

Gestión de cuidados enfermeros

Josep Anton i Riera

PID_00148820



Universitat Oberta
de Catalunya

www.uoc.edu

Índice

Introducción	5
Objetivos	7
1. La enfermería como disciplina profesional	9
1.1. Modelo conceptual de Virginia Henderson	10
2. Sistemas de prestación de cuidados	15
2.1. Conceptualización de la prestación de cuidados	15
2.2. Sistemas de prestación de cuidados	16
2.2.1. Cuidados funcionales o por tareas. Enfermera por tareas	16
2.2.2. Enfermera de equipo	18
2.2.3. Cuidados globales o por pacientes	20
2.2.4. Cuidados integrales. Enfermera primaria o de referencia	21
2.2.5. Enfermera clínica	25
2.2.6. Gestión de casos	26
2.3. Tipos de registro utilizados en los sistemas de prestación de cuidados	31
2.3.1. Los planes de cuidados o proceso de atención enfermera	31
2.3.2. Trayectorias clínicas y mapas de cuidados	34
3. La enfermería en las organizaciones sanitarias	36
3.1. Misión y objetivos de la dirección enfermera	37
3.2. Estructura de la dirección enfermera	40
4. Los gestores enfermeros en la organización	44
4.1. Los campos de actuación de la gestión enfermera	47
4.1.1. La gestión enfermera en relación con la organización o empresa	48
4.1.2. La gestión enfermera en relación con el personal	51
4.1.3. La gestión enfermera en relación con los usuarios	52
5. Perfil de la enfermera gestora en la actualidad	54
Resumen	57
Glosario	59

Bibliografía.....	60
--------------------------	-----------

Introducción

El concepto actual de salud y el modelo de atención para la salud, que recogen las disposiciones legales para garantizar el derecho constitucional a la protección de la salud de los ciudadanos, parten de conceptos (los centrales de persona, entorno y salud) que son integrales, globalizadores y dinámicos y que determinan un modelo de atención para la salud centrado básicamente en la promoción, la educación, la prevención y la readaptación y no, como sucedía hasta ahora, centrado exclusivamente en la curación de la enfermedad.

Las enfermeras juegan un papel importante en el desarrollo de estos objetivos de salud, un papel que el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) reconoce cuando define a las enfermeras como: "Aquellas profesionales preparadas para ayudar a las personas, sanas o enfermas, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud, a su recuperación o a una muerte serena".

Si bien es cierto que, efectivamente, los cambios organizativos obedecen a continuos intentos por dar respuesta a una realidad cierta, ya no se discute que cualquier innovación en una empresa de servicios no será viable sin el compromiso de los profesionales con los objetivos que deben llevarse a cabo.

Si realmente se desea trabajar con un modelo asistencial orientado al cliente, donde la calidad sea el eje sobre el cual se vertebra todo un conjunto de actividades, se requiere una reflexión profunda en el marco organizativo para encontrar nuevos elementos que proporcionen posibilidades reales de futuro y que garanticen un desarrollo que corresponda a este enfoque.

No es ya discutible que la pluralidad y complejidad de los procesos asistenciales requieren, sin duda, de diferentes profesionales que dispongan de un alto nivel de calificación en su ámbito de competencia específica y de una estructura organizativa que permita y facilite el trabajo en equipos multidisciplinares, sin relación jerárquica entre ellos, sin confusiones y desde el trabajo autónomo y responsable de quien, con conciencia profesional del desarrollo profesional conjunto, crea posible mejorar cada día la realidad de nuestro sistema sanitario.

La organización actual de los servicios enfermeros demuestra claramente su eficacia. La contribución de las enfermeras y enfermeros a la mejora de la calidad de los centros asistenciales catalanes se ha hecho evidente en el día a día y ha sido mostrada y reconocida en numerosos foros nacionales e internacionales.

Esta organización de los servicios enfermeros, con autonomía de gestión y bajo la dirección de unos profesionales con titulación enfermera de altísimo nivel de formación y de calificación y con una experiencia y unos resultados que los avalan, siendo como es un centro para la toma de decisiones, se ha convertido en un elemento estratégico fundamental. Desde el punto de vista institucional, constituye también un referente para el resto de los colectivos que participan en la atención sanitaria.

Por otro lado, el personal de los servicios enfermeros es el recurso principal para los cuidados en los centros de salud; la gestión de los cuidados requiere la utilización del potencial de cada persona cuidadora. La responsabilidad de este grupo profesional para dispensar lo más eficazmente posible los cuidados dirigidos a la salud de las personas que acceden al sistema sanitario gira alrededor de la motivación y el liderazgo, los cuales influyen en la actuación de las personas cuidadoras y en la transmisión de los valores de los cuidados enfermeros.

Objetivos

Al final del estudio de este módulo el alumno será capaz de:

- 1.** Identificar los principios de la profesión enfermera.
- 2.** Conocer los diferentes sistemas de prestación de cuidados.
- 3.** Identificar la misión y los objetivos de una dirección enfermera.
- 4.** Conocer la estructura de una dirección enfermera.
- 5.** Conocer los diferentes ámbitos de la gestión enfermera.

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 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 allá de 30 años.

Aún siendo una ciencia, una disciplina y una 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 ésta no puede hacerlo por sí misma debido a una falta de conocimientos, voluntad o fuerza física.

La verdadera esencia, la misión o la razón de ser de la enfermería es cuidar a las personas en la realización de aquellas actividades que contribuyen a su salud, a su recuperación o a una muerte digna de forma integral teniendo en cuenta los factores del entorno que influyen o pueden influir en la satisfacción de sus necesidades básicas.

La prestación de cuidados viene determinada por un marco 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. También delimitará su responsabilidad profesional y determinará, 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, la familia y la comunidad.

El fin primordial de la enfermería es prestar a los usuarios y a sus cuidadores unos cuidados enfermeros fundamentados en una información completa y una atención personalizada e integral. Esto hace necesario la adopción de un modelo acorde con la realidad (entorno) que favorezca la **continuidad asistencial** y ayude al usuario a conseguir la independencia máxima mediante **cuidados planificados**.

En el Estado español, el modelo de cuidados más utilizado es el enunciado por Virginia Henderson. 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 los siguientes:

- Utiliza una terminología fácil de comprender para describir los conceptos y expresa ideas profundas y complejas de manera sencilla.
- Es un modelo abierto que permite su 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.
- Según 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 o la 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, y pasa a ser un deber personal y colectivo.
- Propone el proceso enfermero como una metodología adecuada para llevarlo a la práctica.
- El Consejo Internacional de Enfermería adoptó su definición de la función propia de la enfermera.
- Permite usar la taxonomía NANDA-I para formular los problemas identificados (diagnósticos enfermeros).

1.1. Modelo conceptual de Virginia Henderson

Más que un modelo, la obra de Virginia Henderson se considera como una filosofía definitoria de la profesión enfermera.

La enfermería es una profesión independiente con unas funciones independientes. Henderson concibe el rol de la enfermería como la productora y realizadora de acciones que las 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:

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

Las necesidades y requisitos son:

- 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 unos 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 las creencias propias.
- 12) Trabajar de tal forma que la 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."

Virginia Henderson

Los elementos definitorios del modelo de V. Henderson son:

- 1) **Salud.** Es el grado máximo de independencia teniendo la mejor calidad de vida. La salud, por tanto, es una calidad y una cualidad de vida necesaria para el funcionamiento del ser humano, tanto en el ámbito biológico como en el fisiológico. La salud es la independencia.
 - a) **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.
 - b) **Autonomía.** Es la capacidad física y psíquica de la persona que le permite satisfacer las necesidades básicas mediante acciones realizadas por ella misma.
 - c) **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 en la vida y el desarrollo de la persona.

3) **Persona.** Es un ser integral biopsicosocial; es decir, la persona es una estructura biológica, además de psicológica, y también se relaciona. Esto es lo que define a la persona como un ser integral que 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, a recuperarla o a morir en paz. En su relación con el paciente, a medida que éste es más dependiente, la enfermera actúa como sustituto.

a) Sustituto (suplencia). Enfermedad grave, recién nacido o persona inconsciente.

b) Ayuda. Tratamiento, convalecencia.

5) **Cuidados enfermeros.** Son las actividades que realiza la enfermera para suplir o ayudar al paciente a satisfacer las catorce necesidades básicas. Los cuidados se adaptan a las necesidades de cada persona y son integrales e individualizados.

a) Todos los cuidados tienden a que la persona sea independiente en el menor tiempo posible.

b) El enfermero actúa mediante la utilización metodológica para realizar los planes de cuidados.

6) **Cuidados universales.** Los cuidados son universales y aplicables en todas las situaciones en las que el paciente requiere ayuda.

El usuario del servicio enfermero es la persona, la familia o la comunidad que presenta un déficit real o potencial en la satisfacción de sus necesidades básicas; o bien aquella persona que, sin presentar ningún déficit, expresa el deseo de mejorar su nivel de salud.

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

Carpenito (1989) define dos tipos de intervenciones enfermeras:

- **Interdependientes.** 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.

- **Independientes.** Son aquellas actividades dirigidas hacia las respuestas humanas que la enfermería 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 de cuidados, es decir, no estarán en desacuerdo con otros planes terapéuticos de otros miembros del equipo.
- Estarán basadas en principios científicos.
- Serán individualizadas para cada situación en concreto. Los cuidados de un paciente difieren de los de otro, aunque tengan problemas diagnósticos enfermeros o médicos iguales o similares.
- Se emplearán para proporcionar un medio seguro y terapéutico.
- Irán 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
- prevención de enfermedades
- restablecimiento de 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 la realización de pruebas diagnósticas, la administración de tratamientos, etc. Esto se englobaría en las intervenciones interdependientes a las que antes se hacía referencia.

2. Sistemas de prestación de cuidados

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 decisiones 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 correlación clara entre la modalidad de cuidados elegida y la atención que reciben los pacientes.

Las decisiones que una gestora de cuidados toma sobre la distribución de personal de enfermería, la modalidad de atención y la 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:

- 1) toma de decisiones clínicas
- 2) distribución del trabajo
- 3) comunicación
- 4) administración

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
- la autonomía en la toma de decisiones

2.1. Conceptualización de la prestación de cuidados

La prestación de cuidados puede definirse 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

2.2. 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

A continuación pasaremos a describir cada uno de ellos. Aunque no puedan ser considerados propiamente sistemas de organización de cuidados, describiremos también las modalidades:

- enfermera clínica
- gestión de casos

2.2.1. Cuidados funcionales o por tareas. Enfermera por tareas

A principios de siglo XX se estructuraron los cuidados en una modalidad denominada enfermería funcional, la cual estaba derivada de la influencia de los conceptos sobre la teoría de la administración científica desarrollada por Taylor. Las enfermeras funcionales nacieron 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 desarrolló desde 1800 hasta el final de la Segunda Guerra Mundial.

La enfermera por tareas puede definirse como una modalidad de atención centrada en las tareas y los aspectos técnicos del trabajo, unas 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 de 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 las 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 en el interior de la unidad y hacia el exterior.
- 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 delimitación clara de las tareas, ya que éstas 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 destreza elevada, 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 su prestación.
- La relación médico-enfermera es mínima, puesto que cada enfermera sólo cuenta con una parte de la información del cuidado del usuario.
- El registro de las actividades que realizan las enfermeras sólo puede hacerse en forma de gráficas de constantes y hojas de medicación, ya que no existe planificación de los cuidados.

Distribución del trabajo por tareas

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

2.2.2. 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 se desarrollaron desde diversas disciplinas numerosas investigaciones sobre el comportamiento de los grupos y los individuos, así como sobre la motivación y el liderazgo, que tuvieron una influencia especial sobre los sistemas de trabajo.

En los años cincuenta y sesenta, A.Maslow desarrolló su teoría sobre la priorización de las necesidades humanas, la cual tuvo una gran influencia sobre la prestación de cuidados enfermeros. Este sistema de organización de cuidados pasaba de la tarea a una orientación sobre la respuesta a las necesidades humanas, y en él el equipo podía definirse 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 del jefe de equipo, se coordina a un grupo de personas con diferentes niveles de formación para prestar atención a un grupo pequeño 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 el que la enfermera actúa como jefe de equipo y reparte 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, y pretende dar respuesta a los siguientes aspectos:

- La contradicción que supone prestar a la vez cuidados directos y supervisar a otros cuidadores.
- La atención de los pacientes en términos de confort e información sobre las repercusiones de su enfermedad.
- La importancia que tiene el hecho de 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 llega 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. Esta integración debe englobar al beneficiario, a la enfermera y al personal auxiliar.

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

Entre las ventajas del trabajo en equipo podemos señalar las siguientes:

- El acento está en el usuario y no en las tareas.
- Las habilidades y el juicio de la enfermera están disponibles para un mayor número de usuarios.
- La limitación del número de personas que cuidan a un paciente.
- La mayor continuidad en los cuidados.
- La mayor supervisión del personal auxiliar, lo que mejora la calidad de los cuidados.
- El aumento del número y la duración de las intervenciones de la enfermera en el paciente, lo que permite abordar los aspectos psicosociales.
- La mayor implicación del paciente y la familia en el proceso de cuidados.
- El mayor número de oportunidades de iniciativa y responsabilidad para el personal.
- La utilización máxima de las habilidades del personal.
- La reducción del tiempo de las tareas no enfermeras.

- Las oportunidades para adquirir conocimientos y habilidades aplicables a los clientes.
- El sentido de pertenencia a un equipo de trabajo.

Los inconvenientes del trabajo en equipo son:

- La necesidad de que el equipo reconozca a su líder, el cual asume toda la responsabilidad del cuidado.
- La inestabilidad del personal, que 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.

2.2.3. Cuidados globales o por pacientes

A la vez que se desarrollaba el sistema de equipo, a principios de los años cincuenta aparece una ruptura importante entre la concepción de los cuidados enfermeros y el rol de la enfermera. Estas inquietudes nacen por la fragmentación de las actividades de los cuidados enfermeros y por la delegación de parte de éstas 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 y se decanta 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, que es la modalidad de cuidados globales o por pacientes. Este método demuestra que la calidad de los cuidados proporcionados únicamente por enfermeras profesionales consigue 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.

Esta modalidad de cuidados cuenta con las siguientes ventajas:

- Las auxiliares sólo 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, lo 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 provoca, 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 número determinado de pacientes.

2.2.4. Cuidados integrales. Enfermera primaria o de referencia

Durante los años sesenta, el liderazgo de las enfermeras en la prestación de cuidados y la investigación enriquecieron el cuerpo de conocimientos de la enfermería, lo que permitió a las enfermeras proporcionar los cuidados que requiere un paciente y responsabilizarse de ellos desde el ingreso hasta el alta. Esta organización del trabajo se conoce como *Primary Nurse*, que se traduce como "enfermera primaria".

En nuestro contexto, esto 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 nació en los años setenta como respuesta al modelo funcional y de equipo. Era consecuencia de un movimiento, por parte de las enfermeras, hacia la profesionalización y la asunción de la responsabilidad de los cuidados, que surgía del desarrollo producido en la disciplina enfermera.

Era, al mismo tiempo que una filosofía de cuidados, un diseño de organización. No se trataba 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 produjo en Estados Unidos y se basaba en los estudios realizados por L. Hall (1969) y Mantey (1970), a quienes se atribuye la creación de denominación del término "enfermería primaria". Su posterior desarrollo en los años setenta y ochenta, no obstante, se realizó 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.
- Es responsable y educadora y presta apoyo.
- Existe un espíritu de equipo y la idea de que "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 una gran importancia a los cuidados individualizados.
- Se minimizan las rutinas y 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, la higiene y el apoyo a la familia. Es la responsable de decidir cómo le serán dados los cuidados las veinticuatro horas del día, de manera continua. Si es posible, ella misma dará los cuidados. El paciente sabrá el nombre de la enfermera y su responsabilidad.

Esta modalidad se apoya en cinco elementos:

- 1) plan de cuidados
- 2) relación enfermera/paciente
- 3) continuidad de los cuidados
- 4) planificación del alta del paciente
- 5) responsabilidad de la enfermera en el resultado de los cuidados

Existen tres esferas de responsabilidad para la enfermera de referencia:

- 1) Debe tener disponible la información clínica, de manera que en su ausencia puedan dispensarse cuidados con juicio.
- 2) Debe decidir cómo se dispensarán los cuidados y debe 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.
- 3) Debe planificar el alta.

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

- toma de decisiones descentralizada
- control reducido al nivel de supervisora
- gestión participativa
- autonomía profesional elevada
- responsabilidades individuales visibles
- cuidados completos y continuos
- estándares profesionales elevados

Y conlleva las siguientes ventajas:

- calidad de los cuidados
- satisfacción de los 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, ya que existe una comunicación directa entre los cuidadores.
- Globalidad. Un único cuidador realiza todos los cuidados requeridos por el paciente en un turno.

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

El ámbito de responsabilidad de la enfermera de referencia es:

- Garantizar la prescripción y la administración de cuidados.
- Enseñar, investigar y dirigir a otros miembros del equipo.
- Coordinar los cuidados.
- Ser el 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, y decidir sobre ésta.

Las responsabilidades de la enfermera adjunta o asociada son:

- Encargarse de los pacientes de la enfermera primaria en su ausencia.
- Reajustar el plan de cuidados según las necesidades. Las modificaciones importantes se realizan previa consulta con la enfermera primaria.
- Trabajar 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 se asigna 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 al domicilio.
 - Actúa como abogada del paciente.
 - Asume la coordinación global del cuidado.
- Cada paciente se asigna 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, ya que proporcionó un sistema de trabajo en el que las enfermeras contaban con una mayor autoridad, responsabilidad y autonomía en su trabajo, lo que a su vez proporcionaba a los pacientes una continuidad en los cuidados.
- Este sistema precisa de una distribución adecuada de los recursos humanos y de una combinación adecuada de habilidades y competencias por parte del personal para poder dar respuesta a las demandas de atención que precisan los pacientes. Por 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 reduzcan los costos (Cohen; Cesta, 1993).

2.2.5. Enfermera clínica

La enfermera 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 las capacidades de las personas y de los grupos para cambiar sus respuestas de salud.

Dentro de la organización, la enfermera clínica 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.

El rol de la enfermera clínica gira alrededor de los siguientes elementos:

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

La función principal de la enfermera clínica es asesorar y dar apoyo 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.

Los impactos sobre los resultados en la implantación de las enfermeras clínicas son:

- 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 la familia.
- Respecto a las enfermeras, se incrementa su nivel de competencia y motivación y 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 y en la orientación a la práctica, a la inclusión objetivos que contribuyan al desarrollo de la autonomía profesional de las enfermeras, a la ética y a una aproximación interdisciplinar.
- Respecto a la institución, se consigue una disminución de costes, ya que se reducen los días de hospitalización, los reingresos y los cuidados a domicilio y aumenta la satisfacción de los pacientes.

2.2.6. Gestión de casos

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

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.

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.

Primeros usos de la gestión de casos

El sistema de gestión de casos se empieza a utilizar en los hospitales americanos en la década de los ochenta. La primera experiencia se publica 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 los Estados Unidos 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 un grupo identificado para coordinar el cuidado que recibe el paciente o grupo de pacientes durante un episodio o una 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 con el objetivo de eliminar 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 la 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.

Los objetivos de la gestión de casos son:

- Conseguir los resultados esperados.
- Promocionar la práctica en colaboración, el cuidado coordinado y su continuidad.
- Racionalizar la utilización de recursos.

- Facilitar el alta apropiada.
- Disminuir la duración de la estancia.
- Favorecer el desarrollo y la satisfacción profesional.

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, que son las siguientes:

- Está centrada en las necesidades que presentan los clientes y sus familias.
- Está centrada en el paciente, por lo que la satisfacción del paciente y la familia suele ser alta.
- Un componente importante es la orientación hacia el resultado, ya que proporciona los cuidados. El objetivo consiste en avanzar, junto con el paciente y la familia, hacia la consecución de los resultados.
- Favorece y facilita la coordinación del cuidado y minimiza la fragmentación.
- Promociona 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.
- Maximiza y coordina la contribución de todas las disciplinas dentro del equipo de cuidados sanitarios.

¿Cuáles son los tipos de pacientes susceptibles de utilizar 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, que pueden ser sanitarios, económicos, sociales, emocionales, psicológicos, espirituales, etc. 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)

El gestor de casos es la persona que lleva a cabo la coordinación de una red de servicios para cada paciente, la crea y la gestiona.

El gestor de casos, en general, cuenta con cuatro componentes básicos, que son:

- 1) Completa o logra un proceso laboral de circuito cerrado para proporcionar un producto o servicio completo al cliente.
- 2) Está situado donde se entrecruzan el cliente y varias funciones.
- 3) Posee un rol expandido para tomar decisiones y enfrentarse a los asuntos relacionados con el cliente.
- 4) Tiene un acceso fácil a la información de la organización y usa la tecnología de la información en la toma de decisiones.

Las características fundamentales del gestor de casos son:

- La 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, ya que este puesto fue creado solamente con la finalidad de negociar, organizar y evaluar los recursos proporcionados al paciente.
- La responsabilidad en los costes. Un gestor de casos crea un delicado equilibrio en el control de costes sin dejar de estar comprometido con los niveles más elevados de comodidad, funcionalidad y bienestar físico y mental del paciente.
- La calidad en los resultados. Los resultados económicos buenos y la responsabilidad que ello implica no deben ir 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. Por ejemplo, la prolongación de la estancia puede evitar un reingreso posterior, algo que se da frecuentemente en las altas tempranas.
- La 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 pro-

porcionar los cuidados. De hecho, la gestión de las transiciones es, a menudo, el aspecto más crucial del rol del gestor de casos.

La fórmula para determinar quién es la persona más adecuada como gestora de casos es una mezcla de objetivos, recursos, contexto, habilidades y autoridad, lo que nos dará el gestor de casos perfecto. 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, lo que le permite detectar sus necesidades en todos los niveles de cuidados.
- Puede identificar los recursos del paciente y de su familia y el apoyo social con el que cuenta.
- Conoce bien los recursos de la propia institución.

El impacto y resultados de la gestión de casos son:

- 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. Todos los profesionales se implican 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.

2.3. Tipos de registro utilizados en los sistemas de prestación de cuidados

Una vez analizados los sistemas de organización de cuidados más conocidos y utilizados en todo el mundo, así como su evolución histórica –que no cronológica, puesto que los diferentes sistemas perduran y conviven a lo largo del tiempo y se utilizan indistintamente de acuerdo con las necesidades y características de cada institución–, pasaremos a revisar los registros que se utilizan en los diferentes sistemas.

Cada uno de los sistemas utiliza un tipo de registro para dejar constancia de las actividades que realizan las enfermeras para, así, poder seguir la evolución del paciente.

- En la enfermería funcional y la enfermería de cuidados progresivos se utilizan:
 - las gráficas de constantes
 - la hoja de medicación
 - la hoja de enfermería
- En la enfermería de equipo y por pacientes se empiezan a desarrollar los planes de cuidados, que son un sistema de registro imprescindible en la enfermería primaria.

2.3.1. Los planes de cuidados o proceso de atención enfermera

Los planes de cuidados denominados, en su estructura más científica, proceso de atención enfermera pueden definirse 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 de la ejecución de los cuidados de enfermería compuesto por 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, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen:

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

2) Diagnóstico enfermero. Es el juicio o la conclusión que se produce como resultado de la valoración enfermera y contempla también los recursos del individuo.

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

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

5) Evaluación. Se comparan las repuestas de la persona y se determina 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, de la familia y de la comunidad. Otros objetivos son:

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

La aplicación del proceso enfermero tiene repercusiones sobre la profesión, el cliente y la enfermera. Profesionalmente, el proceso enfermero define el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad. El cliente se ve beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería. Para el profesional enfermero, aumentan tanto la satisfacción como la profesionalidad.

- Las repercusiones para el paciente son:
 - participación en su propio cuidado
 - continuidad en la atención
 - mejora en la calidad de la atención
- Para la enfermera, estas repercusiones son:

- conversión en experta
- satisfacción en el trabajo
- crecimiento profesional

Las características principales del proceso de atención enfermero 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. Se basa en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.
- Es flexible. Puede adaptarse al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse de manera sucesiva o conjunta.
- Tiene una base teórica. El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos, que incluyen ciencias y humanidades, y puede aplicarse 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), que recoge de autores como Hannah (1988), Hoy (1990), Kahl (1991) y otros los objetivos para informatizar los planes de cuidados de enfermería. Estos objetivos son:

- Registrar la información de manera rápida, clara y concisa.
- Recabar la información precisa sobre el estado de salud, lo que permitirá una planificación óptima de los cuidados, su revisión y la mejora del plan.
- Facilitar la continuidad de los cuidados en el hospital y 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.

Según Kahl y otros (1991), los beneficios que se obtienen tras la informatización de la documentación enfermera son:

- Se elimina el papeleo.
- Los planes de cuidados mantienen su flexibilidad y son personalizados.
- Los datos incluidos son más relevantes y más exactos.

2.3.2. Trayectorias clínicas y mapas de cuidados

En la gestión de casos, 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 su categoría (eje Y) y su duración (eje X). Se realiza una trayectoria clínica para un grupo de pacientes con necesidades similares. Estas necesidades son relativamente previsibles y 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 ante a una patología determinada.

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 e 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 cuidados es un instrumento que muestra un perfil claro del plan de cuidados habituales que se da en 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 el que cada miembro del equipo tiene una visión clara de cómo encaja el puzzle y dónde se coordina el cuidado, de manera que cada tarea ocurre en el momento oportuno y sin duplicidades.

Todos los instrumentos (trayectorias, mapas, etc.) 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 sólo recogen las actividades de cuidados 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, ésta debe ser una experta en cuidados y en la elaboración y manejo de planes de cuidados: Sin esta 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 reciba el paciente.

3. La enfermería en las organizaciones sanitarias

El **cuidado enfermero** es la atención profesional que da la enfermera en prestaciones de servicio para la salud estableciendo la relación de ayuda a las personas dependientes de cuidados. Su objetivo se centra en desarrollar la capacidad de autocuidado de la persona y su entorno y potenciar los recursos naturales en cuanto a los conocimientos, la motivación y la capacidad para su autocuidado.

Desde la 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. Esta necesidad determina el producto enfermero, que adopta la forma de un 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 de cantidad y calidad de los cuidados necesarios.
- La especificidad de los cuidados enfermeros como servicio únicamente podrá abordarse desde la perspectiva profesional enfermera, ya 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 éste es 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.

Diversos autores han afirmado repetidamente la importancia que revisten no sólo los cuidados enfermeros, sino también 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 ámbito doble: 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–...), las enfermeras ocupan claramente el primer lugar de todos los profesionales titulados. Por otro, puede considerarse también el colectivo de usuarios potenciales de los servicios enfermeros, que está constituido por la población en general.

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

3) **El tipo de atención que realizan.** Las enfermeras llevan a cabo una labor profesional caracterizada por su complejidad, tanto por las actividades propias como, sobre todo, por la extensión de las relaciones que deben mantener con 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 la 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 dedica a su trabajo miles de horas anuales en cualquier institución sanitaria. Ello tiene no sólo implicaciones de eficacia i eficiencia, sino también económicas, por los aspectos de retribución a los que antes se hacía referencia.

3.1. Misión y objetivos de la dirección enfermera

Las direcciones enfermeras son una parte más del engranaje que conforma esta compleja empresa de servicios que son los hospitales. Éstos, y en general todas las instituciones sanitarias, son empresas de multiproductos, ya que cada cliente es uno y diferente de los demás en sus necesidades y requisitos.

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. La gestión enfermera debe analizarse desde esta perspectiva integradora.

La misión de las direcciones enfermeras es ejercer el liderazgo en el desarrollo de los cuidados enfermeros y facilitar a los profesionales la posibilidad de satisfacer las necesidades de los usuarios de los servicios enfermeros. El objetivo principal en el desempeño de esta función es lograr que las enfermeras alcancen el nivel máximo de competencia y compromiso para asegurar de esta forma a los usuarios unos cuidados personalizados, aplicados de acuerdo con la metodología científica –implícita en el proceso de atención de enfermería (o plan de cuidados)– y basados en las mejores pruebas científicas disponibles con el fin de 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 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 las 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 sistema de información potente 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 de gran alcance y diversas:

- La mejora de la calidad de los cuidados vistos 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, y en la

actualización constante de los profesionales para su adaptación a los cambios continuos que se producen en los servicios sanitarios y a las nuevas demandas de nuestros usuarios.

- La investigación como medio eficiente para la mejora continua de los cuidados prestados, procurando incorporar los resultados a la práctica.
- La gestión de los servicios para profundizar en las innovaciones puestas en marcha y, asimismo, para reconocer 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, mediante acciones que posibiliten su consolidación definitiva en el sistema, para integrarlas en la cultura profesional.
- La comunicación entendida como algo más que el simple hecho de informar. Debe ser un elemento fundamental que permita la transmisión de la información y de los valores necesarios para el cambio, y también debe devolver información acerca de las intervenciones desarrolladas y los resultados alcanzados, 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 los estándares de cuidados.
- e) Fomentar la comunicación interna y externa.

2) Funciones (responsabilidades) clave:

- a) Gestionar los cuidados enfermeros.
- b) Gestionar el conocimiento.
- c) Gestionar los equipos.

3) Funciones (responsabilidades) de apoyo:

- a) Evaluar y medir el impacto de los cuidados (calidad) – cuadros de mando.
- b) Gestionar el presupuesto.
- c) Gestionar los recursos humanos.

3.2. Estructura de la dirección enfermera

A continuación exponemos los objetivos estratégicos y el diseño de la estructura de la dirección enfermera.

La gestión de la dirección enfermera consiste en orientar la práctica enfermera según los resultados que se desean 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 y se planifican oportunamente los objetivos, entendiendo como planificación no el hecho de hacer planes, sino el de construir el futuro que se desea; es decir, unos 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 estrategia precede a la estructura. 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 las metas de la dirección.

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.

La descripción anatómica de la dirección enfermera es el organigrama, que debe completarse con la descripción fisiológica, es decir, el funcionamiento de la toma de decisiones. Un organigrama (la representación gráfica de la estructura) debe servir para dar una visión global del funcionamiento de la dirección, y con él deben familiarizarse tanto los miembros de la organización como las personas ajenas que tengan alguna relación con ella. La analogía de la pirámide de gestión sirve para explicar la estructura de la dirección enfermera, ya que representa la estructura decisional y de comunicación de la dirección, así como el diferente grado de decisión de cada uno.

La gestión estratégica a cargo de 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, para resolver los problemas cotidianos, organizar las actividades y dirigir al personal (gestión táctica). El organigrama debe dejar clara el área de responsabilidad de cada mando de la organización.

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

Normalmente, en todas las instituciones sanitarias existe una supervisora por unidad o servicio asistencial que es la responsable de coordinar y dirigir a 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 es el pilar indispensable sólo en el funcionamiento de la dirección enfermera, sino también en el del Hospital. El importante papel coordinador que juegan estos profesionales es indudable, y de su eficacia depende en muchos casos la buena marcha de la unidad, puesto que son los que deben liderar la práctica enfermera de la misma y también los responsables de la consecución eficaz y eficiente del nivel de calidad óptimo de los cuidados a los usuarios.

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

Estructura organizativa

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 sus necesidades.

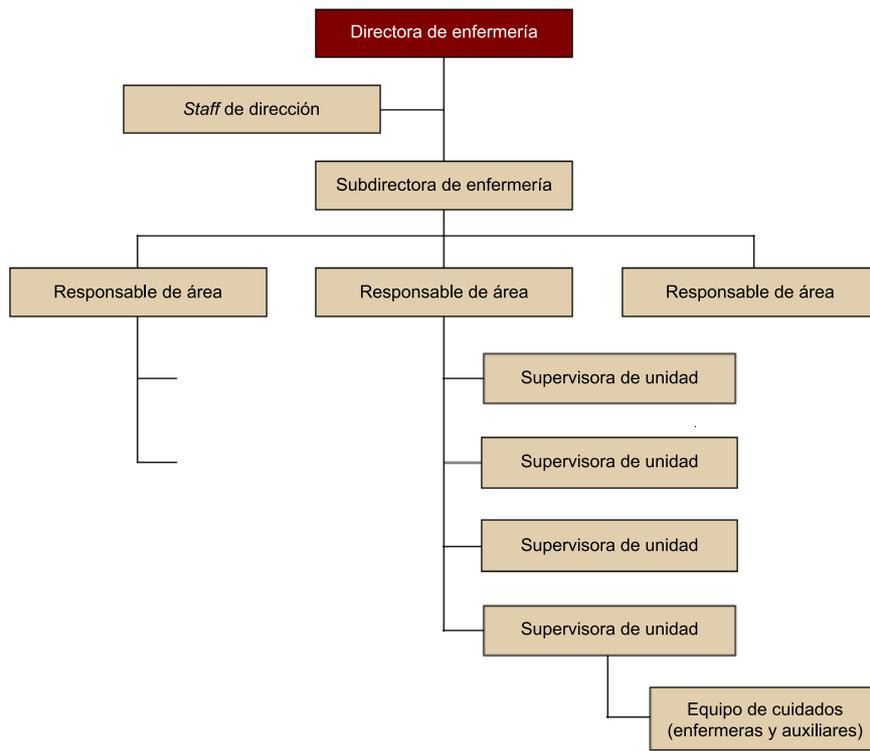
- Debe liderar los cuidados. Debe conducir al grupo a una atención óptima a las necesidades de los usuarios.
- Debe dominar el entorno y servir de lazo de unión entre el resto de profesionales del hospital.
- Debe organizar la unidad para hacer posibles los actos asistenciales y asegurar la continuidad y el cumplimiento de los objetivos institucionales.

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 entendiéndolo que pueden ser pasos intermedios, en las estructuras organizativas de las direcciones enfermeras se han producido 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, redireccionar sus esfuerzos a la gestión de los cuidados y abandonar la gestión del personal, del material, del 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.

Ejemplo de organigrama funcional (modelo) para la dirección de enfermería



4. Los gestores enfermeros en la organización

Enfrentadas a los desafíos que plantea la organización de los servicios sanitarios actuales, 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. Ésta puede orientarse primordialmente hacia las necesidades de la organización o 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 contradicción aparente 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 ningún 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, que debe ser asumida por todas las enfermeras de la organización, de manera que se dé una coincidencia real en la visión aceptada 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.

Para elaborar este pensamiento enfermero se utilizan habitualmente las teorías y los modelos enfermeros, ya que aportan orientaciones para identificar:

- Quién es el protagonista, es decir, quién asume la responsabilidad directa de los cuidados, que puede ser la enfermera, el usuario, la familia, otros miembros del equipo, etc.
- Quién es el receptor, es decir, a quién van dirigidas las acciones enfermeras, que pueden ser los pacientes o clientes, la familia, los otros miembros del equipo, etc.

- Cuál es el contexto en el que se producen las acciones enfermeras, que pueden darse en situaciones de salud o enfermedad, en unidades asistenciales, en el hogar (en caso de la hospitalización a domicilio), etc.
- Cuál es el objetivo de la actividad, tal como se presenta en el modelo, que puede ser las acciones sobre el bienestar, la patología, el tratamiento, etc.
- Cuál es el procedimiento a seguir, cómo es este procedimiento y cuál es la dinámica que se utiliza.

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 y 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 para elaborar normas de trabajo e incluso para determinar otras cuestiones relativas al personal, como pueden ser los modelos de distribución del trabajo, los horarios y sistemas de promoción y la formación continua del personal.

2) La orientación de los cuidados y del servicio enfermero al cliente o usuario. Las actividades están centradas en el paciente o cliente y se realizan en función de éste y a su alrededor. Aunque pudiera parecer que ésta es una afirmación improcedente y que, en principio, la organización sanitaria se orienta siempre hacia el usuario, en la realidad de cada día puede observarse que muchos de los procesos se planean y diseñan teniendo más en cuenta a la propia organización o a sus trabajadores.

Ejemplo de orientación al cliente

En algunos centros o unidades, los horarios de atención, de visitas o de información a los familiares son buenos ejemplos de la escasa orientación de los cuidados y del servicio enfermero al cliente o usuario, ya que se programan más en función del trabajo de las enfermeras o de los médicos y no tanto buscando 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 pueden identificarse como sigue:

- Respeto por los valores, las preferencias y las necesidades expresadas por los pacientes, lo que incluye el respeto por sus ideas sobre calidad de vida, autonomía y dignidad.
- Coordinación e integración del cuidado procurando evitar pérdidas de tiempo entre diferentes tipos de atención, solapamientos de horarios (visitas, comidas, exploraciones), traslados innecesarios entre servicios o centros, etc.
- Información, comunicación y educación, lo que incluye a los sistemas de información acerca del proceso de cuidados y la situación clínica, así como la información y el 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 y el mantenimiento de un entorno hospitalario acogedor y cómodo.
- Apoyo emocional y ayuda para aliviar el miedo y la ansiedad, lo que demanda atención sobre las causas de estos temores en el paciente y la familia y diseño de actividades específicas que tiendan 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 para reconocer el importante papel que éstos juegan en el bienestar, la atención adecuada y la satisfacción de las necesidades que se presentan por este motivo.
- Continuidad de los cuidados para disminuir la ansiedad producida por el proceso de curación y los cuidados, seguimiento de éstos al alta hospitalaria, coordinación de los niveles de atención primaria y hospitalaria, etc.

3) La estrecha comunicación entre los diferentes niveles existentes en la estructura organizativa debe garantizar 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 éstas por las enfermeras de otros niveles inferiores en la estructura. Es preciso

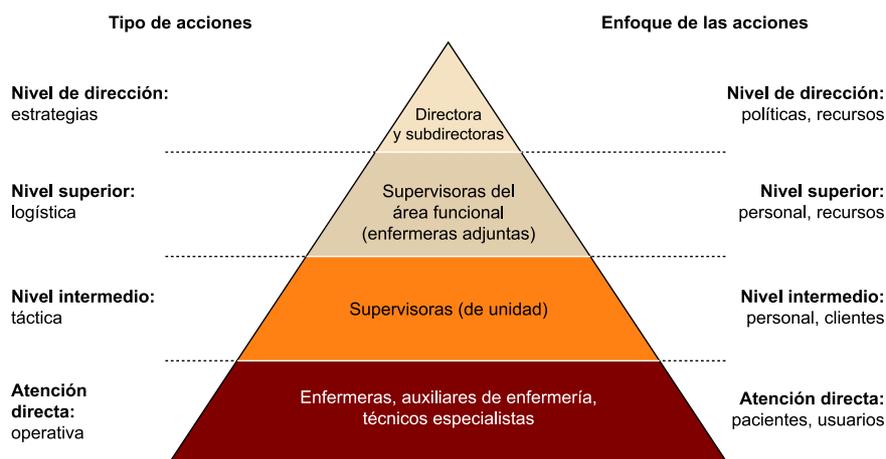
que exista una identificación de lenguaje, valores y objetivos entre los niveles directivos y los asistenciales, de manera que todas las actividades del personal estén enfocadas hacia la misma finalidad.

Cumplidas estas premisas, podemos decir que una enfermera gestora "moderna" es a la vez gestora de cuidados y de recursos, aunque varíe 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 en que 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, sin que evidentemente puede olvidar, sea cual 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 y su responsabilidad principal es el personal y, por éste, los clientes. En los niveles superiores (dirección y jefaturas de área), su actividad y su responsabilidad se enfocan más a cuestiones de tipo general y estratégico, como la dotación de recursos humanos, materiales y financieros, el establecimiento y el mantenimiento de políticas generales de actuación, la representación del servicio, etc.

Niveles de gestión enfermera en una organización



4.1. Los campos de actuación de la gestión enfermera

La gestión enfermera moderna debe afrontar su labor, de acuerdo con los compromisos de la gestión, en relación con la organización o empresa, en relación con el personal a su cargo y en relación con los usuarios.

4.1.1. La gestión enfermera en relación con la organización o empresa

En este campo, la enfermera gestora debería atender a dos aspectos básicos:

1) 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. En este apartado es de especial relevancia la tarea que incumbe al gestor en el diseño de planes o procesos de cuidados y de sus procedimientos adecuados.

En el ámbito de las tareas administrativas, este aspecto se denomina *sistematización* en referencia a la necesidad de considerar los procesos y procedimientos de trabajo no de forma aislada, sino como un conjunto sistemático, ya que todos se relacionan y sólo todos ellos conjuntamente tienen significación para el cumplimiento de los objetivos de la atención que haya fijado la organización. 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 duda 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 las enfermeras y por el resto de profesionales que trabajan con ellas.
- Servir de base a una política de calidad fijando no sólo unas acciones y orientaciones del trabajo, sino también un nivel de obtención de tal trabajo.

La elaboración de normas o estándares de cuidados se deriva de la existencia de una filosofía del cuidado (o modelo conceptual) presente en la organización y pretende determinar los niveles de atención que deban alcanzarse. Todos los usuarios deben conocer cuáles son las posibilidades de prestación de cuidados, cuál es el nivel que se desea obtener y qué es realmente alcanzable.

Habitualmente, las normas son elaboradas por grupos de profesionales que, ya sea tomando como referencia la práctica habitual o bien determinando la práctica excelente basada en las pruebas, establecen pautas de acción para su discusión posterior por parte de todos los trabajadores que se verán implicados en su consecución, así como por la administración o dirección, que debe aportar los medios para llevar las normas a la práctica.

Normas fijadas por asociaciones

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, que requerirá una serie de cuidados similares que son también conocidos y repetibles de forma homogénea, lo que facilita la decisión de aplicar un plan de cuidados u otro.

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

Ejemplo de población diana

Los pacientes pediátricos (entre cero y dieciséis años) intervenidos de apendicitis de urgencias es un ejemplo de población diana.

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 la lleva a cabo y la secuencia de los pasos que deben realizarse para conseguir el total de la acción y su efecto.

Un procedimiento, por tanto, debe contener:

- La especificación de cuál es la actividad que debe llevarse 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 los demás con los que se relacionen.

Ejemplo de especificación de la actividad

La preparación prequirúrgica en cirugía abdominal es un ejemplo de especificación de la actividad que va a llevarse a cabo.

- La definición del receptor de la actividad, lo que significa la especificación de las condiciones en que debe hallarse para emprender la acción.

Ejemplo de receptor de la actividad

Las circunstancias personales como el consentimiento informado firmado, una persona que va a ser intervenida por laparotomía, etc., son ejemplos de definición del receptor de la actividad.

- La descripción del agente que llevará a cabo la acción y las circunstancias que pueden estar presentes.

Ejemplo de agente que llevará a cabo la acción

Dos enfermeras, ayudadas por una auxiliar de enfermería, sería un ejemplo de descripción del agente que llevará a cabo la acción.

- La descripción detallada de los medios materiales que se utilizarán en la acción, así como las condiciones en que deben hallarse.

Ejemplo de descripción de materiales

La esterilidad, el número o el calibre de los medios materiales es un claro ejemplo su descripción.

- Cuáles son los resultados que se espera conseguir con la actividad y la forma en que ésta finaliza, 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 resultados adecuados. Sin embargo, hay que recordar que la mera existencia de unos protocolos no asegura su utilidad, corrección y seguimiento, por lo que deberán cumplirse algunas condiciones:

- **Que la acción sea "protocolizable"**, es decir, que revista importancia en cuanto a su impacto en el proceso de atención al usuario, en el coste referido o en la dificultad o complejidad para su realización.
- **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 a él en cualquier momento en que surja una duda o se plantee algún problema en el seguimiento del protocolo.
- **Elaboración según las pruebas científicas disponibles.** Un protocolo debe ser el resultado del convencimiento de todos los implicados de que la forma recogida es la mejor, la más rápida, la más útil y la más barata de ejecutar una actividad determinada. Por ello es recomendable que se base en una investigación profunda que asegure que las pruebas disponibles manifiesten 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, ya que marca pautas concretas y correctas para llevar adelante el trabajo.

- Facilita el trabajo, especialmente el de los profesionales de nueva incorporación.
- Abarata los costes económicos, ya que estandariza la utilización de medios y tiempos.
- Sistematiza la información y facilita el registro de actividades. Ello ayuda a favorecer la transmisión de la información referida a la propia actividad y a sus resultados.

2) Definición y contención de costes

Un segundo aspecto de importancia es el papel que incumbe al directivo o a la enfermera gestora (principalmente a la de alto nivel, pero también a las de niveles intermedios e incluso a las enfermeras del primer nivel de cuidados) en la definición de los costes y su contención.

En el primero de los casos, es tarea del gestor definir cuáles son los recursos adecuados para la prestación de cuidados que se haya establecido como idónea, tanto los materiales como, muy especialmente, los humanos. La determinación de cuál es el número y el tipo de personal que la organización debe contratar para prestar cuidados enfermeros de calidad está tan relacionado con este tema de los costes económicos como la definición del material que será preciso, su cantidad y, sobre todo, su calidad. Debe tratarse de conciliar, dentro de los límites presupuestarios en que viven generalmente las organizaciones sanitarias, los aspectos de contención y reducción de costes con los de mantenimiento de un servicio adecuado.

4.1.2. La gestión enfermera en relación con el personal

En este campo, la enfermera gestora debería atender a varios aspectos:

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

A lo largo de este programa se tratan todos estos aspectos, pero se ha creído oportuno hacer mención a ellos en este apartado para reseñar su importancia especial 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 de las sanitarias, ya que las implicaciones personales pueden afectar a su atención y calidad.

4.1.3. La gestión enfermera en relación con los usuarios

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 al dotar a éstos de medios adecuados.

Conviene recordar en este punto la influencia que tienen en el estado y la satisfacción de una persona que acude a un centro sanitario la disponibilidad de espacio para su intimidad, la existencia de un horario adecuado para ver a su familia, el hecho de 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.

Ejemplos de influencia del gestor para asegurar la calidad de los cuidados

La participación en la determinación de plantillas y otros recursos y el establecimiento de normas y protocolos correctos basados en las pruebas clínicas son algunos de los condicionantes de la calidad en el cuidado individualizado.

La dirección enfermera de una organización actúa en realidad como garante del trabajo de calidad de los trabajadores que componen el servicio y participan 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 de gestión concretos.

3) Asegurar los derechos del usuario. Los usuarios de los servicios de salud tienen diversos derechos que deben ser respetados en el entorno de la organización por todos sus componentes. Estos derechos incluyen el respeto a sus creencias y valores, la confidencialidad, la calidad e individualización de los cuidados, la participación en las decisiones que le atañen personalmente y la información veraz, entre otros.

La consideración a estos derechos y su respeto deben darse 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 para que no vean deteriorados sus derechos cuando entren en un

centro sanitario, sino que más bien se sientan 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 sus derechos.

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 y asegurar 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 y ayudar al paciente o cliente a utilizar sus capacidades al máximo y de forma libre.

5. Perfil de la enfermera gestora en la actualidad

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

- 1) 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 sus objetivos y de los cuidados que deben prestarse, así como de las características personales y profesionales de cada una de las personas que trabajan con ella.
- 2) Debe distribuir el tiempo y las energías adecuadamente en función de los resultados que se esperan de ella y de todo el personal.
- 3) Debe utilizar todos los principios y habilidades específicas de gestión y administración: planificación, organización, dirección y control.
- 4) Debe 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 saber manejar la información. En realidad, debe ser un experto en la recogida y el manejo de información en beneficio de las personas y del trabajo.
- 6) Debe mantenerse en contacto con otros grupos o personas de interés para conocer de primera mano aquellas innovaciones que se produzcan y debe tener capacidad para discutir las y utilizarlas en su servicio.
- 7) Debe utilizar la investigación en su campo de trabajo y debe 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 más estrechamente relacionada. Cuanto más se aleje del cuidado directo, más amplio y conceptual será este conocimiento, que, lógicamente, perderá aspectos de concreción.

- **Conocimientos de gestión** y actualización constante de éstos. De acuerdo con su posición, deberá profundizar más en unos aspectos que en otros, pero su competencia en este campo deberá actualizarse de forma permanente para responder a los cambios constantes que afronta la empresa sanitaria.
- **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 permitirán tener más o menos éxito.

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

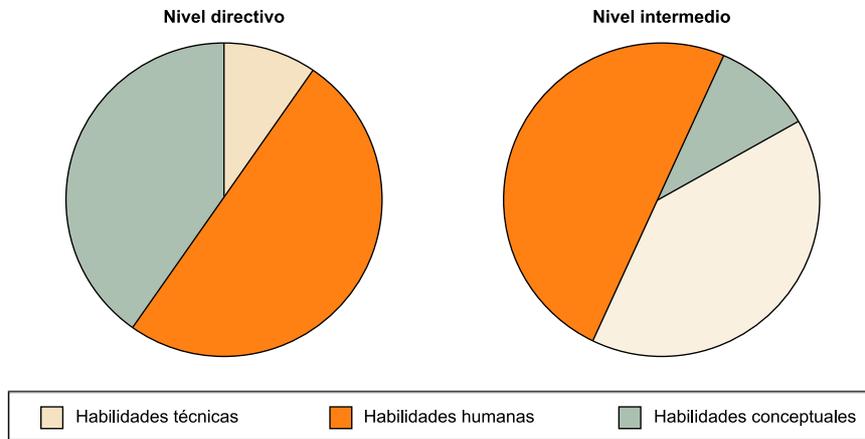
- **Habilidades técnicas.** Son capacidades que se adquieren a través del estudio, la experiencia y la formación continuada y que llevan a poder utilizar los conocimientos, la metodología y las técnicas precisas para poder desarrollar las actividades específicas y concretas que tienden a cumplir los objetivos.
- **Habilidades humanas.** Son la capacidad y la destreza para trabajar con las personas y desarrollar estrategias de coordinación, comunicación y liderazgo que se ejercen hacia el personal adscrito a la dirección enfermera, hacia otros colegas y hacia el usuario y su familia.
- **Habilidades conceptuales.** Son aquellas capacidades que facultan a la enfermera para mantener una visión de conjunto de su trabajo y del lugar de éste 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. En estas habilidades se incluirían la capacidad de conceptualizar los cuidados enfermeros como una parte integrante de la atención sanitaria para identificar la aportación específica de la enfermera a dicho proceso.

La utilización de estas habilidades varía de acuerdo con el nivel en el 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 niveles de gestión más altos se utilizan fundamentalmente las habilidades conceptuales. Las de carácter humano son 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 exige

además a las enfermeras una actitud creativa en relación con su trabajo que les sitúe de la forma más adecuada en la posición natural que desempeñan dentro la organización para satisfacer las necesidades de los usuarios o clientes.

Habilidades de gestión según el nivel



Resumen

Los centros hospitalarios, como organización compleja e integrada por profesionales calificados, deben dotarse de un sistema organizativo descentralizado en el que cada grupo profesional asuma la responsabilidad en la toma de decisiones de su ámbito de competencia exclusiva. La dirección de enfermería debe tener también la autoridad, es decir, el poder y la capacidad de decidir, para gestionar la aportación profesional de los servicios enfermeros.

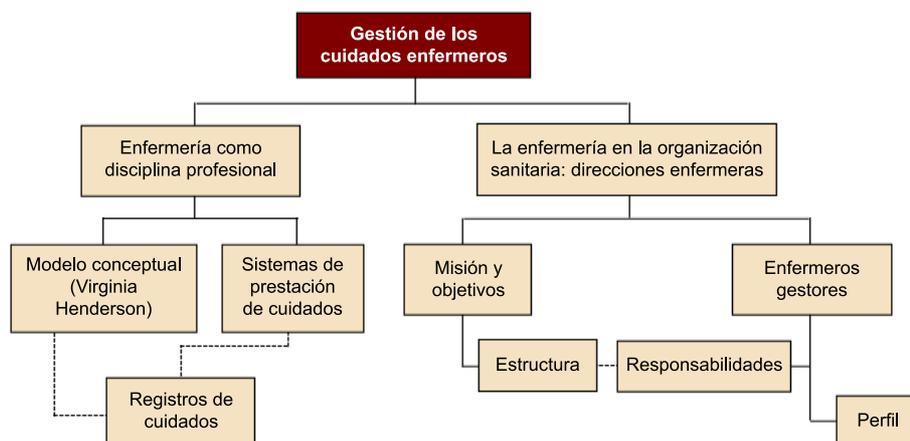
La dirección de enfermería debe formar parte del órgano directivo de nivel más alto para la toma de decisiones sobre la organización y los resultados de los cuidados enfermeros para contribuir de este modo a la consecución de los objetivos formulados en el contexto estratégico donde esté situada.

Si bien es cierto que la organización divisional o por colectivos profesionales parece que no es la que prevalece en el momento actual, también lo es que son los profesionales quienes sostienen e incluso mejoran la eficiencia en los centros asistenciales y deben poder contar, para hacerlo, con un profesional con formación y titulación enfermera que garantice la coherencia de los cuidados, su adaptación a los requisitos sociales e institucionales, la eficiencia en la gestión y en la implicación de sus profesionales, las mejores fórmulas de trabajo interdisciplinario y, en definitiva, la calidad de sus cuidados.

La dirección de enfermería es un elemento estratégico fundamental y, desde el punto de vista institucional, es un referente para el resto de los colectivos que participen en la atención sanitaria.

La enfermería, como cuerpo profesional, debe disponer de autonomía de gestión, control y responsabilidad sobre su campo de actuación y sobre los métodos y las estrategias que utiliza para realizar su aportación profesional.

Mapa conceptual



Glosario

cuidado enfermero Cuidado guiado por la conceptualización disciplinar propia que un profesional enfermero lleva a cabo con autonomía y responsabilidad.

diagnóstico enfermero Diagnóstico que resulta del juicio clínico sobre la respuesta de una persona, una familia o una comunidad para afrontar problemas de salud o procesos vitales reales o potenciales. Proporciona la base para la selección de la actuación enfermera destinada a conseguir unos objetivos de los que es responsable la enfermera.

enfermería Disciplina que tiene por objeto cuidar a la persona que, en interacción continua con su entorno, vive experiencias de salud.

gestión de cuidados enfermeros Método de gestión heurístico dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con el objetivo de sostener y favorecer el cuidado de una persona.

modelo conceptual Conjunto de conceptos o proposiciones generales y abstractas que explican una perspectiva de la disciplina enfermera y guían la práctica, la investigación, la formación y la gestión de los cuidados. El modelo conceptual aclara la contribución o razón de ser profesional de la enfermera y el objetivo del servicio que presta a la población.

Plan de cuidados Documento del proceso de cuidados enfermero en el que se definen los cuidados enfermeros que deben proporcionarse, las actividades enfermeras que el profesional enfermero debe llevar a cabo y los resultados que deben conseguirse.

proceso enfermero Proceso sistemático para proporcionar cuidados eficientes centrados en la consecución de los resultados esperados y que consta de una serie de etapas correlativas e interrelacionadas. El objetivo del proceso enfermero es construir una estructura teórica que pueda cubrir, individualizándolas, las necesidades de las personas, familias y comunidades. Consta de cinco etapas (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación) estructuradas en secuencias lógicas, cíclicas, dinámicas e inseparables.

trayectoria clínica Plan de actuación que enumera los procedimientos enfermeros y médicos principales que deben seguirse para que una persona atendida consiga los resultados estándar en su grupo diagnóstico.

Bibliografía

Asenjo Sebastián, M. (2006). *Gestión diaria del Hospital* (3ª ed.). Madrid: Masson-Elsevier.

Ayuso Murillo, D.; Grande Sellera, R. (2006). *La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias*. Madrid: Díaz de Santos.

Gillies, D. (1993). *Gestión de enfermería*. Barcelona: Masson-Salvat.

Henderson, V. (1994). *La Naturaleza de la Enfermería. Reflexiones 25 años después*. Barcelona: McGraw-Hill.

Hernández, R. (1995). "El mesurament del producte infermer: situació actual d'un recorregut indispensable". En: *Jornadas 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.

Huber, D. (1999). *Liderazgo y administración en enfermería*. Méjico: McGraw-Hill Interamericana.

Kérrouac, S; Pepin, J.; Ducharme, F.; Duquette, A.; Major, F. (1994). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.

Kérrouac, S; Pepin, J.; Ducharme, F.; Duquette, A.; Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.

Luis Rodrigo, M.; Fernández Ferrín, C.; Navarro Gómez, M. (2000). *De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*. (2ª ed.). Barcelona: Masson.

Mompert Gracia, M.; Durán Escribano, M. (2001). *Administración y Gestión*. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE).

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