivo:** Dar una atención integral y coordinada mediante el trabajo en equipo.
 - Definir y formular los objetivos en el sí del equipo de trabajo con claridad y derivar un plan de actuación así como evaluar los resultados.
 - Escuchar y recoger las opiniones de los diferentes miembros del equipo de trabajo.
 - Aceptar abiertamente los diferentes miembros del equipo en su especificidad.
 - Dar la propia opinión, con firmeza y claridad, respetando la opinión de los otros sin agravarlos.
 - Asumir y desarrollar el rol que le corresponda en cada circunstancia.
 - Hacer del equipo un lugar de intercambio y análisis de la actividad profesional realizada.
 - Consultar a tiempo y efectivamente los otros profesionales de la salud.
 - Reconocer las habilidades, competencias y los papeles de los otros profesionales sanitarios.
 - Delegar las actividades según los conocimientos, habilidades y capacidades de quienes tiene que realizar la tarea.

Competencia 7. Comunicación intraprofesional

- **Objetivo:** Garantizar la continuidad de las curas utilizando la comunicación formal y estructurada.
 - Elaborar informes de enfermería escritos legibles, muy estructurados y concisos.

- Presentar oralmente los casos de manera estructurada, comprensible y concisa.
- Redactar informes para comunicar los problemas identificados así como sus consecuencias sobre los planes de actuación.
- Comunicarse con los diferentes niveles asistenciales.

Competencia 8. Mantenimiento de las competencias profesionales

- **Objetivo:** Dar una respuesta profesional y de calidad a las diferentes situaciones de la práctica.
 - Evaluar los propios conocimientos, actitudes y habilidades.
 - Emplear diferentes métodos de aprendizaje para identificar y corregir, si hace falta, los déficits de conocimientos, actitudes o habilidades.
 - Emplear los recursos existentes para el aprendizaje.
 - Analizar críticamente la validez y la aplicabilidad de las fuentes de información posibles.
 - Analizar críticamente los métodos y los datos de investigación.
 - Participar en procesos de evaluación profesional en general y especialmente en la evaluación por compañeros.
 - Evaluar críticamente los métodos de trabajo.
 - Fundamentar la práctica en los resultados de la investigación.
 - Realizar actividades de investigación.
 - Utilizar de forma sistemática los resultados de los estudios de calidad.
 - Llevar a cabo actividades docentes en los diferentes niveles profesionales.

Competencia 9. Ética, valores y aspectos legales

- **Objetivo:** Incorporar a la práctica los principios éticos y legales que guían la profesión.
 - Desarrollar una praxis profesional fundamentada en el respecto de los derechos del paciente/usuario/cliente guiada por el Código ético de enfermería.

- Identificar las posibles vulneraciones de los derechos del paciente/usuario/cliente y emprender las medidas/acciones destinadas a preservarlos.
- Ajustar las decisiones y comportamientos a los principios bioéticos: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.
- Identificar los dilemas éticos y aplicar el razonamiento y juicio crítico en su análisis y resolución.
- Participar activamente en el trabajo de los comités de ética asistencial y/o comités éticos de investigación clínica.
- Adecuar las acciones de enfermería a la libre elección de paciente/usuario/cliente en las decisiones de salud, dando continuidad al proceso de cuidados.
- Desarrollar una práctica profesional, correcta en el aspecto científico, técnico y ético, y ajustada a las diferentes normativas legales y judiciales reguladoras de las actividades asistenciales.
- Proponer y decidir de forma razonada excepciones en la aplicación de la norma y ejercicio de la objeción de conciencia.
- Asumir la responsabilidad de sus decisiones y acciones.

Competencia 10. Implicación y compromiso profesional

- **Objetivo:** Hacer presente el compromiso profesional con la sociedad a través de la participación y la implicación.
 - Participar e implicarse en la definición de las políticas de salud en los diferentes niveles asistenciales e institucionales.
 - Gestionar los recursos y establecer métodos de trabajo por la correcta prestación de las curas de enfermería.
 - Establecer los estándares y criterios de resultados de la práctica profesional.
 - Garantizar la calidad de los cuidados.
 - Participar en la definición de políticas de investigación, investigación y docencia relacionadas con el ámbito de las competencias de la profesión.

- Diseñar líneas de investigación e investigación en el ámbito propio de la profesión y hacer la difusión pertinente.

Posteriormente, cabe destacar el trabajo de Juvé (2005), en el que, a partir de las **aportaciones de las enfermeras** de los hospitales del Instituto Catalán de la Salud, define las **competencias** (y los elementos competenciales que las conforman) de la enfermera hospitalaria:

Competencia 1. Cuidar

- Establecer una relación terapéutica y estar presente.
- Adecuar las actuaciones a los principios bioéticos.
- Preservar la dignidad, la confidencialidad y la intimidad, a pesar de las limitaciones estructurales y organizativas.
- Suplir, ayudar o supervisar al enfermo en la realización de actividades que contribuyen a mantener o mejorar su estado de salud (o a una muerte digna).
- Proporcionar información y soporte emocional.

Competencia 2. Valorar, diagnosticar y abordar situaciones clínicas cambiantes

- Identificar el estado basal del enfermo y planificar los cuidados.
- Identificar cambios significativos en el estado del enfermo y actuar en consecuencia.
- Identificar precozmente señales de alarma: previsión de complicaciones antes de que se confirmen claramente las manifestaciones.
- Identificar y ejecutar correctamente y a tiempo, actuaciones en casos de extrema urgencia con riesgo para la vida del enfermo en el caso de una crisis o complicación grave súbita.
- Preparar con antelación y abordar de forma ordenada y eficiente el desarrollo de situaciones graves o de alta intensidad de cuidados casi-simultáneas o “en cadena” en diferentes enfermos.

Competencia 3. Ayudar al enfermo a cumplir el tratamiento y hacerle partícipe

- Realizar de forma adecuada procedimientos básicos.

- Realizar de forma adecuada procedimientos complejos.
- Realizar de forma adecuada procedimientos de alta complejidad, o realizar de forma adecuada cualquier procedimiento en situaciones complejas o administrar de manera correcta multiterapia de alto riesgo en diferentes enfermos.
- Administrar de manera correcta y segura los medicamentos.
- Realizar correctamente los cuidados asociados a la administración de medicamentos.

Competencia 4. Contribuir a garantizar la seguridad y el proceso asistencial

- Prevenir accidentes y/o abordar adecuadamente las respuestas emocionales que ponen en peligro la seguridad del paciente o de otros a su alrededor.
- Utilizar la documentación necesaria y cumplimentar adecuadamente los registros de enfermería.
- Modificar los planes terapéuticos según el estado del paciente y actuar en consecuencia.
- Comunicarse con el médico para sugerir, obtener y/o pactar modificaciones del plan terapéutico más acordes con el estado del paciente.
- Organizar, planificar y coordinar las necesidades de atención de múltiples pacientes simultáneamente y/o.
- Comunicarse con los servicios de soporte para adecuar las intervenciones clínicas al estado del paciente.

Competencia 5. Facilitar el proceso de adaptación y afrontamiento

- Valorar el estado y los recursos del enfermo para afrontar el proceso.
- Facilitar una interpretación adecuada de su estado y proporcionar pautas explicativas que favorezcan recuperar la sensación de control de la situación.
- Enseñar al paciente a realizar las actividades terapéuticas prescritas que pueda llevar a cabo él mismo.
- Valorar el estado y los recursos de la familia/cuidador para afrontar el proceso y potenciarlos si procede.

- Influir en la aptitud de la familia/cuidador para afrontar el proceso.
- Enseñar a la familia/cuidador a realizar las actividades terapéuticas prescritas que puedan llevar a cabo.

Competencia 6. Trabajar en equipo y adaptarse a un entorno cambiante

- Integrarse en el equipo de trabajo.
- Crear cohesión y facilitar el trabajo en equipo (en el equipo de enfermería).
- Crear cohesión y facilitar el trabajo en equipo, con diferentes profesionales de múltiples disciplinas.
- Delegar tareas al personal auxiliar o de soporte basándose en las normativas asistenciales, el pacto en el servicio y la valoración de la capacidad para su ejecución.
- Participar en el proceso de aprendizaje propio, de los nuevos miembros del equipo y de los alumnos de enfermería.

2. La enfermería en las organizaciones hospitalarias: las direcciones de enfermería

Como se ha dicho anteriormente, **el cuidado enfermero** es la atención profesional que da la enfermera en prestaciones de “servicio para la salud”, estableciendo la “relación de ayuda” a la persona o personas dependientes de cuidados y cuyo objetivo se centra en “desarrollar la capacidad de autocuidado de la persona y su entorno, potenciando los recursos naturales en cuanto a los conocimientos, la motivación y la capacidad para su autocuidado”.

Desde esta definición del cuidado enfermero, consideramos que:

- La enfermera es un recurso profesional del sistema de salud, ligado por tanto a las políticas y a la organización sanitaria.
- La enfermera establece la relación de ayuda como respuesta a una necesidad de cuidados que tiene la persona y su entorno, que determina el producto enfermero, en forma de servicio de ayuda a las personas y a la sociedad.
- La profesión enfermera tiene una delimitación del campo de actuación y define un método de intervención, en el cuidado de la salud y la vida, cuando las personas y su entorno no tienen el conocimiento, la motivación o la capacidad suficiente para satisfacer sus necesidades en cantidad y calidad de los cuidados necesarios.
- La especificidad de los cuidados enfermeros como servicio, únicamente podrá ser abordada desde la perspectiva profesional enfermera, bien sea en cuidados de responsabilidad directa, o en la coordinación con los recursos sanitarios y sociales para procurar la mayor calidad de los cuidados para la salud y el bienestar de las personas.

A partir de esta definición nos aproximamos hacia el perfil de la enfermera responsable de cuidados en la atención de salud y entendemos que es este un elemento clave y de vital importancia para el desarrollo de los recursos del sistema sanitario y de la organización de los servicios, ya que una buena planificación de recursos es aquella que asigna a cada circunstancia particular el profesional más capacitado para abordar el servicio en términos de calidad científica, técnica y humana. El cuidado y el mantenimiento de la vida y la salud es una responsabilidad profesional de la enfermera refrendada, en el contexto disciplinar, por el desarrollo del conocimiento enfermero.

Se ha afirmado repetidamente por diversos autores la importancia que revisten no solo los cuidados enfermeros, sino el propio colectivo enfermero en las organizaciones sanitarias modernas, especialmente en lo referido a los siguientes ámbitos:

1) **El colectivo de personas que se ven implicadas.** Este aspecto tiene un doble ámbito: por un lado el del propio personal de enfermería, que en la actualidad es el más numeroso de los que prestan servicio en las organizaciones sanitarias. Aunque en este porcentaje se incluye a todo el personal adscrito a las direcciones enfermeras (enfermeras, auxiliares de enfermería, técnicos especialistas –en algunos casos–, etc.), las enfermeras ocupan claramente el primer lugar de todos los profesionales titulados. Por otro lado, se puede considerar también el colectivo de potenciales usuarios de los servicios enfermeros, que está constituido por la población en general.

2) **Los recursos utilizados.** Que pueden considerarse en los aspectos económicos de retribuciones salariales, tanto como en los aspectos materiales de recursos utilizados por las enfermeras en su trabajo diario. Se calcula que este personal maneja un elevado porcentaje de material y es responsable de su buen uso y sus resultados.

3) **El tipo de atención que realizan.** Las enfermeras llevan a cabo una labor profesional caracterizada por su complejidad, tanto en las actividades propias, como, sobre todo, por la extensión de las relaciones que debe mantener: usuarios, familiares, otros profesionales, otros niveles de atención, etc. De hecho, esta situación central que la enfermera puede ocupar en relación con la globalidad del cuidado del paciente ha hecho que en muchas organizaciones sea considerada como coordinadora del cuidado total que recibe el usuario, en los modernos sistemas de gestión clínica u otros.

4) **El tiempo empleado.** La gestión del tiempo es siempre importante en una organización, pero ello es de más relevancia si se considera a un colectivo que emplea en su trabajo miles de horas anuales en cualquier institución sanitaria. Ello tiene no solo implicaciones de eficacia y eficiencia, sino también económicas, por los aspectos de retribución a los que antes se hacía referencia.

2.1. Misión y objetivos de la dirección enfermera

El gran desarrollo tecnológico, la evolución de las ciencias de la salud, el envejecimiento de la población, la pluripatología, la cronificación de las necesidades de salud, la modificación de las expectativas de los ciudadanos, que según los expertos han hecho que el gasto en salud aumente de forma expansiva, se contraponen al habitual escenario de precariedad de recursos que en estos momentos se ve incrementada por la crisis económica y la necesidad de reducción del déficit público, hechos que complican la situación de la sanidad en nuestro país.

La prestación de asistencia requiere de modelos de organización hospitalaria que den respuesta a una serie de requerimientos que en el siglo XXI sería imperdonable no contemplar. Según el documento “Liderazgo” de la función directiva, elaborado por la Comisión de Ordenación de la Profesión del Consejo de la Profesión Enfermera de Cataluña, los modelos organizativos deben facilitar una coordinación ágil, deben tener una gran capacidad de respuesta, potenciando la interdisciplinariedad y dando respuesta a la continuidad asistencial, incorporando la visión territorial y la integración de servicios de salud en forma de redes de provisión.

Las direcciones enfermeras son una parte más del engranaje que conforma esta compleja empresa de servicios que es el hospital. Estos, y en general todas las instituciones sanitarias, son empresas de multiproductos, ya que cada cliente es uno y diferente a otro en sus necesidades y requerimientos.

Cada uno de los productos no es el resultado de un acto profesional, sino del conjunto de acciones de muchos profesionales y trabajadores que lo hacen posible. Es desde esta perspectiva integradora desde la que debemos analizar la gestión enfermera.

La misión de las direcciones enfermeras es **ejercer el liderazgo en el desarrollo de los cuidados enfermeros, facilitando a los profesionales la posibilidad de satisfacer las necesidades de los usuarios de los servicios enfermeros**. El principal objetivo en el desempeño de esta función es **lograr que las enfermeras alcancen el máximo nivel de competencia y compromiso**, para asegurar de esta forma a los usuarios unos cuidados personalizados, aplicados de acuerdo a la metodología científica –implícita en el proceso de atención de enfermería (o Plan de cuidados)– y basados en la mejor evidencia científica disponible, con el fin que se consiga la adaptación e independencia para el cuidado en el menor tiempo posible.

Para la consecución de este objetivo, la dirección enfermera debe prestar atención y facilitar:

- 1) La definición de un marco conceptual para los cuidados enfermeros (modelo de cuidados) que guíe la práctica asistencial, pero también la investigación, la formación y la gestión del centro.
- 2) La definición explícita del proceso cuidador como eje dinamizador del marco conceptual.
- 3) El desarrollo de una práctica enfermera basada en los conocimientos científicos.

4) La estandarización y la normalización de actuaciones enfermeras, mediante el desarrollo de planes de cuidados estandarizados para las situaciones de salud más frecuentes.

5) La adaptación o el diseño de instrumentos informatizados que faciliten la planificación de los cuidados y ofrezcan información directa acerca de las intervenciones llevadas a cabo.

6) El desarrollo de un potente sistema de información que permita evaluar la efectividad y la eficiencia de los cuidados.

Se trata, por tanto, de una misión sencilla en su concepto, pero con una perspectiva amplia, que implica la necesidad de desarrollar estrategias amplias y diversas:

- La mejora de la calidad de los cuidados, como un conjunto de acciones concretas destinadas a procurar la excelencia en los cuidados proporcionados.
- La formación, centrada en la consecución de objetivos docentes que faciliten el desarrollo de los cuidados, en cualesquiera de sus facetas, a la vez que la actualización constante de los profesionales para su adaptación a los continuos cambios que se producen en los servicios sanitarios y a las nuevas demandas de nuestros usuarios.
- La investigación, utilizándola como medio eficiente para la mejora continua de los cuidados prestados, procurando incorporar los resultados a la práctica.
- La gestión de los servicios, profundizando en las innovaciones puestas en marcha y, asimismo, reconociendo la gestión clínica, la gestión por procesos, la gestión por competencias y la gestión del conocimiento y de la información como herramientas fundamentales, en las que es necesario seguir avanzando, a través de acciones que posibiliten su consolidación definitiva en el sistema, integrándolas en la cultura profesional.
- La comunicación, entendiendo por comunicación algo más que el simple hecho de informar, como elemento fundamental que permite la transmisión de la información y también los valores necesarios para el cambio, a la vez que devuelve información acerca de las intervenciones desarrolladas y los resultados alcanzados y todo ello de tal forma que facilite la consecución de los objetivos desde la motivación de todo el equipo.

Considerando la misión (o misiones) de las direcciones enfermeras, a partir de un modelo de gestión por procesos, se pueden organizar las funciones (o responsabilidades) en:

1) Funciones (responsabilidades) estratégicas:

- a) Definir las políticas de calidad
- b) Fomentar y liderar el trabajo en equipo
- c) Definir objetivos (incluyendo el objetivo económico)
- d) Definir el modelo de cuidados y estándares de cuidados
- e) Comunicación interna y externa

2) Funciones (responsabilidades) clave:

- a) Gestión de los cuidados enfermeros
- b) Gestión del conocimiento
- c) Gestión de los equipos

3) Funciones (responsabilidades) de soporte:

- a) Evaluar y medir el impacto de los cuidados (calidad): cuadros de mando
- b) Gestión presupuestaria
- c) Gestión de los recursos humanos

2.2. Estructura de la dirección enfermera

Como veíamos, la gestión de la dirección enfermera consiste en orientar la práctica enfermera en base a unos resultados que se desea obtener; en definitiva, proporcionar una atención de calidad. La directora enfermera no puede lograrlo:

- Si no sabemos qué queremos conseguir. Para ello se diseña una filosofía o un modelo de gestión que orientará las decisiones, los objetivos y la organización.
- Si no se orientan oportunamente los objetivos y se planifican, entendiendo como planificación no hacer planes, sino construir el futuro que se desea; es decir, objetivos que conduzcan al lugar que se ha pensado.
- Si no dirige las acciones adecuadas.
- Si no se crea una organización eficaz, suficiente y adecuada que haga posible responder a las necesidades que se plantean, teniendo siempre en cuenta los puntos anteriores.

La estructura es válida si facilita que las personas logren sus objetivos y solucionen las situaciones imprevistas. La estructura y la organización de enfermería de una organización deben estar diseñadas en función de la filosofía y metas de la dirección.

2.2.1. Consideraciones previas al diseño de la estructura

Tal como ya se viene hablando en los últimos años, el modelo de futuro de las empresas sanitarias está dirigido por la idea de gestionar el sector como una empresa privada, con eficiencia y beneficios (que en el caso de la sanidad pública son resultados de rentabilidad y beneficios sociales). Esta idea no ha sido siempre en el ideario de la mayoría pensante del sector y es aún debatida, pues se piensa que parte de las empresas sanitarias públicas, nunca podrán gestionar de forma privada, pero sí administrar eficazmente.

Aquí, cuando hablamos de gestionar como una empresa privada, nos referimos a trasladar a las empresas sanitarias, la experiencia que en todos los terrenos estructurales, organizativos, de conocimientos, etc., es decir, a la mecánica de gestionar un negocio, que hay en el mundo privado, y no a las decisiones de tipo político que entrarían en otro nivel de discurso que no es motivo de este capítulo.

Precisamente es este modelo el que se recomendaba ya en los años noventa, con el sobrenombre de “empresas con éxito”, las cuales tenían que cumplir los siguientes parámetros:

- Más horizontalidad, menos jerarquía, con una estructura de menos niveles.
- Compuesta de unidades empresariales dotadas de mayor autonomía.
- Orientada hacia la diferenciación, productora de bienes y servicios de alto valor añadido y creadoras de líneas de mercado.
- Concienciada de la necesidad de ofrecer calidad.
- Concienciada de la necesidad de ofrecer buen servicio.
- Sensibilizada, a todos los niveles, ante las necesidades y demandas del cliente.
- Mucho más rápida a la hora de proyectar e introducir la innovación.
- Dotada de un perfil flexible sumamente capacidad y consciente de que el personal es el principal medio de añadir valor a los productos.

Las organizaciones sanitarias han evolucionado desde modelos organizativos centralizados, con estructuras de gestión piramidales, a modelos horizontales con estructuras matriciales, acercando la autoridad y la responsabilidad de la

toma de decisiones allí donde se encuentra el conocimiento (empoderamiento), potenciando la motivación y el compromiso de los profesionales con los modelos de gestión por objetivos.

Paralelamente las estructuras deben diseñarse para satisfacer las necesidades de sus pacientes/clientes/usuarios, lo que requiere de organizaciones que sean capaces de coordinarse de forma eficaz entre los diferentes niveles asistenciales, garantizando la continuidad de la asistencia y haciendo que el paciente esté en cada momento en el nivel asistencial que necesita, asegurando por tanto una asistencia óptima y adecuada (aprovechando la experiencia de cada nivel) y una utilización eficiente de los recursos asistenciales.

Ni que decir tiene que este planteamiento llega también al colectivo enfermero, como parte de la empresa, no solo en el terreno de los cambios paradigmáticos, sino también en la forma de organizarse y gestionar su producto. Según Adams, Bond y Hales, la organización de las enfermeras en los servicios hospitalarios no está exenta de la influencia de las corrientes de pensamiento sobre la salud y sobre las teorías administrativas del momento.

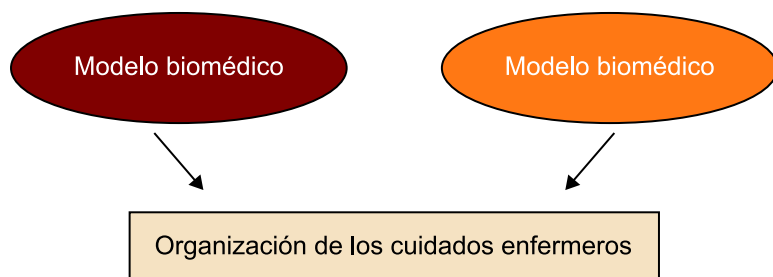
Sin embargo, al abordar la cuestión enfermera, deben analizarse otros factores que condicionan considerablemente el planteamiento organizativo de la misma y que sin los cuales sería bastante improbable adaptar los cuidados y su prestación a los requerimientos que en cada momento necesita una empresa. Asimismo, ofrecemos algunas propuestas de gestión que se enmarcarían en un modelo actual y de futuro:

- 1) El modelo de salud
- 2) Los condicionantes sociales y políticos
- 3) El tipo de estructura organizativa
- 4) Los instrumentos para la gestión de los cuidados
- 5) La gestión del negocio frente a la gestión del producto
- 6) Los procesos y la organización

El modelo de salud

Los modelos de concepción de salud, el biomédico y el humanista, por citar dos entre los existentes, tienen una considerable influencia sobre los modelos de organización de la prestación de los cuidados. Es evidente que las enfermeras tienen, por su formación, una tendencia hacia el modelo humanista (holístico), ya que la mayoría de las teorías sobre la tarea de cuidar se sustentan en esta visión del ser humano y su salud. Un planteamiento más centrado en la salud que en la enfermedad.

Figura 1



Cuando las enfermeras trabajan en organizaciones con marcado enfoque biomédico tienen dificultades para desarrollar todo su potencial de conocimientos y proporcionar al paciente una atención integral. En este caso, por ejemplo, nos podemos encontrar con que el dimensionamiento del número de pacientes por profesional en los hospitales puede estar relacionado directamente con las cargas de trabajo derivadas exclusivamente del rol interdependiente. Contemplar la integralidad de los cuidados nos daría un escenario completamente diferente. Sin embargo, no nos podemos olvidar que también la cultura enfermera en estas organizaciones puede estar inmersa en el modelo biomédico de manera que las mismas enfermeras den más valor a las actuaciones relacionadas con el mencionado rol, en detrimento del rol autónomo. Este fenómeno puede deberse, entre otras causas, a que los requerimientos que los otros profesionales de la salud, así como los gestores y los pacientes hacen a las enfermeras, en este sentido, ejercen una gran influencia en su reconocimiento como profesionales y el valor que se adjudica al conocimiento y habilidad técnica.

Este planteamiento se puede comprobar desde una visión histórica, se puede ver cómo ha sido la evolución cronológica de los estándares de práctica clínica de la enfermería. Hemos partido de las órdenes médicas en una primera etapa, pasando por la descripción de las técnicas del rol colaborador hasta la situación actual: detección de problemas de salud, los diagnósticos enfermeros y, posteriormente, la elaboración del plan de cuidados estándar. Es evidente pues que la organización de los profesionales y el resultado del propio producto pueden variar en mayor o menor grado en función de la incidencia de un modelo u otro.

Los condicionantes sociales y políticos

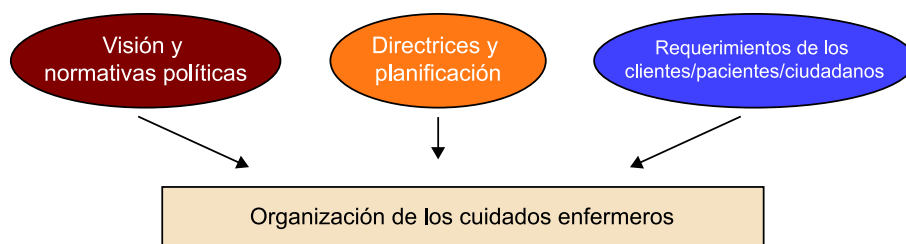
Las políticas de salud, la configuración, las directrices y la planificación de los sistemas sanitarios y los requerimientos que los ciudadanos/clientes/pacientes tienen de los cuidados, son factores que van condicionando no solo las características de la prestación de cuidados sino también la forma de prestarlas; numerosos ejemplos pueden ilustrar esta afirmación:

- El desarrollo de productos enfermeros como la atención domiciliaria, las consultas de enfermería para la prevención de las enfermedades crónicas,

el reconocimiento de la capacidad prescriptora de la enfermera, la enfermera clínica avanzada (enfermeras expertas en ostomías, diabetes, etc.).

- El porcentaje de enfermeras situadas en núcleos de decisión política o de planificación.
- El valor que empiezan a dar los ciudadanos a los cuidados que les proporcionan las enfermeras.
- La información de las prestaciones de cuidados en los medios de comunicación e información.

Figura 2



El tipo de estructura organizativa

El tipo de organización básica de la empresa es uno de los pilares en los que se asienta la propia organización pues define las relaciones y dependencias que existen entre los elementos que la componen y configurando el modelo que define su funcionamiento. De los diferentes modelos de estructuras empresariales existentes, tomaremos como referencias el modelo tayloriano y el modelo contingente.

La estructura tayloriana, basada en la teoría clásica, en la administración científica en el proceso administrativo y en la teoría de la burocracia donde sus principios de eficacia, eficiencia y productividad se desarrollan mediante la división del trabajo, la especialización, la unidad de mando y el control. Los tópicos más característicos de este modelo son la separación entre decisión y ejecución, la atomización del trabajo por labores, la jerarquización y la concepción del hombre como ser productivo. La importancia de este modelo radica en que en la mayoría de nuestras empresas predomina el modelo tayloriano.

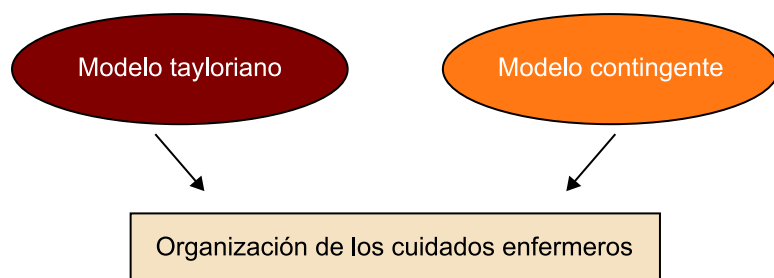
A lo largo del tiempo se han ido desarrollando otros modelos de estructuras organizacionales, como el llamado modelo de "contingencia" precisamente porque utiliza elementos de los otros modelos, según la situación, aunque tiene unas características que lo definen como una estructura horizontal, menos jerárquica y con menos niveles, compuesta por unidades empresariales descentralizadas con mayor autonomía y con utilización del empoderamiento, orientada hacia la diferenciación, productora de bienes y servicios de elevado valor añadido y creadora de líneas de mercado, concienciada de la necesidad de ofrecer calidad y de dar un buen servicio, sensibilizada, a todos los niveles,

frente a las necesidades y demandas del cliente, mucho más rápida a la hora de proyectar e introducir innovación y, finalmente, dotada de un perfil flexible y consciente de que los profesionales son el principal medio para añadir valor a los productos.

Mayoritariamente, las empresas sanitarias están introduciendo aspectos de este último modelo con la confianza de que posibilitará una mejor atención sanitaria. La organización enfermera no tiene todavía una gran experiencia en este campo, pero hechos como el diseño de perfiles y competencias, la participación en los procesos, la creación de figuras relacionadas con la planificación de cuidados con capacidad de decisión no sujetos a la línea de mando, son los primeros pasos hacia este modelo.

Se puede intuir que estos cambios enfocados hacia este modelo deberán pasar primero por un posicionamiento de los profesionales en un terreno mucho más profesionalizado, con visión multidisciplinar y con el paciente como centro del sistema.

Figura 3



Los instrumentos de gestión

El desarrollo de nuevos instrumentos de gestión, de estructura, de estrategia, etc. también suponen un reto de futuro. Fundamentalmente, los profesionales de enfermería históricamente han desarrollado más los instrumentos de control de producción en la vertiente de procurar recursos para el mantenimiento de la misma, que en la vertiente del control gerencial del negocio.

El conocimiento de las *utilities* gerenciales ha sido más de otros profesionales. Pero si las enfermeras quieren gestionar su producto, llevar su negocio y colaborar en la gestión del producto sanitario, deberán incorporar experiencia en la actividad financiera, contabilidad analítica, gestión de costes, control de gestión; gestión de la información, sistemas de información, tecnologías aplicadas; gestión de la calidad, sistemas de acreditación y certificación, además del desarrollo de la calidad total; gestión de los profesionales, carrera profesional, evaluación del rendimiento; y en la gestión clínica, impacto de las decisiones clínicas, incorporación de técnicas de innovación y gestión del conocimiento.

Todo este planteamiento nos lleva de la mano, no solo a la incorporación de nuevas competencias en los directivos, que como ya hemos dicho antes supone una revolución en la forma de adquirir los conocimientos, sino también a nuevas figuras, como serían los profesionales de apoyo a la gestión, expertos técnicos en el manejo de toda esta parafernalia instrumental, que ayudarían a gestionar el negocio empresarial.

La gestión del negocio frente a la gestión del producto

Tendríamos que hablar de otros elementos importantes de las empresas de futuro, como son la idea de la gestión del negocio más que la idea de la gestión del producto, aunque esta última es la base que hay que tener desarrollada previamente. La gestión del producto que pasa por el diseño de los cuidados adecuados a la tipología de pacientes, de la productividad entendida desde la cantidad de producto realizado, la actividad, en las mejores condiciones posibles, la calidad, los recursos necesarios y los resultados obtenidos. No da la idea más global que tiene la gestión del negocio, que en definitiva vendría a ser la trascendencia y la orientación que le damos a los cuidados en este juego de *make or buy* relacionado con la estrategia general de la empresa, su posicionamiento en la organización sanitaria territorial, y los requerimientos políticos/sanitarios.

Instalados pues en la idea de negocio, no se puede considerar la empresa como un todo si no más bien como un todo de negocios. Es la idea de las áreas clínicas o unidades funcionales con unos procesos clínicos y producto homogéneo que se ha venido averiguando últimamente. Es evidente que esta idea rompe no solo la estructura convencional sino también la organización y gestión de las empresas sanitarias, afectando a la estructura de la organización enfermera que tiene que adaptarse a este tipo de organización. Pasando de tener, como base de producción, desde pequeñas unidades convencionales, a grandes áreas de cuidados similares, con experiencia generalista y polivalencia en el concreto manejo de gestión de producto y negocio del área correspondiente. Reproduciendo así la gestión de negocios internos de la empresa.

Los procesos y la organización

No se puede decir que la idea de la organización por procesos organizativos sea novedosa. Autores de todo tipo, desde hace más de 20 años en el mundo empresarial, la han desarrollado y es en este mundo donde hay mejores experiencias en este sentido. Ninguna empresa podría imaginarse, en la actualidad, tener miles de circuitos desconectados entre sí para fabricar ningún producto.

La idea de organizar una empresa desde el punto de vista de lo que necesita un paciente, activar los dispositivos que están a su alcance para resolver sus problemas, el recorrido que tiene que hacer en el seno de la empresa, ágil, rápido, controlado, sin ningún error, es el mejor garante de un buen servicio y de una mejor eficiencia, aparte de facilitar el trabajo de los profesionales.

Desde este punto de vista, la idea de negocio y de proceso tiene que desarrollarse conjuntamente, de forma que una hace de garante de la otra. Pero ¿cómo afecta este planteamiento al futuro de las enfermeras? Parece ser que el modelo tradicional ha dado una preponderancia a las enfermeras en este terreno, la famosa gestión de pacientes que muchos autores atribuyen a las enfermeras es un ejemplo de ello. Incluso en muchos hospitales anglosajones se puede ver cómo la responsabilidad de la organización es patrimonio de las enfermeras. Por el contrario, el mundo de los procesos organizativos recae en una función gerencial compartida. Es posible que en los procesos clave, aquellos que son puramente transitados por los pacientes, la experiencia sea más acotada en las enfermeras y tengan que ser figuras expertas en el manejo del control de la organización quien se haga cargo de esta función, pero en los procesos de apoyo, el mantenimiento de la hostelería, por ejemplo, tiene que haber una responsabilidad de otro tipo de figuras expertas

Nuevas figuras y competencias

Dos grandes líneas pues se derivan de las ideas anteriores; reforzar el liderazgo e insistir en las técnicas de estructura, productividad, control, innovación, estrategia, y cultura pero con instrumentos renovados. El liderazgo, dentro de esta apuesta por el futuro, podríamos considerarlo desde dos puntos de vista:

- El liderazgo directivo
- El liderazgo clínico

Aquí se abren unas grandes ventanas al diseñar un modelo de mando y un modelo de profesional asistencial diferente al que permiten las estructuras actuales de las empresas sanitarias, muy decantadas por una estructura y juego empresarial tayloriano, dentro de su rigidez.

Por lo tanto la nueva posición del mando, este refuerzo del liderazgo del que hablamos, debe ser desde la capacidad de tomar decisiones en la planificación, gestión, organización y dirección con competencias para liderar, construir relaciones, comunicarse, hacer de portavoz, solucionar conflictos, desarrollar proyectos, formar, evaluar e innovar.

Este nuevo modelo de liderazgo directivo es fundamental en las siguientes competencias:

- Competencias corporativas: orientación a la misión y valores de la empresa, a las grandes líneas estratégicas y los resultados
- Competencias cualitativas: orientación al cliente, a la calidad del producto, a la adaptabilidad, a la comunicación ya la organización del trabajo
- Competencias de gestión de equipos: desarrollo de las personas
- Competencias técnicas: gestión de recursos, de proyectos, de la calidad y del presupuesto.

Igualmente y de forma paralela, en estas empresas de futuro habría que considerar el desarrollo del liderazgo clínico, desde la formación en competencias aplicadas al puesto de trabajo de una forma progresiva, adaptando la formación a las funciones a desarrollar, en un proceso individualizado que iría hacia la integración del profesional en el equipo y el desempeño que debe realizar.

Habría, por tanto, que aplicar los principios de Bolonia en el seno de la propia empresa (el aprendizaje continuo y por resultados, y el paradigma de que el capital humano es la clave del negocio) con el objetivo de alinear el conocimiento con la estrategia de la empresa y buscar la eficiencia de la inversión económica en el negocio: diseñar y desarrollar desde la calidad, este es el reto.

Los profesionales que tienen los conocimientos deben ser los responsables de los programas de la empresa y son estos profesionales los que han de desarrollar el negocio.

En resumen: es necesario un **liderazgo clínico en primera línea** de la empresa, y un **liderazgo directivo** que posibilite, mediante técnicas de estructura, control, productividad, y la eficiencia del negocio.

Estos planteamientos evidentemente conllevan una nueva tipología de los perfiles profesionales, así como nuevas figuras en competencias de las que ahora tenemos en las organizaciones, diferenciando las estructuras directivas, técnicas y asistenciales.

En la estructura directiva hay que establecer una diferencia clara entre los responsables del producto (curas) y los responsables de los procesos de trabajo: los primeros se centrarán en la estrategia, así como en la gestión de la calidad y la innovación (*staff*), en resumen, en la gestión del negocio, mientras que los segundos se ocupan de la operativa y la organización de la actividad.

La estructura técnica de la dirección de enfermería es la estructura de apoyo a la gestión directiva en ámbitos como la mejora de la calidad, la seguridad de los pacientes, el desarrollo profesional (especialmente en lo que atañe a capacitación profesional y adhesión a la organización), la investigación, los recursos materiales y la planificación de los recursos humanos.

La evolución de la disciplina enfermera en el ámbito científico y, sobre todo, en lo académico debe facilitar el surgimiento de nuevas figuras asistenciales en el ámbito clínico que deben permitir una mejor y más eficiente asistencia, a partir de un mejor aprovechamiento de las competencias de estos profesionales; son ejemplos de ello las gestoras de casos o las enfermeras expertas (o clínicas) en aspectos puntuales de la atención, como la "enfermera experta" en heridas, en ostomías, en diabetes, etc.

La dirección enfermera debe tener la autoridad, el poder y la capacidad de "decidir", para gestionar la aportación de los profesionales de los servicios enfermeros, formar parte del órgano directivo de más alto nivel para la toma de decisiones sobre la organización y los resultados de los cuidados enfermeros y así contribuir en la consecución de los objetivos formulados en el contexto estratégico donde esté situada.

Hay que entender las direcciones enfermeras como un elemento estratégico fundamental y, desde el punto de vista institucional, un referente para el resto de colectivos que participan en la atención sanitaria, disponiendo de autonomía de gestión, control y responsabilidad sobre su campo de actuación y sobre los métodos y las estrategias que emplea para realizar su aportación profesional.

La responsabilidad de la dirección enfermera debe recaer específicamente en la gestión de los cuidados, así como en garantizar las competencias de aquellos que deben proveerlas, crear las figuras adecuadas a la situación actual, la calidad de los cuidados proporcionados a los usuarios y la gestión del conocimiento.

2.2.2. El organigrama sigue a la estrategia

La organización de los profesionales de enfermería debe representarse en organigramas que incluyan las peculiaridades y características de la institución a la que representan, reflejando la prioridad de la gestión clínica, la interrelación entre áreas con carácter multidisciplinar y dando relevancia a los profesionales líderes en procesos concretos, así como a la gestión de pacientes y la planificación operativa de la calidad asistencial, marcando indicadores que la evalúen.

Los objetivos intrínsecos son:

- Generar equilibrio entre el valor y la sostenibilidad, situando al profesional enfermero en el centro de la gestión de los cuidados.
- Llevar a cabo una organización por procesos que garantice el continuum, partiendo de unidades asistenciales estructuradas en función de los procesos específicos (áreas integradas, áreas de soporte, etc.) y no de los servicios convencionales.
- Garantizar el producto enfermero: los cuidados, mediante la visualización de la agrupación del conjunto de profesionales que pertenecen a un proceso o área específica.
- Definir una cartera de servicios enfermeros con criterios de necesidades de los pacientes y alineada con la estrategia del área concreta y de la dirección del centro, y no con especialidades médicas concretas.
- Distinguir entre la gestión de recursos y la gestión de los cuidados, impulsando el liderazgo clínico experto sobre tipologías de pacientes (por ejemplo, área de enfermedades neurológicas) o procesos concretos (ostomías, control de la infección nosocomial, etc.).
- Visualizar la enfermera con un rol relevante dentro del equipo multidisciplinar que va más allá de los propios cuidados, como la gestión de pacientes, la gestión de casos, etc., ya que estos roles le autorizan a la gestión del “movimiento de pacientes” en la hospitalización, por ejemplo, o bien en el área comunitaria, mediante la gestión de casos de pacientes frágiles o crónicos.
- Dotar a las enfermeras de herramientas de gestión que provoquen un cambio cultural con el reconocimiento de nuevas figuras enfermeras, priorizando modelos de gestión clínica sobre labores administrativas donde aportan poco valor al proceso asistencial, disminuyendo el aprovechamiento y la optimización del tiempo enfermero.

Los **nuevos modelos organizativos** de enfermería se basan en **3 ejes** clave:

- 1) Desarrollo competencial de la enfermera en todo el proceso asistencial.
- 2) La reordenación de la estructura del hospital por áreas de conocimiento o núcleos funcionales, identificando los procesos clave.
- 3) Participación y posicionamiento multidisciplinar y proactivo de las enfermeras frente a nuevos escenarios de gestión: las direcciones clínicas.

Diseño y desarrollo

La estructura debe ser práctica (adecuada a la realidad), evolutiva (debe cambiar en la medida de las necesidades) y coherente (de acuerdo con la finalidad de la organización). No existe un único modelo de estructura organizativa, sino que su utilidad dependerá de lo que se quiera conseguir, de las posibilidades y del análisis de la propia cultura histórica de cada organización. Cuanto más grande y compleja sea la organización, más importante será crear una estructura firme y dinámica, pero al mismo tiempo ágil y eficaz y que sepa responder y facilitar la consecución de los objetivos. Así, la dirección enfermera, por la actividad que dicho colectivo realiza en el hospital, precisa de sistemas organizativos muy eficaces, ya que los fallos en la estructura organizativa influyen muy directamente en la atención a los usuarios.

Aunque pueda existir legislación que determine una estructura marco, es responsabilidad de cada organización fijar la estructura organizativa más coherente y que mejor responda a las necesidades de la misma.

La descripción anatómica de la dirección enfermera es el organigrama, que debe completarse con la descripción fisiológica, es decir, cómo funciona la toma de decisiones. Un organigrama (la representación gráfica de la estructura) debe servir para proporcionar una visión global del funcionamiento de la dirección, con el que se deben familiarizar los miembros de la misma y las personas ajenas a ella, pero que tienen algún tipo de unión, para saber cómo relacionarse. La analogía de la pirámide de gestión sirve para explicar la estructura de la dirección enfermera: representa la estructura decisional y de comunicación de la dirección, así como el diferente grado de decisión de cada uno.

La gestión estratégica que se realiza por directores y subdirectores trabaja en estrategias y planes a largo y medio plazo, mientras que la supervisora de unidad, por ejemplo, debe traducir para su unidad los planes de dirección y hacerlos ejecutivos, día a día, por lo que resuelve los problemas al momento y organiza las actividades y dirige el personal (gestión táctica). El organigrama debe dejar aclarado el área de responsabilidad de cada mando de la organización.

El *staff* de la dirección enfermera tiene una función consultiva y de asesoramiento, trabajando como apoyo a la operativa del hospital, pero no dirigiendo a personas. Tres elementos de *staff* importantes y básicos en las direcciones enfermeras son la formación continuada, la gestión de la calidad y la planificación (que no gestión) de los recursos humanos.

La supervisión

Normalmente, en cada Institución sanitaria existe una supervisora por unidad o servicio asistencial, responsable de coordinar y dirigir un grupo de personas y de asegurar que los medios materiales estén disponibles para que se realice la actividad asistencial y se cubran las necesidades de los usuarios.

La enfermera supervisora no solo es el pilar indispensable en el funcionamiento de la dirección enfermera, sino en el del hospital. Es indudable el importante papel coordinador que juegan estos profesionales y de cuya eficacia depende en muchos casos la buena marcha de la unidad, puesto que es esta la que debe liderar la práctica enfermera de la misma, siendo también responsable de la consecución eficaz y eficiente del óptimo nivel de calidad de los cuidados a los usuarios.

La dirección enfermera debe crear el papel del supervisor sobre la base de sus necesidades, sus intereses y sus posibilidades, siempre teniendo en cuenta que debe:

1) Ejercer liderazgo:

- Potenciar la autonomía responsable y el crecimiento profesional de su equipo.
- Crear cohesión y facilitar el trabajo entre los diferentes profesionales de diferentes disciplinas y entornos.
- Establecer y participar en el proceso de aprendizaje y tutorización de los profesionales de nueva incorporación.
- Acoger y hacer el seguimiento de los alumnos de enfermería y auxiliares que se incorporen a sus unidades.

2) Gestionar personas/profesionales:

- Identificar prioridades para la distribución de los recursos humanos del área de su competencia.
- Mantener un clima organizativo que garantice la prestación adecuada de cuidados.
- Coordinar con el equipo de RR. HH. de la organización la gestión (incidencias, necesidades, coberturas, etc.) del personal de su área.
- Colaborar en los procesos de selección y evaluación de profesionales de su competencia.

3) Gestionar recursos sanitarios:

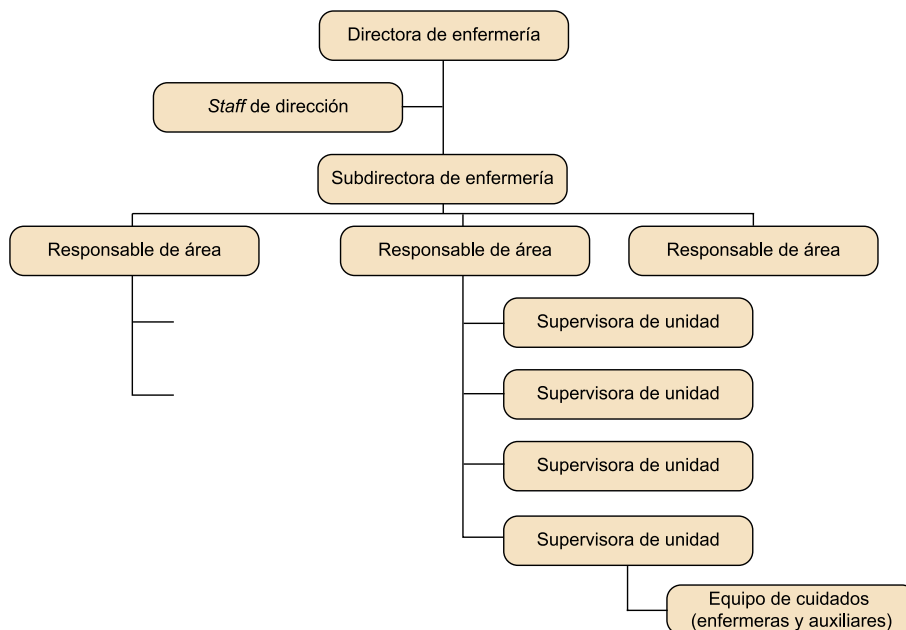
- Contribuir a garantizar la seguridad y el proceso asistencial.
- Organizar, planificar y coordinar las demandas y exigencias de los pacientes o familias.
- Contribuir a garantizar la seguridad y el proceso asistencial.
- Coordinar con servicios de soporte generales de la organización, para mantener la estructura y los recursos sanitarios de su área en condiciones óptimas.
- Gestionar el material de cuidados o de soporte y los procesos de provisión de medicamentos.
- Gestionar con el departamento de admisiones de pacientes del centro la mejor ubicación de los pacientes que ingresen en las unidades de hospitalización.

La supervisora, como miembro del equipo de primera línea en contacto directo con quien ofrece los cuidados, está en una posición ideal para transformar la realidad y lograr los objetivos.

En la **actualidad**, y aún entendiendo que pueden ser pasos intermedios, se ha producido en las estructuras organizativas de las direcciones enfermeras que ha implicado los siguientes **cambios operativos**:

- 1) Desarrollo horizontal de la organización.
- 2) Asunción del papel facilitador de los mandos intermedios, que deben recuperar su participación activa en la asistencia, redireccionando sus esfuerzos a la gestión de los cuidados, y abandonando la gestión de personal, material, mantenimiento de la unidad, etc.
- 3) Desarrollo de los órganos *staff* de docencia, calidad, investigación y recursos humanos como áreas de apoyo a la línea asistencial.

Figura 4. Ejemplo de organigrama funcional (modelo) para la dirección de enfermería



2.3. Perfil de la enfermera gestora

Enfrentados a los desafíos que la organización de los servicios sanitarios actuales plantea, las enfermeras (asistenciales) y las enfermeras gestoras deben dar respuesta a su complejo papel, definido y representado por los compromisos respecto a los usuarios, al personal y a la organización. Una primera pregunta fundamental que nos podemos hacer es acerca de su orientación prioritaria, es decir, hacia dónde se enfoca principalmente su actividad. Esta puede estar primordialmente orientada hacia las necesidades de la organización o bien estarlo hacia las necesidades de los usuarios. En concreto, se trataría de dar respuesta a la disyuntiva de si un directivo “moderno” de servicios o unidades de enfermería es un “gestor de cuidados” o más bien un “gestor de recursos”.

La aparente contradicción entre estos dos enfoques posiblemente no lo sea tanto en la realidad, ya que de acuerdo a su situación de mayor o menor cercanía a los cuidados directos es más un gestor de cuidados o un gestor de recursos, sin que exista problema en su función, siempre y cuando se cumplan algunas premisas:

1) **La adopción de una orientación general de pensamiento enfermero**, en la que tengan su base los estándares de actuación, las normas y los planes (o procesos) de atención. Este pensamiento debe estar reflejado en la definición de la misión y la filosofía que la dirección enfermera ha elaborado, y que debe ser asumido por todas las enfermeras de la organización, de manera que se dé una coincidencia real en la visión que se acepta por todos en aspectos tales como la consideración del usuario, la finalidad y utilidad de los cuidados enfermeros, el papel del profesional como dispensador de estos cuidados y

su lugar dentro de la organización. Las teorías y modelos enfermeros se utilizan habitualmente para elaborar este pensamiento enfermero ya que aportan orientaciones para identificar:

- **Quién es el protagonista**, es decir, quién asume la responsabilidad directa de los cuidados: la enfermera, el usuario, la familia, otros miembros del equipo.
- **Quién es el receptor**, es decir, a quién van dirigidas las acciones enfermeras: los pacientes o clientes, la familia, los otros miembros del equipo.
- **Cuál es el contexto** en el que se producen las acciones enfermeras: las situaciones de salud o enfermedad, las unidades asistenciales, el hogar (en caso de la hospitalización a domicilio), etc.
- **Cuál es el objetivo** de la actividad, tal como es presentado en el modelo: las acciones sobre el bienestar, la patología, el tratamiento.
- **Cuál y cómo es el procedimiento** a seguir y cuál es la dinámica que se utiliza.

Así pues, en una dirección enfermera, la misión y la filosofía definen los puntos de vista de las enfermeras sobre el carácter de los cuidados enfermeros, así como las necesidades de los usuarios respecto a esos cuidados, la naturaleza de las relaciones entre las enfermeras y los otros trabajadores de la institución. Fundamentalmente, una filosofía propia de la dirección enfermera debe aclarar qué piensan las enfermeras de ellas mismas y de sus usuarios, pacientes o clientes y en qué forma pretenden prestar los cuidados. Idealmente, la filosofía se mantiene por escrito y se une a la elección de un modelo teórico, para orientar toda la actuación de las enfermeras de la organización y servir de base a la elaboración de normas de trabajo e incluso a la determinación de otras cuestiones relativas al personal, como pueden ser los modelos de distribución del trabajo, horarios y sistemas de promoción y formación continua del personal.

2) La orientación de los cuidados y del servicio enfermero al cliente o usuario, es decir, las actividades están centradas y se realizan en función y en torno al paciente o cliente. Aunque pudiera parecer que esta es una afirmación improcedente y que en principio la organización sanitaria se orienta siempre hacia el usuario, en la realidad de cada día se puede observar cómo muchos de los procesos son planeados y diseñados más bien teniendo en cuenta a la propia organización o a sus trabajadores. Los horarios de atención, de visitas, de información a los familiares en algunos centros o unidades son buenos ejemplos de esta situación, ya que se programan más bien en función del trabajo de las enfermeras o de los médicos que buscan el bienestar y la comodidad del usuario. Este pensamiento hacia el usuario como centro del servicio es tanto más necesario cuanto más tecnificada sea la atención, ya que en esas

situaciones se corre el riesgo de olvidar las necesidades humanas del paciente, justamente en función del uso de la compleja tecnología en beneficio de las circunstancias de salud del paciente.

Las dimensiones del **cuidado centrado en el paciente** se pueden identificar como sigue:

- Respeto por los valores, preferencias y necesidades expresadas por los pacientes, que incluye atención hacia sus ideas sobre calidad de vida, autonomía, y dignidad.
- Coordinación e integración del cuidado, procurando evitar pérdidas de tiempo entre diferentes tipos de atención, solapamiento de horarios (visitas, comidas, exploraciones), traslados innecesarios entre servicios o centros, etc.
- Información, comunicación y educación, que incluye sistemas de información acerca del proceso de cuidados y la situación clínica, así como información y aprendizaje en los autocuidados para facilitar la autonomía y la promoción de la propia salud.
- Promoción del confort físico, que considera la necesidad de evitar en lo posible las actividades molestas, el control del dolor, la ayuda en las actividades de la vida diaria, el mantenimiento de un entorno hospitalario acogedor y cómodo.
- Apoyo emocional y ayuda para aliviar el miedo y la ansiedad, que demanda atención sobre las causas de estos temores en el paciente y la familia, y diseño de actividades específicas que tienden a disminuir esas situaciones y a ayudar a superarlas.
- Implicación de las enfermeras con las familias y los amigos o personas cercanas a los usuarios, reconociendo el importante papel que estos juegan en el bienestar y la atención adecuada y las necesidades que se presentan por este motivo.
- Continuidad de los cuidados, con el objetivo de disminuir la ansiedad producida por el proceso de curación y cuidados, el seguimiento de estos al alta hospitalaria, la coordinación de los niveles de atención primaria y hospitalaria, etc.

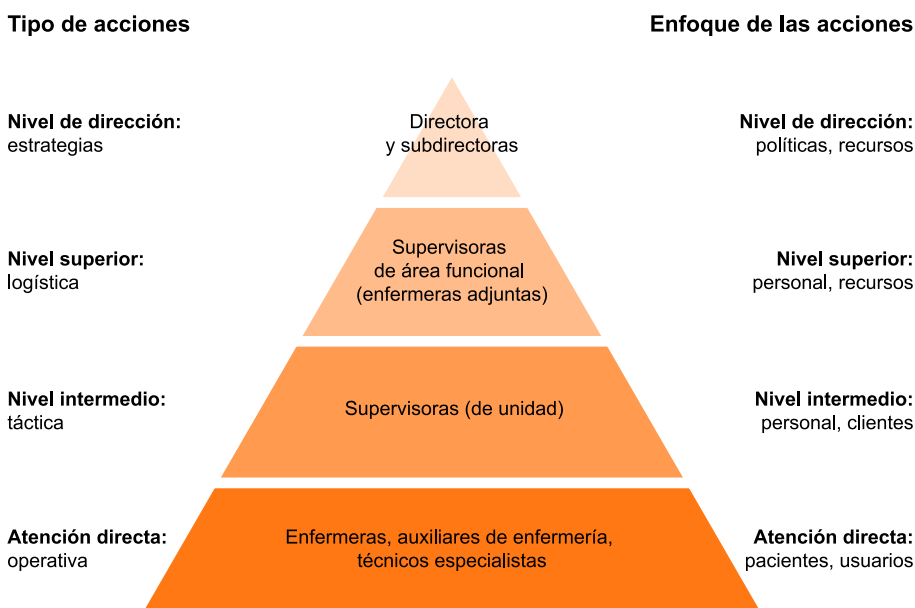
3) **La estrecha comunicación entre los diferentes niveles** existentes en la estructura organizativa, de manera que no se produzcan vacíos, ni cortes en la comunicación entre las enfermeras distribuidas a través de la estructura, ni problemas evitables en la difusión de la información. Con cierta frecuencia, las enfermeras gestoras se sitúan en la realidad en una posición de lejanía de los otros niveles, lo que tiene como consecuencia la dificultad de transmisión

de orientaciones precisas y la poca aceptación de estas por las enfermeras de otros niveles inferiores en la estructura. Es preciso que exista una identificación de lenguaje, valores y objetivos entre los niveles directivos y los asistenciales, de manera que se enfoquen a la misma finalidad todas las actividades del personal.

Cumplidas estas premisas, podemos decir que una enfermera gestora “moderna” es a la vez gestor de cuidados y de recursos, variando sin embargo su ámbito de acción en cada uno de estos aspectos o su implicación en cada uno de ellos, según el nivel en el que se encuentre o la forma como esté estructurada la organización. En efecto, a medida que se asciende por la escala organizativa, la enfermera gestora se aleja de los cuidados y se dirige más hacia los recursos, humanos, materiales y financieros, aunque evidentemente no puede olvidar, cualquiera que sea su lugar, que su aportación específica y distintiva a la empresa, la que le proporciona valor añadido como profesional, es justamente su capacidad para identificar y resolver las necesidades de cuidados de los usuarios.

De esta manera, en el nivel de atención directa, su relación principal, de tipo operativo, es con los pacientes o usuarios y las familias en la prestación de cuidados adecuados a la situación presente. En el nivel de gestión intermedia cumple una misión de carácter táctico siendo su responsabilidad principal el personal y los clientes a través de ellos. Y en los niveles superiores (dirección y jefaturas de área), su actividad y responsabilidad se enfoca más a cuestiones de tipo general y estratégico: la dotación de recursos humanos, materiales y financieros, establecimiento y mantenimiento de políticas generales de actuación, representación del servicio, etc.

Figura 5. Niveles de gestión enfermera en una organización



Los actuales **gestores** deben poseer un perfil profesional que les capacite para llevar adelante su actividad en los campos antes señalados. Así, se podrían enumerar los **requisitos precisos en habilidades y aptitudes** como sigue:

- 1) Una enfermera gestora debe saber cuáles son los resultados esperados de cada puesto de trabajo que esté bajo su responsabilidad y del suyo en particular; debe poseer una visión panorámica del servicio, de los objetivos del mismo y de los cuidados a prestar, así como de las características personales y profesionales de cada una de las personas que trabajan con ella.
- 2) Distribuir el tiempo y las energías adecuadamente en función de esos resultados que se esperan, de ella y de todo el personal.
- 3) Utilizar todos los principios y habilidades específicas de gestión y administración: planificación, organización, dirección y control.
- 4) Demostrar dotes de liderazgo de grupo, ya que si bien un gestor no es lo mismo que un líder, es muy conveniente que las personas que trabajan con él reconozcan su liderazgo personal y profesional.
- 5) Debe además saber manejar la información, en realidad debe ser un experto en recoger información y manejarla, en beneficio de las personas y del trabajo.
- 6) Mantenerse en contacto con otros grupos o personas de interés, de manera que conozca de primera mano aquellas innovaciones que se produzcan y tenga capacidad para discutirlos y utilizarlos en su servicio.
- 7) Utilizar la investigación en su campo de trabajo, a emprender trabajos en este sentido, que amplíen y mejoren el panorama, tanto de los cuidados directos como el de la propia gestión.

Los **conocimientos básicos** que le darán estas capacidades se encuentran en **tres áreas**:

- **Conocimiento de la ciencia enfermera**, de la cual debe ser una experta, especialmente en el ámbito de los cuidados con el que esté relacionado más estrechamente. Cuanto más se aleja del cuidado directo, este conocimiento será más amplio y conceptual y perderá lógicamente aspectos de concreción.
- **Conocimientos de gestión**, y actualización constante de los mismos. También de acuerdo a su posición, deberá profundizar más en unos aspectos que en otros, pero su competencia en este campo ha de ser actualizada de forma permanente, de manera que responda a los cambios constantes que la empresa sanitaria afronta.

- **Conocimiento de las relaciones personales y de los principios y aplicaciones del liderazgo**, dado que en muchas ocasiones la enfermera gestora es responsable de un equipo de personas, por lo que su formación y habilidades en este campo le harán tener más o menos éxito.

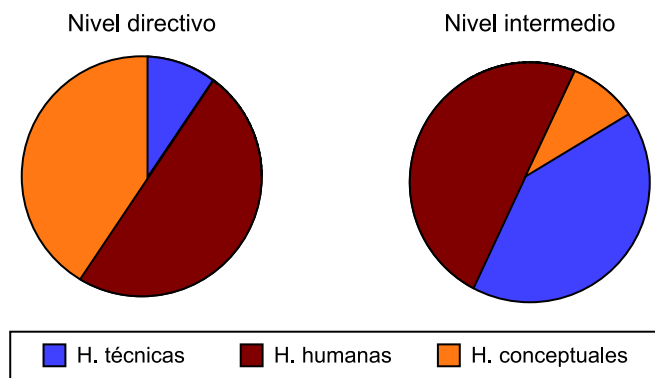
La Monica señala que es preciso que las enfermeras dispongan de habilidades en tres campos concretos:

- **Habilidades técnicas:** son capacidades que se adquieren a través del estudio, la experiencia y la formación continuada, que llevan a poder utilizar los conocimientos, la metodología y las técnicas precisas para poder desarrollar las actividades específicas y concretas que tienden a cumplir los objetivos.
- **Habilidades humanas:** capacidad y destreza para trabajar con las personas, desarrollando estrategias de coordinación, comunicación, liderazgo, que se ejercen hacia el personal adscrito a la dirección enfermera, a otros colegas y hacia el usuario y la familia.
- **Habilidades conceptuales:** serían aquellas capacidades que facultan a la enfermera para mantener una visión de conjunto de su trabajo y del lugar de este en la organización, lo que le ayuda a desarrollar su labor en función de la misión y el propósito de la organización y de los objetivos generales y los propios de su área de trabajo. Se incluirían en estas habilidades la capacidad de conceptualizar los cuidados enfermeros como una parte integrante de la atención sanitaria, identificando la aportación específica de la enfermera a dicho proceso.

La utilización de estas habilidades varía de acuerdo con el nivel en que se encuentre la enfermera dentro de la organización. Así, el gestor de servicio de nivel intermedio e incluso la enfermera que presta cuidados directos al usuario emplean en su trabajo diario en mayor medida las habilidades de tipo técnico, mientras que en los más altos niveles de gestión se utilizan fundamentalmente las habilidades conceptuales, siendo las de carácter humano las que la enfermera, tanto en el ámbito asistencial como en el gestor, utiliza de forma continuada.

Asumimos, pues, que las actividades de gestión pueden realizarse en cualquier puesto que desempeñe una enfermera, si bien dedicará más o menos esfuerzo y tiempo a cada una de las áreas de actividad. En el momento actual, se demanda además de las enfermeras una actitud creativa en relación con su trabajo, que les sitúe de la forma más adecuada en la posición natural que desempeñan en la organización para satisfacer las necesidades de los usuarios o clientes.

Figura 6. Habilidades de gestión según nivel



2.4. Gestión enfermera por competencias

En un momento como el actual, es importante que los mandos enfermeros sean capaces de promover una visión compartida y una filosofía de cuidados que guíe la acción y preserve los valores humanistas y éticos de la función de cuidar. Es clave, pues, preparar enfermeras gestoras que velen por la orientación y el desarrollo de las competencias profesionales de las enfermeras.

Las competencias se presentan como un elemento clave alrededor del cual gira la gestión del capital humano. El concepto de las competencias en el entorno de las organizaciones tiene su origen en las aportaciones de McClelland, que elaboró un modelo de selección por competencias, basado en la constatación de que el desempeño del trabajo depende más de las características propias de la persona (competencias) que de los conocimientos, el currículum, la experiencia y las habilidades. Las competencias son características personales, observables a través de los comportamientos que diferencian a las personas con resultados superiores en su puesto de trabajo o en su rol.

De las características que garantizan un desempeño excelente, las hay que son tangibles (los conocimientos y las habilidades son necesarias, pero a veces, no acostumbran a garantizar resultados superiores) o intangibles, que son los comportamientos ligados a las características personales que garantizan resultados superiores.

2.4.1. Las competencias y la dirección enfermera

Hablar de competencias, para los directivos enfermeros, implica profundizar en su perfil profesional y establecer la base curricular de su formación.

El referente inmediato en relación con las competencias de la dirección de enfermería se fundamenta en las funciones que por ley le son atribuidas y que incluyen dirigir, coordinar y evaluar el funcionamiento de las unidades y servicios de la dirección enfermera y las actividades del personal que lo integra; promocionar y evaluar la calidad de las actividades asistenciales, docentes e investigadoras, desarrolladas por el personal de enfermería, y asumir las fun-

ciones que expresamente delegue u ordene el director gerente, relacionadas con las áreas de actividad del hospital. A estas funciones se les puede añadir la función asistencial, la docente y la investigadora.

La realización de estas funciones requiere la adquisición de competencias. Los mandos enfermeros deben capacitarse y adquirir competencia cultural, es decir, la posibilidad de conocer, analizar e interpretar el entorno y sus cambios para orientar el ejercicio de sus funciones. A causa de estas circunstancias y de las que se derivan de la prestación de los cuidados centradas en la salud y en las personas desde una perspectiva humanista, la dirección no puede eludir el hecho de ser competente en el diseño de procesos y sistemas para la prestación de cuidados integrales. Asimismo, es importante desarrollar competencias para participar en la planificación estratégica de cuidados de salud. La competencia cultural facilita la competencia para participar en la toma de decisiones políticas y de planificación. La dirección también ha de conseguir competencia para impulsar y participar en el desarrollo de nuevas culturas organizativas, así como para explorar e incentivar innovaciones que mejoren los cuidados en el usuario. La capacitación gerencial del directivo es importante para ser competente en la toma de decisiones financieras relacionadas con los recursos y la prestación de servicios. La competencia emocional se expresa intensamente en las relaciones humanas, pero también en la capacidad de concebir el proyecto profesional y de conciliarlo con el proyecto institucional al servicio de una misión. Es del todo incuestionable que, para ejercer una labor directiva, se debe contar con la competencia comunicativa fundamentada en la capacidad de escucha activa y en el dominio de diferentes códigos de comunicación.

El ejercicio de la dirección enfermera se produce dentro de un marco filosófico y conceptual de los cuidados; por ello, el mismo modelo que rige la actuación de los profesionales en su relación con los usuarios debe dominar la relación entre la dirección y los equipos profesionales, hecho que implica que la dirección debe ser competente para traducir una filosofía de cuidados en una cultura organizativa.

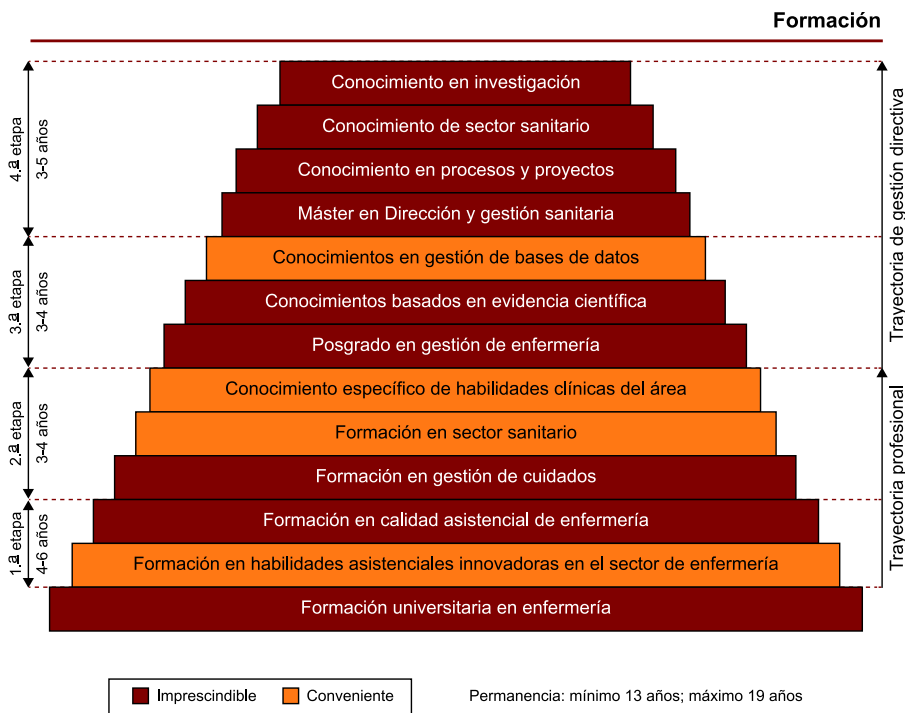
Finalmente, debe añadirse a las competencias descritas las propias de un directivo del futuro, como son la de aprender, la autocrítica, la de impulsar y crear equipos, la negociadora y la de orientación al cliente, entendida esta última como la capacidad para dar respuesta rápida y eficaz a las necesidades planteadas por el usuario o cliente (Teixidor y Pont, 2005).

Con la finalidad de **orientar** a una enfermera que quiere dedicarse a la **gestión** o para orientar a un contratador que busca una futura directora de enfermería, con un camino consolidado que pueda ser garantía de éxito en la selección, se presentan **tres áreas** de actuación por parte del profesional:

- La trayectoria profesional de enfermera a directora de enfermería.

- Programa de formación general orientado a la gestión sanitaria.
- Programa específico formativo dirigido a desarrollar las competencias directivas definidas en el documento.

En las figuras siguientes se presentan una propuesta potencial, desarrollada por la Cátedra de Gestión, Dirección y Administración Sanitarias de la Universidad Autónoma de Barcelona (2008), de trayectoria profesional de enfermera a directora de enfermería. Se recoge la manera como los profesionales de enfermería pueden hacer uso de su carrera profesional en el ámbito de la gestión.



Trayectoria profesional

Directora de enfermería

Consolidación directiva

Jefa de área

Orientación del camino	Visión estratégica	Liderazgo y dirección	Orientación a objetivos	Comunicaciones y relaciones	Cooperación	Iniciativa
------------------------	--------------------	-----------------------	-------------------------	-----------------------------	-------------	------------

Autogestión

Indicadores:
Colaboraciones externas interdisciplinares

Gestión de equipos

Supervisora de enfermería

Gestión del camino	Visión estratégica		Liderazgo y dirección	Orientación a objetivos	Comunicaciones y relaciones	Cooperación	Iniciativa
Flexibilidad	Capacidad analítica y conceptual						

Autogestión

Indicadores:
Participación en eventos profesionales. Experiencia docente

Consolidación funcional

Enfermera, experiencia asistencial específica/experta

Capacidad analítica y conceptual	Orientación a objetivos	Iniciativa	Comunicaciones y relaciones	Cooperación	Flexibilidad
----------------------------------	-------------------------	------------	-----------------------------	-------------	--------------

Autogestión

Indicadores:
Coordinación de cuidados. Participación en equipos multidisciplinares / comisiones clínicas

Iniciación profesional

Enfermera, experiencia asistencial generalista en diferentes servicios

Orientación a objetivos	Cooperación	Flexibilidad
-------------------------	-------------	--------------

Autogestión

Indicadores:
Enfermera de soporte en calidad de formación

Trayectoria de gestión directiva

Trayectoria profesional

Qué debe consolidarse

<ol style="list-style-type: none"> 1. Tener un conocimiento extenso y visión global del área. 2. Incrementar las relaciones profesionales formales e informales dentro y fuera del hospital. 3. Incrementar el número de publicaciones. 4. Ser referente en el ámbito de la enfermería dentro y fuera del hospital. 5. Participar en congresos/convenciones de tipo profesional, interdisciplinarios. 6. Planificar a medio-largo plazo, objetivos, gastos e inversiones. 7. Priorizar los resultados del área y del hospital de forma anual. 	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Incrementar la capacidad de planificar a corto-medio plazo, en especial en términos de atribución de personal en las unidades. 2. Desarrollar la capacidad de liderar equipos: escuchar, motivar y reorientar objetivos no adecuados. 3. Desarrollar la capacidad de marcar objetivos y hacer el seguimiento. 4. Gestionar el conflicto. 5. Aprender a priorizar y en consecuencia a delegar. 6. Fomentar la capacidad relacional y de influencia no solamente individual sino también en grupos de trabajo. 7. Tener en cuenta la visión global del hospital desde un punto de vista de gestión no solo asistencial. 	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Profundidad y <i>expertise</i> en la especialidad asistencial. 2. Incremento de la capacidad analítica. 3. Mejoras en la implantación de protocolos y formas de trabajo. 4. Empezar a potenciar la coordinación con otros servicios, niveles asistenciales, equipos y turnos. 5. Iniciar el aprendizaje en el trato e interlocución diferentes niveles con otros servicios: compartir información/negociación. 6. Capacidad de conseguir resultados sin jerarquía. 7. Ser referente en los últimos años de experiencia asistencial específica. 	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conocimiento global de la institución sanitaria. 2. Conocimiento de metodologías y herramientas de trabajo heterogéneas. 3. Experiencia en práctica clínica, observando la importancia del paciente. 4. Globalidad, flexibilidad y capacidad de atender diferentes necesidades del servicio. 5. Desarrollo de la habilidad de ser resolutivo; cambio de prioridades constante. 6. Trabajo en equipo con enfermeras y médicos. 7. Visión holística del paciente y de los síntomas desde una visión global. 	

2.4.2. Aportaciones de los nuevos escenarios académicos a la mejora de gestión

La posición y la contribución de la enfermería en el liderazgo y la función directiva es capital para potenciar el desarrollo de las competencias profesionales de las enfermeras, asegurando unos cuidados de calidad y garantizando la continuidad en un entorno marcado por la complejidad.

El Consejo Internacional de Enfermeras mantiene que las enfermeras que ocupan cargos de gestión deben ser directamente responsables de la gestión de los servicios de enfermería y que están preparadas para dirigir otros servicios de salud. Se espera que estas enfermeras contribuyan a las políticas de salud en el ámbito local, nacional e internacional, mediante el desarrollo de las funciones de gestión y liderazgo. Los nuevos escenarios académicos de grado, máster y doctorado aportan un nuevo crecimiento profesional, ya que dotan a las profesionales de las competencias específicas básicas para redimensionar las funciones propias y fortalecer el reconocimiento social de la enfermería, a través de la investigación y el pensamiento crítico.

La formación graduada y posgraduada también permite impulsar la participación en la formación clínica de los futuros profesionales y la participación en la formación pregrado, posgrado y especialidades. Fomentar un entorno adecuado y garantizar el autoaprendizaje continuo ya no consiste solo en adquirir

conocimientos técnicos, también implica adquirir y desarrollar competencias transversales aplicables a cualquier tipo de situación, para hacer frente a los cambios tan rápidos que se producen.

La formación en investigación que, en diferentes grados, proporciona esta nueva formación favorece liderar, potenciar, impulsar y motivar tanto la investigación enfermera como la participación en la investigación multidisciplinaria, y dar visibilidad a proyectos innovadores y de emprendeduría de la profesión.

3. La gestión clínica de los cuidados

La incorporación en los años ochenta de los modelos gerenciales en las instituciones sanitarias introdujo una cultura empresarial que planteaba alcanzar una mayor eficacia y eficiencia, vinculada a la mayor participación de los profesionales, y un protagonismo progresivo de los pacientes, en contraposición con los tradicionales modelos de administración, caracterizados por un marcado funcionamiento normativo y jerarquizado.

Un aspecto de estas profundas modificaciones fue el reconocimiento de las enfermeras como líderes formales de la división de enfermería, pasando a la vez a formar parte de los equipos directivos, al mismo nivel que las direcciones médicas y de gestión.

La gestión clínica es una aproximación de las culturas clínicas y de gestión, que pretende que el modelo de gestión y organización esté orientado al paciente, inspirándose en sus necesidades, detectando con claridad los procesos asistenciales con relación a su prevalencia y requerimientos de atención, y fomentando y promoviendo, a partir de ello, un cambio hacia una organización con unidades orientadas a procesos asistenciales que agrupen a aquel conjunto multiprofesional que sea determinante para ofrecer un mejor resultado.

La gestión clínica es la orientación de la gestión y la organización hacia el paciente, es decir, el paciente se convierte en el eje fundamental de la actuación de todos los profesionales sanitarios, que trabajan en atención especializada, atención primaria y centros sociosanitarios.

Entre los objetivos de la gestión clínica se encontraría el detectar las necesidades del paciente y los procesos con mayor prevalencia, de tal modo que los esfuerzos en estandarizar la práctica asistencial se centren en ellos.

Por tanto el modelo exige un cambio organizativo, orientado a procesos asistenciales, con un enfoque multidisciplinar, analizando el flujo de actuaciones que se realizan para que el paciente sea atendido de la forma más eficiente y óptima.

La gestión de cuidados es una parte de la gestión clínica que tiene por objeto la adecuación de la oferta de cuidados a las necesidades y demandas de los pacientes.

El objetivo sería recuperar y mantener el estado de salud de los pacientes, realizando nuestra actividad cuidadora, de prevención sanitaria y de promoción de la salud, con criterios de calidad y actuando basándonos en la evidencia científica.

La gestión de cuidados supone producir cuidados enfermeros eficazmente, con los estándares de calidad definidos a un coste adecuado. El modelo de gestión de cuidados enfermeros debe estar basado en los valores profesionales de la enfermería marcados por la dirección de enfermería de cada centro, basándose en un modelo teórico conceptual de enfermería, que guía la organización y el funcionamiento de las unidades y servicios de enfermería y que permite la optimización de los recursos.

La gestión de cuidados adquiere especial importancia en el marco de la gestión clínica si se considera el aumento de la demanda y la necesidad de diversificación de los cuidados de enfermería que se derivan de algunos factores del entorno social (principalmente el envejecimiento de la población) y otros del entorno sanitario como el desarrollo de alternativas a la hospitalización convencional, como son el hospital de día, la cirugía mayor ambulatoria, el hospital de semana o la hospitalización domiciliaria, con el énfasis en disminuir la utilización inapropiada del hospital o la necesidad de promover acciones para mejorar la calidad percibida.

La gestión de cuidados abarca los tres niveles de decisiones que competen a la gestión clínica:

1) Terapia individual

Se trata de elaborar un plan de cuidados individual dirigido a conseguir objetivos en el nivel de autocuidado del paciente o la satisfacción de las necesidades alteradas, bien actuando sobre él mismo o sobre alguna persona significativa de su red de apoyo. El plan de cuidados se diseña pensando en el momento del alta del paciente y a partir de los problemas identificados por la enfermera responsable de su cuidado en el momento de la valoración de enfermería al ingreso o en su evolución, y del plan terapéutico decidido por el médico. Debe contener todas aquellas acciones propias del modelo teórico de enfermería elegido, relación de ayuda, satisfacción de necesidades, etc. Así como las necesarias para la coordinación con el dispositivo de atención primaria o de servicios sociales si es previsible la necesidad de atención domiciliaria o estancia temporal en una residencia.

2) Gestión asistencial

Este segundo nivel incluye las decisiones destinadas a facilitar la efectividad de los cuidados y la adecuada utilización de los recursos. El trabajo entre el personal de enfermería puede distribuirse asignando a cada enfermera la máxima responsabilidad sobre un pequeño grupo de pacientes o los pacientes

pueden asignarse a equipos de trabajo que se distribuyen en diferentes turnos, la enfermera es responsable en lo que se refiere a la dispensación de cuidados a un grupo de pacientes. Se pueden utilizar diferentes tipos de registros para garantizar la continuidad de los cuidados. Existen diferentes modelos de turnos de trabajo entre los cuales unos garantizan mejor que otros la continuidad de cuidados o la satisfacción del personal. Para ello se diseñan protocolos o planes de cuidados estandarizados para reducir la variabilidad de la práctica clínica y asegurar la aplicación del nivel científico técnico preciso.

El proceso de gestión de cuidados está fuertemente influido por las decisiones que se toman a este nivel ya que no todas las alternativas son igualmente costo-efectivas.

El hospital debe centrarse en el producto que ofrece, y en su relación con los procesos asistenciales, se debe huir de cualquier planteamiento corporativo y avanzar en líneas de trabajo de equipo, con la meta final de mejorar la atención integral del paciente. Como parte del producto sanitario existe un producto enfermero que debe ser gestionado por las enfermeras, recayendo sobre ellas la responsabilidad total de organizar y gestionar los servicios o unidades de enfermería, de acuerdo con las políticas generales de cada centro y bajo la consideración de un producto intermedio, que debe satisfacer tanto a los pacientes (clientes externos) como internos (personal médico).

3) Gestión de la unidad

En este nivel se incluyen las decisiones relacionadas con la gestión de recursos y que por lo tanto tienen un impacto más directo sobre los costes de los cuidados. La oferta de servicios de enfermería de la unidad puede hacerse con más o menos enfermeras y auxiliares y ese más o menos repercute sobre la eficiencia. En este momento existen sistemas que permiten obtener información cualicuantitativa sobre la actividad enfermera y relacionarla con diferentes variables de los pacientes (diagnóstico, nivel de dependencia, etc.). De gran relevancia es el tipo de equipos y recursos materiales utilizados en la unidad que hace que aumenten o disminuyan los costes en función de la optimización de los consumos y la adecuada utilización de material desechable y equipos, y la elección de productos desechables con mayor relación calidad/coste. Dichos instrumentos pueden ayudar a la mejora de los sistemas de información o control de la gestión y por lo tanto, a la gestión de las unidades.

Las decisiones que se toman en los diferentes niveles de la gestión de cuidados de enfermería tienen repercusión tanto sobre los costes asistenciales, como sobre los diferentes componentes de la calidad asistencial y es por tanto imprescindible que los profesionales que forman parte de las unidades clínicas se planteen cómo proceder para lograr una relación óptima entre las diferentes facetas de los resultados asistenciales.

La gestión adecuada de los cuidados enfermeros se garantiza, si se logra que los responsables de enfermería sean enfermeras gestoras, no centrándose en ser eficaces como organizadores y supervisores de los recursos financieros, humanos y materiales, de acuerdo con los fines de la organización. Debe incluir también orientar la actividad asistencial hacia la persona y sus necesidades, sin olvidar que debe hacerlo consolidando su liderazgo y potenciando la participación del personal.

De esta manera se debe perseguir la descentralización de la gestión de los servicios de enfermería, potenciando el papel de los responsables del nivel operativo (responsables o supervisores) y aumentando la corresponsabilidad de los directivos de primer nivel en la gestión de los recursos. Insistiendo en la necesidad de acercar la gestión a los profesionales a través de la práctica de la dirección participativa por objetivos y el desarrollo de planes de marketing y comunicación interna.

3.1. El producto enfermero

Un hospital es una unidad de producción ya que restablece la salud perdida, o atenúa el dolor. Se diagnostica a cada paciente que entra en un hospital, se le prescribe un tratamiento, se le aplican unos cuidados y se desarrolla un proceso que lleva a un resultado más o menos satisfactorio, en el que se pueden medir los consumos de factores. Estos consumos compondrán el coste, y en un hospital habrá tantos productos sanitarios así medidos como pacientes distintos reciban atención en el período establecido.

En el proceso de producción hay que conseguir la mayor calidad posible ajustando el coste. Interesa que la relación calidad /coste sea lo más alta posible, no se trata de hacer las cosas baratas, sino al mejor precio y con la mayor calidad. Siempre deben primar los criterios de hacerlo bien con los recursos que realmente son necesarios. En esto juega un papel fundamental el equipo asistencial, ya que si se conciencia del correcto uso de los recursos materiales y de una mejora en la distribución del trabajo, con un planteamiento de trabajo en equipo, podemos hacer las cosas mucho mejor y con un coste menor.

El hospital es una empresa de producción de servicios. Una de las características más importantes de una empresa de servicios es que el producto tiene un carácter intangible, no supone que no esté claro cuál es el servicio que produce y cuál es por tanto su actividad principal, pero sí que es clara la dificultad para definir y medir el producto, y este es el esfuerzo y la línea de trabajo que debemos seguir los profesionales de enfermería a la hora de nuestro desarrollo profesional, elaborar el producto enfermero en sus líneas asistencial, docente e investigadora.

Debemos tener en cuenta y superar las siguientes **dificultades de la producción** de los servicios sanitarios:

- Los bienes y servicios que producen son intangibles, y por tanto, no se pueden tocar, ni visualizar.
- Es difícil encontrar unidades de medida que expresen la cantidad de los servicios producidos.
- Los productos son muy poco homogéneos, en este sentido podríamos decir que se producen trajes a medida, ya que hay que individualizarlos en función de las características particulares de cada paciente.
- Un hospital es una empresa multiproducto, es decir, con gran variedad de productos, lo que hace que su medición sea muy compleja.
- El producto se identifica con el servicio que se presta en cada momento.
- El servicio se compone de la prestación principal y de un conjunto de prestaciones intermedias. Algunas veces sí que existe diferenciación entre el servicio final o principal y el/los servicios secundarios, pero en muchos casos unos son componentes inseparables y por tanto, difíciles de diferenciar.

La función de producción primaria dentro del hospital se refiere a la producción de productos intermedios a partir de los recursos, *inputs* o factores de la producción de que dispone el hospital: recursos humanos y materiales, equipos e información. Así, una analítica se podrá producir a partir del personal de laboratorio, de los productos químicos de que disponga, de los aparatos y de la información disponible.

Es importante realizar esta producción de productos intermedios de una manera eficiente, es decir, con la mejor interacción posible de los recursos empleados, al objeto de minimizar los costes de producción.

Estos productos intermedios en la función primaria se aplican al paciente de acuerdo a la prescripción médica, y otros son derivados de la capacidad autónoma de los profesionales de enfermería para realizar cuidados al paciente con

plena competencia. Este, de acuerdo con los conocimientos y con el estado de salud que presente el enfermo, requerirá una serie de servicios intermedios adecuados y seguirá un proceso clínico que acabará con el alta del paciente. A este proceso es al que se llama función de producción secundaria (efectividad médica), en el que se intenta obtener los productos finales a partir de los productos intermedios, con la mayor efectividad posible.

El objetivo de un hospital es crear salud, tratando a los pacientes individualmente. Por lo tanto, podríamos decir que el conjunto de productos intermedios aplicados al paciente será el producto final hospitalario.

Desde este enfoque el producto enfermero se considera como producto intermedio, que sumado a otros productos intermedios, como pueden ser pruebas diagnósticas del tipo de imagen radiológica, laboratorio, etc., dan lugar al producto final, que es el alta hospitalaria.

3.1.1. Elaboración del producto enfermero en la línea asistencial

La enfermería aporta un servicio específico, entendiendo como tal una prestación humana que satisface alguna necesidad del individuo o familia a la que presta atención y que no consiste en la producción de bienes materiales, o el conjunto de prestaciones que espera el usuario como consecuencia del valor y la imagen.

La producción de cuidados debe efectuarse a partir de los niveles de productos admitidos desde el fundamento científico-técnico, para alcanzar la calidad necesaria en el producto obtenido. Pero el nivel de producto percibido por el usuario, que tiene otros estándares de medición diferentes, genera un gran hueco que cubrir, que es la diferencia entre lo que el profesional cree y lo que el paciente espera.

En enfermería debemos hacer un gran esfuerzo por aproximarnos, dado que el gran número de elementos que configuran el servicio enfermero y dado que el tiempo de contacto con el usuario es muy elevado, el riesgo de insatisfacción es alto. Por todo esto es necesario incorporar las expectativas del paciente y del usuario a nuestra prestación de cuidados, ya que conseguiremos incrementar el nivel de satisfacción de forma notoria.

Enfermería aporta un producto intermedio, los cuidados, que tienen características de producto final y de producto intermedio. Sería producto final cuando el paciente acude a un centro hospitalario, o de atención primaria, a satisfacer unas necesidades alteradas que pueden ser cubiertas exclusivamente con los cuidados enfermeros.

Características de la prestación del servicio enfermero:

- La producción y el consumo se realiza simultáneamente.
- Se produce en contacto directo con el enfermo, durante toda su prestación y con implicación de este y de su familia.
- Está directamente relacionado con la cantidad y calidad del producto final.
- Es dispensado por mucho personal durante su estancia.
- Influye de manera relevante en la calidad percibida.
- Es preciso que se adapte a las necesidades del cliente.
- Sus costes directos tienen un peso importante en el coste final.
- No es el principal motivo de ingreso en el hospital.
- Es demandado por el médico como medio para el proceso asistencial.
- La finalización del mismo no condiciona el alta del paciente.

Los servicios de enfermería se consideran servicios intermedios, que ofrecen un producto definido, los cuidados de enfermería, a los servicios finales, ya que los clientes requieren cuidados de enfermería durante un proceso de hospitalización.

La gestión y evolución de una actividad no puede generalizarse si no existe un conocimiento razonable del estudio de la misma, es decir, de su producción. Los cuidados enfermeros son servicios de difícil cuantificación.

Ofrece dificultades en su definición y en su medición en cuanto a consumo de recursos. En enfermería es especialmente relevante, ya que habitualmente las necesidades de recursos enfermeros para proporcionar cuidados tenía poco en cuenta la casuística de los enfermos atendidos, y es claro que se precisa de estudios diferenciados, ya que el grado de complejidad de un proceso desde el punto de vista clínico no se relaciona directamente con un gran consumo de cuidados enfermeros; y por el contrario, procesos de bajo consumo de recursos y de baja complejidad médica tienen una alta necesidad de cuidados enfermeros y por tanto, un elevado consumo de recursos.

La gran dificultad para **crear un instrumento capaz de medir** las necesidades de **recursos** para la prestación de cuidados se podrían resumir en las siguientes:

- En ocasiones, falta de una definición del ámbito de responsabilidad en el proceso asistencial.
- Escasa experiencia de medición y ponderación de los pesos de las diferentes prestaciones enfermeras sobre el resultado final.
- Escasa mecanización de los procedimientos enfermeros.

3.1.2. Definición del producto enfermero

El producto enfermero forma parte del producto sanitario y contribuye significativamente tanto a los costes como a los resultados del mismo.

El producto enfermero se podría definir como el conjunto de actividades cuidadoras decididas por la enfermera y ejecutadas por ella y otros miembros del personal cuidados para promover la salud, recuperarse de la enfermedad o reintegrar al individuo en su medio.

La enfermera, en estrecho contacto con cada paciente, es la responsable de la elaboración del producto enfermero a través del proceso de cuidar. Para ello cuenta con la asistencia de personal auxiliar y colabora con otros profesionales competentes en ámbitos específicos, de la misma manera que estos colaboran con ella.

Los directivos de los servicios de enfermería, en este contexto, han pasado de ser meros administradores de recursos a convertirse en gestores de una de las líneas de producción que deben garantizar las organizaciones sanitarias, que son los cuidados de enfermería.

Los rasgos más importantes de un **modelo de gestión** potenciador del **producto enfermero** serían:

- Garantizar cuidados enfermeros de óptima calidad mediante un proceso de producción eficiente como estrategia clave para el desarrollo de los servicios sanitarios.
- El enfoque enfermero debe formar parte del marco de análisis conforme al cual se toman las principales decisiones de gestión en las organizaciones sanitarias y ello solo es posible garantizando la capacidad de influencia de los directivos de enfermería como miembros activos de los equipos de dirección de las organizaciones sanitarias y responsables, en cuanto a la gestión del producto enfermero y de los recursos que hacen posible su desarrollo.

Por tanto, lo más relevante dentro del tema de producto enfermero sería identificar los distintos productos que los profesionales de enfermería proporcionan dentro de sus unidades de trabajo, contemplando que el producto enfermero podría tener una definición más amplia, no solo considerando los cuidados de enfermería proporcionados, sino considerando el producto enfermero como un producto intermedio que abarca:

- La actividad asistencial realizada por el equipo de enfermería, cuidados enfermeros.
- La actividad de soporte y organización (de recursos humanos, materiales estructurales, concibiendo las unidades de enfermería como centros de logística dentro del proceso de producción) de las diferentes unidades.
- La actividad investigadora, producción de investigación de enfermería dentro de cada una de las unidades, produciendo nuevas formas de trabajo, alcanzando mayor grado de conocimiento en la práctica enfermera y realizando los cuidados de enfermería cada vez con un más alto contenido científico.
- La producción de formación tanto dentro del servicio como externamente. Serían los productos de formación que cada equipo de enfermería determina para la formación de alumnos de enfermería, formación del personal de dentro de la unidad o formación de personal ajeno a la unidad, ya sea de dentro o de fuera del hospital.

Dentro de este enfoque, como ejemplo pondremos una serie de productos enfermeros identificados en algunas unidades de enfermería. Veámoslos a continuación.

Productos enfermeros en áreas de hospitalización

- **Productos integrales:**
 - Gestión de cuidados.
 - Gestión de la unidad.
 - Gestión de camas.
- **Productos unidad:**
 - Cuidados enfermeros asociados a procesos asistenciales.
 - Educación sanitaria por patología.
 - Alta de enfermería (continuidad de cuidados con atención primaria).
 - Cuidados de soporte en traslados externos a pruebas especiales.
 - Investigación en la aplicación de las guías clínicas de actuación.
 - Formación a alumnos de enfermería.

Productos enfermeros en unidades de urgencias

- **Productos integrales:**
 - Gestión de cuidados.
 - Gestión de recursos (boxes y camas).
 - Gestión unidad.
- **Productos unidad:**
 - Clasificación de pacientes (triaje).

- Cuidados enfermeros asociados a procesos asistenciales: fractura de cadera, infarto, neumonía, parada cardiorrespiratoria, etc.
- Educación sanitaria por patología.
- Formación alumnos de enfermería.
- Investigación unificación de registros de enfermería en el área de urgencias.

Productos enfermeros en áreas quirúrgicas

- **Productos integrales:**
 - Gestión de quirófanos.
 - Gestión de cuidados.
- **Productos Unidad:**
 - Quirófanos en funcionamiento programados con sesiones y sus correspondientes horarios.
 - Disponibilidad de quirófanos para urgencias las 24 horas del día.
 - Disponibilidad de quirófanos para prolongación de jornadas.
 - Equipo organizado para extracciones multiorgánicas las 24 horas del día.
 - Equipo organizado para extracciones de huesos (banco de huesos) 24 horas al día.
 - Visita preoperatoria para pacientes hospitalizados.
 - Educación sanitaria por patología.
 - Formación alumnos de enfermería.

Productos enfermeros en el hospital de día quirúrgico (CMA)

- **Productos integrales:**
 - Gestión de cuidados.
 - Gestión unidad.
 - Gestión de recursos.
- **Productos unidad:**
 - Cuidados enfermeros asociados a procesos asistenciales.
 - Educación sanitaria por patología.
 - Recomendaciones al alta.
 - Formación alumnos de enfermería.
 - Investigación en la implantación de guías clínicas de actuación en procesos quirúrgicos ambulatorios.

3.2. Otros campos de actuación de la gestión enfermera

Aparte de la gestión clínica de los cuidados, la gestión enfermera se mueve en los siguientes campos:

- en relación con la organización o empresa,
- en relación con el personal a su cargo,
- en relación con los usuarios.

3.2.1. En relación con la organización o empresa

Diseño de los planes de cuidados, procedimientos y registros

Las tareas principales del gestor en la relación con la empresa vienen dadas por la necesidad de que los cuidados de enfermería contribuyan al cumplimiento de los objetivos de la organización. Es de especial relevancia en este apartado la tarea que incumbe al gestor en el “diseño de planes (o procesos) de cuidados y de procedimientos” adecuados a los mismos. En el ámbito de las tareas administrativas, se denomina a este aspecto “sistematización”, haciendo referencia a la necesidad de considerar a los procesos y procedimientos de trabajo no de forma aislada, sino como un conjunto sistemático, ya que todos se relacionan y solo todos ellos conjuntamente tienen significación para el cumplimiento de los objetivos de la atención que la organización tenga fijados. La tarea se compone de la elaboración de normas de actuación para las enfermeras, de planes de cuidados y de protocolos y registros adecuados.

Las normas son en general una guía para la acción, ya que al especificar claramente la situación idónea que se pretende conseguir, así como los medios para obtenerla y el nivel esperado, determinan sin dudas la actividad necesaria.

El **establecimiento de normas** o estándares de actuación tiene **dos finalidades** importantes:

- Ayudar a organizar de manera uniforme el trabajo de las enfermeras, marcando pautas de acción bien conocidas por estas y por el resto de profesionales que trabajan con ellas.
- Sirven de base a una política de calidad, al fijar no solo unas acciones y orientaciones del trabajo sino también un nivel de obtención de este trabajo.

La elaboración de normas o estándares de cuidados se deriva en la existencia de una filosofía del cuidado (o modelo conceptual), presente en la organización y pretende determinar los niveles de atención que se deben alcanzar, de manera que se conozca por todos los usuarios cuáles son las posibilidades de prestación de cuidados y cuál es el nivel que se desea obtener y que es realmente alcanzable. Habitualmente, las normas se elaboran por grupos de profesionales que, ya sea tomando como referencia la práctica habitual o bien por la determinación de la práctica excelente basada en la evidencia, establecen pautas de acción de manera que sean posteriormente discutidos por la tota-

lidad de los trabajadores que se van a ver implicados en su consecución, así como por la administración o dirección, que debe dotar de los medios para llevar las normas a la práctica.

Algunos sistemas de normas están fijados por ciertas asociaciones u organizaciones de carácter profesional. Las más antiguas y conocidas (en el ámbito enfermero) son las normas o estándares redactados por la Asociación Americana de Enfermería (ANA) o la Orden de Enfermeras de Québec, en Canadá.

Estos planes de cuidados estandarizados parten de la definición de una población diana, con unas características bien conocidas (por ejemplo: pacientes pediátricos –entre 0 y 16 años– intervenidos de apendicitis de urgencias), que requerirán una serie de cuidados similares y que son también conocidos y repetibles de forma homogénea, lo que facilita la decisión de aplicar uno u otro plan de cuidados.

Las normas y procesos se complementan para su efectiva puesta en práctica con los procedimientos de actuación.

Se define como procedimiento la descripción exacta de una actividad con especificación clara de su denominación, las condiciones en que se ejecuta, las características de la persona o grupo que las lleva a cabo y la secuencia de los pasos a realizar para conseguir el total de la acción y su efecto.

Un **procedimiento**, por tanto, debe **contener**:

- La especificación de cuál es la actividad que se debe llevar a cabo, lo que incluye una denominación que no induzca a error y que sea conocida y aceptada sin diferencias por todas las enfermeras y aquellos otros profesionales con quien estén relacionados. Por ejemplo: preparación prequirúrgica en cirugía abdominal.
- La definición del receptor de la actividad, lo que significa la especificación de las condiciones en que este debe hallarse para emprender la acción. Por ejemplo, circunstancias personales: consentimiento informado firmado, persona que va a ser intervenida por laparotomía, etc.
- La descripción del agente que lleva a cabo la acción, y las circunstancias que pueden estar presentes: dos enfermeras, ayudadas por una auxiliar de enfermería.

- La descripción detallada de los medios materiales que se utilizan en la acción, así como las condiciones en que estos deben hallarse: esterilidad, número, calibre, etc.
- Cuáles son los resultados que se espera conseguir de la actividad y la forma como se finaliza esta, incluyendo los datos que deben quedar registrados y la forma de este registro.

Los procedimientos o protocolos sirven, como se ha dicho, de guía de acción y, por ello, su existencia y seguimiento por parte del personal de enfermería es de gran importancia para la organización, ya que aseguran una buena práctica y predicen unos adecuados resultados. Sin embargo, hay que recordar que la mera existencia de unos **protocolos** no asegura su utilidad, corrección y seguimiento, por lo que se deberán **cumplir** algunas **condiciones**:

1) **Que la acción sea “protocolizable”**, es decir, que revista importancia en cuanto a impacto en el proceso de atención al usuario, al coste referido, o a la dificultad o complejidad para su realización.

2) **Posibilidad de acceso y discusión**. Lo más útil es que la totalidad de los procedimientos protocolizados de una organización o unidad se encuentren recogidos en un manual de fácil consulta, de manera que las enfermeras que lo deseen puedan acceder en cualquier momento en que surja una duda o se plantee algún problema en el seguimiento del protocolo.

3) **Elaboración según la evidencia científica disponible**. Un protocolo debe resultar del convencimiento de todos los implicados en que la forma recogida es la mejor, más rápida, más útil y más barata de ejecutar una determinada actividad; por ello, es recomendable que se base en una investigación profunda que asegure que la evidencia disponible manifiesta todas estas acciones.

Cumplidas estas condiciones, se acepta que un **protocolo** tiene las siguientes **utilidades**:

- Unifica los criterios de actuación de todos los profesionales, en un lugar determinado de la organización, al marcar pautas concretas y correctas para llevar adelante el trabajo.
- Facilita el trabajo, especialmente el de los profesionales de nueva incorporación.
- Abarata costes económicos, ya que estandariza la utilización de medios y tiempos.

- Sistematiza la información, facilitando el registro de actividades. Ello ayuda a favorecer la transmisión de la información referida a la propia actividad y a los resultados de la misma.

Definición y contención de costes

Un segundo aspecto de importancia es el papel que le incumbe al directivo o enfermera gestora (principalmente a la de alto nivel, pero también a los de niveles intermedios, e incluso a las enfermeras del primer nivel de cuidados), en la “definición de costes y la contención de los mismos”. En el primero de los casos, es tarea del gestor definir cuáles son los recursos adecuados a la prestación de cuidados que se haya establecido como idónea, tanto los materiales como, muy especialmente, los humanos. Determinar cuál es el número y tipo de personal que la organización debe contratar para prestar cuidados enfermeros de calidad, tiene que ver con este tema de costes económicos tanto como el del material que será preciso, su cantidad y sobre todo, su calidad. Debe tratarse de conciliar los aspectos de contención y reducción de costes con los del mantenimiento de un servicio adecuado, dentro de los límites presupuestarios que generalmente viven las organizaciones sanitarias.

3.2.2. En relación con el personal

En este campo, la enfermera gestora debería atender a varios aspectos: en primer lugar, la dotación de personal adecuado a los procesos asistenciales diseñados y a las tareas a desempeñar; en segundo lugar, la creación de ambientes de trabajo favorables y al mantenimiento del espíritu de trabajo en grupo; en tercer lugar, la prevención o solución de posibles conflictos en el personal (gestión de conflictos); por último, el esfuerzo por evaluar la competencia de los profesionales a su cargo y mantenerla en los niveles más altos.

Todos estos aspectos son tratados a lo largo de este programa, pero se ha considerado hacer mención de los mismos en este apartado para reseñar su especial importancia en la gestión enfermera en la organización, ya que el factor humano es probablemente la parte más destacada de una organización moderna, y muy especialmente en las sanitarias, cuyas implicaciones personales pueden afectar a la atención y calidad de la misma.

3.2.3. En relación con los usuarios

Como se ha visto, para algunos niveles de gestión (supervisora), la relación con el usuario es estrecha, mientras que para otros niveles superiores la situación es más bien de lejanía. Sin embargo, dada la situación central del paciente o cliente de nuestras organizaciones sanitarias, todos los gestores tienen campos claros de actuación respecto a los usuarios. Los más destacados son:

1) Propiciar ambientes de cuidado favorables

Por lo general, esta actuación se produce al participar en los diseños tanto de los espacios físicos como de los procesos asistenciales y dotar a estos de medios adecuados. Conviene recordar en este punto la influencia que tiene en el estado y la satisfacción de una persona que acude a un centro sanitario la disponibilidad de espacio para su intimidad, de un horario adecuado para ver a su familia o para que le atienda cualquier profesional, etc.

2) Asegurar la calidad de los cuidados

Si bien la calidad del cuidado de forma individual depende de la competencia de la enfermera que lo presta, la influencia del gestor en este ámbito es también destacada: por ejemplo, la participación en la determinación de plantillas y otros recursos, el establecimiento de normas y protocolos correctos y basados en la evidencia clínica son algunos de los condicionantes de la calidad en el cuidado individualizado. La dirección enfermera en una organización actúa en realidad como garante del trabajo de calidad de cada uno de los trabajadores que componen el servicio y participa en el desarrollo de la política empresarial de gestión de la calidad total. En los demás niveles, el compromiso con la calidad es un imperativo para todos los gestores actuales, que deben utilizar un concepto global y una mirada parcial hacia cada uno de sus ámbitos concretos de gestión.

3) Asegurar los derechos del usuario

Los usuarios de los servicios de salud tienen diversos derechos que precisan ser respetados en el entorno de la organización por todos sus componentes: respeto a sus creencias y valores, confidencialidad, calidad e individualización de los cuidados, participación en las decisiones que le atañen personalmente, información veraz, etc., entre otros. La consideración y el respeto a estos derechos se deben dar y son exigibles de forma individual en cada enfermera, pero precisan de un entorno normativo y de recursos disponibles para que se asegure la atención a los usuarios como personas, y que no vean deteriorados sus derechos cuando entren en un centro sanitario, sino que más bien sean reforzados en ellos por todos aquellos que les atienden. Por su cercanía al usuario, la enfermera se encuentra en la mejor posición para constituirse en el garante de los derechos de este. En el nivel de gestión, ello supone que el directivo del servicio enfermero procura que los servicios tengan las condiciones necesarias para:

- Promover el ejercicio de los derechos de los usuarios, asegurando el respeto, la igualdad de trato y la dignidad personal.
- Introducir los cambios que sean precisos en función de estas necesidades.
- Compartir el poder de decisión y promover la participación del usuario, en un proceso de *empowerment*.

- Promover la autonomía en el cuidado, ayudando al paciente o cliente a utilizar al máximo y de forma libre sus capacidades.

4. Gestión de personas

El personal de enfermería constituye el grupo cuantitativamente más numeroso de los distintos tipos de empleados que forman la estructura de recursos humanos: aproximadamente el 55% del personal total de los hospitales pertenecen a esta área.

Los métodos tradicionales de gestión de personal suponían un importante esfuerzo de dedicación por parte del personal directivo de la división de enfermería y el consiguiente coste económico. Si la distribución óptima del personal de enfermería (ubicación, turnos, absentismo, periodos vacacionales, rendimiento, etc.) resulta una tarea difícil y exhaustiva, a ello hay que añadir además la introducción de las nuevas variables a manejar en la gestión de los recursos humanos: formación, experiencia profesional anterior, adecuación al puesto de trabajo, situación personal del trabajador, preferencias, etc., todo ello supone una importante dedicación del personal responsable de la unidad y de área, que emplea más del 70% de su jornada a este tema.

El alto coste que supone la gestión de los recursos, además de las importantes desviaciones con respecto a lo previsto, que se producen en los presupuestos, hace casi imprescindible la introducción de nuevas herramientas de gestión utilizando fundamentalmente sistemas informáticos más o menos adaptados o evolucionados.

4.1. Sistemas de asignación de pacientes

El ámbito de actuación de las enfermeras se extiende a muchos campos: hospitales, centros de salud, servicios médicos de empresa, residencias geriátricas, domicilio, etc. Pero este apartado se va centrar en las actividades de enfermería hospitalaria, ya que es en este caso donde los gestores buscan una herramienta que les sirva para medir los requerimientos que va a necesitar un paciente durante su estancia. O sea, los gestores necesitarán identificar a los pacientes en función de los recursos, humanos y materiales, que van a consumir. Un método podría ser identificar al paciente mediante un símbolo (por ejemplo, un número, el 4) y posteriormente, los pacientes se agrupan en virtud de este símbolo (hay 12 pacientes del número 4). Hablamos de crear un sistema de clasificación de pacientes.

Finalizando la pasada década de los sesenta, se creó el primer sistema de clasificación de pacientes. Desde entonces han nacido varios más, pero sigue siendo difícil encontrar alguno que nos ayude a definir la dotación de enfermeras

que hay que tener en una unidad. Las razones de ello pueden ser varias pero las más frecuentes es que no se crearon para este colectivo y, en muchas ocasiones, su primordial preocupación es determinar los costes del servicio sanitario.

Existen numerosos estudios que demuestran que una dotación de enfermeras adecuada en número y formación es esencial para disminuir los casos de mortalidad evitable y diversas complicaciones (por ejemplo, alteraciones cardiacas, sangrado, sepsis y úlceras), así como para aumentar el nivel de satisfacción de los pacientes y familiares.

Por otro lado hemos de ser conscientes de que, como ya hemos dicho, el personal de enfermería constituye el segmento más numeroso entre los profesionales sanitarios y su contratación es más vulnerable a las presiones de reducción de costes. En bastantes ocasiones, las decisiones relativas a la dotación de personal de enfermería se abordan dentro de un contexto de contención de costes, lo que nos parece un error si de verdad estamos interesados en una atención de calidad, que, a largo plazo, no tiene por qué ser necesariamente más cara y quizás ahorre costes: reingresos, estancias más prolongadas, fármacos para tratar las úlceras por presión o las infecciones nosocomiales, etc.

Es por todo ello por lo que el gestor de enfermería necesita de una herramienta que le sirva, de forma objetiva, para planificar la correcta dotación de su plantilla, y los sistemas de clasificación de pacientes facilitan este objetivo.

Como ya se ha dicho, estos sistemas buscan agrupar a los pacientes de tal forma que cada grupo se caracterice por necesitar unos cuidados de enfermería muy similares, si no idénticos.

Estos instrumentos deben reunir una serie de características, si pretendemos que nos sean de utilidad:

- **Validez.** Que mida lo que realmente quiere medir, esto es, los cuidados de enfermería que requiere un paciente. Es posible que una clasificación determinada mida una dependencia importante del paciente para satisfacer sus necesidades básicas de alimentación y aseo, lo que supondría una carga importante para las auxiliares de clínica, pero menor para las enfermeras.
- **Fiabilidad.** El sistema debe dar el mismo resultado independientemente de quién lo haga. O sea, si dos o más enfermeras, o una misma en momentos diferentes, realizan el mismo sistema de clasificación, deberán incluir siempre a los mismos pacientes en los mismos grupos.
- **Utilidad.** La herramienta debe ser útil a los enfermeros, de lo contrario, es obvio que su implantación fracasará.

4.1.1. Tipos de sistemas de clasificación de pacientes

A continuación describiremos brevemente algunos de los sistemas de clasificación más conocidos y veremos su posible utilidad para la enfermería.

1) Clasificación internacional de enfermedades (CIE)

Creada en EE.UU., está constituida por 398 grupos de diagnósticos médicos. Es de gran utilidad para estudios estadísticos, incluso de productividad, pero no recoge los cuidados de enfermería que precisa el paciente.

2) Grupos relacionados de diagnóstico (GRD)

Es el más conocido de todos por su amplia difusión en numerosos países y en EE. UU., donde fue desarrollado a finales de los sesenta. El sistema realiza la asignación de pacientes a una determinada categoría en virtud de su diagnóstico médico. Se ha mostrado de gran utilidad como instrumento de financiación hospitalaria (cada grupo tiene asignado un presupuesto basado en promedios históricos), pero no refleja la cantidad y calidad de los cuidados de enfermería que requieren los pacientes de los distintos grupos diagnósticos. Por si este inconveniente fuera poco, además tampoco refleja los cambios que tiene un paciente a lo largo de su permanencia en el hospital, por lo que son poco adecuados para los pacientes de larga o media estancia y para los que presentan pluripatología.

3) Parrilla de Montesinos

Las necesidades que valora la parrilla de Montesinos son: alimentación, movilidad, higiene, eliminación, tratamiento, etc. Y debe ser realizada periódicamente (una buena opción podría ser cada mes) para calcular cuándo es necesaria mayor o menor dotación de personal. Este método analiza el nivel de dependencia de los pacientes hospitalizados. Así tendríamos:

- **Nivel 1.** Paciente autónomo que requiere mínimos cuidados de enfermería.
- **Nivel 2.** Se trata de una dependencia parcial. Serían enfermos crónicos, de sintomatología subaguda y que precisan ayuda para las AVD (actividades de la vida diaria).
- **Nivel 3.** Se trata de pacientes con gran dependencia. Precisan de un tratamiento muy amplio y de constante observación.
- **Nivel 4.** Son pacientes de UVI, de una dependencia total, que precisan medicación constante y observación continua.

Valoración del nivel de cuidados. Parrilla de Montesinos

Indicador de cuidados	Indicador de dependencia	Nivel de dependencia	Tiempo Estándar
Alimentación	Come solo	1	0 min.
	Precisa ayuda limitada	2	10 min.
	Precisa ayuda total	3	20 min.
	Sonda nasogástrica	4	35 min.
Higiene corporal y cama	Hacer solo la cama	1	0 min.
	Movilización parcial	2	10 min.
	Encamado inmovilizado	3	20 min.
	Inmovilizado con tracción	4	35 min.
Movilidad	Autónomo	1	0 min.
	Levantar al sillón	2	10 min.
	Ayudar en la deambulación	3	20 min.
	Inmóvil	4	35 min.
Eliminación	Autónomo	1	0 min.
	Precisa ayuda	2	10 min.
	Incontinente pañal	3	20 min.
	Incontinente (Sonda Vesical)	4	35 min.
Cuidados de la piel	Sin riesgo	1	0 min.
	Riesgo potencial	2	10 min.
	Úlcera por presión (1ª y 2ª)	3	20 min.
	Úlcera por presión (3ª y 4ª)	4	35 min.
Medicación	Oral Subcutánea	1	0 min.
	Intramuscular	2	10 min.
	Endovenosa.	3	20 min.
	Sueroterapia	4	35 min.
Curas	Cambio de apósito	1	0 min.
	Cura sencilla herida quirúrgica	2	10 min.
	Cura complicada	3	20 min.
	Traqueotomía	4	35 min.

4) Método Project Research In Nursing (PRN)

La medida de las cargas de trabajo está directamente relacionada con los cuidados planificados para los pacientes, por lo que se puede prever las futuras necesidades de personal. El método contiene una relación exhaustiva de cuidados de enfermería. A partir de 99 actos específicos, estima el tiempo atribuido a cada actividad según el nivel de ayuda requerido, el número de veces que debe ser realizada y el número de personas necesario. Las actividades se agrupan en tres módulos:

- **Cuidados directos e indirectos:** son aquellos realizados “a pie de cama” del enfermo.
- **Comunicaciones sobre el paciente:** incluye elaboración de informes, realización del plan de cuidados, contactos con distintos miembros del equipo, etc. (son ejecutados en otro lugar de la unidad de hospitalización).
- **Actividades administrativas:** propias de la organización de la unidad, de mantenimiento, todas las tareas de cuidado del material y los desplazamientos, tanto con el enfermo como sin él.

La base del sistema PRN es considerar las actividades que deben realizarse para el paciente. Estas actividades están agrupadas en ocho tipos de necesidades: respiración, alimentación y rehidratación, eliminación, higiene y confort, comunicación, tratamientos y métodos diagnósticos.

Para cada tipo de necesidad se han determinado las posibles acciones de la enfermera y se han tipificado en 249 intervenciones de enfermería. Cada intervención ha sido ponderada según un número de puntos. Cada punto representa un período de tiempo de 5 minutos. Por ejemplo, una observación de los signos vitales realizada de una a tres veces al día recibe 1 punto, y una sesión de hemodiálisis recibe 21 puntos.

En el sistema PRN se ha hecho el esfuerzo de pautar cada intervención de enfermería y calificarla con un número de puntos. Estos puntos son el estándar de utilización del tiempo de enfermería.

El sistema del PRN es muy útil para prever el trabajo en los próximos turnos en una unidad y determinar las necesidades de personal en la misma. También es posible utilizar el método del PRN para calcular las necesidades de personal de enfermería en cada unidad basándose en el análisis del número de intervenciones realizadas en una unidad y en el tiempo necesario para desarrollar las mismas.

5) PLAISIR (Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis)

También este método usa el tiempo como medida final para evaluar la carga de trabajo. Analiza la dependencia y los recursos exigidos por los pacientes ingresados de media y larga estancia. Identifica ocho necesidades básicas: alimentación, higiene, eliminación, respiración, movilización, procedimientos y comunicación, incluyendo tanto los cuidados directos como los indirectos.

6) Sistema de grupos homogéneos

Este sistema establece 3 o 4 categorías que señalan los niveles de dependencia de los pacientes según los cuidados de enfermería que precisan.

7) RUG (Resource Utilization Groups)

Se basa en la evaluación de las necesidades asistenciales. Existen varias versiones entre las que varían el número de grupos en los que se clasifica a los pacientes, que van desde 9 grupos en el RUG1 a 44 grupos en el RUG3. Es muy utilizado para pacientes de media o larga estancia.

El principal problema de los sistemas de clasificación es que están orientados a recoger las tareas y no reflejan de forma apropiada la función de la enfermería en cuanto a educación y valoración de los cuidados que requiere el paciente. Lo cierto es que son muchos los partidarios de estos métodos (como herramientas para facilitar la tarea del gestor a la hora de buscar una dotación adecuada de personal), pero también lo es que existen algunas opiniones dentro de la enfermería que no encuentran mucha utilidad en su uso. Su argumento es que supone mucho esfuerzo para llegar a un resultado al que cualquier supervisor, responsable implicado, podrá llegar por experiencia.

Si un supervisor dice que necesita “x” enfermeras en su unidad, no puede argumentar que lo sabe por experiencia y nada más. Se le exigirá, y así tendrá que hacerlo, que aporte los datos concretos y objetivos en los que se basa para llegar a esta conclusión. Podrá recurrir a los que considere oportunos y, de hecho, existe una gran variedad dependiendo de las circunstancias de la unidad.

4.2. Planificación de recursos enfermeros

La conformación de una dotación de personal tiene como compromiso constituir el número de equipos de trabajo necesarios, con personal que reúna las competencias y valores para asegurar que la institución pueda conseguir dichos objetivos.

Sin embargo, el escenario expuesto en el párrafo anterior no es lo que encuentran los mandos intermedios y directivos a la hora de analizar las dotaciones de personal en el campo de la salud. En efecto, los objetivos de las organizaciones no siempre están claramente definidos, los estudios de necesidades de

servicios y demanda de la población no están claros, los límites entre distintas instituciones son difusos, cada institución tiene una historia y una cultura que muchas veces ha determinado un crecimiento poco armonioso.

La gestión de las personas o recursos humanos (RR. HH.), es una parte fundamental en cualquier organización. El análisis de las dotaciones de personal es altamente complejo, tiene que poder garantizar el número óptimo de profesionales con la formación adecuada para los puestos de trabajo definidos.

Dentro de las instituciones sanitarias, la política de personal es pieza clave y ha de poder definir el tipo y cantidad de profesionales de enfermería necesarios para dar cobertura a la demanda de cuidados de los pacientes.

La dotación de personal es algo más que el número de enfermeras y auxiliares de enfermería, por lo que se deben considerar varios factores que afectan al equipo de trabajo y a la seguridad del paciente, como:

- Nivel de capacitación y experiencia del personal.
- Cargas de trabajo.
- Cartera de servicios.
- Nivel de dependencia.
- Complejidad de los pacientes.
- Variaciones en el índice de ocupación de las unidades.
- Entorno laboral, entendido como funcionamiento de las unidades y servicios.
- Aspectos estructurales y funcionales de equipamiento e instalaciones del conjunto del hospital, que facilitan o dificultan que el personal de enfermería pueda dedicar la mayor parte de su tiempo a los cuidados directos al paciente. Nos estamos refiriendo a:
 - Diagnóstico por imagen.
 - Laboratorio.
 - Gestión de pacientes.
 - Limpieza.
 - Mantenimiento, etc.

La calidad de los servicios prestados va a estar influenciada por el equipo de enfermería. Por esto, tiene gran importancia que la dotación sea la adecuada, así como que, en la selección, tengamos en cuenta las competencias, habilidades, experiencia y motivación del personal.

4.2.1. Modelos de asignación de personal

Desde que se crearon los primeros hospitales, de una manera implícita o explícita, los responsables de la organización y distribución del personal de enfermería han tenido que decidir cómo organizar la prestación de cuidados y qué sistema iban a utilizar. Las enfermeras gestoras son las responsables de diseñar los sistemas que proporcionen una mejor atención a los pacientes y mejoren la organización, teniendo en cuenta que son las enfermeras las que ofrecen y coordinan la atención a los pacientes.

La organización de los servicios clínicos de una institución no es solamente una cuestión de gestión, es también una filosofía de cuidados, pues el modelo de cuidados elegido determinará la capacidad de toma de decisión y por tanto, de autonomía de las enfermeras en el ejercicio de su práctica. La experiencia acumulada a lo largo de los años nos demuestra que existe una clara correlación entre la modalidad de cuidados elegida y la atención que reciben los pacientes.

Las **decisiones** que una gestora de cuidados toma sobre distribución de personal de enfermería, modalidad de atención y necesidad de cuidados que presentan los pacientes le permiten construir un marco para la asignación de personal, que según Manthey (1990) debe apoyarse en cuatro elementos básicos:

- Toma de decisiones clínicas.
- Distribución del trabajo.
- Comunicación.
- Administración.

Por lo tanto, en la **elección** del sistema de **prestación de cuidados** debemos tener en cuenta:

- Las características de los pacientes que atiende la institución.
- Las características de los profesionales.
- Autonomía en la toma de decisiones.

Se puede definir la **prestación de cuidados** como:

- “[...] la estrategia global de acción para ajustar la oferta y la demanda de personal de Enfermería” (C. Thibault, G. Desrosiers, 1990).
- “[...] un método para organizar y prestar servicios de enfermería” (D. Huber, 1999).
- El conjunto de estructuras y políticas que orientan la distribución del personal de enfermería, sobre la base de la prestación de los cuidados específicos, que requieren los pacientes en una unidad de cuidados.

Estos sistemas de organización se caracterizan por asegurar los cuidados e influir en los resultados, al tiempo que las **enfermeras obtienen**:

- Satisfacción en el trabajo.
- Valoración de su rol.
- Autonomía en la toma de decisiones.

Sistemas de prestación de cuidados

Desde principios del siglo xx hasta nuestros días, se han desarrollado diferentes sistemas de prestación de cuidados. Entre los más conocidos se encuentran los cuidados:

- 1) Funcionales o por tareas.
- 2) Enfermera de equipo.
- 3) Globales o por pacientes.
- 4) Integrales o enfermera de referencia.
- 5) Enfermera clínica.
- 6) Gestión de casos.

Veámoslos desarrollados a continuación:

1) Cuidados funcionales o por tareas. Enfermera por tareas

A principios de siglo xx se estructuran los cuidados en una modalidad denominada enfermería funcional, la cual viene derivada de la influencia de los conceptos sobre la teoría de la administración científica, desarrollada por Taylor. Las enfermeras funcionales nacen como respuesta a un incremento del número de pacientes hospitalizados, frente a la asistencia domiciliar que se había practicado hasta el momento. En Estados Unidos este sistema de atención se desarrolla desde 1800 hasta que finaliza la Segunda Guerra Mundial.

La enfermera por tareas se puede definir como una modalidad de atención centrada en las tareas y los aspectos técnicos del trabajo, tareas que son asignadas a los diferentes trabajadores, de acuerdo con sus habilidades. En esta modalidad el foco de atención son las tareas y no el paciente.

La **enfermera funcional** pone el acento en:

- La excelencia técnica.
- La división en partes del conjunto del trabajo.
- La orientación hacia la tarea.
- La elección de los empleados, según los empleos.
- La consideración que los trabajadores trabajan mejor solos o en pequeños grupos.

- La consideración de que los mandos son expertos y tienen una zona específica de influencia.
- La estructuración de reglas y procedimientos.

La **enfermera por tareas** se basa en los siguientes principios:

- Las personas con autoridad son aquellas capaces de pensar y planificar.
- El trabajador necesita una supervisión inmediata y una dirección en todo momento.

En este sistema de organización, la supervisora es la responsable de planificar, coordinar y controlar el conjunto de tareas distribuidas a su personal. Para ello:

- Toma todas las decisiones del cuidado a los pacientes.
- Inspecciona el trabajo y asigna nuevas tareas.
- Es el centro de comunicación intra y extra unidad.
- Tiene línea directa con el médico.
- Asigna las tareas en función del nivel de competencia.
- Reparte las tareas entre las diferentes categorías del personal.

Las **ventajas** que proporciona esta modalidad de cuidados son:

- Se abaratan los costes, puesto que es un sistema más económico.
- Existe una clara delimitación de las tareas, ya que estas son la base del trabajo.
- Permite la asignación de las tareas más complejas al trabajador más experto.
- Con este sistema de trabajo se llega a adquirir una elevada destreza, al tiempo que requiere menos tiempo para el adiestramiento.

Los **inconvenientes** que tiene esta modalidad de cuidados son:

- No permite prestar cuidados integrales, puesto que cada profesional realiza una actividad diferente al usuario.
- El usuario no tiene confianza en la enfermera, puesto que le resulta difícil identificar quién es el responsable de sus cuidados, dado el número de personas que intervienen en la prestación de los mismos.
- La relación médico-enfermera es mínima, puesto que cada enfermera solo cuenta con una parte de la información del cuidado del usuario.
- El registro de las actividades que realizan las enfermeras solo se puede hacer en forma de gráficas de constantes y hojas de medicación, ya que no existe la planificación de los cuidados.

En España –aunque en las últimas décadas, la distribución del trabajo por tareas ha sufrido un fuerte descenso– todavía se sigue utilizando esta modalidad en algunas instituciones.

2) Enfermera de equipo

La enfermera de equipo se desarrolló a principios de los años cincuenta, como respuesta a la escasez de enfermeras y a la insatisfacción producida por la enfermería funcional. En esta época, desde diversas disciplinas, se desarrollan numerosas investigaciones sobre el comportamiento de grupos e individuos, así como sobre la motivación y el liderazgo, que tienen especial relevancia en los sistemas de trabajo.

En los años cincuenta y sesenta, A. Maslow desarrolla su teoría sobre la priorización de las necesidades humanas, la cual tiene gran influencia en la prestación de cuidados enfermeros. Este sistema de organización de cuidados pasa de la tarea a una orientación sobre la respuesta a las necesidades humanas, pudiéndose definir el equipo como un grupo de personas trabajando hacia un objetivo común.

La enfermería en equipo es un sistema de trabajo en el que, bajo la supervisión de la jefe de equipo, se coordina un grupo de personas, con diferentes niveles de formación, para dar atención a un pequeño grupo de pacientes.

Este sistema es un movimiento centrado en el cuidado del paciente, que busca valorar el liderazgo profesional de la enfermera y la manera de responder a las necesidades de los pacientes.

La enfermera de equipo es una reorganización del modelo funcional, en donde la enfermera actúa como jefe de equipo, repartiendo tareas, según el nivel de complejidad (enfermera, auxiliar y ayudante) y de acuerdo con las capacidades de cada miembro, para dar respuesta a la satisfacción de las necesidades de cuidados de los pacientes asignados.

La modalidad de equipo es más una manera de organizar el trabajo, que una filosofía de cuidados, que pretende dar respuesta a los siguientes aspectos:

- La contradicción que supone prestar a la vez cuidados directos y supervisar a otros cuidadores.
- Atención de los pacientes en términos de confort e información, sobre las repercusiones de su enfermedad.
- La importancia que tiene ser capaz de proporcionar unos cuidados eficaces y al mismo tiempo, controlar el entorno.
- La incapacidad para dar respuesta a las necesidades de los pacientes.

- Los conflictos y la falta de comunicación entre la enfermera y los otros cuidadores.
- El exceso de trabajo de la supervisora, que en ocasiones la lleva a sentirse desbordada.
- La fragmentación de los cuidados.

En este contexto, la preocupación de la gestión de cuidados se desplaza, de la excelencia técnica hacia la importancia que tiene la integración del personal, con los valores subyacentes, que deben englobar al beneficiario, a la enfermera y al personal auxiliar.

La enfermera debe responsabilizarse no solo de dar cuidados, sino también de planificar y de enseñar a los pacientes.

Entre las **ventajas**, podemos señalar:

- El acento está en el usuario y no en las tareas.
- Las habilidades y juicio de la enfermera están disponibles para un mayor número de usuarios.
- Limitación del número de personas que cuidan a un paciente.
- Mayor continuidad en los cuidados.
- Mayor supervisión del personal auxiliar, lo que mejora la calidad de cuidados.
- Aumento del número y duración de las intervenciones enfermera/paciente, lo que permite abordar los aspectos psicosociales.
- Mayor implicación del paciente y familia en el proceso de cuidados.
- Más oportunidades de iniciativa y responsabilidad para el personal.
- Máxima utilización de las habilidades del personal.
- Reducción del tiempo de tareas no enfermeras.
- Oportunidades para adquirir conocimientos y habilidades aplicables a los clientes.
- Sentido de pertenencia a un equipo de trabajo.

Inconvenientes del trabajo en equipo:

- Es imprescindible que el equipo reconozca a su líder, el cual asume toda la responsabilidad del cuidado.
- La inestabilidad del personal dificulta el desarrollo del equipo.
- Aunque permite la combinación de diferentes niveles de personal de enfermería, esto puede suponer un incremento del número de personal.

3) Cuidados globales o por pacientes

A la vez que se desarrollaba el sistema de equipo, a principio de los años cincuenta aparece una ruptura importante entre la concepción de los cuidados enfermeros y el rol de la enfermera, inquietudes que nacen por la fragmenta-

ción de las actividades de los cuidados enfermeros y por la delegación, de parte de las mismas, a otros trabajadores, lo cual aleja cada vez más a la enfermera de la esencia de su práctica profesional.

Varios autores del momento manifestaron sus reservas hacia la modalidad de equipo. Johnson (1959) resume las dos escuelas de pensamiento que se oponen, decantándose por la segunda corriente:

- Las enfermeras del futuro serán principalmente gestoras de cuidados.
- Las enfermeras del futuro serán principalmente dispensadoras de cuidados directos a los pacientes.

Lydia Hall plantea que la organización de enfermería de equipo centra su trabajo en las tareas y en el trabajo delegado de los médicos y no en los cuidados básicos, y plantea otro sistema, la modalidad de cuidados globales o por pacientes. Este método demuestra que la calidad de los cuidados proporcionados únicamente por enfermeras profesionales consiguen una recuperación más rápida de los pacientes. Lydia Hall afirma que:

- Las enfermeras pueden y deben ser profesionales.
- Los pacientes tienen derecho a cuidados profesionales.
- El poder de curación no está en manos de los profesionales, sino en las del propio paciente.

Es una modalidad de cuidados con las siguientes **ventajas**:

- Las auxiliares solo realizan trabajos en los que no existe contacto directo con el paciente.
- Las enfermeras menos expertas piden ayuda a las expertas.
- Se simplifica la coordinación y se reducen los niveles jerárquicos.
- Se implanta un sistema de autogestión de la organización de cuidados.
- A cada enfermera se le imputa su práctica y es responsable de ella.
- Se introduce la utilización del plan de cuidados.
- Se establece una relación de colaboración con los médicos.

Los **inconvenientes** que presenta esta modalidad de cuidados son:

- La distribución adecuada de los pacientes entre el personal.
- La existencia de turnos rotatorios, que dificulta la asignación de pacientes.
- El adecuado nivel de formación y experiencia de la enfermera responsable de los cuidados.

Este sistema de organización de cuidados, combinado con la enfermería de equipo, es hacia donde ha evolucionado la prestación de cuidados en nuestro país, ya que en la mayoría de hospitales, las enfermeras definen su organización de cuidados por pacientes. Por otro lado, debido a la expansión hospitalaria de los años sesenta y setenta y a la escasez de enfermeras que esto pro-

voca, se introduce la figura de la auxiliar de enfermería, lo que nos conduce a trabajar en equipos, compuestos por una enfermera y una auxiliar, que se ocupan de proporcionar cuidados a un determinado número de pacientes.

4) Cuidados integrales. Enfermera primaria o de referencia

Durante los años sesenta el liderazgo de las enfermeras en la prestación de cuidados y la investigación ha enriquecido el cuerpo de conocimientos de la enfermería, lo que les permite proporcionar y responsabilizarse de los cuidados que requiere un paciente, desde el ingreso hasta el alta, organización de trabajo que se conoce como *primary nurse* (enfermera primaria). En nuestro contexto, ha creado confusión con las enfermeras que trabajan en el ámbito de la atención primaria, por lo que a partir de este momento, nos referiremos a este sistema de cuidados como el de enfermera de referencia. Es un retorno a la esencia de la enfermería, a poner el énfasis en los cuidados básicos.

La enfermera de referencia nace en los años setenta, como respuesta al modelo funcional y de equipo y de acuerdo con un movimiento, por parte de las enfermeras, hacia la profesionalización y asunción de la responsabilidad de cuidados, que surgía del desarrollo producido en la disciplina enfermera.

Es, al mismo tiempo que una filosofía de cuidados, un diseño de organización. No se trata simplemente de una forma de asignar enfermeras a pacientes, sino de una concepción de la enfermería, como práctica profesional centrada en el paciente. (Hegyvary, 1982).

Su nacimiento se produce en Estados Unidos y se basa en los estudios realizados por L. Hall (1969) y Mantey (1970) a quienes se les atribuye la denominación del término *enfermería primaria*. Pero su posterior desarrollo, en los años setenta y ochenta, se realiza paralelamente en varios países, por lo que algunos autores lo describen como un fenómeno transcultural.

Según Wright, la enfermera de referencia se **caracteriza** por:

- Un enfoque de cuidados no jerárquico y en equipo.
- Responsables y educadores dan soporte.
- Existe espíritu de equipo y la idea “todos estamos en esto”.
- El cambio, la innovación, el aprendizaje y la investigación son tan importantes como las tareas.
- Hay franqueza, se comparten experiencias.
- Todo el personal comparte la filosofía de la unidad.
- Se concede gran importancia a los cuidados individualizados.
- Se minimizan las rutinas, se fomentan las actividades enfermera/paciente.

La enfermera de referencia es responsable de un grupo de pacientes y se encarga de una serie de cuestiones relacionadas con la salud, higiene y el apoyo a la familia.

Es la responsable de decidir cómo le serán proporcionados los cuidados las veinticuatro horas del día, de manera continua. De ser posible, ella misma los aplicará. El paciente sabrá el nombre de la enfermera y su responsabilidad.

Esta **modalidad** se apoya en **cinco** elementos:

- Plan de cuidados.
- Relación enfermera/paciente.
- Continuidad de los cuidados.
- Planificación del alta del paciente.
- Responsabilidad de la enfermera en el resultado de los cuidados.

Existen **tres esferas de responsabilidad** para la enfermera de referencia:

- Tener disponible la información clínica, de manera que se puedan dispensar cuidados con juicio, en su ausencia.
- Decidir cómo serán dispensados los cuidados y tener disponible la información. En la medida de lo posible, el cliente debe estar implicado en las decisiones. Las disposiciones pueden cambiar, si las condiciones del paciente cambian.
- Planificar el alta.

El nivel de calidad del trabajo realizado debe ser visible. Las **características** de este **método** de organización de cuidados son:

- Toma de decisiones descentralizada.
- Un control reducido al nivel de supervisora.
- Una gestión participativa.
- Autonomía profesional elevada.
- Responsabilidades individuales visibles.
- Cuidados completos y continuos.
- Estándares profesionales elevados.

Y conlleva las siguientes **ventajas**:

- Calidad en cuidados.
- Satisfacción de beneficiarios.
- Satisfacción personal.
- Disminución de los costos.

Las **competencias** de la enfermera de referencia son:

- **Responsabilidad:** la enfermera responde del cuidado de los pacientes asignados durante las veinticuatro horas.
- **Autonomía:** autoridad para tomar decisiones sobre los cuidados que precisan sus pacientes.
- **Coordinación:** se proporcionan cuidados continuos, al existir una comunicación directa entre los cuidadores.
- **Globalidad:** un/a cuidador/a realiza todos los cuidados requeridos por el paciente en un turno.

En ausencia de la enfermera de referencia, las **enfermeras adjuntas** dispensan cuidados, pero responden ante la enfermera primaria.

El **ámbito de responsabilidad** de la enfermera de referencia es:

- Garantizar la prescripción y administración de cuidados.
- Enseñar, investigar y dirigir a otros miembros del equipo.
- Coordinar los cuidados.
- Ser nexo de unión con otros componentes del equipo multidisciplinar, para garantizar la globalidad de los cuidados.
- Ser experta y autónoma.
- Utilizar el modelo de enfermería como referencia de su práctica.
- Preparar al paciente para el alta, junto con un equipo multidisciplinar, decidiendo sobre la misma.

Responsabilidades de la enfermera adjunta o asociada:

- Se encarga de los pacientes de la enfermera primaria en su ausencia.
- Reajusta el plan de cuidados, según necesidades. Las modificaciones importantes se realizan previa consulta con la enfermera primaria.
- Trabaja en estrecha colaboración con la enfermera primaria para garantizar la continuidad de los cuidados. Existe un intercambio fluido de información sobre el cuidado.

Organización de los cuidados diarios con un modelo de enfermera de referencia:

- Cada paciente es asignado a una enfermera primaria que:
 - Valora, planifica, implementa y evalúa su cuidado.
 - Trabaja con los pacientes a lo largo de su jornada laboral.
 - Sigue la evolución de los pacientes durante su hospitalización.
 - Efectúa visitas a domicilio.
 - Realiza los preparativos para el traslado a su domicilio.
 - Actúa como abogado del paciente.
 - Asume la coordinación global del cuidado.
- Cada paciente es asignado a una segunda enfermera (enfermera adjunta) que contribuye a dar continuidad a los cuidados.
- Siempre que sea posible, la enfermera realizará los pases de visita y asistirá a las reuniones relacionadas con sus pacientes.
- La enfermera primaria comentará con la enfermera asociada los cambios introducidos en el plan de cuidados.
- Este sistema de prestación de cuidados consiguió importantes avances profesionales, al proporcionar un sistema de trabajo en el que las enfermeras contaban con una mayor autoridad, responsabilidad y autonomía en su trabajo, que a su vez proporcionaba a los pacientes una continuidad en sus cuidados.
- Este sistema precisa de una adecuada distribución de recursos humanos, de una adecuada combinación de habilidades y competencias por parte del personal, para poder dar respuesta a las demandas de atención que precisan los pacientes. Por lo tanto, esta modalidad resulta difícil de mantener cuando se limita el presupuesto, se incrementa la gravedad de los pacientes, se acortan las estancias y se presiona a los hospitales para que se reduzcan los costes (Cohen y Cesta 1993).

5) Enfermería clínica

Es una enfermera que cuenta con una formación superior al nivel de máster o especialidad en cuidados clínicos y con una experiencia profesional de unos cinco años.

La enfermera clínica tuvo en los años ochenta un gran desarrollo en todos los países francófonos. La Société Française des Infirmières Cliniciennes la define como “[...] una enfermera que ha seguido unos cursos superiores de formación de cuidados, que le permite”:

- Dispensar cuidados físicos, educativos y relacionales altamente cualificados, a personas que presentan problemas complejos de salud.
- Movilizar los recursos y capacidades de las personas y de los grupos para cambiar sus respuestas de salud.

La enfermera clínica dentro de la organización ocupa un lugar que sobrepasa el ámbito de una unidad de cuidados, con el objetivo de:

- Ejercer un liderazgo de influencia y autoridad.
- Tener una gran accesibilidad a la información, para tener una visión de conjunto de los cuidados en la organización.
- Plantear proyectos y proponer cambios.

Su **rol** gira alrededor de los siguientes elementos:

- La concepción de programas.
- La evaluación de la calidad de cuidados.
- La gestión de proyectos.
- La investigación.
- La consulta como persona recurso.

Su función principal como enfermera clínica es asesorar y dar soporte a la enfermera asistencial. Como experta en cuidados, es innovadora e impulsora de cambios. También tiene capacidad para actuar como consultora, negociadora, educadora e investigadora.

Impactos sobre los resultados en la **implementación** de las enfermeras clínicas:

- Disminución de las estancias hospitalarias.
- Disminución de las consultas externas.
- Disminución de las visitas de urgencias.
- Disminución de los reingresos.

Los **beneficios** que se obtienen con las enfermeras clínicas son:

- Respecto a los pacientes, se incrementa la calidad de los cuidados recibidos y del servicio dado, así como la participación del cliente y familia.
- Respecto a las enfermeras, se incrementa su nivel de competencia y motivación, cuentan con un modelo a seguir y con una buena influencia y orientación para seguir su formación.
- Respecto a las enfermeras gestoras, cuentan con una ayuda en la toma de decisiones, en la orientación hacia la práctica y a incluir objetivos que

contribuyan al desarrollo de la autonomía profesional de las enfermeras, de la ética y a una aproximación interdisciplinar.

- Respecto a la institución, se consigue una disminución de costes, al reducirse los días de hospitalización, los reingresos, los cuidados a domicilio y la satisfacción de los pacientes.

6) Gestión de casos

La gestión de casos aparece en el campo de la industria, donde se utiliza desde hace años y nace como respuesta a la complejidad de los procesos y a la necesidad de individualizar dichos procesos.

Con la incorporación en el campo sanitario de aspectos utilizados en la industria, aparece la gestión de casos como método para coordinar los servicios necesarios para el paciente y su familia. De manera simple, podemos definir la gestión de casos como un proceso de coordinación de servicios, y al gestor de casos, como la persona que lleva a cabo esa coordinación.

Este sistema se empieza a utilizar en los hospitales americanos, en la década de los ochenta, publicándose la primera experiencia en el New England Medical Center de Boston, en 1990, tras la cual se consigue:

- La utilización de vías críticas (trayectorias clínicas).
- La reorganización del sector de cuidados.
- La modificación del rol de la enfermera (coordinación de los cuidados, desde el principio hasta el fin del episodio de cuidados).
- La reducción de la duración media de la estancia en un 28%.

Posteriormente, aparecen experiencias similares en otros hospitales de EE. UU. y Canadá. En este país se empezó a utilizar por primera vez este sistema en Toronto, en el año 1992.

La gestión de casos es un sistema clínico que se centra en la responsabilidad de un individuo o grupo identificado, para la coordinación del cuidado que recibe el paciente o grupo de pacientes durante un episodio o continuidad de cuidados:

- Negociando, procurando y coordinando los servicios y recursos precisos, para el paciente y la familia.
- Asegurando y facilitando el logro de resultados, de costes clínicos y de calidad.

- Interviniendo en los puntos clave para cada paciente.
- Afrontando y resolviendo problemas que tienen un impacto negativo en la calidad y en el coste.
- Creando oportunidades y sistemas para favorecer los resultados (Zander, 1996).

La gestión de casos se basa en la satisfacción de las necesidades del cliente para obtener los resultados deseados. Las intervenciones se planifican de manera que se elimine la duplicidad, la redundancia y las demoras.

¿Qué es la gestión de casos?:

- Un sistema de cuidados centrado en el paciente.
- Una modalidad de gestión de calidad.
- Un sistema multidisciplinar.
- Un medio para conseguir la eficiencia clínica.

¿Qué no es la gestión de casos?:

- No es un sistema de organización de cuidados.
- No es una filosofía de cuidados.
- No es un protocolo.
- No es un plan de cuidados de enfermería.
- No es un simple instrumento.
- No es una forma de valorar a los profesionales.

Objetivos de la gestión de casos:

- Conseguir los resultados esperados.
- Promocionar la práctica en colaboración, el cuidado coordinado y la continuidad del mismo.
- Racionalizar la utilización de recursos.
- Facilitar el alta apropiada.
- Disminuir la duración de la estancia.
- Favorecer el desarrollo y la satisfacción profesional.

Razones para la **utilización** de la gestión de casos:

Al margen de las características de una institución y del sistema de gestión que se utilice, Bower plantea una serie de razones para utilizar la gestión de casos, como son:

- La gestión de casos se centra en las necesidades presentadas por los clientes y sus familias.

- Está centrada en el paciente, por lo que la satisfacción del paciente y la familia suele ser alta al utilizar el sistema de gestión de casos.
- Un importante componente de la gestión de casos es la orientación hacia el resultado al proporcionar los cuidados. El objetivo consiste en avanzar, junto con el paciente y la familia, hacia la consecución de los resultados.
- La gestión de casos favorece y facilita la coordinación del cuidado, minimizando la fragmentación.
- La gestión de casos promueve el cuidado, mediante la minimización de la fragmentación, la maximización de la coordinación y la posibilidad de facilitar el desplazamiento del paciente por el sistema sanitario.
- La gestión de casos maximiza y coordina la contribución de todas las disciplinas, dentro del equipo de cuidados sanitarios.

Tipos de **pacientes susceptibles** de la utilización de la gestión de casos:

Todos los pacientes necesitan que su cuidado esté bien gestionado, pero no todos ellos precisan de un gestor de casos. Bower afirma “[...] es útil distinguir entre cuidados y complejidad, al seleccionar a los pacientes para la gestión de casos”. En general, los pacientes seleccionados son complejos, pero no necesariamente agudos. La complejidad refleja la interacción de múltiples aspectos, como son: sanitarios, económicos, sociales, emocionales, psicológicos, espirituales. De hecho, el inicio de la gestión de casos surge para coordinar los servicios destinados a ancianos débiles y niños discapacitados, que no eran necesariamente médicamente agudos, pero que se consideraban complejos.

En definitiva, los **pacientes** susceptibles de ser tratados por el sistema de gestión de casos deben **reunir** algunas de las siguientes **características**:

- Patologías complejas pero no graves.
- Problemas relacionados con cuestiones sociales.
- Edad (ancianos o niños).

Rol del gestor de casos:

El gestor de casos es la persona que lleva a cabo la coordinación, crea y gestiona una red de servicios para cada paciente. El gestor de casos, en general, cuenta con cuatro componentes básicos, que son:

- Completa o logra un proceso laboral de circuito cerrado, para proporcionar un producto o servicio completo al cliente.
- Está situado donde el cliente y varias funciones se entrecruzan.

- Posee un rol expandido para tomar decisiones y enfrentarse a los asuntos relacionados con el cliente.
- Tiene fácil acceso a la información de la organización y usa la tecnología de la información en la toma de decisiones.

Características fundamentales del gestor de casos:

- Autoridad, para coordinar los servicios, siempre ha formado parte de un rol profesional. No obstante, la gestión de casos otorga un nivel de autoridad más elevado al gestor de casos, porque este puesto fue creado solamente con la finalidad de negociar, organizar y evaluar los recursos proporcionados al paciente.
- Responsabilidad en los costes: un gestor de casos crea un delicado equilibrio entre el control de costes, sin dejar de estar comprometido con los niveles más elevados de comodidad, funcionalidad y bienestar físico y mental del paciente
- Calidad en los resultados: los buenos resultados económicos y la responsabilidad que ello implica no vayan en detrimento de la calidad que toda acción clínica debe llevar implícita, aunque en ocasiones esto signifique un incremento en los costes. El gestor de casos debe estar capacitado para demostrar que, aunque de momento signifique un aumento de costes, a largo plazo puede resultar rentable, como, por ejemplo, la prolongación de la estancia si evitamos un posterior reingreso, cuestión que se ha demostrado frecuentemente en las altas tempranas.
- Prolongación del tiempo en los ambientes del tratamiento: la mayoría de los modelos de gestión de casos parten de la premisa de que los pacientes y sus familias requerirán una secuencia y organización de los servicios provenientes de muchas disciplinas y departamentos, necesarios para proporcionar los cuidados. De hecho, la gestión de las transiciones es, a menudo, el aspecto más crucial del rol del gestor de casos.

En conclusión, la fórmula para determinar quién es la persona más adecuada para ser gestor de casos es una mezcla de objetivos, más recursos, más contexto, más habilidades, más autoridad, lo que nos dará el perfecto gestor de casos. No obstante, el ingrediente más importante siempre será la autoridad.

Existen motivos que avalan que la enfermera es uno de los profesionales de la salud que reúne mejores condiciones para ser gestora de casos, puesto que:

- Es la persona más experta en cuidados dentro del equipo.

- Es el único profesional que es responsable de los cuidados, las veinticuatro horas del día.
- Por su formación, tiene una visión globalizadora del paciente, que le permite detectar sus necesidades, en todos los niveles de cuidados.
- Puede identificar los recursos del paciente y su familia y el soporte social con el que cuenta.
- Conoce bien los recursos de la propia institución.

Impacto y resultados de la gestión de casos:

- **Resultados:**
 - Mejor utilización de los recursos.
 - Reducción de las estancias.
 - Cuidados más centrados en el paciente.
 - Disminución de los costes.
- **Impacto** sobre la estructura organizativa:
 - Cambio de la dinámica interprofesional. El equipo interdisciplinar es el motor de la reorganización y los servicios.
 - Nueva autonomía profesional, implicación de cada profesional con los objetivos centrados en el cliente.
 - Nueva organización del trabajo para todos los profesionales.
 - Aproximación al programa de calidad.
 - Cuestionamiento de las estructuras.
 - Aseguramiento de la planificación del alta.
 - Aseguramiento de la continuidad de los cuidados.
 - Mejor utilización de los recursos.

4.2.2. Programación de las necesidades de personal

Después de elegir el modelo de asignación de personal, el segundo paso es el proceso de programar las necesidades de personal, es decir, determinar qué número de personas de las diferentes categorías serán necesarias para la asistencia a los pacientes en cada Unidad de Enfermería de los distintos servicios. Para programar las necesidades de personal pueden utilizarse varios sistemas:

1) Método descriptivo.

Este es el más antiguo, se solicita a la enfermera con más experiencia que establezca para cada paciente, los estándares asistenciales de enfermería que se quieren alcanzar y la proporción paciente/enfermera que se precisa para lograr dichos estándares. La relación establecida paciente/enfermera y los datos

previstos del censo de pacientes son después utilizados para determinar el número de personal de enfermería necesario en cada unidad y en la institución como conjunto.

2) Sistema de ingeniería industrial: Este método:

- Identifica y mide, en términos de tiempo, las tareas de enfermería.
- Analiza el flujo de trabajo.
- Organiza las tareas de manera secuencial para conseguir una mayor eficacia, determinando la frecuencia y la duración media de cada tarea.

Estas cifras, junto con los datos del censo, son utilizadas para calcular qué cantidad de trabajadores de cada categoría se necesitan para realizar las tareas previstas según los procedimientos elaborados.

3) Métodos operativos de gestión.

Este sistema de dotación de personal es mucho más complejo:

- Se redactan los objetivos específicos para un departamento o división de enfermería.
- Se elabora un modelo para relacionar la función de recursos humanos con las otras funciones directivas, con las que debe estar coordinada (planificación, organización, dirección, comunicación, motivación y control).
- Se formulan los estándares asistenciales de enfermería para cada tipo de paciente asistido.
- Se calcula la proporción paciente-enfermera a tenor de las frecuencias y dificultades de las tareas.
- Se contrata, selecciona, orienta y organiza al personal necesario, de acuerdo con un sistema que proporciona una evaluación continua y el control de calidad.

Dotación de personal

El método de sistemas es un método eficaz para determinar el número y los tipos de personal de enfermería óptimos para una unidad asistencial de una institución sanitaria. Consta de:

- La **estructura**, que incluye:
 - La información sobre el promedio del censo diario de pacientes.
 - Las necesidades asistenciales de estos.

- Las aptitudes del personal.

Cada una de estas estructuras puede ampliarse o depurarse aún más. Por ejemplo, si los pacientes se clasifican según su grado de dependencia, una información útil para la designación de plantilla puede ser el porcentaje de pacientes que se supone que necesitan autocuidados, cuidados parciales, cuidados totales o cuidados intensivos. Los datos relativos a las necesidades asistenciales de los pacientes pueden consistir, bien en el tipo y frecuencia de medidas de enfermería que necesitan los enfermos de cada categoría de cuidados, o bien en el tiempo medio que los profesionales precisan para cuidar a los pacientes de cada categoría.

- El **proceso** en un sistema de dotación de personal consiste en los cálculos que se tienen que realizar para determinar el número y categorías correctos del personal que hay que presupuestar y asignar para cada unidad asistencial.
- Los **resultados** de un sistema de dotación de personal consiste en el número recomendado de cada categoría de personal que se necesita en cada unidad por día y turno, la programación de trabajo y de jornadas libres del personal de las unidades para todo el año y un listado alfabético del personal a asignar a cada unidad por turnos.
- Los **ciclos de *feedback*** de un sistema de dotación incluyen la información relativa al periodo de tiempo transcurrido entre los turnos de trabajo de cada empleado, la frecuencia en la asignación de turnos rotatorios, guardias de cada trabajador, el número de días festivos y fines de semana libres de que disponen los empleados durante el año fiscal.

Factores determinantes para el cálculo de plantilla

La dotación adecuada de personal en los servicios de enfermería debe responder a la demanda de cuidados enfermeros calculada para la población diana. Al abordar el cálculo de plantilla y, por tanto, los sistemas de asignación de personal en enfermería, previamente deben considerarse algunos aspectos de interés:

1) Factores propios de la institución:

- Filosofía.
- Objetivos.
- Normas generales.
- Diseño arquitectónico.
- Tipo de centro.
- Tamaño y capacidad del centro (número de camas).
- Criterios de ocupación.
- Demanda asistencial.

- Tecnología (buscapersonas, aplicaciones informáticas, etc.).

2) Factores referidos a otros colectivos profesionales:

- Interrelación con los profesionales enfermeros, con influencia directa en el incremento de las cargas de trabajo de enfermería, a expensas fundamentalmente de los denominados “tiempos indirectos”.
- La referencia a otros trabajadores sanitarios aparte de las enfermeras, como médicos, trabajadores sociales, celadores, limpieza, etc., y la relación con ellos pueden aumentar las cargas de trabajo de enfermería; por ejemplo: el pase de visita conjunto medico/enfermera o en la movilización de pacientes enfermera/auxiliar y celador.

3) Factores propios del profesional enfermero:

- Preparación.
- Experiencia.
- Coherencia.
- Continuidad.
- Cohesión.
- Control de la práctica profesional.
- Expectativas profesionales.
- Acceso a la formación continuada.
- Conocimientos de aspectos organizativos (norma, procedimientos, estructuras, etc.). El gestor deberá considerar el número de procedimientos que se usan en la unidad y su frecuencia de aplicación.

4) Factores propios de la unidad:

- Número total de pacientes ingresados en la unidad. El número de camas recomendado por control de enfermería oscila entre 30 y 40, dependiendo del tipo de pacientes, grado de dependencia y tratamientos más o menos complejos que vayan a administrarse.
- Índice de rotación de pacientes¹. Es un indicador relacionado con la producción de servicios, mide el número de pacientes que en promedio pasan por una cama en un periodo determinado de tiempo (número de ingresos al día, mes, año). Este es también un índice importante a tener en cuenta, ya que es directamente proporcional al aumento de cargas de trabajo, es decir, a mayor índice de rotación mayores cargas de trabajo, lo que hará que aumenten las necesidades de personal.

⁽¹⁾Índice de Rotación de pacientes
= Total de ingresos en un período
dado / Promedio de camas disponibles del mismo periodo

- Índice de ocupación². Este indicador muestra la ocupación de cada cama hospitalaria. Establece la relación existente entre los días que efectivamente se ocuparon las camas y los días que estuvieron disponibles, expresado en porcentaje. Es decir, que este indicador no tiene en cuenta el número de pacientes que ocupan la cama, sino el número de días en la que estuvo ocupada. Debe tenerse en cuenta que al resultado anterior se deberá restar los días/cama de aquellas que no se encuentren disponibles determinados días del mes (por reparación, desinfección, etc.). Este indicador:
- Hace posible el establecimiento de un plan de utilización máxima de las camas del hospital.
- Permite conocer las áreas en las que la utilización es excesiva o insuficiente.
- Permite mantener la proporción óptima de ocupación; mejorar la distribución de las camas entre las distintas áreas.
- Facilita la adaptación de las instalaciones a las necesidades del hospital.
- Puede calcularse para el total del establecimiento o por servicio clínico y para el periodo de tiempo que se requiera.

⁽²⁾Índice de ocupación = $\frac{\text{N.º días cama ocupada (a)}}{\text{N.º días cama disponible (b)}} \times 100$. (a): N.º de veces al mes en que la cama está ocupada. Por día, la cama solo puede estar ocupada una vez o ninguna; (b): Días del mes que una cama está disponible para estar ocupada (se obtiene multiplicando el número de camas existentes en el área/unidad por los días del mes).

Por otro lado, es una información añadida para determinar el número de personal que necesitamos en una unidad determinada, aunque, como ya hemos mencionado anteriormente, hay que tener siempre en cuenta el tipo de pacientes y su nivel de dependencia.

Los principales factores que alteran el porcentaje de ocupación son los ingresos innecesarios y el número insuficiente de camas.

- Estancia media³: Refleja el número medio de estancias por paciente por unidades o por conjunto del hospital en un tiempo dado. Genera una estancia el paciente que se encuentra en una cama de hospitalización a la hora censal. Desde el punto de vista práctico, existe una estancia cuando un paciente pernocta.
- Estado de salud de los pacientes: se refiere a pacientes de traumatología, de cardiología, de neumología, de nefrología, etc.), y aporta qué tipo de cuidados van a necesitar.

⁽³⁾Estancia media = $\frac{\text{N.º de estancia}}{\text{N.º de ingresos}}$

4.2.3. Argumentos para una dotación de personal adecuada: impacto de la dotación de enfermeras sobre los resultados de salud

La calidad de la atención de enfermería que se presta está determinada por múltiples factores: el modelo de cuidados adoptado por la institución, el sistema organizativo que rodea los cuidados, la competencia de las enfermeras y el personal de apoyo, los recursos materiales y de infraestructura disponibles para llevar a cabo los cuidados, la metodología de trabajo (registros, protocolización, gestión de cuidados, etc.), y también la dotación de enfermeras.

Según la bibliografía revisada, los hospitales que tienen una carga de trabajo de enfermería elevada tienden a tener índices altos de resultados de salud negativos o adversos para los enfermos ingresados (neumonías, *shock*, paro cardiaco, infecciones urinarias, fracasos en la resucitación, etc.). También la composición de la plantilla tiene relación con los resultados de salud, un mayor nivel de formación se relaciona con la disminución de los acontecimientos adversos estudiados. Asimismo, una presión asistencial elevada influye también en la propia salud de las enfermeras favoreciendo la aparición de síntomas propios de estrés profesional y una baja satisfacción laboral.

Por otro lado, un mayor número de enfermos por enfermera está asociado con organizaciones más jerárquicas y con estándares de práctica más bajos, mientras que si se disminuye la ratio de enfermo por enfermera se encuentran organizaciones más descentralizadas e incrementa la percepción de trabajo interdisciplinario.

Según Needelman, los resultados de salud sensibles a los cuidados se pueden definir como “cualquier variación en el estado, condición o percepción de los enfermos o familiares cuidados, susceptibles de intervención de enfermería”. Algunos de estos resultados de salud podrían ser las infecciones de trato urinario, la neumonía, el *shock*, la duración larga de la estancia, el fracaso de resucitación, la mortalidad hospitalaria, etc. Lógicamente, estos resultados de salud representan un importante indicador de calidad de los cuidados que se ofrecen en los hospitales.

Un gran número de investigaciones han utilizado estos indicadores para evaluar los efectos que las cargas de trabajo de las enfermeras tienen sobre la salud de las personas a las que ofrecen su atención. Quizás una de las razones para esta elección sea el fácil acceso a esta información a través de las historias clínicas. Como vemos, estas investigaciones encuentran una relación estrecha entre las ratios altas de enfermos-enfermera con la aparición de resultados de salud adversos para los enfermos:

- Kovner (1988), en una muestra estratificada de 589 hospitales de EE. UU., encontró una relación estadísticamente significativa entre la ratio enfermera-paciente y la aparición de infección urinaria y de neumonía durante

la estancia hospitalaria. Concretamente, concluyeron que por cada hora y media más de cuidados se reducía en más de un 4% la aparición de neumonía. También encontraron una relación estadísticamente significativa en el mismo sentido con la aparición de trombosis y con el compromiso pulmonar desprendido de una cirugía mayor.

- Aiken (2002), a partir de un estudio de 168 hospitales, que supuso el análisis de las historias clínicas de 232.342 enfermos atendidos por 10.184 enfermeras, encontró que, por cada enfermo adicional que es atendido por una misma enfermera, aumenta en un 7% el riesgo de sufrir un fracaso en la reanimación después de una intervención quirúrgica.
- Needelman examinó la relación entre el número de enfermeros en los hospitales y las tasas de complicaciones o muertes en los enfermos. Este estudio se realizó con los datos administrativos de 799 hospital de 11 estados (5.075.969 altas de enfermos médicos y 1.104659 enfermos quirúrgicos) y encontró que, en enfermos médicos, se asocia un elevado número de horas de cuidados con baja incidencia de infecciones del trato urinario, con baja incidencia de sangrados gastrointestinales, baja incidencia de neumonías, de paros cardiacos y con baja incidencia de fracaso en la reanimación. Estas reducciones se encuentran entre el 4 y el 12% según el resultado de salud examinado. Asimismo, en enfermos quirúrgicos, una alta proporción de cuidados enfermeros está asociada con entre un 4 y un 6% de reducción de infecciones urinarias y de recaídas en la reanimación. No hay significación en las tasas de mortalidad hospitalaria.
- Unruh (2003), publicó un estudio, cuyo objetivo era examinar los cambios en las plantillas de enfermeras diplomadas con relación al total de personal de enfermería en hospitales de Pensylvania (EE. UU.), desde 1991 hasta 1997, y evaluó la relación de esta composición de las plantillas con la aparición de efectos adversos en enfermos de estos 211 hospitales. En estos 8 años, las ratios enfermeras diplomadas-total personal de enfermería (incluye personal auxiliar y técnico) se redujo y se encontró un incremento de la incidencia, de casi todos los efectos adversos estudiados en los hospitales, relacionado con el descenso proporcional de enfermeras diplomadas. Por ejemplo, un incremento del 10% de enfermeras diplomadas relaciona con el descenso del 1,5% de colapsos pulmonares, un 2% de úlceras por presión, un 3% de caídas y un 1% de infecciones del tracto urinario.
- Cho, en un estudio realizado en 132 hospitales y 124.204 enfermos quirúrgicos, por cada hora más de cuidados por enfermo disminuye un 8,9% el riesgo de sufrir una neumonía. Asimismo, un 10% más en la proporción de enfermeras tituladas se asocia a una disminución del 9,5% del riesgo de sufrir una neumonía. Proporcionar más horas de trabajo de enfermería por día está asociado a la menor aparición de úlceras por presión.

Asimismo, existen estudios que han demostrado consistentemente una relación entre la carga de trabajo de enfermería y la mortalidad hospitalaria:

- Aiken determina que cada enfermo quirúrgico adicional por enfermera (esto es, por cada enfermo quirúrgico de más que cuida una enfermera) se asocia con un 7% de incremento de posibilidades de morir dentro de los 30 días siguientes al ingreso: en 168 hospitales analizados con una ratio enfermos-enfermera de entre 4:1 y 8:1, murieron antes de 30 días desde el ingreso 4.535 enfermos de 232.342. Si la ratio hubiera sido por debajo de 4:1, podrían haber muerto menos de 4.000 enfermos, y si la ratio hubiera sido por encima de 8:1, habrían muerto más de 5.000 enfermos.
- Sasichay (1999) concluye que por cada enfermo de más por enfermera, ajustado para otras variables relacionadas con la carga de trabajo, el riesgo de mortalidad hospitalaria aumentaba 3,6 veces.
- Aiken, en otro estudio en el que utilizó como variable independiente el grado de formación de las enfermeras (en Estados Unidos hay diferentes niveles de formación para ser enfermera, después de ajustar por características de los enfermos y de los hospitales un 10% de incremento en la proporción de enfermeras de alto nivel de formación, disminuye un 5% las posibilidades del enfermo de morir dentro de los 30 días después del ingreso.
- Mark (2004) publicó un estudio longitudinal realizado en 422 hospitales de Estados Unidos, desde 1990 hasta 1995, para examinar las relaciones entre el dimensionado de las plantillas de enfermeras y la calidad de las curas enfermeras. Por otra parte, Person presentó un estudio con una población compuesta por los enfermos ingresados (118.940) por infarto agudo de miocardio en 6.668 hospitales de Estados Unidos. Ambos estudios concluyen que el aumento en la plantilla de enfermeras está relacionado con una disminución significativa de la mortalidad.

Son también numerosos los estudios que demuestran que la organización y la gestión de los cuidados está condicionada por el dimensionado de la plantilla, aparte del impacto económico de la inadecuada dotación de enfermeras para el sistema sanitario (por el alargamiento de las estancias hospitalarias):

- Needelman determinó cómo afectaba el dimensionado de la plantilla de enfermeras a la duración de la estancia hospitalaria. Así, midiendo la carga de trabajo por horas de curas al enfermo y día, al pasar de percentil 25 al 75, la duración de la estancia hospitalaria disminuía un 5,2%. La población de este estudio estaba compuesta por 5.075.969 altas hospitalarias de enfermos médicos.
- Cho comprueba que la aparición de una neumonía durante el ingreso está asociada a un incremento de un 75% del tiempo de estancia hospitalaria

(5,2 días más que sin neumonía), un 220% más de probabilidades de morir en el hospital (5,6% de los enfermos con neumonía frente a 2,5% de los malatos sin neumonía) y un incremento del 84% del coste (22.860 dólares más con neumonía).

- Adams (2003), en un estudio publicado en el Reino Unido, con el objetivo de explorar las relaciones entre los recursos de plantillas de enfermeras, la organización del servicio y la percepción de estas sobre las condiciones del servicio, determinó que el número de enfermeras está asociado no solo al sistema de organización del servicio, sino también a una variación en los procesos de cuidados. Tener más enfermos por enfermera está asociado a una organización y a una actitud jerárquica en la oferta de servicios, y a estándares bajos de práctica enfermera. Un número bajo de enfermos por enfermera está asociado a una organización descentralizada de las estructuras, pero no con altos estándares de práctica enfermera. También encontraron una asociación positiva entre una ratio enfermos-enfermera baja, y la percepción de las enfermeras de que había una buena colaboración multidisciplinar, que ellas mismas tenían mayor habilidad para afrontar las sobrecargas de trabajo y una mayor satisfacción laboral.
- Burke, a partir de la reestructuración en profundidad de un hospital en Canadá, examina, entre otras cosas, los cambios producidos en la ratio enfermos-enfermera y su influencia en la percepción del funcionamiento del hospital: al 53% de las enfermeras les aumentó la carga de trabajo. Generalmente, estas, a las que aumentó la ratio enfermos-enfermera, informan al hospital de un funcionamiento menos efectivo. Esto incluye, entre otras cosas, la percepción de que aumentan los errores médicos, disminuye la calidad de las curas y la coordinación de los servicios es peor.

Finalmente, y no por obvio debe olvidarse en este material, existe una clara relación entre la carga de trabajo enfermero y la satisfacción laboral de las enfermeras.

Los estudios mencionados anteriormente documentan la conexión que hay entre los niveles bajos de las plantillas de enfermeras y el incremento de la incidencia de efectos adversos.

Como complemento de estos estudios, algunos de los autores también se preocuparon por los efectos que una mayor o menor carga asistencial podría tener sobre la propia salud de las enfermeras, sobre todo en la aparición de *burnout* e insatisfacción laboral:

- En un estudio realizado por Aiken se determina que el 43% de enfermeras tenían una alta puntuación de *burnout* y el 42% estaban insatisfechas con su trabajo. Además, cada enfermo adicional por enfermera se asocia a un

23% de aumento del síndrome de *burnout* y a un 15% de aumento de la insatisfacción en el trabajo.

- Del mismo modo, Adams encontró una asociación positiva y estadísticamente significativa entre la ratio enfermos-enfermera y la capacidad de las enfermeras para afrontar la carga de trabajo, la satisfacción laboral y la colaboración con otros profesionales de la salud.
- Burke, en el estudio realizado con 744 enfermeras que experimentaron una reestructuración hospitalaria en Canadá, estudió cómo el hecho de aumentar, disminuir o mantenerse igual la ratio enfermos-enfermera influía, entre otros aspectos, en la satisfacción y el absentismo laborales, los deseos de abandonar la profesión enfermera y la salud psicológica. Encontraron que las enfermeras a las que les había incrementado la carga de trabajo presentaban mayor insatisfacción laboral y deseo de abandonar la profesión y peor salud psicológica. Este cambio de carga de trabajo no tuvo efectos sobre el absentismo laboral.

Cuando los costes de personal de una empresa de servicios sanitarios deben reducirse, los directivos pueden llegar a sentirse tentados a recortar el presupuesto del personal del departamento de enfermería antes que el de cualquier otro departamento por 2 razones:

- El presupuesto de enfermería es tan elevado que la reducción de solo un pequeño porcentaje del total origina un considerable ahorro.
- El colectivo de enfermería es “menos poderoso” y tiene menos voz que otros grupos de profesionales con presupuestos de personal elevado, tales como los médicos y directivos del hospital.

Para mantener los costes de enfermería en unos mínimos aceptables, la gestora de enfermería de cada unidad debe contratar y asignar el menor número posible de trabajadores de los tipos adecuados, pero de forma que quede garantizada la asistencia que necesitan los pacientes. Existen otras razones, además de las económicas, para dotar a las unidades de enfermería con el número y tipo de trabajadores apropiados para llevar a cabo las tareas necesarias:

- El personal de enfermería tiende a desmoralizarse ante la desproporción y la falta de coherencia en el tamaño de las plantillas.
- Una plantilla infradimensionada de personal lleva a la frustración, a la fatiga y a la decepción.
- El exceso de plantilla conduce al aburrimiento y a las excesivas fricciones interpersonales.

- Una unidad donde alternativamente se producen episodios de exceso o falta de plantilla provoca irritación, inseguridad y desorientación.
- El personal inadecuado origina confusión de los roles, problemas de comunicación y pérdida de tiempo.
- Una unidad de enfermería puede tener el número correcto y los tipos de personal adecuado. Pero el personal de enfermería se sentirá desmoralizado si estos grupos de trabajo sufren modificaciones frecuentes en su composición.
- Una cobertura desordenada de vacantes producida en un grupo de trabajo, a través de la fluctuación indiscriminada de enfermeras de una unidad a otra, impiden la continuidad de la asistencia al paciente porque hace perder la confianza, la colaboración y la comunicación entre los miembros del equipo asistencial.

Cualquiera que sea el método que se utilice para adecuar el tamaño de la plantilla a los cambios en la carga de trabajo en la unidad debe estar diseñado de manera que asegure la mayor estabilidad posible del grupo de trabajo.

4.2.4. Cálculo de plantilla

En función de la carga de trabajo

Para realizar el cálculo de la plantilla necesaria hay que tener en cuenta la determinación de la carga de trabajo por medio de sistemas de clasificación de pacientes. Como ya hemos dicho anteriormente, habría que evitar la asignación de personal de enfermería por número de camas a ocupar. Se debería hacer el cálculo de plantilla teniendo en cuenta las necesidades de cada tipo de paciente y las cargas de trabajo que su cobertura lleva implícita.

Para realizar este cálculo resulta de enorme utilidad algunos sistemas como la parrilla de Montesinos, el PRN, el sistema de Plaisir, Rug, etc.

Estos sistemas agrupan a los pacientes por nivel de cuidados, a los que se ha asignado un tiempo estándar de horas de enfermería necesarias para cubrir la demanda del paciente; así se conseguirá la cantidad total de horas diarias de enfermería necesarias para cubrir las demandas detectadas. Multiplicando este número por los días que tiene un año, se obtiene el total de horas necesarias de enfermería/año⁴.

⁽⁴⁾Horas necesarias de enfermería/año = N.º horas diarias de enfermería x 365

En relación con el cálculo de cargas de trabajo, existen estudios que demuestran que frecuentemente las cargas de trabajo en enfermería no varían en la misma proporción que la disminución de la presencia de enfermeras en la unidad (fines de semanas, permisos retribuidos, etc.). Es necesario que toda planificación de plantilla de personal esté al amparo de la legislación laboral.

Las horas totales de necesidades de enfermeras por año se divide entre la jornada anual a realizar por cada profesional de enfermería, de lo que se obtiene el número de profesionales preciso⁵ para atender a las necesidades de los pacientes de la unidad o centro.

⁽⁵⁾N.º de personal necesario = Horas necesarias de enfermería / jornada anual personal

En función del índice “enfermera-paciente”

Se refiere a la suma del tiempo que la enfermera le dedica a un solo paciente en 24 horas. Para poder establecerlo, se suman en un día los segundos, minutos y horas que destina el personal de enfermería a un solo paciente.

Ejemplo

Un indicador de 3 horas, 30 minutos surge de sumar los minutos destinados al cambio de guardia, higiene del paciente, alimentación, movilidad, medicación en cada turno, mañana, tarde y noche.

El uso de estándares de tiempos es imprescindible en los estudios de predicción. En estos estudios se valora el tiempo necesario de enfermería para cada turno en función del plan de cuidados. El trabajo realizado por una enfermera solo puede medirse a través de la observación directa del mismo y no a través de observar pacientes. Lo que se hace al utilizar los estándares es ahorrar el esfuerzo de medir realmente el trabajo realizado.

Los estándares más sencillos son los que adjudican un número de horas de enfermería a un paciente en función del servicio donde estaba hospitalizado. En este sistema se utiliza el servicio como una aproximación a la dependencia del paciente. El número de horas variaba según la especialidad médica del paciente. Algunos de los estándares publicados son los siguientes:

- N. Garzón. *Medicina 2 horas de enfermería en 24 horas, Cirugía 3, Pediatría 2,5, Obstetricia 1,5*. Universidad Nacional de Colombia.
- M. Paetznich. *Guía para la dotación de personal. Cuaderno de Salud Pública, OMS n° 31: Medicina 2,5 horas de enfermería en 24 horas, Cirugía 3,5, Pediatría 3, Obstetricia 2*.
- Barquin. *Gestión y administración Hospitalaria: Medicina 3 horas de enfermería en 24 horas, Cirugía 3, Pediatría 4, Obstetricia 2,5*.

Los estándares varían según los estudios y probablemente esto es debido a dos factores: por un lado, cada estudio refleja una realidad social diferente, por otro lado, la metodología no está estandarizada y por lo tanto puedan reflejar necesidades diferentes de los enfermos que no están reflejadas adecuadamente por el tipo de servicio.

Los consumos de tiempos de enfermería por paciente y día hay que estimarlos adaptándolos a la realidad social de la sanidad pública en España, en cuanto a tipos de patologías más frecuentes, pirámide de población, recursos materiales y tecnológicos disponibles, etc. Los tiempos que se utilizan como referencia en España para el cálculo de plantillas son los siguientes:

- Cuidados intensivos: de 5 a 12 horas de enfermera (en 24 horas).
- Pediatría: de 4 a 5 horas de enfermera (en 24 horas).
- Medicina, cirugía y cuidados intermedios: de 3,5 a 4,8 horas de enfermería (en 24 horas).
- Puérperas: de 2,5 a 3 horas de enfermera.
- Recién nacidos: de 2 a 2,5 horas de enfermera.
- Cuidados mínimos: 1,5 horas de consumo de tiempo de enfermería en 24 horas.

Distribución de la plantilla por categorías

Los cuidados de enfermería los proporcionan enfermeras y auxiliares de enfermería. La proporción entre ambos profesionales debe ser la adecuada para conseguir una calidad de cuidados y obtener resultados eficientes. Los criterios de distribución por unidades son los siguientes:

- Cuidados intensivos: 65% tiempo aportado por enfermeras y 35% aportado por auxiliares.
- Pediatría 80% tiempo aportado por enfermeras y 20% por auxiliar.
- Medicina: 55% tiempo aportado por enfermeras y 45% por auxiliares.
- Cirugía: 70% aportado por enfermeras y 30% por auxiliares.
- Puérperas: 60% aportado por enfermeras y 40% por auxiliares.
- Recién nacidos: 75% aportado por enfermeras y 25% por auxiliares.
- Cuidados intermedios: 50% tiempo aportado por enfermeras y 50% por auxiliares.
- Cuidados mínimos: 29% aportado por enfermeras y 80% por auxiliares.

Distribución de la plantilla por turnos

Las tareas de enfermería y sus correspondientes cargas de trabajo no se distribuyen por igual entre los tres turnos de trabajo. Además, esta distribución tiene que ver con las características de los cuidados a proporcionar.

Como líneas generales, a la hora de realizar la distribución por turnos se podrían utilizar las siguientes referencias, teniendo en cuenta que pueden ajustarse a las peculiaridades de cada unidad:

- Cuidados mínimos: 70% mañana, 20% tarde y 10% noche.
- Cuidados normales: 60% mañana, 30% tarde y 10% noche.
- Cuidados intermedios: 50% mañana, 30% tarde y 20% noche.
- Cuidados semiintensivos: 45% mañana, 30% tarde y 25% noche.

- Cuidados intensivos: 40% mañana, 30% tarde y 30% noche.

Cálculo del número de puestos de enfermería

El cálculo del número de puestos de enfermería se basa en el establecimiento de las horas apropiadas para realizar el trabajo óptimo, durante un periodo dado, y dividirlo por las horas de la jornada durante la cual el puesto deba ser ocupado.

1) Cálculo de las horas de enfermería necesarias en 24 horas

Se calculan multiplicando el número de camas de la unidad por el índice de ocupación y por el número de horas de enfermería por paciente, cada 24 horas.

Si la unidad tiene 30 camas, el índice de ocupación se estima en el 80% y las horas de enfermería por paciente cada 24 horas es igual a 3, como en el caso de la unidad de hospitalización médica, el tiempo de enfermería necesario, cada 24 horas, será = $30 \times 0,80 \times 3 = 72$ horas.

2) Distribución de las horas por categorías

Se calcula en función del criterio porcentual establecido. Como lo hemos fijado en 55% para enfermeras y 45% para auxiliares, tendremos:

- Tiempo enfermera en 24 horas = $0,55 \times 72 = 39,6$.
- Tiempo auxiliar en 24 horas = $0,45 \times 72 = 32,4$.

3) Distribución de las horas por turno

Se calcula en función de la carga de trabajo de cada turno:

- Si esta carga es similar en los tres turnos, se distribuirá el total de personas en 34% por la mañana, 33% por la tarde y 33% por la noche.
- Si esta carga es similar por la mañana y por la tarde y disminuye por la noche, la distribución debe ser 35% - 35% - 30%.
- Si la carga es francamente mayor en el turno de mañana, disminuye por la tarde y desciende por la noche, la carga de trabajo se distribuirá 50% - 30% - 20%.

Este último paso es muy importante, pues en la mayoría de los casos es reforzado el turno de la mañana y el de la noche queda con carencias para el cuidado de los pacientes.

El criterio establecido para la unidad de hospitalización médica es similar a los cuidados intermedios 50/30/20, para los turnos de mañana, tarde y noche respectivamente. Por lo tanto, las horas serán:

- Enfermeras:
 - Turno de mañana: $39,6 \times 0,50 = 19,80$
 - Turno de tarde: $39,6 \times 0,30 = 11,88$
 - Turno de noche: $32,4 \times 0,20 = 7,92$
- Auxiliares de enfermería:
 - Turno de mañana: $32,4 \times 0,50 = 16,2$
 - Turno de tarde: $32,4 \times 0,30 = 11,8$
 - Turno de noche: $32,4 \times 0,20 = 6,48$

Cálculo del número de puesto de enfermería por categoría y turno

Conocido el número de horas por categoría y turno de trabajo, se dividen por las horas aportadas en cada turno por cada puesto, para obtener el número de puesto necesario:

- Turno de mañana:
 - $19,80 / 7 = 2,83$ puesto enfermera
 - $16,2 / 7 = 2,3$ puestos de auxiliar
- Turno de tarde:
 - $11,88 / 7 = 1,7$ puesto enfermera
 - $9,72 / 7 = 1,38$ puestos auxiliar
- Turno de noche:
 - $7,92 / 10 = 0,79$ puestos enfermera
 - $6,48 / 10 = 0,64$ puestos auxiliar

Estos serían los puestos de enfermería por categoría y turno necesarios para cubrir una unidad de 30 camas de hospitalización médica.

Cálculo de la plantilla de enfermería

No hay que confundir puesto (presencias estándar) y plantilla. Los puestos deberán estar ocupados todos los días del año, y es obvio que el personal tiene sus días libres, sus festivos y un mes de vacaciones. Para calcular la plantilla se calculan las horas/año/década/puesto, y se divide por la jornada anual de trabajo de cada trabajador.

Si multiplicamos el número total de horas a cubrir al año por los puestos de enfermería por categoría y turno, obtendremos el número total de horas que es necesario cubrir:

- Enfermeras:
 - Turno de mañana: 2,83 puestos de enfermera x 365 días del año x 7 horas = 7.230.
 - Turno de tarde: 1,7 puestos de enfermera x 365 días al año x 7 horas = 4.343.
 - Turno de noche: 0,79 puestos de enfermera x 365 días al año x 10 horas = 2.883.

El **total de horas de enfermera** que es necesario contratar sería la suma de lo anterior: 14.456. Si este total de horas lo dividimos por la jornada laboral anual que tienen las enfermeras en el centro sanitario, por ejemplo 1.655 horas año, el resultado sería el total de enfermeras que necesitamos contratar para cubrir la actividad en las 30 camas de hospitalización médica, en este caso serían: $14.456 / 1.655 = 8,7$ enfermeras.

- Auxiliares de enfermería:
 - Turno de mañana: 2,3 puestos de auxiliar x 365 días al año x 7 horas = 5.876 horas.
 - Turno de tarde: 1,38 puestos de auxiliar x 365 días al año x 7 horas = 3.526 horas.
 - Turno de noche: 0,64 puestos de auxiliar x 365 días al año x 10 horas = 2.336 horas.

El **total de horas de auxiliar** que es necesario contratar sería la suma de lo anterior: 11.738. Si este total de horas lo dividimos por la jornada laboral anual que tienen las auxiliares, por ejemplo 1.655 horas al año, el resultado sería el total de auxiliares que necesitamos contratar para cubrir la actividad en las 30 camas de hospitalización médica, en este caso serían: $11.738 / 1.655 = 7,1$ auxiliares de enfermería.

En cuanto a las cifras decimales, cabe comentar que si se tratase de una sola unidad de enfermería, sería necesario redondear, pero tratándose de más unidades, es conveniente hacer la suma total de los decimales del resto de unidades, ya que son horas de enfermería que es necesario cubrir, y se debe contratar a las personas que sea preciso para dar cobertura a dichas horas.

En una unidad de cuidados pediátricos de 30 camas, para dar atención las 24 h del día y los 365 días al año. ¿Cuánto personal de enfermería se necesita para cubrir todas las necesidades de los pacientes, teniendo en cuenta los siguientes datos?

- La jornada anual de cada trabajador es de 1.533 horas para el turno diurno y 1.499 para los turnos rotatorios de mañana-noche.
- Se conoce que las cargas de trabajo son similares por la mañana y por la tarde y disminuye por la noche, la distribución debe ser 35% - 35% - 30%.
- Tiempo estimado de enfermería en una unidad de pediatría: 4h.

Se distribuirían 10 por la mañana, 10 por la tarde y 9 por la noche para enfermeras y auxiliares.

4.2.5. Recomendaciones de dotación de equipos de enfermería

El Consejo de Colegios de Diplomados en Enfermería de Cataluña publicó en el año 2006 unas recomendaciones para la dotación del personal de enfermería a las unidades de hospitalización, que sirviera de guía para una planificación de personal con criterios de calidad, a partir del patrón de cuidados y del perfil del enfermo.

1) Tiempo de cuidados directos más tiempos de organización: 5,29 horas por paciente/día.

- **Patrón de cuidados / 24 h equipos:**
 - Cuidados básicos⁶ 42%
 - Comunicación 7%
 - Cuidados técnicos⁷ 51%
- **Perfil del enfermo:**
 - Enfermo > de 80 años
 - Necesidad de ayuda total para AVD⁸
 - Proceso agudo con comorbilidad
- **Estándares de equipos:** Un equipo de una enfermera y una auxiliar de enfermería por:
 - 6-8 enfermos en turno de día
 - 12-13 enfermos en turno por la noche
 - Festivos igual

⁽⁶⁾Cuidados básicos: alimentación, eliminación, higiene, movilización (habitualmente los lleva a cabo la auxiliar de enfermería, con o sin ayuda, según el paciente)

⁽⁷⁾Cuidados técnicos: métodos diagnósticos, tratamientos, cuidados de la respiración

⁽⁸⁾AVD: Actividades de la vida diaria

2) Tiempo de cuidados directos más tiempos de organización: 3,91 horas por paciente/día.

- **Patrón de cuidados / 24 h equipos:**
 - Cuidados básicos 24%
 - Comunicación 11%
 - Cuidados técnicos 65%

- **Perfil del enfermo:**
 - Enfermo < de 74 años
 - Necesidad de ayuda total para, al menos, 2 AVD
 - Proceso agudo médico o quirúrgico con comorbilidad
 - Ejemplo: Enfermo oncológico, hematológico e infeccioso
- **Estándares de equipos:** Un equipo de una enfermera y una auxiliar de enfermería por:
 - 8-10 enfermos en turno de día
 - 14-15 enfermos en turno por la noche
 - Festivos igual

3) Tiempo de cuidados directos más tiempos de organización: 2,8 horas por paciente/día.

- **Patrón de cuidados / 24 h equipos:**
 - Cuidados básicos 20%
 - Comunicación 20%
 - Cuidados técnicos 60%
- **Perfil del enfermo:**
 - Enfermo < de 74 años
 - Necesidad de ayuda parcial para, al menos, 2 AVD
 - Proceso agudo médico o quirúrgico sin comorbilidad destacable
- **Estándares de equipos:** Un equipo de una enfermera y una auxiliar de enfermería por:
 - 10-12 enfermos en turno de día
 - 15-16 enfermos en turno por la noche
 - Festivos igual

4) Tiempo de cuidados directos más tiempos de organización: 1.8 horas por paciente/día.

- **Patrón de cuidados / 24 h equipos:**
 - Cuidados básicos 34%
 - Comunicación 21%
 - Cuidados técnicos 45%
- **Perfil del enfermo:**
 - Enfermo < de 40 años
 - Proceso agudo sin comorbilidad destacable
 - Ejemplo: parto sin complicaciones, cuidados a la madre y al recién nacido
- **Estándares de equipos:** Un equipo de una enfermera y una auxiliar de enfermería por:

- 12-15 enfermos en turno de día
- 16-18 enfermos en turno por la noche
- Festivos igual

4.2.6. Programación del trabajo enfermero

La programación es un aspecto de la función de recursos humanos. Es la agrupación y preparación de los trabajadores necesarios para llevar a cabo la labor de una organización. La programación consiste en determinar con antelación las pautas horarias de trabajo y tiempo libre de los trabajadores de una unidad, sección o división en concreto, garantizando el número adecuado de profesionales de cada categoría laboral, necesarios para cubrir, cada turno, todos los días del año. Por otro lado, se deben redactar una serie de normas de dotación de personal que den soporte a la programación cíclica en la unidad de enfermería.

A fin de que las supervisoras y jefes de equipo puedan programar los horarios de libranza y de servicios de su personal de una manera equitativa, deben existir directrices de ámbito departamental y de servicio en las que fundamentar la toma de decisiones. Si no existen directrices en relación con los siguientes puntos, la enfermera gestora deberá reunirse con el grupo para establecerlas:

- Después de haber realizado el análisis de los horarios y procedimientos de la unidad, la enfermera gestora debe determinar los periodos de mayor o menor necesidad de profesionales de cada categoría en función de los momentos con mayor y menor carga de trabajo.
- Debe establecer el modelo de horarios de libranzas y de servicio del personal existente, es decir, de los puestos de trabajo presupuestados y ocupados, a fin de asegurar la categoría y número de empleados que necesita cada unidad, a todas las horas y todos los días.
- Una vez terminada la programación, deberá comprobarla para detectar y resolver posibles errores: como la omisión de nombres, fiestas y libranzas concedidas, vacaciones estipuladas, número insuficiente de profesionales durante algunos turnos o combinaciones inadecuadas de trabajadores en ciertos días y turnos.
- Deberá asegurarse de que las gestoras o directoras de enfermería pertinentes aprueban la programación propuesta (este trámite puede eludirse en aquellos centros con toma de decisiones descentralizadas).
- Deberá comunicar, con varias semanas de anticipación, la programación de los horarios de servicios a los miembros de la plantilla para mantenerlos informados, y como clara demostración de respeto hacia su vida privada.

- Deberá modificar y adaptar diariamente la programación para equiparar el número de empleados, al cambio constante que experimente la carga de trabajo en la unidad.

- Deberá revisar y analizar las programaciones y directrices de forma regular para subsanar, en la programación general, los problemas de dotación de personal que necesiten ser modificados:
 - Horario de inicio y final de cada turno.

 - Número de turnos por el que rotará cada empleado.

 - Frecuencia obligatoria de rotación de turnos.

 - Necesidades de rotación de una unidad a otra y frecuencia de dicha rotación.

 - Frecuencia de fines de semana libres para cada categoría profesional.

 - Definición de “fin de semana libre” para el personal de servicio nocturno.

 - Incidencias pertinentes de los días libres consecutivos y no consecutivos.

 - Secuencia máxima permitida de días de servicio.

 - Secuencia máxima permitida de días libres.

 - Intervalo mínimo exigido entre los turnos de servicio consecutivo.

 - Permisos retribuidos que se conceden a cada empleado.

 - Procedimiento que se seguirá para solicitar días libres en determinados días festivos.

 - Número de días de vacaciones pagados que se conceden a cada trabajador.

 - Tiempo de antelación con el que se comunica a la empleada la programación de vacaciones.

 - Procedimiento que se ha de seguir para solicitar las vacaciones en un periodo de tiempo específico.

 - Restricciones en la programación de vacaciones durante las fiestas oficiales de Navidad y Año Nuevo.

- Número de personas de cada categoría que podría disfrutar de vacaciones o días festivos al mismo tiempo.
- Procedimiento para resolver los conflictos que se susciten entre el personal en relación con las solicitudes de días festivos libres y de vacaciones.
- Procedimiento con el que se tratarán las peticiones “urgentes” para poder ajustar la programación horaria.

A pesar de que la programación es solo un aspecto en la función de dotación de personal, resulta de vital importancia para la productividad de la unidad y la moral de los empleados. Es posible que una gestora, asistida por soportes informáticos y utilizando métodos de gestión de empresa, calcule con bastante precisión el número de empleados de cada categoría que serán necesarios para atender a un determinado número de pacientes (Jecmen y Stuerke, 1983).

Sin una adecuada programación serán incapaces de llevar a cabo la labor para la que fueron contratados. No debe olvidarse que el número de horas libres y de servicio del personal está regulado en los estatutos y convenios que las instituciones hayan acordado con los sindicatos de los trabajadores. Todos y cada uno de estos factores deben ser consultados antes de modificar cualquier norma de programación en una institución sanitaria.

Por otra parte, algunas enfermeras gestoras pueden atestiguar lo contrario, después de no poder conseguir personal de refuerzo que se hiciera cargo de un incremento en las cargas de trabajo de su unidad, dichas gestoras reorganizaron la programación de personal ya existente, y el resultado fue que el mismo número de empleados, distribuidos con una configuración distinta, pudieron abarcar con éxito la sobrecarga de trabajo.

Aspectos organizativos del trabajo a turnos

El trabajo a turnos supone otra ordenación del tiempo de trabajo. Se habla de trabajo a turnos cuando el trabajo es desarrollado por distintos grupos sucesivos, cumpliendo cada uno de ellos una jornada laboral, de manera que se abarca un total de 16 y 24 horas de trabajo diarias. Existe el siguiente formato de organización:

- **Sistema discontinuo:** el trabajo se interrumpe normalmente por la noche y el fin de semana. Supone, pues, dos turnos, uno de mañana y uno de tarde.
- **Sistema semicontinuo:** supone tres turnos, mañana, tarde y noche, con descanso los sábados y domingos.

- **Sistema continuo:** el trabajo se realiza de forma ininterrumpida. El trabajo queda cubierto durante las 24 horas del día, los 365 días del año. Supone tres turnos al día.

Algunos estudios han demostrado que las personas que trabajan en turnos rotativos perciben su trabajo como más estresante que las del turno de día, y con mayor frecuencia piensan que su trabajo es fatigante tanto física como mentalmente. Por ejemplo, en un estudio realizado en un grupo de enfermeras se vio que la presión que sienten en el trabajo la refieren principalmente a aspectos de tipo organizativo y no tanto a la complejidad de la tarea que desarrollan; especialmente, se quejan de la cantidad de situaciones inesperadas a las que tienen que dar respuesta, de la falta de personal, de tener que hacer tareas que no les corresponden, y de falta de tiempo para las pausas.

Organización de los turnos

La organización de los turnos debe incluir entre sus objetivos la **protección de la salud de los trabajadores**. Para ello deberán seguirse las recomendaciones existentes a este respecto. Se debe emprender una política global en la que se consideren los siguientes factores:

- La elección de los turnos será discutida por los interesados sobre la base de una información completa y precisa que permita tomar decisiones de acuerdo con las necesidades individuales.
- Los turnos deberán respetar al máximo el ciclo de sueño, evitando que el turno de mañana empiece a una hora demasiado temprana. Los cambios de turno pueden situarse, por ejemplo, entre las 6 y las 7 h. las 14 y las 15 h. y las 22 y alrededor de las 23 h. Una variable que se debe tener en cuenta es la distancia entre el centro de trabajo y el domicilio de los trabajadores.
- En cuanto a la duración de cada ciclo, actualmente se tiende a realizar ciclos cortos (se recomienda cambiar de turno cada dos o tres días), pues parece ser que, de esta manera, los ritmos circadianos apenas llegan a alterarse. Sin embargo, la vida de relación se hace más difícil con un ritmo de rotación tan cambiante, por lo que puede existir una contradicción entre el punto de vista fisiológico y las necesidades psicosociales de los individuos. Este es uno de los aspectos por los que el problema de la rotación es tan complejo y por lo que es necesario adaptarlo a las necesidades individuales y contar con la participación de los interesados.
- Sentido de la rotación. Es posible establecer la rotación en dos sentidos: uno natural: mañana-tarde-noche, y uno inverso: noche-tarde-mañana. Sobre este punto no parece haber acuerdo, pues mientras unos autores defienden que con la rotación inversa se favorece el descanso (Barton),

otros autores (Knauth, Folkard) defienden que una rotación natural es la más adecuada para la adaptación al sistema de turnos.

4.2.7. Rotación del personal

Otro método de que dispone la enfermera gestora para mejorar la dotación de personas de su unidad es disminuir la rotación del personal del departamento de enfermería. La rotación anual de enfermería se define como el porcentaje de enfermeras empleadas que dejan sus puestos de trabajo a lo largo de un año y son sustituidas por otras.

En una institución determinada, los **datos de rotación** de personal puede incluir algunos o todos los siguientes **factores**:

- Empleadas que cursan baja voluntariamente.
- Empleadas que son despedidas.
- Empleadas que se jubilan.
- Empleadas que están de baja temporal.
- Empleadas incapacitadas laboralmente.
- Bajas por defunción.
- Contratos de interinidad.
- Contratos a tiempo parcial.

El análisis de los índices de rotación de personal y su tendencia resulta también dificultoso, debido a que, aunque la mayor parte de los hospitales registran las estadísticas del centro globalmente, no se lleva a cabo ninguna gestión para determinar los índices de rotación de personal en departamentos específicos o en categorías laborales concretas.

Sin disponer de estos datos definidos, resulta difícil diagnosticar y erradicar las causas puntuales de abandono del puesto de trabajo. Al analizar los porcentajes de rotación de personal, es necesario diferenciar entre el abandono del puesto de trabajo voluntario e involuntario:

- La **rotación voluntaria** de personal incluye el abandono de las instituciones por iniciativa del propio empleado, ya sea por razones de matrimonio, embarazo, maternidad o traslado a otra ciudad.
- La **rotación involuntaria** abarca los casos de ceses sobre los que los empleados no ejercen ningún control, como despidos, jubilaciones o defunciones (Ferguson y Ferguson, 1996).

Las estimaciones ponen de manifiesto que el 36% de la rotación es voluntaria.

Cálculo del índice de rotación de personal

El índice de rotación⁹ debe reflejar la cantidad de movimientos de personal producidos por unidad de tiempo. Por lo tanto, el índice de rotación de personal debería calcularse sobre el número real de empleados cesantes más que sobre el número equivalente de puestos de trabajo a jornada completa afectados. En otras palabras, tanto los abandonos de empleados a tiempo parcial como los empleados a jornada completa deben considerarse como ceses.

⁽⁹⁾Índice de rotación de personal =
Número de ceses por año / Promedio de empleados de la unidad x
100

Las pérdidas financieras más elevadas, relacionadas con la gestión de personas, derivan de la rotación de los empleados.

El porcentaje anual de rotación del personal de enfermería varía de una institución a otra, y oscila entre 35 y el 60%, según Benson, los índices anuales de rotación en las empresas sanitarias alcanzan globalmente un promedio del 23%, y la rotación del personal de enfermería representa más del 50% de esa cantidad total.

Coste de la rotación

Una rotación elevada del personal del departamento de enfermería resulta muy costosa en términos de gasto financiero, disminuye la moral de las empleadas, deteriora el trabajo en equipo y merma la capacidad directiva. Al calcular el coste financiero de una rotación excesiva del personal de enfermería, debe recordarse que generalmente los costes del personal oscilan alrededor del 60% del presupuesto de un hospital, y que los empleados del departamento de enfermería representan el 60% del presupuesto global destinado a personal por dicha organización (Lehman y Friesen).

El coste total que representa remplazar a una enfermera que causa baja en la empresa puede desglosarse en costes directos e indirectos.

- Los **costes directos** son los desembolsos económicos que deben efectuarse para captar, seleccionar, contratar, incorporar y orientar a la sustituta de la empleada cesante.
- Los **costes indirectos** incluyen los salarios por horas extraordinarias que deben pagarse a otra trabajadora, mientras suplen a la empleada cesante, y a la sustituta en su periodo de orientación y durante las primeras semanas hasta que se familiariza con el trabajo; la mala utilización del material, las averías de equipos y utillaje y demás deficiencias que derivan de la falta de conocimientos acerca del trabajo de la recién llegada, así como los costes por un incremento en la supervisión que precisan las nuevas trabajadoras contratadas.

Cuando los índices anuales de rotación del personal de enfermería alcanzan del 60 al 70%, las relaciones interpersonales entre los miembros de la plantilla de las unidades son tan poco estables que dificultan la creación de grupos de trabajo eficientes.

Índice óptimo de rotación de personal

En la lucha por disminuir la rotación de personal hasta unos niveles aceptables, la enfermera gestora no debería dar por supuesto que un 0% de rotación es el objetivo a perseguir.

Algunas empleadas son improductivas y la institución estaría mejor sin ellas. La incorporación ininterrumpida de personal nuevo resulta necesario para proporcionar un estímulo intelectual y aportar fórmulas innovadoras a la resolución de problemas. La bibliografía sugiere que las instituciones deberían aspirar a unos índices anuales de rotación de personal, del orden del 5 al 10%.

Métodos para reducir la rotación de personal

Para **reducir** la rotación de personal, la gestora de enfermería debe mejorar cada uno de los trámites de dicho proceso. Es posible que se necesite **cambiar**:

- En la descripción de los puestos de trabajo.
- En los medios de captación.
- En los sistemas de selección.
- En la ubicación del personal.
- En los programas de orientación.
- En las normas de programación de turnos.
- En las técnicas de supervisión.
- En los medios de evaluación.
- Hay enfermeras que causan baja laboral porque encuentran su trabajo:
 - Más agotador.
 - Menos interesante.
 - Más restrictivo.
 - Menos motivador de lo que esperaban.

La rotación del personal puede reducirse si se individualiza el proceso de orientación con el fin de optimizar las oportunidades de éxito profesional de las nuevas empleadas. La rotación de empleo probablemente podría reducirse entre las enfermeras si la gestora determinara exactamente cuál es el perfil requerido para desempeñar con éxito cada puesto de trabajo e implantase programas de formación, en los cuales las enfermeras pudiesen desarrollar capacidades y técnicas especializadas que no han adquirido en anteriores empleos.

4.2.8. Estrategias para fidelizar y atraer enfermeras

El fenómeno de los hospitales magnéticos también es un tema a considerar en relación con la dotación. El calificativo de “magnético” lo otorga el *American Nurses Credentialing Center* (ANCC) a aquellas organizaciones sanitarias que atraen y retienen, de manera constante, a las enfermeras y que proporcionan unos cuidados excelentes a sus enfermos. El término *magnético* está ligado a la fuerza que tenían algunos hospitales de Estados Unidos para atraer enfermeras profesionales a principios de los años ochenta, cuando había una carencia de enfermeros muy importante.

El *American Nurses Credentialing Center* es una sección de la *American Academy of Nursing* que desde 1980 reconoce los hospitales, otorgando la calificación de **MAGNETIC**, en base a 97 criterios; actualmente hay 206 hospitales de Estados Unidos que tienen este reconocimiento.

Un entorno de trabajo es considerado “magnético” cuando se encuentran presentes algunas características que las enfermeras consideran importantes para estar satisfechas con su trabajo y además, diferentes aspectos que conducen a la calidad de las curas enfermeras.

Algunos de los **criterios** para seleccionar los **hospitales magnéticos**:

- Son hospitales donde las propias enfermeras consideran que se realiza una buena práctica enfermera.
- Tienen habilidad para captar y retener enfermeras y hay un bajo índice de rotación de personal hacia otras instituciones.
- Bajo índice de vacantes sin cubrir.
- Hospitales dentro de un entorno competitivo.
- Y que el hospital en cuestión no sea la única fuente de ocupación para las enfermeras de la región.

Un estudio hecho con enfermeras de la plantilla de 14 hospitales magnéticos identificó **8 atributos esenciales** respecto a la calidad de los cuidados:

- Medidas de apoyo a la formación.
- Trabajo con otras enfermeras competentes en la práctica clínica.
- Relaciones enfermera-médico positivas.
- Una cultura que valora la preocupación del enfermo.
- El control de la práctica profesional enfermera.
- La percepción de una plantilla adecuada.
- El apoyo de la dirección de enfermería.

Características que se observan en los hospitales magnéticos:

- Satisfacción personal y profesional de las enfermeras.
- El estatus de la enfermera dentro de la organización (representada en la estructura formal de la organización).
- La captación y la retención de enfermeras.
- La autonomía y el control sobre su práctica dentro de las áreas de su competencia.
- La descentralización de la toma de decisiones.
- Control sobre el medio de trabajo de las propias enfermeras.
- Percepción de dotación adecuada.
- Limitación del número de enfermeras acabadas de graduar.
- Mecanismos que aseguren la relación entre médicos y enfermeras.
- El liderazgo clínico de las enfermeras promueve la responsabilidad y la continuidad de los cuidados.
- Hay una cultura de la importancia de la enfermera dentro del conjunto de la organización y en sus metas.
- La flexibilidad de horarios.
- Participación de las enfermeras en la gestión.
- Equipos de trabajo multidisciplinar con médicos y otros profesionales: las personas trabajando como un equipo ofrecen resultados más seguros para los clientes.
- Adhesión a los estándares de calidad para mejorar la atención al cliente
- Liderazgo que apoya la excelencia en la práctica clínica.
- Atención a la diversidad cultural y étnica del paciente y la familia, tanto como proveedores dentro de una red asistencial como dentro de las asociaciones profesionales.
- Oportunidades a las enfermeras para que muestren su pericia.

- Las oportunidades de acceso a la información, a los recursos y puestos de trabajo más creativos permiten atraer a cuidadoras competentes.

5. Recomendaciones finales con relación a la organización y la gestión de los cuidados enfermeros

5.1. Gestión de cuidados

- Adecuar la dotación de enfermeras sobre la base de los comportamientos deseables de buena práctica enfermera, al trabajo interdisciplinar y a la mejora continua.
- Definir unos estándares de cuidados y evaluar de forma homogénea los resultados comparándose con los mejores (véase el capítulo “Gestión de personas”).
- Establecer estándares de número de camas por unidades de hospitalización no superior a 25 camas, siempre personalizable por tipología de cuidados del enfermo ingresado.
- Distribuir a los enfermos en unidades de hospitalización donde prevalezcan los criterios de patrón de cuidados y perfil de enfermo sobre la especialidad médica.

5.2. Gestión de personas

- Adoptar políticas de recursos humanos dirigidas al desarrollo de los enfermeros: Apoyando la formación continua en servicio (sesiones clínicas de enfermería), el trabajo interdisciplinar, y el acompañamiento y la evaluación por parte de los mandos.
- Implantar una gestión participativa: el entrenamiento y acompañamiento a los profesionales, para asegurar la mejora continua de la calidad profesional y de sus resultados.
- Buscar fórmulas de estabilización contractual que favorezcan la continuidad asistencial y a los equipos, una buena integración y fidelización a los centros y a la vez eviten la fuga de los nuevas profesionales a otros países.
- Fomentar la incentivación económica y la potenciación de las profesionales competentes y responsables con políticas retributivas basadas en la competencia y los resultados (pactos de objetivos).

- Gestión profesionalizada.

5.3. Organización

- Estudiar y proponer formas organizativas que favorezcan la relación interdisciplinaria, el reconocimiento de las competencias y la autonomía profesional.
- Crear la figura de la tutora de acogida que asegure la integración a la organización y a los equipos. En función de la experiencia que tiene la profesional que se incorpora, la tutora tiene una relación más o menos intensa y extensa en el tiempo. La tutora de acogida tiene un papel determinante en la integración cultural (valores de la organización) y en la integración a los sistemas de trabajo.
- Mejorar el funcionamiento de los servicios de apoyo asistencial: unidosis farmacéutica efectiva, reposición automática de los *stocks* de farmacia, agilidad en la realización de pruebas diagnósticas, servicio de cocina eficiente, archivo de historias clínicas resolutivo, etc.
- Mejorar el funcionamiento de los servicios de apoyo no asistencial: reposiciones automáticas de material y de ropa, mantenimiento preventivo, apoyo administrativo, etc. El mal funcionamiento de estos servicios en muchas ocasiones son en gran parte los responsables de la sobrecarga de trabajo que hay en las unidades de hospitalización.

5.4. Espacios y equipamientos

- Dotar los hospitales de presupuesto de reposiciones y obras que mejore la obsolescencia de los equipamientos (camas, grúas, espacios para dar información a los familiares, salas de trabajo amplias, zonas de estar para familiares y enfermos).
- La obsolescencia de algunas instalaciones dificulta el trabajo de asistencia y del equipo.

Recomendaciones generales:

- Se aconseja que las unidades de hospitalización comprendan tanto habitaciones dobles como habitaciones de uso individual con posibilidad de ser dobles.
 - Las habitaciones de uso individual mejoran la comodidad de los enfermos y familiares, lo cual facilita la creación de un ambiente agradable y estimula la recuperación del enfermo.

- En el caso concreto de la unidad de hospitalización oncológica, dada la tipología de los enfermos, la mayoría de las habitaciones tendrían que ser de uso individual.
- Todas las unidades de hospitalización tienen que ser concebidas sin barreras arquitectónicas para facilitar la movilidad y promover la autonomía.
- Debido al aumento de la complejidad de los enfermos hospitalizados, para poder garantizar y facilitar la actividad asistencial así como la atención multidisciplinaria coordinada integrada:
 - Las unidades de hospitalización se ordenarán siguiendo criterios de sinergias de patrones de enfermos.
 - El área de hospitalización se localizará próxima y muy comunicada al área de urgencias, bloque quirúrgico, radiología, bloque diagnóstico y hospitalización de críticos.
 - Se tendrá que garantizar la conexión logística directa entre las áreas de hospitalización, esterilización, farmacia y laboratorios.
- El diseño de las unidades de hospitalización tendrá que favorecer la calidad de la práctica asistencial y la calidad de las infraestructuras hospitalarias. Por todo esto, es fundamental tener en cuenta aspectos como la iluminación, la climatización y la amplitud de espacios, que “humanizan” las infraestructuras y favorecen la recuperación del enfermo.

Recomendaciones orientadas al enfermo y a su familia:

- El número de camas por habitación tendría que ser entre 1 y 2, dependiendo de las necesidades que surjan y se explicitarán en el programa funcional.
- Las medidas de las habitaciones han de garantizar un ambiente confortable para el enfermo y dos acompañantes, y tienen que incluir lavabo, WC, ducha y mobiliario accesorio.
- La habitación tiene que permitir un acceso y movilidad fácil para los profesionales que realizan los cuidados.
- Las camas tienen que ser automatizadas y de altura variable que permitan la autonomía del enfermo para su movilidad.
- La unidad tiene que disponer de un baño asistido.

- La unidad ha de disponer de intercomunicadores visuales y de voz, que permitan la comunicación entre el enfermo y los familiares con los profesionales.

Requerimientos orientados a los profesionales:

- Control de enfermería ubicado en una zona que permita la vigilancia y seguridad del enfermo. Tiene que estar visible a la entrada de la unidad facilitando la información a los visitantes.
- Sistemas de información que facilitan la transmisión de información y la comunicación entre profesionales.
- Despacho por la gestora de la unidad.
- Zona de trabajo limpia para preparar el material necesario para realizar las curas.
- Sala de descanso del personal.
- Área común de trabajo.
- Lavabos para el personal.

Recomendaciones orientadas a las actividades de apoyo:

- Sistema de preparación y distribución eficiente de medicamentos automatizada: dosis unitaria y almacén informatizado.
- Local para los residuos: Tiene que ser un espacio reservado para poner los contenedores cerrados de residuos que se hayan generado en la unidad y de fácil recogida.
- Zona de almacenamiento que facilite la visualización y la reposición para los productos de farmacia, el material fungible, el material de papelería, el material de limpieza, los productos de lavandería, los equipos permanentes (bombas de administración de medicamentos, alimentación). Se aconseja incorporar el sistema de carros y de fácil reposición.
- Zona de trabajo sucia: Tiene que ser un espacio reservado para circuito "sucio" y totalmente independiente de las zonas de trabajo relacionadas con el enfermo.
- Office.

5.5. Sistemas de información

- Incorporar activamente sistemas de información integrados a la asistencia y gestión de los cuidados de los enfermos hospitalizados (estación clínica que permita la elaboración y seguimiento del plan de cuidados).
- Disponer de herramientas de gestión por la planificación y evaluación de las actividades y recursos de las unidades de hospitalización.

6. Anexos

6.1. Anexo 1. Modelo conceptual de Virginia Henderson

Más que un modelo, la obra de Henderson se considera como una **filosofía definatoria de la profesión enfermera**: la enfermería es una profesión independiente con funciones independientes. Henderson concibe el rol de la enfermería como la productora y realizadora de acciones que otras personas no pueden llevar a cabo en un momento de sus vidas; es un modelo basado en la suplencia o ayuda.

Se basa en la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción enfermera. Para entender la **teoría de las necesidades** tenemos que partir de algunas **consideraciones generales**:

- 1) El ser humano es un todo integrado y organizado, por lo tanto, todo individuo está motivado y no una parte de él solamente.
- 2) La persona debe satisfacer una serie de necesidades que le proporcionan un nivel óptimo de bienestar.
- 3) Las necesidades son medios para llegar a alcanzar un fin más que un fin en sí mismas.
- 4) Las necesidades son comunes a todos los seres humanos, aunque culturas diferentes pueden generar formas totalmente distintas de satisfacer la necesidad en particular.
- 5) Las necesidades tendrán que evaluarse según el momento de desarrollo en el que se encuentra la persona.
- 6) El ser humano, por lo general, nunca está satisfecho, excepto de una forma relativa.

Necesidades y requerimientos

- 1) Respirar normalmente.
- 2) Comer y beber adecuadamente.
- 3) Eliminar por todas las vías corporales.

- 4) Moverse y mantener posturas adecuadas.
- 5) Dormir y descansar.
- 6) Escoger ropa adecuada: vestirse y desvestirse.
- 7) Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales, adecuando la ropa y modificando el ambiente.
- 8) Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
- 9) Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
- 10) Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores u opiniones.
- 11) Rendir culto según sus propias creencias.
- 12) Trabajar de tal forma que su labor tenga un sentido de realización personal.
- 13) Jugar y participar en actividades recreativas.
- 14) Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal y a utilizar los medios sanitarios existentes.

Función propia de la enfermería

“La función propia de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir su independencia lo más rápidamente posible.”

Elementos definatorios del modelo de V. Henderson

1) Salud

Es el máximo grado de independencia teniendo la mejor calidad de vida. La salud por lo tanto es una calidad y cualidad de vida, necesaria para el funcionamiento del ser humano ya sea a nivel biológico y a nivel fisiológico. La salud es la independencia.

- **Independencia:** Nivel óptimo de desarrollo del potencial de la persona para satisfacer las necesidades básicas de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de vida.

- **Autonomía:** Es la capacidad física y psíquica de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.
- **Dependencia:** Desarrollo insuficiente o inadecuado del potencial de la persona para lograr un nivel óptimo de satisfacción de las necesidades básicas, ahora y en el futuro, de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de vida. Está causada por una falta de fuerza, conocimiento o voluntad.

2) Entorno

Todas las condiciones externas de carácter dinámico que influyen en la vida y el desarrollo de la persona.

3) Persona

Es un ser integral, biopsicosocial, es decir, que la persona es una estructura biológica, además de psicológica y también se relaciona; y esto es lo que la define como ser integral y tiende a la independencia en la satisfacción de las catorce necesidades.

4) Rol del profesional

Suple o ayuda a la persona a realizar las actividades que contribuyan a su salud, recuperar esta o a morir en paz. En su relación con el paciente, a medida que este es más dependiente la enfermera actúa como sustituto:

- **Sustituto (suplencia):** Enfermedad grave, recién nacido o persona inconsciente.
- **Ayuda:** Tratamiento, convalecencia.

5) Cuidados enfermeros

Son las actividades que realiza la enfermera para suplir o ayudar al paciente a satisfacer las 14 necesidades básicas. Los cuidados se adaptan a las necesidades de cada persona y son integrales e individualizados:

- Todos los cuidados tienden a que la persona sea independiente en el menor tiempo posible.
- El enfermero actúa mediante la utilización metodológica para realizar los planes de cuidados.
- Los cuidados son universales aplicables en todas las situaciones que el paciente requiere ayuda.

Usuario del servicio enfermero

Persona, familia o comunidad que presenta un déficit real o potencial en la satisfacción de sus necesidades básicas. Aquella persona que sin presentar ningún déficit expresa el deseo de mejorar su nivel de salud.

Intervención enfermera

El profesional interviene mediante el plan de cuidados, que adapta a la situación peculiar del paciente, buscando la consecución de unos objetivos en el tiempo, por medio de unas intervenciones concretas.

Carpenito (1989), define dos tipos de intervenciones enfermeras (también denominados roles):

- **Intervenciones/rol interdependiente (o colaborador):** Son aquellas actividades que la enfermera lleva a cabo junto a otros miembros del equipo de salud. Estas actuaciones pueden implicar la colaboración de asistentes sociales, expertos en nutrición, fisioterapeutas, médicos, etc.
- **Intervenciones/rol independiente (a autónomo):** Son aquellas actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender, gracias a su formación y experiencia práctica. Son actividades que no requieren la orden previa de un médico.

Las **características de las actuaciones de enfermería** son, según Iyer (1989), las que siguen:

- Serán coherentes con el plan asistencial, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- Estarán basadas en principios científicos.
- Serán individualizados para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan problemas diagnósticos enfermeros y/o médicos iguales o similares.
- Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- Van acompañadas de un componente de enseñanza y aprendizaje.
- Comprenderán la utilización de los recursos apropiados.

Desde un punto de vista funcional la enfermería planifica actuaciones en las diferentes áreas de la salud, la enfermedad y el desarrollo humano:

- Promoción de la salud.
- Prevenir las enfermedades.
- Restablecer la salud.

- Rehabilitación.
- Acompañamiento en los estados agónicos.

A este tipo de actividades hay que añadir las actividades de estudio, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, como por ejemplo, realización de pruebas diagnósticas, administración de tratamientos, etc. Esto se englobaría en las intervenciones interdependientes, a las que antes se hacía referencia.

El modelo de cuidados Virginia Henderson es el más comúnmente adoptado por la mayoría de hospitales; son diversos los motivos por los cuales se ha generalizado la adopción de este modelo conceptual en las instituciones sanitarias, pero entre los más destacados encontramos:

- Utiliza una terminología fácil de comprender para describir los conceptos, expresando ideas profundas y complejas de manera sencilla.
- Es un modelo abierto, que da lugar a la posibilidad de adaptación a diversas situaciones culturales y del entorno, así como la adaptación a los diversos entornos de cuidados (asistencia especializada y asistencia primaria).
- Incluye como parte de la actuación de la enfermería el papel de colaboración con otros profesionales sanitarios.
- Tiene un concepto de persona como un todo, compuesto por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que interactúan entre sí.
- Para este modelo la persona tiene un potencial de cambio, de afrontamiento, de interrelación con los demás y con su entorno, y de capacidad para ocuparse de sus cuidados.
- Afirma que la persona/familia es precursora de sus propios cuidados para alcanzar la independencia en la satisfacción de las necesidades básicas. La salud deja de ser algo externo, dado por el sistema sanitario, pasando a ser un deber personal y colectivo.
- Propone el proceso enfermero como metodología adecuada para llevarlo a la práctica.
- Permite usar la taxonomía NANDA¹⁰, para formular los problemas identificados (diagnósticos enfermeros).

⁽¹⁰⁾Equivalente a enfermero de la clasificación internacional de enfermeros (CIE)

6.2. Anexo 2. Plan de cuidados en pacientes intervenidos de hemilaminectomía lumbar

Necesidad de eliminar	
Diagnóstico enfermero	Riesgo de estreñimiento relacionado con la actividad física disminuida, debilidad de los músculos abdominales y cambio en el patrón de alimentación.
Actividades	<ol style="list-style-type: none"> 1) Aconsejar la toma de un mínimo de 2000 ml/día de líquidos, preferentemente agua. 2) Indicar una dieta rica en residuos y fibra. 3) Desaconsejar la ingestión de alimentos astringentes. 4) Establecer un plan de ejercicio diario moderado y regular, adaptado a las características del paciente. 5) Proporcionar intimidad durante las deposiciones. 6) Administrar la medicación laxante, si se ha pautado.
Criterios de evaluación	<p>El paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantiene un patrón de defecación normal. • Identifica los factores de riesgo que se dan en su caso. • Enumera las medidas higiénico-dietéticas propuestas. • Integra en su vida los cambios propuestos.

Necesidad de moverse y mantener una postura adecuada	
Diagnóstico enfermero	Trastorno de la movilidad física relacionado con el dolor, el malestar, las limitaciones físicas prescritas y la disminución de la fuerza y resistencia física.
Manifestaciones de dependencia	<ol style="list-style-type: none"> 1) Disminución de la actividad física 2) Limitación y molestias en el movimiento. 3) Pérdida de la función neurológica. 4) Inestabilidad en la marcha. 5) Miedo a una caída.
Actividades	<ol style="list-style-type: none"> 1) Valorar el estado neurológico. 2) Mantener reposo en cama durante las primeras 24 horas: <ol style="list-style-type: none"> a) Efectuar cambios posturales cada 2-4 horas utilizando la técnica de giro en bloque, colocando una almohada entre las rodillas del paciente. b) Indicar al paciente la importancia de mantener una correcta posición en la cama (evitando que se doble y/o encorve). 3) Enseñar al paciente a levantarse de la cama, evitando ejercer fuerza en la zona intervenida. 4) Enseñar al paciente (y familia) a colocarse el corsé ortopédico (si está indicado). 5) Iniciar sedestación a las 24 horas de la intervención, si se ha prescrito. 6) Iniciar deambulación a las 48 horas de la intervención, si se ha prescrito. 7) Informar y registrar el grado de movilidad y estabilidad de la deambulación.
Criterios de evaluación	<p>El paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sigue las pautas de movilización indicadas. • Demuestra levantarse correctamente de la cama. • Demuestra colocarse correctamente el corsé ortopédico. • Realiza actividades físicas de acuerdo a su tratamiento y posibilidades.

Necesidad de aprender	
Diagnóstico enfermero	Déficit de conocimientos sobre cómo movilizarse, cuidados de la herida quirúrgica y/o seguimiento del régimen terapéutico relacionado con la incapacidad para recordar la información recibida, la ausencia de la misma y/o la mala interpretación.
Manifestaciones de dependencia	<ol style="list-style-type: none"> 1) Verbalización de la falta de conocimientos. 2) Seguimiento inexacto de las instrucciones dadas. 3) Preocupación por el alta inminente.
Actividades	<ol style="list-style-type: none"> 1) Informar sobre las necesidades del paciente. 2) Favorecer que el paciente y su familia expresen sus dudas y aclararlas. 3) Informar sobre: <ol style="list-style-type: none"> a) La movilidad: <ul style="list-style-type: none"> • Utilización del dispositivo estabilizante (corsé) si está indicado. • Realizar períodos de descanso tras las actividades. b) Instruir sobre los métodos para reducir esfuerzos de la espalda: <ul style="list-style-type: none"> • Dormir sobre un colchón duro. • Emplear una mecánica corporal adecuada y mantener una postura correcta. • Evitar actividades que aumenten tensión sobre la columna, como conducir, subir escaleras o inclinarse sin flexionar las rodillas. c) Reforzar conocimientos sobre el seguimiento del régimen terapéutico: <ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento del dolor (medicaciones y técnicas de relajación). • Medicación (nombre, indicación y posibles efectos secundarios). • Dieta (control del peso; aumentar la ingestión de líquidos y fibra). d) Enseñar los cuidados de la herida quirúrgica. <ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de la incisión. • Signos y síntomas de infección. e) Informar sobre la seguridad en el domicilio; aconsejar: <ul style="list-style-type: none"> • Retirada de barreras arquitectónicas. • Uso de calzado cómodo y adecuado. • Consejo sobre los animales domésticos (riesgo de caídas). 4) Verificar la comprensión de la información proporcionada. 5) Facilitar un teléfono de contacto para cualquier duda que surja en el domicilio.
Criterios de evaluación	<p>El paciente (y su familia en ciertos aspectos):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demuestra realizar las movilizaciones correctamente, así como los métodos para reducir la tensión de la zona intervenida. • Demuestra conocer la importancia del correcto seguimiento del régimen terapéutico; conoce toda la medicación que debe tomar en el domicilio. • Realiza los cuidados de la herida quirúrgica según las indicaciones proporcionadas. • Enumera las medidas de seguridad que deberá tomar en su domicilio. • No expresa dudas en lo referido a movilización, régimen terapéutico y cuidados de la herida quirúrgica. • Se siente capaz de procurarse los cuidados necesarios en el domicilio, después del alta hospitalaria.

Problema de colaboración	
Problema	Dolor secundario a la incisión quirúrgica, al edema y a la inflamación de las raíces nerviosas.
Control de enfermería	<ol style="list-style-type: none"> 1) Valoración del dolor: localización, duración, tipo e intensidad (Escala VAS). 2) Valorar la expresión verbal y no verbal del paciente. 3) Control de la efectividad de la analgesia. 4) Control de las constantes vitales: aumento de la frecuencia cardíaca y de la tensión arterial, diaforesis, etc.
Actuación de enfermería	<ol style="list-style-type: none"> 1) Iniciar medidas de confort. 2) Recalcar la importancia de una correcta alineación corporal y la necesidad de hacer giros en bloque mientras dure el reposo en cama. 3) Aplicar los dispositivos estabilizantes prescritos (corsé). 4) Recalcar la importancia de evitar estar sentado durante largos períodos. 5) Recordar que deben evitarse esfuerzos en la defecación. 6) Administrar analgesia según la pauta prescrita. 7) Control de la eficacia de la analgesia. 8) Enseñar el uso de técnicas de relajación.

Problema de colaboración	
Problema	Complicación potencial de retención urinaria secundaria a los efectos de la anestesia y la inmovilización.
Control de enfermería	<ol style="list-style-type: none"> 1) Control de la micción espontánea. 2) Dolor en la zona suprapúbica. 3) Palpación de globo vesical. 4) Necesidad de miccionar pero imposibilidad para hacerlo. 5) Micción por rebosamiento.
Actuación de enfermería	<ol style="list-style-type: none"> 1) Realizar un sondaje de vaciado. 2) Valorar la necesidad / posibilidad de una sondaje permanente. 3) Registrarlo en la Historia de Enfermería. 4) Notificarlo al médico.

Problema de colaboración	
Problema	Complicación potencial de infección (meningitis, aracnoiditis) secundaria a la contaminación de la herida quirúrgica.
Control de enfermería	<ol style="list-style-type: none"> 1) Control de la herida quirúrgica: Temperatura, color, edema, inflamación, olor, exudación y dolor. 2) Control de la temperatura corporal. 3) Controlar la aparición de signos y síntomas de irritación meníngea: cefalea, fotofobia, rigidez de nuca y signos de Brudzinski y Kernig.
Actuación de enfermería	<ol style="list-style-type: none"> 1) Avisar al médico. 2) Tomar una muestra de la herida para cultivo (frotis). 3) Control de la temperatura corporal cada 8-12 horas. 4) Realizar / revisar la cura de la herida cada 8-12 horas. 5) Administrar el tratamiento prescrito.

Problema de colaboración	
Problema	Complicación potencial de parálisis de las EE. II., pérdida de sensibilidad, hematoma y/o fístula cefalorraquídea secundaria a la cirugía, al edema y/o a la manipulación quirúrgica de las raíces nerviosas raquídeas.

Problema de colaboración	
Control de enfermería	<ol style="list-style-type: none"> 1) Valorar el estado de la herida quirúrgica. 2) Expresión verbal del paciente: <ol style="list-style-type: none"> a) Debilidad motora. b) Pérdida de la sensibilidad. c) Parestesias. 3) Objetivar: <ol style="list-style-type: none"> a) Aumento de la debilidad motora. b) Pérdida de sensibilidad. c) Disminución de la amplitud de los movimientos. d) Disminución de la calidad de los pulsos periféricos. e) Enlentecimiento del relleno capilar. 4) Valoración del dolor.
Actuación de enfermería	<ol style="list-style-type: none"> 1) Comprobar el estado neurológico cada 1-2 horas; registrar los datos y notificarlos al médico si varían. 2) Valorar los cambios en el estado motor y sensorial. 3) Valorar el estado neurovascular de las extremidades inferiores cada 2-4 horas (pulsos periféricos, tiempo de relleno capilar, color y temperatura de las EE. II.). 4) Controlar la aparición de tumefacción y/o hematomas en la herida quirúrgica. 5) Controlar en el apósito la aparición de un halo alrededor del drenaje sero-sanguinolento (pérdida de LCR). 6) Realizar control de glucemia del líquido drenado por la herida.

6.3. Anexo 3. Ejemplo de trayectoria clínica para un paciente adulto

Trayectoria clínica para una paciente adulta (de 30 a 55 años), diagnosticada de hernia discal lumbar y sin patologías asociadas, que ingresa para ser intervenida de hemilaminectomía lumbar; su estancia hospitalaria será de entre 6 y 7 días.

	Ingreso	Intervención	1º día post.	2º día post.	3º día post.	4º día post.	5º día post.
Consultas	<input type="checkbox"/> DUE <input type="checkbox"/> Anestesiólogo <input type="checkbox"/> Cirujano	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Pruebas diagnósticas	<input type="checkbox"/> Preoperatorio: - Analítica. - Rx tórax. - ECG. <input type="checkbox"/> Pruebas específicas: - TAC/RMN. - Rx lumbar.						
Tratamiento/ Medicación	<input type="checkbox"/> Comprobar la totalidad de la Historia Clínica. <input type="checkbox"/> Comprobar firma del consentimiento informado. <input type="checkbox"/> Sedante VO. <input type="checkbox"/> Relajante muscular VO.	<input type="checkbox"/> Sueroterapia. <input type="checkbox"/> Profilaxis antibiótica. <input type="checkbox"/> Profil. anticoagulante <input type="checkbox"/> Analgesia EV <input type="checkbox"/> Protector gástrico EV. <input type="checkbox"/> Corticoides EV. <input type="checkbox"/> Control diuresis. <input type="checkbox"/> SV si precisa. <input type="checkbox"/> Valorar herida quirúrg. <input type="checkbox"/> Valorar aspecto líquido drenado. <input type="checkbox"/> Control dolor (EVA).	<input type="checkbox"/> Vía heparinizada. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Protector gástrico VO <input type="checkbox"/> Laxante VO <input type="checkbox"/> Retirar SV. <input type="checkbox"/> Cura seca herida quir.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Analgesia VO. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Retirar vía periférica. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/> Ctl. constantes c/4 h <input type="checkbox"/> Control temperatura. <input type="checkbox"/> Valorar aparición de tumefacción y hematoma. <input type="checkbox"/> Controlar aparición de debilidad motora, parestesias, ... <input type="checkbox"/> Valorar estado neurovascular c/4h. <input type="checkbox"/> Valorar estado neurológico c/2h.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Constantes c/ 12 h. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> c/12 h. <input type="checkbox"/> c/ 6 h. <input type="checkbox"/> Control de signos de irritación meníngica.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Constantes c/ 24 h. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Cuidados de enfermería	<input type="checkbox"/> Acogida del paciente. <input type="checkbox"/> Información sobre normas generales. <input type="checkbox"/> Entrevista inicial. <input type="checkbox"/> Según protocolo: - Higiene. - Rasurado. - Pintado.	<input type="checkbox"/> Control calidad <input type="checkbox"/> Control aparición UPP.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Control deposiciones.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<p>Educación sanitaria y preparación para el alta</p>	<p><input type="checkbox"/> Detección de problemas para el alta.</p>			<p><input type="checkbox"/> Informar al paciente y familia sobre los cuidados de la herida quirúrgica:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cura de la incisión. 2. Signos de infección. <p><input type="checkbox"/> Informar al paciente y familia sobre los métodos para reducir esfuerzos en la zona intervenida:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Colchón duro. 2. Mecánica corporal adecuada y mantener una postura correcta. 3. Evitar actividades que aumenten la tensión sobre la columna. 	<p><input type="checkbox"/> Reforzar la información.</p> <p><input type="checkbox"/> Reforzar información</p> <p><input type="checkbox"/> Aconsejar al paciente y familia sobre las medidas de seguridad que deben tomarse en el domicilio:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Retirar barreras arquitectónicas. 4. Calzado cómodo y adecuado. 5. Evitar animales domésticos. 	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Reforzar información</p> <p><input type="checkbox"/> Información al paciente y familia sobre el régimen terapéutico a seguir:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Medicación. 3. Dieta. <p><input type="checkbox"/> Revisar la intervención quirúrgica.</p>	<p><input type="checkbox"/> Verificar información.</p> <p><input type="checkbox"/> Verificar información.</p> <p><input type="checkbox"/> Verificar información.</p> <p><input type="checkbox"/> Verificar información.</p> <p><input type="checkbox"/> Revisar el programa de rehabilitación .</p> <p><input type="checkbox"/> Entregar informe de asistencia, alta de enfermería, recetas (si precisa) i visita programada para consultas externas.</p> <p><input type="checkbox"/> Facilitar un teléfono de contacto para dudas y consultas.</p>
<p>Dieta</p>	<p><input type="checkbox"/> Absoluta (24:00).</p>	<p><input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Hídrica (19:00)</p>	<p><input type="checkbox"/> Líquida.</p> <p><input type="checkbox"/> Blanda (18:00)</p>	<p><input type="checkbox"/> Normal</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>Higiene</p>	<p><input type="checkbox"/> Semidependiente</p>		<p><input type="checkbox"/> Dependiente.</p>	<p><input type="checkbox"/> Semidependiente</p>	<p><input type="checkbox"/> Independiente.</p>	<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>

Bibliografía

- Asenjo, M. A.** (1999). *Las claves de la gestión hospitalaria* (1.ª ed.). Barcelona: Gestión 2000.
- Asenjo, M. A.** (2006). *Gestión diaria del Hospital* (3.ª ed.). Madrid: Masson-Elsevier.
- Ayuso, D.; Grande, R. F.** (2006). *La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias*. Madrid: Díaz de Santos.
- Bengoa, R.; Nuño, R.** (2008). *Curar y Cuidar*. Madrid: Elsevier.
- Cosials, D.** (2000). *Gestión Clínica. Administración Sanitaria* (vol. IV, núm. 16, pág. 693-713).
- Chacana, B.** (1993). *Calidad Total*. México: New Brain.
- Chiavenato, I.** (1997). *Administración de Recursos Humanos*. Barcelona: Ed. Mc Graw Hill.
- Chiavenato, I.** (1997). *Introducción a la Teoría General de la Administración*. Barcelona: Ed. Mc Graw Hill.
- Del Castillo, M.** (1996). *El Administrador y su Entorno dentro de la Administración*. Madrid: Ed. Limusa Noriega Editores.
- Desrosiers, G.; Valois, M.; Fortin, J.** (1993). *La gestion contemporaine des soins infirmiers à l'heure des DRG*. Association des Hôpitaux du Québec.
- Doltra, J.; Bertran, C.** (2011). *Gestió d'infermeria*. Gerona: Documenta Universitaria.
- Drucker, P.** (1991). *Managing the non profit organization. Principles and practices*. Londres: Karper Collins Publishers.
- Fernandez Collado, E.** (1996). "Desarrollo del producto enfermero en la línea asistencial". *Gestión Hospitalaria* (núm. 1, pág. 48-64).
- Ferrús, L.** (2006). *Recomanacions per la dotació d'infermeres a les unitats d'hospitalització*. Barcelona: Consell de Col·legis de Diplomats en Infermeria de Catalunya.
- Ferrus, L.; Honrado, G.; Pintado, D.** (2000). "Grupos relacionados con el diagnóstico e intensidad de cuidados de enfermería: estudio descriptivo". *Enf. Clínica* (vol. 5, núm. 10, pág. 192-99).
- Gillies, D. A.** (1993). *Gestión de enfermería*. Barcelona: Masson-Salvat.
- Henderson, V. A.** (1994). *La Naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después*. Barcelona: McGraw-Hill.
- Hernández, R. M.** (1995). "El mesurament del producte infermer: situació actual d'un recorregut indispensable". Jornadas de Los cambios en el sistema de salud y su impacto en el trabajo enfermero. Barcelona: Asociación Española de Enfermería Docente y Escuela Universitaria de Enfermería Vall d' Hebrón.
- Hill, Ch. W. L.; Jones, G. R.** (1997). *Administración Estratégica*. Barcelona: Ed Mc Graw Hill.
- Huber, D.** (1999). *Liderazgo y administración en enfermería*. México: McGraw-Hill Interamericana.
- Juran, J. M.** (1990). *Juran y la planificación para la calidad*. México: Díaz de Santos S.A.
- Kérrouac, S.; Pepin, J.; Ducharme, F.; Duquette, A.; Major, F.** (1994). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.
- Luis, M. T.; Fernández, C.; Navarro, M. V.** (2000). *De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*. (2.ª ed.) Barcelona: Masson.
- Malik, A.** (1996). *Manual de Recursos Humanos en Salud*. OPS. OMS. Fundación WK Kellog.
- Marriner, A.** (2001). *Guía de Gestión y Administración de Enfermería*. Barcelona: Mediterráneo.
- Marriner, A.** (2009). *Guía de gestión y dirección de enfermería* (8.ª ed.) Madrid: Elsevier.

Mompart, M. P.; Duran, M. (2001). *Administración y Gestión*. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE).

Ocaña, A.; Palancar, R.; Barrera, M. J. (2011). *Administración de cargas de trabajo y dotación de personal*. Madrid: Aulascience Formación SL.

Pickering, S.; Thompson, J. (2010). *Gobierno clínico y gestión eficiente*. Madrid: Elsevier.

Temes, J. L. (2007). *Gestión Hospitalaria* (4.ª ed.) Barcelona: McGraw Hill.

Yarritu, C. (1994). "Modelos de Gestión: Gestión de enfermería para la reforma sanitaria". *Gestión Hospitalaria* (núm. 4, pág. 40-43).