

# Administración y gestión de servicios de enfermería

(Basado en el libro Administración y gestión de la serie Enfermería S21)

MARÍA PAZ MOMPART GARCÍA

---

Enfermera. Directora de proyectos editoriales DAE

MARTA DURÁN ESCRIBANO

---

Profesora Titular de Administración de Servicios de Enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de Alcalá. Madrid



Directora de proyectos editoriales: María Paz Mompert García

© Difusión Avances de Enfermería (DAE)

**Obra:** Colección Enfermería S21

**Volumen:** Administración y gestión

**Primera edición:** año 2003

**Segunda edición:** año 2009

**Responsable de ediciones:** Elena Acebes Seisdedos

**Coordinador del volumen:** Alberto Chapinal Yeti

**ISBN de la obra completa:** 978-84-931330-1-6

**ISBN del volumen:** 978-84-95626-94-3

**Depósito legal:** M-46859-2008

**Diseño:** Sansón y Dalila, S.L.

**Maquetación:** Grupo Tramec

**Ilustración:** David Menéndez González

Impreso en España sobre papel 100% ecológico blanqueado con productos libres de cloro

---

Prohibida la reproducción total o parcial de la obra. Ninguna parte o elemento del presente libro puede ser reproducida, transmitida en ninguna forma o medio alguno, incluyendo las fotocopias, grabaciones o cualquier sistema de recuperación de almacenaje de información, sin el permiso explícito de los titulares del copyright.

**Ediciones DAE (Grupo Paradigma)**

[www.enfermeria21.com](http://www.enfermeria21.com)

# COLABORADORES

## **Teresa Belmonte García**

Profesora Titular. Escuela de Enfermería. Universidad de Almería

## **María Dolores Calvo Sánchez**

Enfermera. Doctora en Derecho. Catedrática de Escuela de Enfermería. Universidad de Salamanca

## **Francisco Duque Duque**

Profesor Titular. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Europea de Madrid

## **Lourdes Farrerons Noguera**

Profesora Titular. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria

## **Rosa González Gutiérrez-Solana**

Enfermera. Subdirectora de Calidad de Cuidados. Hospital Juan Canalejo. La Coruña

## **Jesús López Ortega**

Profesor Titular. Escuela Universitaria de Ciencias de la Salud. Universidad de Jaén

## **Pilar Marqués Sánchez**

Profesora Titular. Escuela de Enfermería. Universidad de León. Ponferrada

## **Cristina Martín Martín**

Enfermera. Supervisora. Hospital Ramón y Cajal. Profesora Asociada. Universidad de Alcalá. Madrid

## **Lucía Miralles Giménez**

Enfermera. Gerente de Lambda Soluciones de Gestión. Sevilla

## **Carmen Pérez Garrote**

Enfermera. Supervisora de Área Funcional. Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Profesora Asociada. Universidad de Alcalá. Madrid

## **Montserrat Ruiz López**

Profesora. Departamento de Enfermería. Universidad Europea de Madrid

## **Alberto Santo Tomás Pajarrón**

Enfermero. Licenciado en Antropología. Máster en Salud Pública y Administración Sanitaria. Profesor. Escuela Universitaria de Enfermería. Vitoria-Gasteiz

## **Pedro Tamayo Lorenzo**

Doctor en Economía. Profesor Titular. Departamento de Economía Aplicada e Historia de la Economía. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Madrid

## **Rafael Toro Flores**

Enfermero. Licenciado en Derecho. Supervisor de Unidad. Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Profesor Asociado. Universidad de Alcalá. Madrid

## **Isabel Zaldívar Laguía**

Directora de Enfermería. Área de Salud de Ibiza y Formentera

# ÍNDICE

## UNIDAD I

### 1. La gestión enfermera

- Introducción
- La situación de la enfermera en la organización
- El papel de la gestión enfermera
- Aspectos generales de la gestión enfermera actual
- Los campos de actuación de la gestión enfermera
- El perfil del gestor actual
- Anexos

### 2. El liderazgo y la gestión de los cuidados

- Introducción
- Las enfermeras deben liderar los cuidados
- Definición y principios de liderazgo y dirección
- La gestión de los cuidados enfermeros en el sistema de salud
- Debate sobre el liderazgo y la gestión enfermera en el actual Sistema Nacional de Salud

### 3. Los instrumentos de la dirección enfermera

- Introducción
- La motivación para el desarrollo profesional
- Las relaciones de poder en la organización
- Los sistemas económicos como incentivos
- El entorno de trabajo como factor de estrés
- El proceso de toma de decisiones
- Estrategias para la toma de decisiones
- La estrategia enfermera en la dirección de servicios
- Sistemas de innovación en los servicios enfermeros

## UNIDAD II

### 4. La gestión de personas en los servicios de salud

- Introducción
- Los aspectos actuales de gestión de personas
- Desde el capital profesional
- Desde el capital intelectual
- Desde el capital emocional
- Sociosistema

### 5. Cargas de trabajo y dotación de personal

- Introducción
- La importancia del profesional en la gestión de RRHH
- Carga asistencial y carga de trabajo
- Cargas de trabajo: concepto y tipos
- Determinación de las cargas de trabajo

- Sistemas de Clasificación de Pacientes (SCP)
- Dotación de personal

### 6. Recursos materiales: cálculo de costes

- Introducción
- Recursos materiales: concepto y tipos
- Los costes sanitarios. Concepto
- Presupuestos. Concepto y tipos
- Anexo

## UNIDAD III

### 7. Los sistemas informáticos en la gestión sanitaria

- Introducción
- Informática: eficiencia, calidad y seguridad
- Los sistemas informáticos y el trabajo profesional: las dificultades
- La enfermería como coordinadora de la unidad
- La enfermería como dirigente en las instituciones sanitarias
- Cambio informático en organizaciones complejas
- La seguridad en el sistema sanitario

### 8. Evaluación y control en los servicios sanitarios

- Introducción
- Concepto y finalidad de la evaluación
- Ámbitos de la evaluación
- Condiciones de la evaluación
- Tipos de evaluación
- Medios de evaluación y control
- Aspectos económicos de la evaluación

### 9. La calidad en la atención a la salud y los cuidados enfermeros

- Introducción
- Evolución de los movimientos por la calidad
- Definición de calidad
- La calidad de la atención sanitaria
- Componentes de la calidad asistencial
- Cuidados de enfermería y calidad de la atención
- Los procesos sanitarios y su diseño de calidad
- Valoración de la calidad: la estructura, el proceso y los resultados
- Estándares, indicadores y criterios de calidad
- La gestión de la calidad en la empresa sanitaria
- El concepto de calidad total, su gestión y mejora
- Tendencias actuales: la autoevaluación, la acreditación y la certificación

# UNIDAD I

# 1

## La gestión enfermera

María Paz Mompert García  
Marta Durán Escribano

- Describir los aspectos más destacados de la gestión de enfermería en una organización.
- Analizar las condiciones para conseguir una organización de los cuidados enfermeros más eficaz.
- Discutir los ámbitos de la gestión enfermera en los distintos niveles de la organización.
- Definir los conceptos de norma o estándar, procedimiento y protocolos, indicando sus condiciones de realización.

## INTRODUCCIÓN

---

En años recientes, especialmente a partir de la década de los ochenta, los nuevos conceptos de gestión en los servicios de enfermería, aun con lentitud y dificultad, en parte debido a su rígida estructuración, han ganado protagonismo en la organización sanitaria. En estos nuevos conceptos de gestión destaca la transición del papel de gestor desde el control a la facilitación del trabajo y desde la cantidad de actividades hacia la calidad de los cuidados.

Por otra parte, la preocupación por los costes y su contención, la identificación de la necesidad del cambio y su impulso, el bienestar y la mejora continua del personal, la comunicación con los usuarios y la satisfacción de éstos son algunos de los aspectos en los que trabajan actualmente los gestores de servicios de enfermería, lo que supone el empleo de unos conocimientos y habilidades para los que han de prepararse y mantenerse actualizados continuamente.

Los aspectos éticos y legales del trabajo de gestión también están presentes en este panorama cambiante, por lo que es preciso considerarlos si la enfermera pretende realmente atender a las necesidades que le plantean tanto los usuarios como la propia organización. La habilidad con que cumplan estas nuevas funciones influye en el comportamiento de la organización sanitaria, dada la relevancia del lugar que ocupan los gestores, en contacto con el personal de enfermería, los pacientes o usuarios y demás profesionales.

---

## LA SITUACIÓN DE LA ENFERMERA EN LA ORGANIZACIÓN

---

Desde el punto de vista de la gestión, el colectivo enfermero, como grupo profesional, ocupa en la actualidad actual un destacado lugar en los servicios de salud, por varios motivos [1]:

- **El número de personas:** el personal de enfermería constituye el colectivo más numeroso del total de los trabajadores del sistema de salud, llegando en nuestro país a alcanzar cerca de un 50% del personal sanitario de las distintas instituciones. Aunque en este porcentaje se incluye tanto a enfermeros profesionales como a auxiliares, el número total de profesionales enfermeros en España es de cerca de 205.000, de acuerdo a estudios del Consejo General de Enfermería (CGE), cifra que les coloca en el primer lugar de todos los profesionales titulados [2]. Por su parte, todos los usuarios de los servicios del sistema sanitario son potencialmente clientes de los cuidados de enfermería, ya que la enfermera es el profesional de quien todos reciben atención, en un momento u otro de su paso por el sistema.
- **Los recursos utilizados:** debido a este elevado número de personal, se emplea en este colectivo, en concepto de pago de salarios, un destacado porcentaje de los presupuestos utilizados para el desarrollo de las actividades de cualquier institución sanitaria. Se calcula que este personal maneja además un elevado por-

centaje del total del material, siendo responsable de su buen uso y resultados.

- **El tipo de atención:** las enfermeras llevan a cabo una labor profesional caracterizada por su complejidad, tanto en las actividades propias como, sobre todo, por la extensión de las relaciones que deben mantener: usuarios, familiares, otros profesionales, otros niveles de atención, etc. De hecho, esta situación central que la enfermera puede ocupar en relación con la globalidad del cuidado del paciente ha hecho que en muchas organizaciones sea considerada como coordinadora del cuidado total que recibe el usuario en los modernos sistemas de gestión clínica u otros (Ver Capítulo 10).
- **El tiempo empleado:** la gestión del tiempo es siempre importante en una organización, pero tiene todavía mayor relevancia en un colectivo que emplea en su trabajo miles de horas anuales en cualquier institución sanitaria, lo que tiene no sólo implicaciones de eficacia y eficiencia, sino también económicas, por los aspectos de retribución a los que se ha hecho referencia anteriormente.

En cuanto al primero de estos aspectos, es bien patente que la enfermera practica los cuidados directos a los usuarios o es responsable de ellos, a través de la delegación de algunas actividades en otros trabajadores auxiliares. Estos cuidados van desde las prácticas más sencillas hasta las técnicas más sofisticadas, siendo de su incumbencia la mayoría de la atención que recibe directamente un usuario, tanto en el nivel especializado



como en el de atención primaria. De hecho, por su cercanía al paciente o cliente de estos servicios, la enfermera ha llegado a jugar un papel de coordinadora de la atención prestada por otros colectivos sanitarios, como médicos, técnicos o servicios hosteleros.

En cuanto a las relaciones, las enfermeras trabajan en contacto con todos los servicios y departamentos de la institución sanitaria, pero además mantienen comunicación con otros niveles, instituciones y servicios (sociales, educativos). Por lo general, el paciente o cliente recurre con más frecuencia a la enfermera en demanda de información, no sólo acerca de su situación de salud o enfermedad, sino también respecto a otras circunstancias no menos importantes para él, como pueden ser las facilidades para comunicarse con familiares y amigos, las prestaciones sociales a las que puede tener derecho, sus necesidades de tipo religioso, sus problemas para adaptarse a una situación permanente de incapacidad, etc. El papel de la enfermera, a través de las relaciones establecidas con otros servicios y grupos asistenciales, será poner en contacto al usuario con los recursos existentes para abordar sus problemas. Por estos motivos, la enfermera es habitualmente la principal fuente de información directa acerca de la situación del usuario de los servicios de salud.

Generalmente, este aspecto es más visible en la atención hospitalaria, en que el paciente está realmente en manos de las enfermeras, en relación y dependencia de sus cuidados a lo largo de toda su estancia en la institución, pero se da también en la atención primaria con los sistemas de atención continuada, visita domiciliaria, etc.

## EL PAPEL DE LA GESTIÓN ENFERMERA

Los gestores de enfermería, por su parte, desempeñan en la institución sanitaria actual varios papeles de forma simultánea:

- **Subordinados:** respecto a la administración o a otros niveles directivos de enfermería.
- **Superiores:** en relación a las enfermeras y otro personal de su unidad, centro o servicio.
- **Representantes del servicio o de la empresa:** en cuanto a su relación con los pacientes y sus familias.

Estas tres condiciones demuestran distintos grados y aspectos de responsabilidad, que requieren conocimientos, habilidades y destrezas específicos y variados. A lo

largo de la estructura de la organización, del modo en que se encuentre diseñada, las enfermeras ocupan puestos de gestión que se dirigen a unos objetivos comunes, con matices según el nivel. **Estos objetivos, extensivos a todos los niveles de gestión, son:**

- Cumplir las metas de la organización y de la división de enfermería.
- Mantener la calidad de la atención al usuario de acuerdo a las condiciones existentes.
- Potenciar la motivación de los trabajadores del servicio o la división y la satisfacción de los usuarios respecto a su área correspondiente.
- Incrementar las capacidades de los colegas y de los subordinados.
- Desarrollar un espíritu de trabajo en equipo y una alta moral de trabajo.
- Responder a las necesidades de cambio de la organización y del personal, impulsándolas cuando sea necesario.

En definitiva, estos objetivos se concretan en determinados compromisos a los que debe responder la gestión de enfermería, según el nivel en que la actividad se desempeñe:

- **Con los usuarios:** el respeto a sus derechos, mantener la calidad de los cuidados y asegurar una comunicación fluida y eficaz.
- **Con el personal:** procurar su satisfacción y su desarrollo continuo.
- **Con la organización:** mantener el cumplimiento de los objetivos, colaborar en la consecución de los estándares de atención y asegurar que los resultados obtenidos son los esperados, de acuerdo con los planes de la empresa.

Para cumplir estos objetivos, **La Monica** [3] señala que es preciso que las enfermeras dispongan de habilidades en tres campos concretos:

- **Habilidades técnicas:** capacidades adquiridas por medio del estudio, la experiencia y la formación continuada que llevan a poder aplicar los conocimientos, la metodología y las técnicas precisas (aparatos, procedimientos) para desarrollar actividades específicas y concretas previstas para el cumplimiento de los objetivos.
- **Habilidades humanas:** capacidad y destrezas para trabajar con las personas, desarrollando estrategias de coordinación, comunicación, liderazgo que, como se verá, se ejerce tanto hacia el personal de enfer-



mería como hacia otros colegas o hacia el usuario y su familia.

- **Habilidades conceptuales:** aquellas capacidades que facultan a la enfermera para mantener una visión de conjunto de su trabajo y de su lugar en la organización, lo que le ayuda a desarrollar su labor en función de la misión y propósito de la empresa y de los objetivos generales y los propios de su área de trabajo. Se incluirían en estas habilidades la capacidad de conceptualizar los cuidados de enfermería como una parte integrante de la atención a la salud, identificando la función enfermera y su aportación específica.

La utilización de estas habilidades varía de acuerdo con el nivel en que se encuentre la enfermera dentro de la organización. Así, el gestor de servicios de nivel intermedio o la enfermera que presta cuidados directos al paciente o usuario emplean en su trabajo diario en mayor medida las habilidades de tipo técnico, mientras que en los más altos niveles de gestión se utilizan fundamentalmente las habilidades conceptuales, siendo las de carácter humano las que la enfermera, cualquiera que sea su situación, desarrolla de forma continuada (Ver Cuadro 1).

Por tanto, se constata que las actividades de gestión pueden realizarse en cualquier puesto que desempeñe una enfermera, si bien dedicará más o menos esfuerzos y tiempo a cada una de las áreas de actividad dependiendo del nivel que ocupe. En el momento actual, se demanda además a las enfermeras una actitud creativa en relación con su trabajo, que les sitúe de forma ade-

cuada en la posición natural que desempeñan en la organización para satisfacer las necesidades de los usuarios, pacientes o clientes.

## ASPECTOS GENERALES DE LA GESTIÓN ENFERMERA ACTUAL

Enfrentados a los desafíos que la organización de los servicios sanitarios actuales plantea, las enfermeras y los gestores de los servicios enfermeros deben dar respuesta a su complejo papel, definido y representado por los compromisos respecto a los usuarios, al personal y a la organización o empresa. Una primera pregunta fundamental que puede hacerse es sobre su orientación prioritaria, es decir, hacia dónde se enfoca principalmente su actividad. Ésta puede ser orientada primordialmente hacia las necesidades de la organización o bien hacia las necesidades de los usuarios. En concreto, se trataría de dar respuesta a la disyuntiva de si una enfermera responsable de servicios, un moderno directivo de servicios o unidades de enfermería, es un gestor de cuidados o un gestor de recursos.

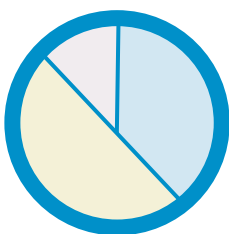
La aparente contradicción entre estos dos enfoques posiblemente no lo sea tanto en la realidad ya que, de acuerdo a su situación de mayor o menor cercanía a los cuidados directos, será más un gestor de cuidados o un gestor de recursos, sin que exista problema en su función, siempre y cuando se cumplan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

## La orientación del pensamiento enfermero

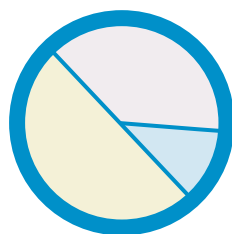
Para la prestación de servicios y cuidados de enfermería es necesaria la adopción de una orientación general desde el pensamiento enfermero, en el que tengan su base los estándares de actuación, las normas y los procesos de atención. Este pensamiento debe estar reflejado en la definición de la filosofía del servicio o departamento, elaborado y asumido por todas las enfermeras de la organización, de manera que se dé una coincidencia real en la visión de todas las profesionales en aspectos tales como la consideración del usuario, la finalidad y utilidad de los cuidados enfermeros, el papel del profesional como dispensador de estos cuidados y su lugar dentro de la organización. Las teorías y modelos de enfermería se utilizan habitualmente para elaborar este pensamiento enfermero, ya que aportan orientaciones para identificar:

Cuadro 1. Habilidades de gestión según el nivel

- Técnicas
- Conceptuales
- Humanas



Nivel directo



Nivel intermedio



- **El protagonista:** aquel que asume la responsabilidad directa de los cuidados (la enfermera, el usuario, la familia, otros miembros del equipo).
- **El receptor:** aquel al que van dirigidas las acciones enfermeras (los pacientes o clientes, la familia, los otros miembros del equipo).
- **El contexto:** donde se producen las acciones enfermeras (las situaciones de salud o enfermedad, el hospital, el hogar).
- **El objetivo de la actividad:** tal y como se presenta en el modelo (las acciones sobre el bienestar, la patología, el tratamiento).
- **El procedimiento:** cuál escoger y la dinámica que se va a emplear.

Es evidente que un marco teórico o conceptual que cumpla estas premisas apoya la función principal de cuidar en todos sus aspectos pero, como se ha señalado, son de especial relevancia para la función de gestión de la enfermería, ya que es un punto de partida imprescindible en la determinación de objetivos: el tipo de información que se precisa, cómo se han de distribuir los recursos y, en general, el desarrollo total del proceso administrativo. La concreción de un posible modelo teórico en la filosofía del departamento o servicio de enfermería se plasma en la asunción de una serie de convicciones acerca de [4]:

- La naturaleza del ser humano como ser biopsicosocial.
- Los derechos de la persona: en especial el derecho a la salud.
- La naturaleza de la enfermería.
- Las acciones enfermeras.

Así pues, en un servicio de enfermería la filosofía define los puntos de vista de las enfermeras acerca del carácter de los cuidados, las necesidades de los usuarios respecto a esos cuidados o la naturaleza de las relaciones entre las enfermeras y otros trabajadores de la institución, ya sean de dependencia, de colaboración, de subordinación o de independencia.

Fundamentalmente, una filosofía del departamento o grupo de enfermería debe aclarar su papel y el de sus usuarios, pacientes o clientes y en qué forma pretenden prestar los cuidados. Idealmente, la filosofía se mantiene por escrito y se traduce en la elección de un modelo teórico que oriente toda la actuación de las enfermeras en la institución y sirva de base para la elaboración de normas de trabajo e, incluso, para el establecimiento de otras cuestiones relativas al personal, como pueden ser los modelos de distribución de traba-

jo, horarios y sistemas de promoción y educación continua del personal. Esta filosofía se manifiesta en la misión y visión de la organización y del departamento (Ver Anexo).

## La orientación al usuario de los servicios

**Las actividades están centradas y se realizan en función y alrededor del paciente o cliente.** Aunque pudiera parecer que ésta es una afirmación impropia y que en principio, la organización sanitaria se orienta hacia el usuario, en la realidad de cada día se puede observar cómo muchos de los procesos son planeados y diseñados teniendo en cuenta más bien a la propia organización o a sus trabajadores. Los horarios de atención, de visitas, de información a los familiares en algunos centros o unidades son buenos ejemplos de esta situación, ya que a veces se programan más en función del trabajo de las enfermeras o de los médicos que del 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 su salud.

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

- Respeto por los valores, preferencias y necesidades de los pacientes: incluye la atención a sus ideas sobre calidad de vida, autonomía y dignidad.
- Coordinación e integración del cuidado: se debe tratar de evitar pérdidas de tiempo entre diferentes tipos de atención, solapamiento de horarios (visitas, comidas, exploraciones), traslados innecesarios entre servicios o centros, etc.
- Información, comunicación y educación: incluye sistemas de información acerca del proceso de cuidados y la situación clínica, así como información y aprendizaje en los autocuidados para facilitar la autonomía del paciente o usuario y la promoción de su propia salud.
- Promoción del confort físico: considerar la necesidad de evitar en lo posible las actividades molestas, promover el control del dolor, la ayuda en las actividades de la vida diaria, el mantenimiento de un entorno hospitalario o del centro de salud acogedor y cómodo.
- Apoyo emocional y ayuda para aliviar el miedo y la ansiedad: demanda atención sobre las causas de estos temores en el paciente y la familia y el diseño

de actividades específicas que tiendan a paliar esas situaciones y ayuden a superarlas.

- **Implicación de las enfermeras con las familias y los amigos o personas cercanas a los usuarios:** reconocer el importante papel que éstos juegan en el bienestar y la atención adecuada y las necesidades que se presentan por este motivo (Ver Imagen 1).
- **Continuidad de los cuidados:** tiene como objetivo disminuir la ansiedad producida por el proceso de curación y cuidados, el seguimiento de éstos tras el alta hospitalaria, la coordinación de los niveles de atención primaria y especializada, etc.
- **La estrecha comunicación entre los diferentes niveles existentes:** de manera que no se produzcan vacíos ni cortes en la atención por problemas evitables en la comunicación entre las enfermeras distribuidas a través de la estructura. Con cierta frecuencia, los gestores de enfermería están situados en una posición de lejanía respecto a otros niveles, lo que tiene como consecuencia la dificultad de transmisión de las orientaciones precisas y la poca aceptación de éstas por las enfermeras de otros niveles inferiores en la estructura. Es preciso que exista una equiparación de lenguaje, valores y objetivos entre los niveles directivos y los cuidadores, de manera que estén enfocadas hacia la misma finalidad todas las actividades del personal [5].



Imagen 1. La atención a la familia o gente cercana al usuario es una actividad propia de la enfermera

Cumplidas estas premisas, se puede decir que una enfermera que tiene que aplicar funciones de gestión es a la vez gestora de cuidados y de recursos, variando sin embargo su ámbito de acción en cada uno de estos aspectos o su implicación en cada uno de ellos, según el nivel en el que se encuentre o la forma 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)** aunque evidentemente no puede olvidar, cualquiera que sea su lugar, que su aportación específica y distintiva a la empresa, la que le proporciona valor añadido como profesional, es justamente su capacidad para identificar y resolver las necesidades de cuidados de los usuarios. De esta manera, según el nivel en el que se encuentre tendrá diferentes funciones:

- **Nivel de atención directa:** su relación principal, de tipo operativo, se da con los pacientes o clientes y las familias en la prestación de cuidados adecuados a la situación que presentan.
- **Nivel de gestión intermedia:** cumple una misión de carácter táctico, siendo su responsabilidad principal el personal y los clientes a través de ellos.
- **Niveles superiores (dirección y jefaturas de área):** su actividad y responsabilidad se enfoca más a cuestiones de tipo general y estratégico, como la dotación de recursos humanos, materiales y financieros, el establecimiento y mantenimiento de políticas generales de actuación, ejercer la representación del servicio, etc. (Ver Cuadro 2).

## LOS CAMPOS DE ACTUACIÓN DE LA GESTIÓN ENFERMERA

La enfermera que gestiona, por tanto, debe afrontar su tarea en los siguientes campos:

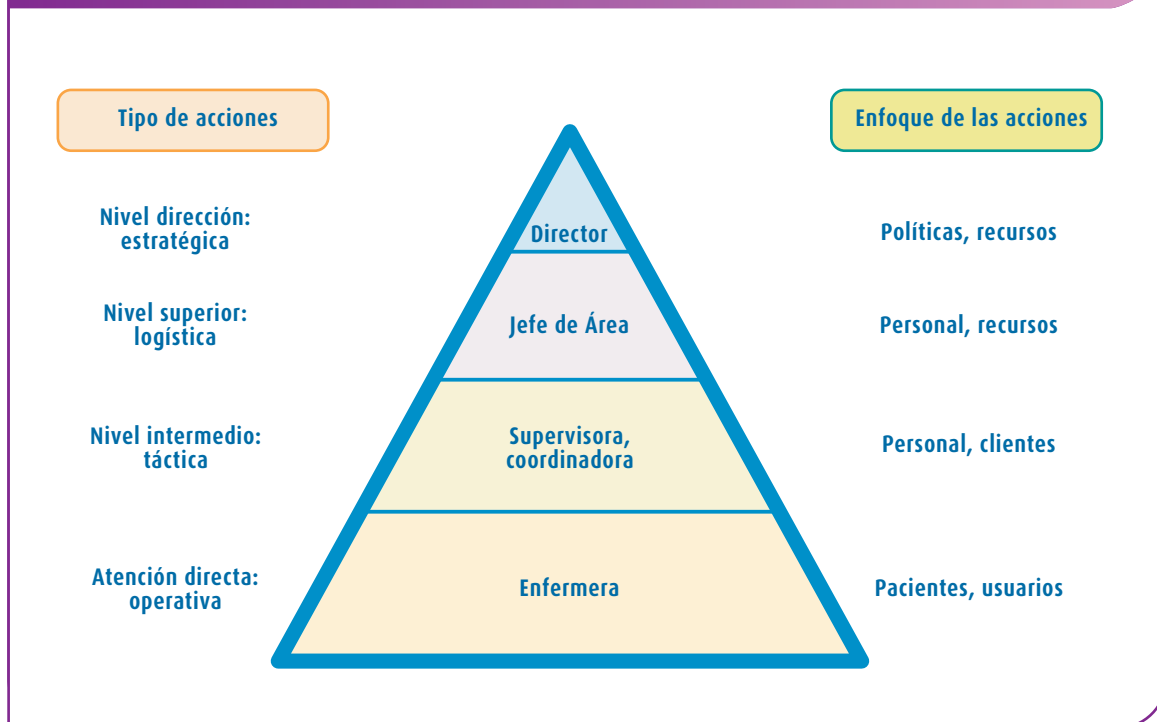
- La organización o empresa.
- El personal a su cargo.
- Los usuarios.

### En relación con la organización o empresa

Las tareas principales del gestor en relación con la empresa vienen dadas por la necesidad de que los cuidados de enfermería contribuyan al cumplimiento de los objetivos propuestos en la organización sanitaria,



Cuadro 2. Niveles de enfermería



cualquiera que sea ésta (Ver Imagen 2). Es de especial relevancia en este apartado la tarea que incumbe al gestor en el diseño de procesos de cuidados y de procedimientos adecuados a los mismos. En el ámbito de las tareas administrativas, se denomina a este aspecto **sistematización**, haciendo referencia a la necesidad de considerar los procesos y procedimientos de trabajo no de forma aislada sino como un conjunto, ya que todos se relacionan y sólo de manera conjunta tienen significación en el cumplimiento de los objetivos de la aten-



Imagen 2. El papel del gestor en relación con la empresa es el cumplimiento de los objetivos marcados

ción que la organización se haya fijado. La tarea se compone de la elaboración de "normas de actuación para el personal, de procesos de atención y de protocolos y registros adecuados" [1].

### Las normas o estándares de la práctica asistencial

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

- Ayuda a **organizar de manera uniforme el trabajo** de las enfermeras, al marcar pautas de acción bien conocidas por las enfermeras y por los demás colegas que trabajan con ellos.
- Sirve de base a una **política de calidad**, al fijar no sólo unas acciones y orientaciones del trabajo, sino también un nivel de obtención y calidad de éste.

La elaboración de normas o estándares de atención se deriva de la existencia de una filosofía del cuidado presente en la organización, que determine los niveles de atención que se deban alcanzar de manera que sean conocidos por los profesionales e incluso por los usuarios cuáles son las posibilidades de prestación de cuidados y cuál es el nivel que se desea obtener y que es realmente alcanzable. Habitualmente, las normas se elaboran por grupos de profesionales que, ya sea tomando

como referencia la práctica habitual, o bien por la determinación de la práctica excelente basada en la evidencia, establecen una serie de pautas de acción de manera que sean posteriormente discutidas por los trabajadores implicados en su consecución, así como por la administración o dirección, que debe dotar los medios para llevar las normas a la práctica. Algunos sistemas de normas están fijados por ciertas asociaciones u organizaciones de carácter profesional. **Las más antiguas y reconocidas en el terreno de la enfermería son las normas o estándares redactados por la Asociación Americana de Enfermeras (ANA) [6].**

Una vez redactadas las normas, deben ser ampliamente difundidas para su conocimiento y aceptación por parte de todo el personal afectado o relacionado con su cumplimiento, y el grupo normatizador debe mantenerse trabajando en la observación del seguimiento de la norma o estándar y, si fuera preciso, en su revisión o reformulación.

**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 profesional.**

### Los procesos asistenciales o de cuidados

Los procesos son la descripción de situaciones por las que se espera que un determinado usuario pase durante su permanencia o contacto con la institución (p. e.j: los procedimientos postquirúrgicos en la atención al paciente abdominal o al paciente en hemodiálisis; en el centro de salud al enfermo diabético crónico, a la puérpera y al niño recién nacido, etc.). Estos procesos parten de la definición de un tipo de paciente con características bien delimitadas, que requerirán una serie de cuidados similares conocidos y repetibles de forma homogénea, lo que facilita la decisión de aplicar uno u otro proceso de cuidados. Posteriormente se dará una más amplia explicación de los procesos (Ver Capítulo 21).

### Los protocolos o procedimientos

Las normas y procesos se complementan para su efectiva puesta en práctica con los protocolos o procedimientos de actuación. Se define un protocolo como la descripción exacta de una actividad: con especificación clara de su denominación, las condiciones en que se ejecuta, las características de la persona o del grupo que

lo lleva a cabo y la secuencia de pasos a realizar para conseguir el total de la acción y su efecto. **Un protocolo por tanto debe especificar:**

- **La definición de la actividad a realizar:** una denominación que no induzca a error y que sea de general aceptación entre los profesionales encargados de llevarla a cabo.
- **La determinación del receptor de la acción:** el paciente o cliente hacia el que se va a actuar, y la identificación de las condiciones que hacen precisa la acción o en las que debe situarse el usuario. Por ejemplo, si el paciente no ha realizado micción voluntaria dentro de las 24 h siguientes a una intervención, el protocolo indica que la enfermera deberá proceder a realizarle un sondaje vesical y el paciente deberá estar en una situación de información, asepsia y posición indicada igualmente por el protocolo.
- **La descripción del agente:** aquel que lleva a cabo la acción y las condiciones en que éste debe situarse. En el caso anterior, el protocolo especifica que es la enfermera quien realiza el sondaje con la ayuda de otra persona, que puede ser la auxiliar, el estudiante de enfermería, un familiar, etc., y las condiciones en que debe realizarse, tanto de unos como de otros, como por ejemplo, lavado de manos, vestidura aséptica u otras.
- **La relación de los medios materiales:** aquellos a emplear en la acción y las condiciones exactas de estos recursos, así como la secuencia detallada de los actos que se van a llevar a cabo, explicando, si ello fuera necesario, las posibles precauciones a adoptar para evitar complicaciones o los signos de alarma que indicarían la presencia de reacciones o consecuencias adversas.
- **La forma de finalización del proceso:** el resultado esperado, la recogida de los medios empleados y la manera de evaluar la acción y registrar lo realizado.

Los protocolos son elementos indispensables en una organización, ya que en buena manera determinan la forma de actuar y, en consecuencia, influyen en todo el proceso. **Sin embargo, hay que señalar que un protocolo o procedimiento alcanza su mayor utilidad cuando se cumplen las siguientes condiciones:**

- Necesidad de protocolización: se deben elaborar procedimientos de aquellas actividades verdaderamente significativas, bien sea por su importancia para el cuidado e impacto en la situación del usuario, por la complejidad de su ejecución, por la posibilidad de obtener resultados diferentes con diversos modos de actuación



o por su coste en tiempo o dinero. Siempre es conveniente que se adopte un protocolo avalado por la evidencia clínica de su idoneidad. Esto quiere decir que se debe tender a limitar el número de protocolos a los verdaderamente precisos, ya que en muchas actuaciones enfermeras de poca complejidad o escasa relevancia para la situación o el bienestar del usuario o paciente, o aquellas en las que existe consenso generalizado acerca de la manera de llevarlas a cabo, puede no tener la menor importancia que se realicen de una forma u otra, dentro de límites conocidos y aceptados por todos, aunque se produzcan ciertas diferencias.

- **Accesibilidad para su consulta y discusión:** los protocolos o procedimientos de una institución o unidad deben recogerse por escrito y conjuntamente en un manual de procedimientos, que esté al alcance de todos los trabajadores para su consulta en cualquier momento. Se aconseja que el manual esté realizado de tal manera que permita la sustitución de aquellos procedimientos que se hayan modificado o transformado por otros. Algunos centros los disponen en fichas fácilmente manejables o en carpetas de hojas intercambiables en formatos electrónicos.
- **Posibilidad de cumplimiento y revisión:** en una institución de salud, en ocasiones, los servicios de enfermería disponen de una amplia y correcta protocolización de actividades, que figura en el correspondiente manual de procedimientos, sin que las enfermeras tengan por costumbre la utilización de este manual, es decir, sin que en la práctica se sigan los protocolos establecidos. Un protocolo sirve solamente si es observado por el personal y, en caso de ser necesario, si tiene la posibilidad de ser cambiado, sustituido o anulado.
- **Facilidad de cumplimiento:** un procedimiento debe reflejar la mejor manera de llevar a cabo una actuación enfermera, pero siempre que ésta sea verdaderamente posible, de acuerdo a los medios y la situación en que se encuentre la institución y el propio personal.

Cumplidas estas condiciones, se acepta que la aplicación de un protocolo tiene las siguientes **ventajas:**

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

- Sistematiza la información: facilita el registro de las actividades, lo que favorece la transmisión de la información de la actividad y los resultados de la misma.

### Elaboración y adecuación de costes

Tiene su importancia en el papel que incumbe al directivo o gestor de enfermería, principalmente al de alto nivel, pero también a los de niveles intermedios. En el primero de los casos, es tarea del gestor definir cuáles son los recursos adecuados a la prestación de cuidados establecida como idónea, tanto los materiales (cantidad y calidad) como muy especialmente los recursos humanos (el tipo y el número de personal que debe ser contratado), para tratar así de conciliar los aspectos de contención y reducción de costes con los de mantenimiento de un servicio adecuado, dentro de los límites presupuestarios en que generalmente se encuentran las instituciones sanitarias.

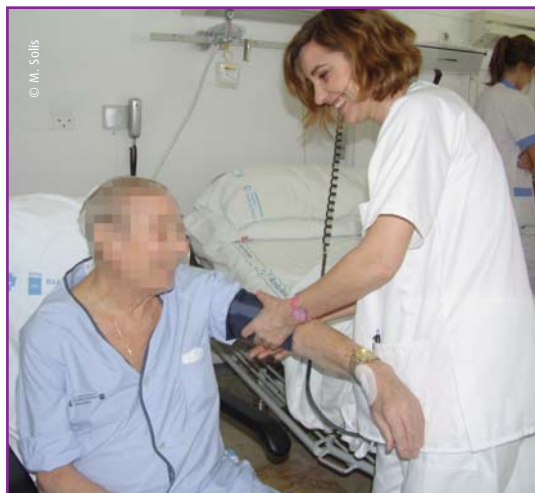
## En relación con el personal

En este campo, el gestor de enfermería debería atender varios aspectos:

- Dotación de personal adecuado para los procesos asistenciales diseñados y las tareas a desempeñar.
- Creación de ambientes de trabajo favorable y de trabajo en grupo:
  - La **existencia de ambientes favorables:** tiene que ver con múltiples facetas de la organización, desde la posibilidad que ofrecen los espacios físicos hasta las normas de trabajo o aspectos relacionados, tales como horarios, días libres, turnos, etc. Se ha de tener en cuenta todos ellos e identificar su impacto en el personal, procurando estimular los aspectos positivos y minimizar los negativos, cuando no sea posible eliminarlos. Por ejemplo, el establecimiento de un **turno de trabajo** distinto al habitual que proporcione mayor satisfacción a las enfermeras es una posible solución al malestar creado por las siempre difíciles condiciones de trabajo que se soportan en un hospital, siempre que se sigan cumpliendo con las especificaciones legales y se atiendan los procesos que las enfermeras tienen a su cargo.
  - El **trabajo en grupo:** constituye por sí mismo una garantía en la calidad de la atención, ya que potencia las mejores cualidades de cada trabajador, facilita la comunicación en beneficio de los usuarios, mejora la moral de trabajo y promueve la adhesión a los objetivos comunes. El directivo de enfermería, especialmente el de nivel intermedio, ha de saber

actuar como líder de grupo e identificar las necesidades del mismo, orientar las acciones, facilitar medios y apoyos, evaluar los resultados y emplearlos como elemento motivador.

- **Gestión de los conflictos:** pueden ser personales, intrapersonales, entre distintos grupos u organizativos o laborales. El conflicto surge siempre de una sensación o percepción de incompatibilidad entre las ideas, valores, obligaciones o acciones que una persona tiene o debe realizar y las que sustentan otras personas relacionadas con ella o la organización en la que trabaja. Ello provoca una sensación de intranquilidad que afecta a veces gravemente a las personas y a la realización de su trabajo.
- **Evaluación de la competencia de los profesionales** a su cargo manteniéndola en los niveles más altos.



**Imagen 3.** Propiciar ambientes de cuidado favorables es una tarea propia de la gestión de enfermería

## En relación con los usuarios

Para algunos niveles de gestión (supervisor, coordinador de equipo de atención primaria) la relación con el usuario es estrecha, mientras que para otros niveles superiores la situación suele ser más bien distante o de lejanía. Sin embargo, dada la situación central del paciente o cliente de las organizaciones sanitarias, todos los gestores tienen campos claros de actuación respecto a los usuarios.

Los más destacados son propiciar ambientes de cuidado favorables, asegurar la calidad de los cuidados y actuar como defensora de los derechos de los usuarios.

### 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 dotarlos de medios adecuados. Piénsese en la influencia que puede tener en el estado y la satisfacción de una persona que acude a un centro sanitario la disponibilidad de espacio para su intimidad, un horario adecuado para ver a su familia o para que le visite el médico, etc (Ver Imagen 3).

### Asegurar la calidad de los cuidados

La calidad del cuidado de forma individual depende tanto de la competencia de la enfermera que lo presta como de la influencia del gestor en este ámbito: la participación en la determinación de plantillas y otros recursos o el establecimiento de normas y protocolos correctos y basados en la evidencia clínica son algunos

de los condicionantes de la calidad en el cuidado individualizado. **La dirección de enfermería en una organización actúa en realidad como garante del trabajo de calidad de cada uno de los trabajadores que componen el servicio y participa en el desarrollo de la política empresarial de gestión de la calidad total.** En los demás niveles de la organización el compromiso con la calidad es un imperativo para todas las enfermeras, que deben aplicar un concepto global y una mirada parcial hacia cada uno de sus ámbitos concretos de gestión.

### Defender los derechos del usuario

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

En el nivel de gestión, supone que el directivo del servicio de enfermería procure que los servicios tengan una serie de **condiciones:**



- Promover los derechos de los pacientes o usuarios: asegurar el respeto, la igualdad de trato y la dignidad personal.
- Introducir los cambios precisos en base a estas necesidades.
- Compartir el poder de decisión y propiciar la participación del usuario, promocionando su autonomía en el cuidado.

### EL PERFIL DEL GESTOR ACTUAL

Los actuales gestores deben poseer un perfil profesional que les capacite para llevar adelante su actividad, en los campos que se han señalado antes. Así, se podrían enumerar los requisitos que se precisan en habilidades y aptitudes de la siguiente manera:

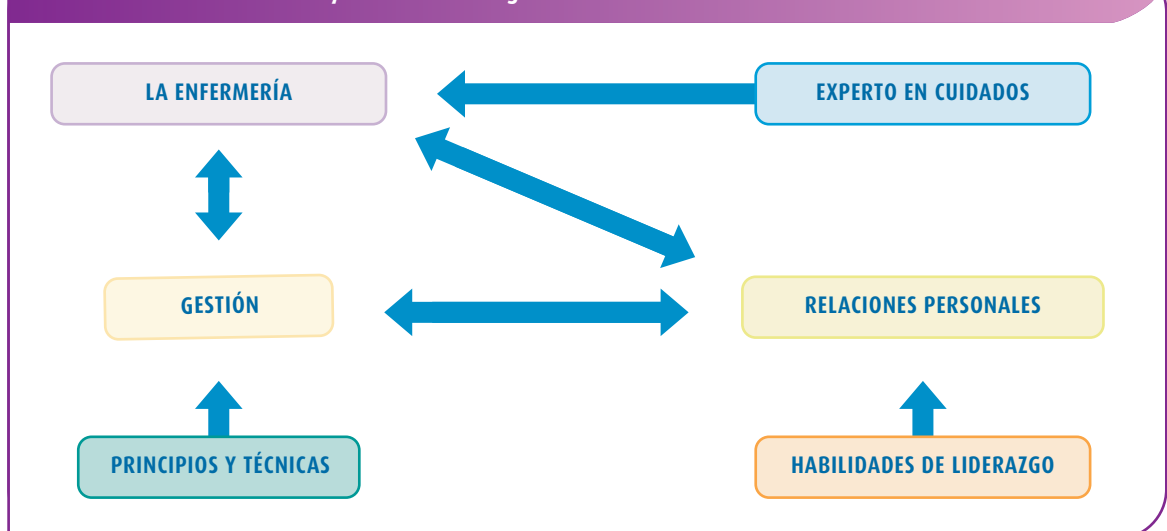
- Conocimiento de los resultados esperados de los puestos de trabajo a su cargo y del suyo en particular: es decir, debe poseer una visión panorámica del servicio, de sus objetivos y de los cuidados a prestar, así como de las características personales y profesionales de las personas que trabajan con él.
- Distribución del tiempo y las energías: de una manera adecuada en función de los resultados que se esperan, tanto del gestor como de todo el personal.
- Habilidades específicas de gestión y administración: planificación, organización, dirección, control.
- Manejo de la información: debe ser un experto en recoger información y manejarla, en beneficio de las personas y del trabajo.

- Dotes de liderazgo de grupo: si bien un gestor no es lo mismo que un líder, es muy conveniente que las personas que trabajen con él reconozcan su liderazgo personal y profesional.
- Contacto con otros grupos o personas de interés: para conocer de primera mano aquellas innovaciones que se produzcan y así tener la capacidad para discutir las y aplicarlas en su servicio
- Fomentar la investigación: animar a su personal a emprender trabajos que amplíen y mejoren el panorama tanto de los cuidados directos como de la propia gestión.

Los conocimientos básicos que le darán estas capacidades se enmarcan en tres áreas (Ver Cuadro 3):

- La enfermería: debe ser un experto, especialmente en el área de cuidado que le toque trabajar más estrechamente. Cuanto más se aleje del cuidado directo, este conocimiento será más amplio y conceptual y perderá lógicamente aspectos de concreción.
- Principios de gestión: también de acuerdo a su posición, deberá profundizar más en unos aspectos que en otros, pero su competencia en este campo ha de reciclarse de forma permanente, de manera que responda a los cambios constantes que la empresa sanitaria deba afrontar.
- Relaciones personales y principios y aplicaciones de liderazgo: en muchas ocasiones, el gestor de servicios de enfermería es en realidad un responsable de personal, por lo que su formación y habilidades en este campo le harán tener mayor o menor éxito.

Cuadro 3. Los conocimientos y habilidades del gestor de enfermería







## RESUMEN

- En la gestión de la empresa sanitaria moderna, la importancia de las enfermeras como colectivo profesional cualificado en la prestación de cuidados, un aspecto capital de la atención sanitaria, es evidente. Por su parte, el papel que cumplen los gestores de enfermería en la empresa actual es variado y complejo, dada la amplitud de sus acciones y de las personas que tienen a su cargo.
- La responsabilidad y la actuación de la enfermera tiene que ver con todos los elementos de la organización sanitaria: la propia administración, el personal, los clientes o usuarios. Con cada uno de éstos como destinatarios, las actividades de las enfermeras y de los gestores abarcan los siguientes aspectos principales:
  - En cuanto a la empresa: definición y mantenimiento de normas de actuación, procesos de cuidados y protocolos, definición y control de costes, participación en la gestión de la calidad.
  - En cuanto al personal: asegurar una correcta dotación de personal, propiciar ambientes de trabajo adecuados y favorables, gestionar los conflictos, evaluar las competencias y procurar el desarrollo profesional y personal
  - En cuanto a los usuarios: proporcionar ambientes de cuidado favorables, garantizar la calidad de los cuidados enfermeros y actuar como defensora de sus derechos.



## BIBLIOGRAFÍA

- [1] Mompart MP. Administración de los servicios de enfermería. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2004.
- [2] Consejo General de Enfermería. Aportación de la enfermería a la sanidad europea. Madrid: CGE; 2005.
- [3] La Monica E. Management and leadership in nursing and health care: an experiential approach, 2<sup>nd</sup> ed. New York: Springer; 2005.
- [4] Lois MF. La gestión de los servicios de enfermería. En: Temes JL, Mengíbar Montes M. Gestión Hospitalaria. 4ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2007.
- [5] Kerouac S et al. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996.
- [6] American Nurses Association. Nursing: scope and standards of practice. Maryland: ANA; 2004.



## ANEXOS

### ANEXO I: MISIÓN Y LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA<sup>®</sup>

#### Misión de la enfermería

Los profesionales de enfermería del Hospital Universitario Reina Sofía se identifican como profesionales preocupados por el máximo desarrollo de los cuidados de calidad. Para ello nuestra misión es:

##### **Para los ciudadanos de la provincia de Córdoba y su área de influencia**

Proporcionar los cuidados necesarios para la satisfacción de las necesidades de salud de nuestros usuarios y su familia, garantizando su participación y el respeto de su autonomía y dignidad humana, así como el derecho a la intimidad y confidencialidad, consiguiendo de este modo la máxima calidad en la asistencia recibida por nuestros ciudadanos.

##### **Para el conjunto de profesionales del Hospital**

Compartir una preocupación constante por el bienestar de todos, como elemento positivo y básico para la calidad.

##### **Para la Universidad de Córdoba y entidades de investigación y desarrollo**

Favorecer el desarrollo y avance de la profesión y del servicio prestado a la comunidad, a través de la formación y la investigación de los cuidados.

#### Líneas estratégicas

Para el cumplimiento de su misión, la dirección de enfermería se ha marcado unas líneas estratégicas que enmarcan todas y cada una de sus actuaciones.

##### **Planificación de cuidados**

Garantizando la práctica de unos cuidados razonados, con un marco de referencia o modelo enfermero que nos señala cómo observar o interpretar la información y nos propone una línea de conducta profesional, y con un instrumento para la práctica que nos es otro que el método científico.

##### **Gestión de personas**

La satisfacción en el trabajo diario y la participación en la gestión de los profesionales contribuyen a asegurar el desarrollo personal y profesional y el reconocimiento en el servicio que proporcionamos y la calidad de los cuidados.

##### **Calidad**

Garantizando la aplicación de cuidados de calidad al cliente a través del establecimiento de estándares de actuación, así como de la evaluación periódica para la mejora continua de los mismos.

##### **Docencia**

Facilitando la formación y actualización constante de los profesionales para su adaptación a los cambios que vienen produciéndose en los servicios sanitarios públicos y las nuevas demandas de nuestros usuarios.

##### **Investigación**

Utilizando la investigación como medio eficiente para la mejora continua de los cuidados que prestamos, mediante la potenciación de grupos de profesionales investigadores, dotándolos de la estructura y medios necesarios para su desarrollo.

##### **Informática**

Supone el soporte eficiente y actualizado de las actividades asistenciales, de gestión, de investigación y fuentes de datos para los profesionales y unidades de enfermería en la búsqueda de la mejora continua para la aplicación de cuidados de máxima calidad.

##### **Unidades de gestión de cuidados de enfermería**

Facilitando la incorporación sucesiva de unidades de gestión de cuidados, como marco específico donde los profesionales pueden tener mayor impacto en la optimización de los recursos y en la mejora de la calidad de los servicios, así como el entorno adecuado para lograr la satisfacción profesional.

##### **Comunicación**

Basada en el desarrollo de sistemas de información ágiles y al alcance de todos, que sustenten la difusión, contenidos, actividades y filosofía enfermera, que nos permitan llevar a cabo nuestra misión, propiciando la



motivación de todos a través de un sistema de retroalimentación eficiente.

© Hospital Universitario Reina Sofía, 2008<sup>1</sup>.

## ANEXO II: PROTOCOLO DE LA ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DE UN ELECTROCARDIOGRAMA

Isabel Zaldívar Lagúa

### Objetivo

Registrar gráficamente la actividad eléctrica del corazón para detectar posibles alteraciones del ritmo e irregularidades de la función cardiaca. El electrocardiograma detecta, amplía y registra en papel de forma gráfica la actividad eléctrica del corazón que es de baja intensidad.

### Equipo material

- Electrocardiógrafo.
- Cama o camilla.
- Electrodos desechables o reutilizables: 10.
- Pasta conductora.
- Solución de Hibitane® en agua.
- Celulosa o paño seco.

### Equipo enfermero

Enfermera/o.

### Procedimiento

- Explicar el procedimiento, relajar y tranquilizar al paciente.
- Dejar al descubierto maleólos, antebrazos y tórax.
- Colocar al paciente en decúbito supino en el centro de la cama.
- Verificar que los pies del paciente no tocan el estribo de la cama.

- Encender el electrocardiógrafo. La mayoría tienen dos opciones: batería y red.
- En caso de usar electrodos reutilizables:
  - La zona de contacto debe estar libre de vello.
  - Limpiar con Hibitane® en agua la zona de contacto y los electrodos.
  - Poner pasta conductora en los lugares de aplicación de los electrodos.
- En caso de usar electrodos desechables:
  - Despegar el papel protector.
- Aplicar los electrodos en los lugares exactos.
- Conectar los cables correspondientes:
  - Plano frontal:
    - Rojo: brazo derecho.
    - Negro: pierna derecha.
    - Amarillo: brazo izquierdo.
    - Verde: pierna izquierda
  - Plano horizontal:
    - V1: 4º espacio intercostal paraesternal derecho.
    - V2: 4º espacio intercostal paraesternal izquierdo.
    - V3: entre V2 y V4.
    - V4: 5º espacio intercostal izquierdo: línea media clavicular.
    - V5: 5º espacio intercostal izquierdo: línea axilar anterior.
    - V6: 5º espacio intercostal izquierdo: línea media axilar.
- Comprobar que todos los cables están conectados a los electrodos.
- Comprobar calibración (8 mV) y velocidad (mm/s)
  - 1 mV es de 1 cm de alto.
  - La velocidad estándar es de 25 mm/s.
- Elegir el formato del informe:
  - Automático: pulsar "auto". Es un electrocardiograma estándar de 12 derivaciones con tira de ritmo en DII.
  - Manual: pulsar "manual" y seleccionar el grupo de derivaciones deseado.
- Registrar las derivaciones: la secuencia de arranque será:
  - Plano frontal, derivaciones de miembros: I, II, III, AVR, AVL, AVF.

1. Junta de Andalucía. Misión y líneas estratégicas del Hospital Universitario Reina Sofía. [En línea] [fecha de acceso 21 de julio de 2008]. URL disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs2/profesionales/area\\_de\\_enfermeria/mision\\_y\\_lineas\\_estrategicas/](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/hrs2/profesionales/area_de_enfermeria/mision_y_lineas_estrategicas/)



- Plano horizontal, derivaciones precordiales: V1, V2, V3, V4, V5, V6.
- Desconectar los cables de los electrodos.
- Retirar con suavidad los electrodos.
- Limpiar las zonas de aplicación de los electrodos con celulosa o un paño seco.
- Limpiar con Hibitane® en agua los electrodos reutilizados antes de retirar el electrocardiógrafo.
- Registrar en el electrocardiograma:
  - Nombre del paciente.
  - Fecha y hora.
  - Presencia o no de dolor precordial.

## Observaciones

- Mantener el aparato enchufado a la red cuando no se esté utilizando para recargar la batería.
- La reposición del papel se hará conforme a las instrucciones provenientes del modelo de electrocardiógrafo utilizado.
- Electrocardiograma con algunas derivaciones precordiales posteriores:
  - V7: 5º espacio intercostal izquierdo: línea axilar posterior.
  - V8: 5º espacio intercostal izquierdo: línea extremo proximal del homóplato.



## BIBLIOGRAFÍA

- Dale D. Interpretación del ECG. Florida: 4ª ed. México: Médica Panamericana; 2007.
- Rodríguez Padial L. Curso básico de electrocardiografía. 2ª ed. Madrid: Edicomplet; 2004.

# 14

## El liderazgo y la gestión de los cuidados

Marta Durán Escribano  
María Paz Mompart García

- Describir los conceptos de liderazgo, dirección y gestión aplicados al contexto de los cuidados enfermeros.
- Analizar las diferentes teorías y estilos de liderazgo representativos en las organizaciones de servicios.
- Desarrollar el concepto y la definición de la gestión de cuidados.
- Establecer los principios y características específicos de la gestión de cuidados y su objeto, descrito en tres dimensiones.
- Plasmar los principios de la gestión del conocimiento enfermero, los valores y la tecnología del cuidado, y su aplicación en los servicios de salud.
- Orientar el debate crítico sobre el liderazgo y la gestión de cuidados frente a situaciones que requieren mayor responsabilidad profesional en el ámbito del cuidado de la salud.



## INTRODUCCIÓN

---

Durante las dos últimas décadas, el desarrollo profesional ha estado marcado por la asunción de nuevos conceptos, derivados del auge de la producción científica en conocimiento enfermero proveniente de otros países, que se ha incorporado al lenguaje profesional y que, en un corto espacio de tiempo, ha tenido que ser contrastado y sometido a estudio como método de apoyo a la evolución disciplinar de la enfermería en España. En este país, desde la década de los años sesenta y setenta, se ha partido de un sistema de salud centrado en la atención hospitalaria, ya que la atención a la enfermedad cubría los diferentes escenarios, desde la verticalidad más rigurosa de la concepción unicausal de la enfermedad a la evolución progresiva del concepto epidemiológico de la multicausalidad de los procesos de salud y enfermedad.

Las nuevas perspectivas de interpretación de la salud, introducidas de forma paulatina en la cultura del sistema sanitario, son un elemento que propicia la incorporación activa de diferentes profesionales en el campo de la atención de salud. En él, la enfermera, que en los últimos tiempos ocupaba el espacio de ayudante del médico, recobra su papel tradicional al lado de los pacientes como responsable de la atención y la continuidad de los cuidados en el conjunto de la organización de los servicios de salud.

---

### LAS ENFERMERAS DEBEN LIDERAR LOS CUIDADOS

---

Las enfermeras se han pronunciado de forma activa por la adopción de un nuevo paradigma en el concepto de salud; los discursos recientes han marcado esta línea y las políticas de salud emprendidas en los países del entorno han sido favorables a esta perspectiva. Los organismos internacionales, como la Organización de Naciones Unidas (ONU), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), auguran el futuro de los sistemas de salud sobre la base de formas de vida saludables en el cuidado y mantenimiento de la salud y en la reducción de las desigualdades en salud. Este panorama internacional y la evolución disciplinar de la enfermería, surgida en el contexto de los países anglosajones, están siendo un campo propicio para el desarrollo de la atención de los cuidados enfermeros.

En 1984, el director general de la OMS, Halfdan Maler [1] dictaba un discurso en el que pronosticaba el futuro de las políticas orientadas en la atención primaria de salud. La estrategia en España se ha perfilado a partir de políticas dirigidas a la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, dictadas por la legislación sanitaria española y acuñada en todos los discursos políticos de las últimas décadas.

Esta nueva perspectiva de los sistemas de salud habrá de incorporar a las enfermeras como un recurso profesional

calificado en el conjunto de la organización del sistema, con la potenciación del desarrollo y la evolución de la disciplina en el marco de las ciencias de la salud [2, 3].

En este contexto, el cuidado enfermero adquiere auge en la organización de los sistemas de salud en países como EEUU, donde el progreso económico determina la vida social y las formas de cuidado de las personas, o en otras realidades, como Canadá, donde las políticas de salud tienen una clara orientación hacia la promoción de la salud, o los países escandinavos, donde la cultura del bienestar tiene un arraigo de más de medio siglo. De igual manera, se podría hacer referencia a otros países europeos como el Reino Unido, por el peso histórico de su sistema nacional de salud, en el que la atención enfermera no se ha cuestionado en la atención domiciliaria, en la atención a programas de salud y en la coordinación y atención hospitalaria desde mitad del s. XX. En estos países, y en cada uno de ellos desde perspectivas diferentes, la vida social incorpora de forma paulatina la cultura del cuidado, los sistemas de salud incorporan a las enfermeras en esta función y el mundo académico desarrolla la formación y el conocimiento enfermero mediante la investigación en el cuidado de la salud.

Este cambio vertiginoso al que se está asistiendo en la esfera social y los sistemas de salud ha de gestionarse con habilidades técnicas y humanas. El nuevo papel que los sistemas de salud demandan de la enfermería es una estructura que le permita responder a los retos

sociales con el rigor profesional y el talante humano necesarios en el cuidado de las personas [4]. Así, el liderazgo de la enfermera en el medio social recobra el valor científico, técnico y humano del cuidado de la salud. La incorporación de la enfermera en la toma de decisiones en todos los niveles del servicio de salud ha de ser un elemento sustancial, que garantice la respuesta a esta necesidad social y la orientación del servicio enfermero en el contexto general de la organización sanitaria.

Se podría argumentar que la enfermería es una profesión cuyo enfoque contempla una **doble dimensión**:

- **Prestación de cuidados directos** para la salud de las personas.
- **Administración de los recursos del entorno**: bien sea éste a nivel institucional (centros asistenciales) o social (recursos de la comunidad).

Esta doble dimensión de la acción enfermera la convierte en **prestadora de servicios y coordinadora del área de atención a la salud**. Todas las enfermeras, de forma independiente a su puesto en la organización, intervienen en la coordinación de los servicios y prestaciones de salud y en la gestión de los recursos del entorno de la persona o grupos susceptibles de atención de cuidados. Los principios de liderazgo y de gestión, por lo tanto, son parte consustancial a las competencias que requieren las enfermeras para funcionar en el sistema de salud, caracterizado por la gran complejidad derivada de la diversidad de factores que intervienen en la producción y la atención a la salud y la vida de las personas.

## DEFINICIÓN Y PRINCIPIOS DE LIDERAZGO Y DIRECCIÓN

La tendencia actual de la enfermería española está prácticamente centrada en la atención al paciente desde una vertiente asistencial para resolver el problema de salud, desde una óptica que responde más al contexto sanitario que a una concepción integral de la salud. La enfermera atiende a un paciente derivado por otro miembro del equipo de salud o bien a partir de un diagnóstico enfermero, con la estructuración de sus intervenciones para obtener óptimos resultados. Pero hoy, la práctica de la enfermería se da en contextos diferentes, como son hospitales, centros de atención primaria, domicilios de los pacientes o el entorno sociosanitario, donde resulta necesario que la enfermera conozca las

características del medio donde se desarrollan los cuidados y administre los recursos de manera que ejerzan la función de elementos favorecedores del cuidado y la vida de las personas. Así, la atención enfermera abarca una dimensión mucho más amplia que la mera atención a la resolución de los problemas del cuidado de la salud. La atención a la salud de la persona y su entorno como un todo único ha de ser una función integrada en la atención de los cuidados enfermeros.

En el trabajo de la enfermera se dan situaciones en las que las intervenciones se abordan mediante un equipo interdisciplinar, bien sea colaborando en la resolución de un problema, compartiendo tareas con otros miembros del equipo o delegándolas en su caso, con lo que se ejerce con ello un papel importante en la coordinación e integración del equipo para llevar a cabo el proceso de atención de salud.

Este contexto que integra los aspectos de la atención directa a las personas y la atención y coordinación de los recursos del entorno de salud da a la enfermera un doble papel en su función profesional, el papel asistencial y el papel de gestora de recursos de salud. Es necesario, por lo tanto, destacar la importancia de los conceptos que identifican la función de dirección en los cuidados enfermeros.

## Definición de liderazgo

Si por liderazgo se entiende la capacidad de una persona para inspirar la confianza y el reconocimiento del grupo por la responsabilidad ejercida, se puede afirmar que la **enfermera ejerce el liderazgo cuando consolida la integración de todas las partes implicadas en un proceso de atención de salud**, bien sea un equipo de enfermeras o de carácter interdisciplinar. La enfermera ejerce el liderazgo cuando convoca y aglutina a todas las partes integrantes del proceso de atención de salud, con el fin de asegurar la más alta calidad asistencial a los pacientes. El contenido del liderazgo enfermero, por lo tanto, **parte de la búsqueda de la excelencia en la práctica profesional y se construye en el terreno de las destrezas clínicas y de las habilidades en el trato personal y de empatía**, con lo que se favorece la comprensión y el control del trabajo profesional. El liderazgo de enfermería lleva de forma implícita su participación en las políticas de salud y su incorporación a la organización sanitaria, como elementos que garantizan la supervivencia y el éxito de los grupos y las organizaciones, en medios de carácter permanentemente



cambiantes como son en la actualidad los servicios de salud.

Para **definir el liderazgo**, se toma de diferentes autoras, citadas por Huber [5] algunas orientaciones significativas:

- **Mc Closkey y Molen (1986)**: describen el término como un proceso de influencia, sea entre individuos o entre grupos, para alcanzar metas. Los conceptos clave relacionados con el liderazgo son la influencia, la comunicación, el proceso de grupo, el establecimiento de metas y la motivación.
- **Hersey y Blanchard (1993)**: definieron el liderazgo como un proceso de influencia en las actividades, sea en el nivel individual o de grupo, y un esfuerzo por alcanzar metas en una situación determinada.
- **Burns (1978)**: observó que el liderazgo ocurre cuando los seres humanos, con sus motivos y propósitos, movilizan sus esfuerzos en razón de una competencia o de un conflicto con los demás, de modo que se comprometan o satisfagan los motivos que los convocan.

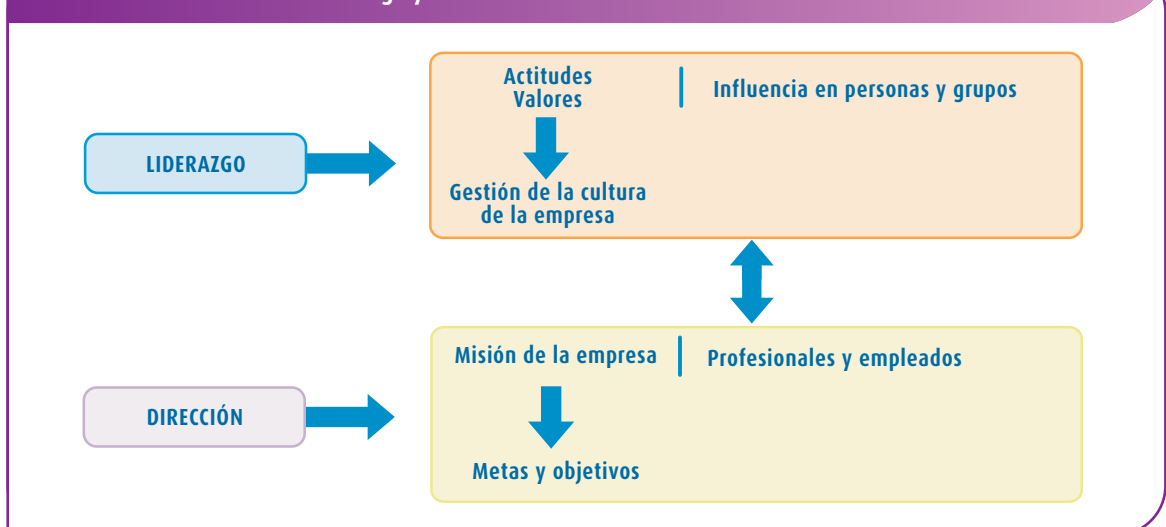
Los matices que **diferencian el liderazgo y la dirección** estarían en que el **liderazgo hace referencia** a actitudes y valores relacionados con el talante personal y su influencia en las personas, lo que capacita al líder para gestionar la cultura y los valores de la empresa y de los grupos profesionales que la constituyen, teniendo en cuenta las relaciones de poder y los afectos, así como las tendencias y los intereses del grupo. **La dirección**, por su parte, gestiona la misión de la empresa, los pro-

fesionales y empleados implicados a los que tiene en cuenta y las metas u objetivos de la organización para conseguir unos fines predeterminados. **Se puede decir que la dirección ocupa el ámbito del cumplimiento, mientras que el liderazgo abarca los aspectos de las relaciones humanas**, debiendo estar ambos interrelacionados para el logro de las metas deseadas (Ver Cuadro 1).

## Teorías y estilos de liderazgo

Las teorías sobre liderazgo han evolucionado alejándose de los rasgos característicos del líder como persona. A pesar de ello, diferentes autores describen algunas **características comunes del líder**, como son el conocimiento, la capacidad para motivar, la confianza, la comunicación, el entusiasmo, la visión global de las situaciones, el valor y la capacidad para tomar decisiones que incluyen riesgos. Los líderes surgen en un contexto determinado, de ellos se dice que “se hacen, no que nacen”, por lo tanto son habilidades que se pueden aprender e implican acción, influencia y movimiento. Éstos son términos activos que, asociados a las habilidades y destrezas del saber hacer y a la capacidad de empatía personal, permiten tomar decisiones innovadoras en el contexto que les es propio. Por lo tanto, **el liderazgo lleva de forma implícita el riesgo y el valor en la toma de decisiones como elemento esencial en la manera de dirigir al grupo**, por lo que deben asumir con ello las desviaciones que son consecuencia de la decisión y su impacto en los resultados obtenidos. El liderazgo, asi-

Cuadro 1. La relación entre liderazgo y dirección





mismo, confiere fortaleza ante el afrontamiento de las situaciones y transmite confianza en el grupo para el mantenimiento del estatus profesional.

Es importante que el líder establezca un **ambiente positivo donde el grupo conozca su misión** y tenga depositada la confianza en el logro de las metas, ya que las características propias del líder pueden también generar un ambiente de competitividad donde se cierre la comunicación generando desconfianza. Para que el grupo esté integrado alrededor del líder, se hace necesario que se compartan los fines y los medios que los convocan. En grupos donde los intereses son muy dispares, bien por falta de evolución profesional del grupo o bien porque no estén suficientemente debatidos los propósitos, el líder se encontrará aislado por un problema esencial de comunicación entre los intereses del grupo y sus propósitos. Por lo tanto, es esencial no sólo saber hacia dónde dirigirse, sino también con quiénes se camina en el proceso que se dirige para la definición de una estrategia adecuada a cada persona y a cada situación.

**La teoría de contingencias o de situación**, que postula que la conducta organizativa depende de las circunstancias de la situación o ambiente, ha reemplazado las **viejas teorías de rasgo y de estilo** por el contexto y la situación laboral del grupo de trabajo, en consonancia con su fluctuación permanente. **El líder más idóneo será el que tenga la personalidad y el estilo que mejor se adapte al grupo y a la situación**. La teoría de situación establece que el liderazgo debería pasar de una persona a otra y el jefe debería variar de un estilo a otro en función de los requerimientos laborales. Así, **se cree que ninguno de los estilos de liderazgo es óptimo en todas las situaciones, ya que es necesario considerar la naturaleza de cada situación**. Hersey y Blanchard [5] definieron los términos de las conductas del líder, diferenciando distintas orientaciones en base a la tarea a realizar y la relación:

- **Conducta de tarea**: grado en el que los líderes organizan y definen las funciones, explican las actividades, determinan cuándo, dónde y cómo se deben de realizar las tareas y animan para que se realice el trabajo.
- **Conducta de relación**: grado en el que los líderes mantienen relaciones interpersonales al abrir la comunicación, ofrecer apoyo emocional y facilitar las conductas.

La forma de liderazgo es un proceso continuo en el que se dan diferentes estilos de conducta y que, de alguna manera, se pueden clasificar en distintos tipos:

- **Autocrático**: representado por conductas directivas en las que las decisiones se transmiten cuando ya están tomadas. Las técnicas y los procedimientos de la actividad de dirección están determinadas por el líder que orienta las tareas empleando su poder personal de forma autoritaria. Puede anular la creatividad y la innovación. Este estilo puede ser de gran eficacia en situaciones de crisis.
- **Participativo**: el jefe presenta al grupo el análisis de la situación con una valoración de alternativas sobre las que pide opinión. La influencia y libertad del grupo es más amplia pero la decisión sigue siendo en exclusiva del que dirige.
- **Democrático**: representa un avance en el reparto de influencia, donde el grupo con el que se comparte responsabilidades orienta a la persona en la toma de decisiones. El consenso es una de las claves esenciales que lo caracteriza. El reto del grupo es compartir perfiles profesionales diferentes con el fin de enriquecer el conjunto del grupo, donde el equilibrio y la cohesión van a ser estrategias necesarias para la resolución de los problemas que afectan al equipo.
- **Liberal**: promueve la libertad completa. El líder participa en minoría siendo el grupo quien formula las decisiones. El líder ha de ser permisivo para alentar una mayor libertad, pero si el grupo no es maduro puede caer en la ineficacia. Este estilo tiene grandes ventajas con prestadores de servicios independientes que trabajan en conjunto para un mismo fin.

Cada estilo tiene ventajas y desventajas según las características de cada situación. La flexibilidad es un elemento importante para la efectividad del trabajo del grupo. Es, por lo tanto, esencial el conocimiento de la capacidad del grupo y su disposición antes de examinar y elegir un estilo de líder.

### Tendencias actuales sobre el liderazgo

Las modernas teorías sobre el liderazgo se deben al aumento de la diversidad de las situaciones que se dan en el proceso productivo, bien sea de bienes o de servicios, por lo que cada vez se vuelve más compleja la dirección de grupos con una finalidad determinada en sistemas dependientes de grandes relaciones.

Existen diferentes tendencias descritas a partir de la clasificación de variables de situación en la relación entre el líder y los seguidores, con la estructura de tarea y fuerzas de relación. De igual manera, asentado en esta misma estructura, se formulan aspectos que influyen en la medida de responsabilidad del líder y que se manifiestan en la motivación, el deseo de hacer algo



bien, la persistencia, la actitud en el trabajo y el sentido de autonomía. En definitiva, hace referencia a aspectos interactivos entre las conductas de tarea y de relación, con aspectos ambientales y del entorno relacionados con las actitudes y capacidades del líder.

Algunos autores [5] amplían el concepto de liderazgo e identifican dos tipos de líder:

- Líder transaccional: desempeña un papel de atención enfocado a las actividades cotidianas. Fija las metas en función de lo que se puede esperar de las personas que dirige. Esta forma de liderazgo se puede equiparar a un contrato de beneficios mutuos, que ayuda a limar las diferencias entre los individuos, en este caso entre el líder y los seguidores, siendo los resultados el esfuerzo y la realización que se pretende conseguir. El líder transaccional trabaja con la cultura organizativa existente y es un componente esencial del liderazgo efectivo (Ver Imagen 1).
- Líder transformador: motiva a sus seguidores para alcanzar las metas a partir de su potencial integral, ofreciendo una razón y sentido a la dirección del grupo. Los líderes transformadores emplean el carisma, la consideración individualizada y la estimulación intelectual para producir un esfuerzo mayor, asentado en la efectividad y la satisfacción de las personas y el grupo que lidera. Este liderazgo se da cuando las personas se relacionan entre sí de tal manera que líderes y seguidores alcanzan los niveles más altos de motivación y toma de decisiones éticas, y se pone el énfasis en el propósito colectivo y el crecimiento y desarrollo mutuo. Las expectativas del grupo son superadas e igualmente se cambia la cultura de la organización. Destacan como características el orgullo de pertenencia al grupo, la satisfacción del trabajo, el entusiasmo y el espíritu de equipo.



Imagen 1. Grupo de enfermeras debaten una cuestión profesional

## Definición de dirección

De forma genérica, se puede afirmar que el proceso de dirección es aquel que conduce hacia las metas deseadas. Tradicionalmente se han definido sus grandes líneas como la coordinación e integración de los recursos mediante el proceso de planificación, organización, coordinación y control, con el fin de cumplir las metas y objetivos de la institución.

Son diferentes autores quienes confieren a la dirección la entidad de coordinar el conjunto del proceso administrativo, ya que esta etapa se caracteriza por la capacidad de comunicación y motivación que impregna el liderazgo del director con el fin de posibilitar el “hacer hacer”: procurar que quienes tienen las competencias directas en la prestación de un servicio o de elaboración de un producto lo hagan. Koontz y O'Donnell [6] manifiestan en este sentido que es necesario comprender la complejidad y particularidad de cada persona del grupo para adecuar los objetivos con los recursos existentes, y así alcanzar un trabajo que responda a las expectativas planificadas y previstas en el marco de la organización. Por lo tanto, se puede concluir que donde culmina el proceso de diseño de una organización se inicia el proceso de la acción y, si bien es ésta la función propia que describe la dirección, se puede aventurar que dirigir implica:

- Liderazgo: le compete que las personas logren sus objetivos en grupos formalmente organizados.
- Motivación: significa crear un ambiente organizado donde cada persona se pueda realizar individualmente y cooperar para la obtención de metas colectivas.
- Comunicación: contempla que cada persona conozca sus fines y las metas comunes en la organización para participar activamente en la consecución de objetivos.
- Orientación: supone particularizar el trabajo a las capacidades y competencias individuales, y eliminar las trabas para su realización.
- Supervisión: conlleva optimizar la eficiencia y alcanzar metas de forma efectiva.

La complejidad que adquieren las organizaciones de servicios de salud está demandando una creciente competencia en las actividades ligadas a la dirección. La función de dirección debe conllevar por ello el acercamiento de la cúpula del sistema con el nivel de atención directa, donde se lleva a cabo el servicio de salud. El acercamiento del nivel estratégico o de planificación con el nivel operativo de la prestación del servicio permite el conocimiento de los profesionales de lo que pretenden los directivos, mientras que los directivos deben

también conocer el entorno y las dificultades del nivel técnico de operación.

Pero la función de dirección no es meramente privativa del gestor de una organización o de la directora enfermera de una institución. La enfermera enfoca el cuidado directo hacia el elemento humano, de igual manera que el director de una organización lo hace con los profesionales y trabajadores de la empresa, y ambos se proponen conseguir el crecimiento de las personas, la competencia en el cuidado de la salud, calidad con bajos costos y efectividad en los resultados. Este matiz del cuidado de la salud como campo específico de la atención enfermera le confiere competencias de dirección que deberán integrarse en la formación básica de la enfermera profesional.

### Principios de la dirección

La dirección de cualquier departamento de una organización, como principio general, debe partir de la misión y la filosofía propia del servicio que cumple, dentro del marco general de las políticas en que se sustenta la organización. La dirección enfermera de una institución de servicios de salud está inmersa en un contexto de política sanitaria que fija la orientación y la dirección del servicio enfermero. Por lo tanto, deberá estar diseñada en esta doble dimensión:

- El contexto general de las políticas de salud.
- La aportación específica del servicio enfermero en el cuidado de la salud.

Así, las tendencias actuales de planificación sanitaria a partir de objetivos definidos en los planes autonómicos de salud y en los planes directorios de las instituciones sanitarias deberán delimitarse con la participación directa de los responsables de más alto nivel de los servicios enfermeros. En el nivel de cada institución, la dirección enfermera deberá pactar con el equipo de gerencia los contratos-programa y la cartera de servicios, para posteriormente descender a un pacto de objetivos con cada unidad de cuidados enfermeros del nivel asistencial, y convertirse de esta manera en un elemento estratégico para la planificación como responsable de la dirección y evaluación de las prestaciones de los servicios enfermeros (Ver Imagen 2).

#### La motivación

La dirección basada en la coordinación de los recursos del sistema para realizar las acciones deseadas tiene



Imagen 2. La directora enfermera diseña la organización y las metas del servicio enfermero

como requisito previo la motivación, que es la actividad que impulsa y dirige al personal a llevar a cabo las acciones encaminadas a la consecución de objetivos. La motivación puede ser entendida como una estrategia condicionada por el nivel de desarrollo del grupo, por lo que se deben adecuar los instrumentos de motivación al grado de esfuerzo que los empleados estén capacitados para hacer con el fin de alcanzar las metas definidas. Entre los instrumentos de motivación con que cuenta la dirección, más allá de los incentivos económicos, está el asesoramiento a las personas, de forma individual o en grupo, que deberán cumplir una función determinada.

La asesoría a los profesionales se lleva a cabo de diferentes maneras, bien sea a partir de programas de formación en el servicio, de asignación de expertos en temas concretos del servicio que se requiere, de desplazamiento temporal de un profesional o profesionales a otros servicios donde se desarrolla una actividad de interés formativo, de actividades de formación continuada o de apoyo a nuevas prácticas profesionales reafirmadas en la evidencia científica, con el fomento



de la participación activa de los profesionales en jornadas de trabajo, congresos y reuniones científicas.

### **Delegación de actividades**

Es considerado como otro de los elementos esenciales en la función de dirección. Si en toda organización, para asumir el funcionamiento cotidiano de la misión de un departamento, los perfiles del puesto de trabajo están delimitados y la asignación de personas resulta adecuada a cada departamento como principio básico de organización, la función de la dirección es responsabilizarse en afrontar las innovaciones añadidas tras los cambios que surgen en la política de salud, en el contexto general de la organización. Para ello, la delegación de responsabilidades en la estructura de mando deberá establecerse a través de acciones de supervisión y guía en el cumplimiento de las tareas, por lo que son los directores, en último caso, los responsables de la calidad y la cantidad de los aspectos delegados a la supervisión. Por tanto, una función principal de las directoras es la coordinación de los grupos de trabajo responsables de las unidades y servicios, con el fin de que las responsabilidades compartidas por delegación cumplan los requisitos de efectividad y eficiencia previstos.

En la delegación de funciones directivas no podrá nunca obviarse la responsabilidad última, que resulta implícita en esta función, correspondiente a la evaluación y control de las acciones delegadas. La delegación requiere como principio la determinación de objetivos y metas, la asignación de financiación y recursos para el logro de los objetivos, sistemas de control para medir los resultados del trabajo en base a patrones predeterminados, así como la instrumentación de medidas correctivas si es necesario. La función de control se ha descrito como un proceso constante de retroalimentación para ver qué ocurre y si se cumplen los objetivos, los planes y los patrones determinados, así como la formulación de cómo pueden mejorarse los servicios para conseguir el beneficio deseado. Para que las destrezas conceptuales, de pensamiento y las habilidades técnicas propias del director sean efectivas, es necesario un proceso de comprensión, comunicación e incentivos (recompensas y sanciones) hacia el personal del servicio que dirige.

### **La resolución de problemas planteados**

La cultura actual de los servicios de salud enfatiza la racionalidad y el control, y asigna a la función del director la resolución de problemas en la organización. Así, Mintzberg [7] establece diferentes niveles en la función de dirección:

- En el nivel de información: el papel del director es comunicar y controlar mediante el uso de la información.
- En el nivel de personal: las funciones son de liderazgo y cohesión del grupo.
- En el nivel de ejecución: se incluye la supervisión, consistente en hacer cumplir las tareas de forma adecuada, controlar conflictos y negociar.

Las enfermeras, como directoras de procesos de atención de salud, controlan a las personas y el ambiente donde se desarrollan los cuidados; por lo tanto, la función de dirección ayuda a las enfermeras a mejorar su eficiencia personal y la productividad de la organización.

Uno de los aspectos a considerar, en el contexto de la dimensión que han alcanzado las organizaciones sanitarias, es la descentralización de la gestión desde el nivel de dirección a las unidades asistenciales, que verá en el proyecto de gestión clínica una estrategia para hacer realidad una política de cuidados enfermeros (Ver Capítulo 13). La gestión de los servicios de salud ha sido un tema de amplio debate en las últimas décadas, sin haberse llegado a conclusiones definitivas, pero en el aspecto de la gestión de los cuidados enfermeros son muchos los debates abiertos, ya que las dificultades y las bonanzas del sistema influyen en el desarrollo de una gestión adecuada de los servicios enfermeros en el sistema de salud.

## **LA GESTIÓN DE LOS CUIDADOS ENFERMEROS EN EL SISTEMA DE SALUD**

### **La definición de gestión en los servicios de salud**

En estos últimos años, el discurso del sistema de salud ha pasado de centrarse del concepto de administración al concepto de gestión, sin darse, tal vez, una reflexión necesaria sobre las diferencias de ambos términos. La propia evolución del sistema de salud en España ha jugado un papel importante en el significado que se le ha venido dando al concepto de gestión. En la década de los ochenta, ambos conceptos se empleaban de forma indistinta, pero es a partir de finales de los años ochenta y en la década de los noventa cuando el concepto de gestión adquiere un protagonismo relevante. En esta época se estaba viviendo un cambio substancial en la orientación de las políticas de salud, en el Congreso de los Diputados tenían lugar debates y propuestas

sobre las diferentes alternativas para abordar la crisis de financiación del Sistema Nacional de Salud y la necesidad de incorporar instrumentos y estrategias de gestión de servicios sanitarios que garantizaran la evaluación de los procesos y los resultados en términos de salud y de coste de las prestaciones.

Se produjo un cambio relevante en la filosofía y los valores de la cultura de la organización sanitaria y se incorporó con más fuerza en el lenguaje de los políticos y de los gestores de los servicios de salud el término de gestión. Hablar de administración, en un principio, suponía emplear un concepto interpretado desde la salud pública, en el que se integran todas las estructuras sociales y sanitarias como determinantes de los procesos de salud y enfermedad. Desde este concepto, la administración de salud es considerada como la totalidad del sistema social y sanitario en relación con su influencia en los procesos de salud y enfermedad. La gestión es considerada entonces una técnica para la toma de decisiones sobre recursos humanos, materiales, financieros, estructurales, organizativos y de métodos y procedimientos aplicados a la atención de salud.

Pero las culturas son cambiantes en la sociedad, y la palabra adquiere diferentes significados. La fuerte presencia que adquiere el concepto de gestión en el sistema sanitario, en este país y su entorno cultural y social, se debe a un carácter que va más allá de la gestión de recursos. Hay autores que consideran que la gestión es el resultado de una evolución del concepto de administración. Así, Montaner [8] expresa que *"la gestión se considera algo más que la administración"*. En los trabajos de este autor, el concepto de administración se relaciona con el proceso administrativo: *"tradicionalmente se ha identificado con una serie de fases como son análisis, planificación, organización, dirección y control y evaluación"*.

En esta interpretación se observa cómo al concepto de administración se le superpone una acepción meramente de método. Por el contrario, en este texto se ha desarrollado el concepto de administración desde la actual tendencia, como una ciencia en sí misma. Para dar cobertura a diferentes interpretaciones, se podría pensar que este debate es meramente semántico, como tantos otros, y que queda a la libre interpretación. Desde aquí se entiende que no es así y, en este sentido, no cabe duda de que, a pesar de las distintas corrientes de pensamiento que aborden esta doble interpretación de un mismo concepto, se deberá profundizar en el debate interno de esta cuestión.

Por ello, se van a tratar dos aspectos relacionados con el diferente enfoque que pueden adoptar las políticas de salud y la planificación de los servicios:

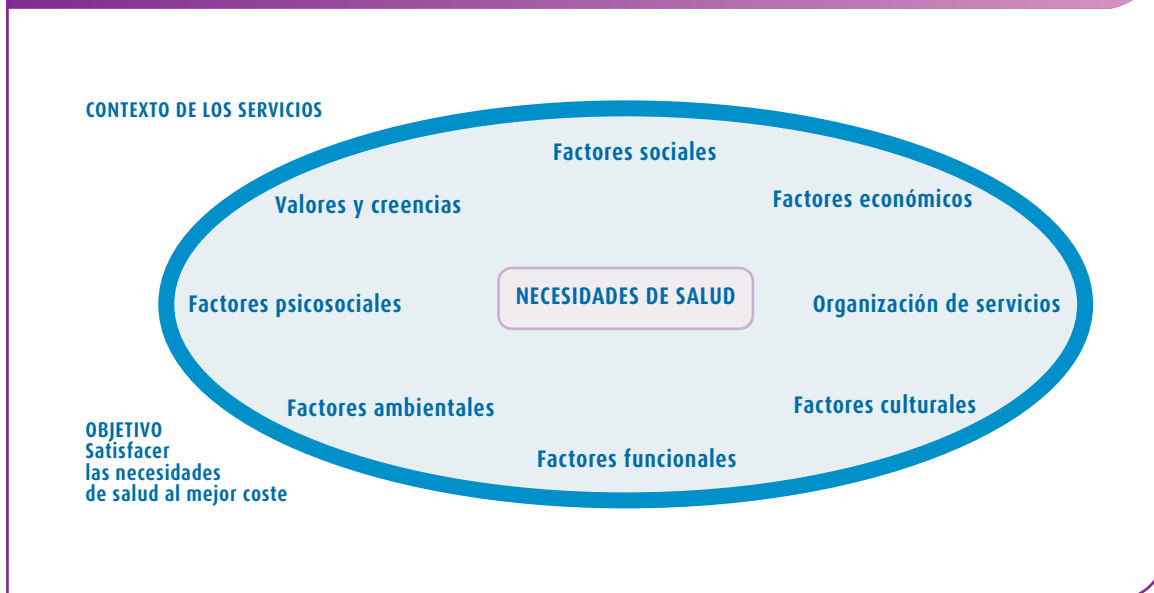
- Si se define el Sistema Nacional de Salud como el conjunto de estructuras interrelacionadas con el objeto de producir la mejor y mayor salud, que incorpora determinantes sociales, económicos, culturales y éticos del conjunto de la población, así como de los aspectos psicológicos, funcionales y de la organización de los recursos sanitarios, entonces se está hablando de un concepto genérico de administración de salud en el que la gestión es una parte del fenómeno, y cuya especificidad se relaciona con la función de planificar y organizar los recursos del sistema a partir de las necesidades sociales de salud, en la oferta de un servicio en términos de calidad científica, técnica y humana, con capacidad de respuesta y evaluación de los procedimientos de atención de salud en relación con estas necesidades sociales.
- Si se define el Sistema Nacional de Salud como la suma de cada una de las estructuras y organizaciones de servicios que deberán prestar atención sanitaria en un determinado contexto, se estará hablando de un concepto de gestión de los recursos de una organización que trata de responder con calidad científica, técnica y humana a las necesidades de salud que demanda la población (Ver Cuadros 2 y 3).

La diferencia de estas dos perspectivas radica en la misión y el enfoque de la organización de los servicios de salud:

- En el primer caso: la gestión se aborda desde una visión general e integral del proceso de salud, en un contexto determinado en el que se incorporan diferentes factores y estructuras interdependientes. Así, la atención sanitaria parte de un contexto general, es decir, de la totalidad de los factores que intervienen en el proceso de salud y enfermedad, de forma particular en una organización concreta, para resolver los problemas según las necesidades sociales de salud. La evaluación de resultados se mide en términos de eficacia y eficiencia, y se analiza el impacto sobre una población diana que servirá para la adecuación permanente de las políticas de salud.
- En el segundo caso: la orientación de la gestión responde a la necesidad de control de los recursos de una institución, con una visión finalista en sí misma. Por tanto, la atención de salud parte de la necesidad de respuesta de una organización concreta a la demanda de servicios de la población de referencia.



Cuadro 2. Enfoque desde el concepto de administración



Cuadro 3. Enfoque desde el concepto de gestión



La evaluación de resultados se mide en términos de efectividad y coste de la gestión de los procesos para satisfacer la demanda de forma competitiva y rentable y, como objetivo secundario, contribuir a la mejora del sistema de salud como organización general.

Se está haciendo mención, por lo tanto, a una planificación que es consecuencia de una política de salud que parte del análisis de las necesidades o, por el contrario,

a una planificación que surge del contexto de una organización determinada. Gran parte de los debates actuales [9] sobre nuevos modelos de gestión radican en este doble enfoque. Por ejemplo: las fundaciones sanitarias y los institutos de salud, que se vienen creando en hospitales como propuesta de gestión (descritos en el Capítulo 10), son un proyecto que pone énfasis en la racionalidad del gasto sanitario en una unidad de gestión concreta (unidad de cardiología, de digestivo, etc.)

y fomenta la competitividad con otras unidades dentro de un mismo centro. En este caso, la finalidad de cada unidad se relaciona con la satisfacción de sus propios objetivos, gestionados de forma competitiva en base a la mayor rentabilidad de sus propios recursos.

Esta forma de gestión es indudable que ha de estar integrada en el contexto de la organización general del hospital en cuestión, pero no responde como punto de partida a las necesidades de salud del conjunto de la población que atiende ese hospital concreto y de su contexto de salud y enfermedad. Así, la atención a la enfermedad cardiológica, digestiva o aquella que determina la actividad de la unidad en cuestión, es el objetivo de la atención de salud por el cual se financia la unidad concreta. Los problemas de salud pluripatológicos o determinados por factores sociales y de cuidado de la salud corren el riesgo de quedar al margen del sistema, creando una contradicción con la cultura hoy generalizada, según la cual los procesos de salud y enfermedad tienen carácter multifactorial. Mientras se está tratando de orientar las prestaciones no sólo a pacientes con diferentes enfermedades, sino a la atención integral de la persona con problemas de cuidados o mantenimiento de su salud o, en su caso, a la persona que padece una enfermedad debida a una diversidad de factores, los modelos de gestión que se propugnan pueden estar hipotecando esta orientación integral.

Esta reflexión indica cómo cualquier propuesta de gestión en el día de hoy habrá de ser consecuencia de una planificación estratégica, que parta del contexto general de análisis de las necesidades humanas de salud y que responda, de forma descentralizada y consecuente, a la misión general de las políticas de salud. Apuestas de modelos de gestión que en la actualidad suponen nuevas corrientes, como el modelo de gestión clínica, deberán ser consideradas puesto que proporcionan una orientación como proyecto de descentralización de la gestión y de orientación del servicio en función del paciente y no como satisfacción del servicio propio.

Expresándolo de otra manera, el empleo de criterios de equidad económica y social y de racionalidad del gasto en salud es posible tan sólo si se parte de una visión general del contexto de salud como perspectiva social. No es factible medir el gasto sanitario e incorporar criterios de equidad desde la particularidad de cada centro o institución, por la significación específica del propio concepto de equidad, que requiere poder comparar las desigualdades en salud y, para ello, es necesario tener una visión general y de contexto. Desde los mode-

los de gestión que actualmente están adquiriendo auge en las fundaciones sanitarias y los institutos, es posible medir la competitividad económica entre centros y unidades dentro de un mismo centro, pero esta cuestión no guarda relación con el criterio de equidad social y económica, como se viene exponiendo.

**Como conclusión de este debate sobre el concepto de gestión, se puede resaltar que la racionalidad del gasto en los servicios de salud es una necesidad y un requerimiento de la sociedad, siempre que se asiente en criterios de equidad económica y solidaridad social.**

Esta perspectiva es necesaria a la hora de definir el concepto de gestión y el concepto de administración:

- La administración como ciencia social y la economía de la salud centran su objeto en el valor de la naturaleza de la salud y habrán de ser elementos que se incorporen a la cultura y la organización del sistema de salud como instrumentos que permiten satisfacer un bien social: la salud de las personas y su entorno de vida.
- La gestión es un instrumento que utiliza los conceptos, valores y métodos de la economía de la salud y de la administración sanitaria. La gestión se concibe como el medio para alcanzar los objetivos de salud, con el mayor rendimiento posible de los recursos sanitarios y sociales que intervienen en los procesos de salud y enfermedad.

## La misión en la gestión enfermera: la naturaleza del cuidado de la salud

La reflexión central, para orientar la planificación del servicio enfermero, está en la evolución del concepto de cuidado enfermero, y su objeto o razón de ser en la organización de los servicios.

Cuidar es un concepto incorporado en la naturaleza del ser humano como necesidad básica. Cuidar es mantener la salud y, por ello, es un concepto integrado en la vida cotidiana de las personas: cuida la mujer, cuida la madre, cuidan los familiares y allegados cubriendo las necesidades y requerimientos del mantenimiento de la vida y la salud. De esta manera, el cuidado enfermero se orienta en los distintos ámbitos de la vida y del cui-



dar humano. El lenguaje del cuidado enfermero como significación profesional lleva a delimitar esta acción cotidiana de la vida humana en relación con los requerimientos del cuidado que tienen las personas y su entorno cuando no tienen conocimiento, voluntad o capacidad por sí mismas para mantener su salud en el contexto de la vida productiva y social. Por tanto, la enfermera profesional cuida cuando [10]:

- Enseña, ayuda o suplente los cuidados de la persona y su entorno.
- La persona o el entorno requieren cuidados para la salud y la vida.
- Los cuidados requieren la dependencia del sistema de salud por su complejidad técnica o especialización profesional.

Así, los ámbitos del cuidado enfermero habrán de estar en todas las situaciones de vida y salud de las personas y en todos los contextos del desarrollo humano donde el cuidado de la salud de uno mismo y de las personas dependientes requieran ayuda profesional. Los espacios del cuidado enfermero están en:

- El medio sociosanitario: contexto donde se sitúan y desarrollan los procesos de vida y salud de las personas que requieren atención, derivada de situaciones de dependencia de cuidados.
- La atención primaria de salud: hace referencia a la atención programada y continuada de las personas y grupos de población en la promoción y recuperación de su salud y bienestar.
- La atención especializada: se oferta en instituciones sanitarias que se caracterizan por su alta complejidad tecnológica y especialización en la atención de los cuidados de la salud (Ver Imagen 3).

Llegados a este punto, es necesario unificar una idea del concepto de cuidado enfermero. A continuación, se propone una definición en los siguientes términos:

**Es la atención profesional que da la enfermera en prestaciones de servicio para la salud, donde se establece una relación de ayuda con la persona o personas dependientes de cuidados y cuyo objetivo se centra en desarrollar la capacidad de autocuidado de la persona y su entorno, con la potenciación de los recursos naturales respecto a los conocimientos, la motivación y la capacidad para su autocuidado.**



**Imagen 3.** La atención especializada se oferta en centros sanitarios de gran complejidad tecnológica

Según la anterior definición del cuidado enfermero, se considera 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 de la persona o su entorno, que determina el producto enfermero en forma de servicio de ayuda a las personas y a la sociedad.
- La enfermería tiene una delimitación del campo de actuación y define un método de intervención en el cuidado de la salud y la vida, cuando las personas y su entorno no tienen el conocimiento, la motivación o la capacidad suficiente para satisfacer sus necesidades en cantidad y calidad de los cuidados requeridos.
- La especificidad de los cuidados enfermeros como servicio únicamente podrá ser abordada desde la perspectiva profesional enfermera, bien sea en cuidados de responsabilidad directa, o en la coordinación con los recursos sanitarios y sociales para procurar la mayor calidad de los cuidados.

Esta definición describe a la enfermera como responsable de cuidados en la atención de salud, y se entiende como 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 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.



## Principios de la gestión de los cuidados enfermeros

Si se acepta que el cuidado enfermero parte de un contexto teórico específico, se pueden definir los principios de la gestión de los cuidados de la siguiente manera:

- Los elementos de gestión enfermera: están delimitados por el marco de la disciplina, que determina el conocimiento enfermero desde la naturaleza del cuidado. El contenido de la gestión de cuidados estaría integrado por:
  - La planificación de los cuidados enfermeros: dirigida a las necesidades de la persona en términos de cuidados para la salud y a la gestión del entorno como condicionante de salud y de vida.
  - Los valores del cuidado: determinados por la percepción particular del cuidado que cada persona tiene de sí misma, los cuales se constituyen como un elemento de la construcción conceptual del cuidado enfermero. Este concepto determina la gestión de los valores del cuidado, que hace referencia a la consideración de la persona por su dignidad humana, definida como ser único y global.
  - Los métodos de análisis de las necesidades de cuidados: incorporan tanto el registro objetivo de las variables cuantitativas como aquellas variables obtenidas por métodos cualitativos que recojan la percepción de las personas y su entorno sobre su propio cuidado.
- El campo de la gestión de los cuidados se determina por la estructura, el proceso y la medición de los resultados de la atención de salud que aportan las enfermeras:
  - La estructura de los cuidados: parte del conocimiento enfermero, que explica, predice y teoriza sobre la naturaleza y el ser de la enfermería, y los valores implícitos en el cuidado de la salud (la razón humana del cuidado de la salud).
  - El proceso de los cuidados: se define por la manera particular de hacer enfermería (método enfermero) y por el contexto donde se brindan los cuidados (entorno estructural).
  - La medición de los resultados: alcanzada en relación con la capacidad de autonomía de las personas y su entorno para satisfacer sus necesidades de cuidados.

En consecuencia, es el conocimiento, el método y el contexto de los cuidados lo que define el ser, el hacer y el estar del cuidado enfermero, siendo determinantes de la gestión de los cuidados enfermeros. La gestión de

los cuidados, por lo tanto, tiene una finalidad que se asienta en el conocimiento particular del cuidado enfermero y determina la investigación enfermera en el campo de la gestión de los servicios de salud. Además, tiene un proceso de atención de salud que deberá ser medido en términos de salud y coste y en términos de satisfacción y aceptabilidad de las prestaciones de servicios. Por último, ha de tener una medida en términos de calidad total que establezca estándares o indicadores de resultados de salud.

Se trata, por lo tanto, de definir el espacio de la gestión de los servicios enfermeros a partir de su propia razón o esencia de la naturaleza del cuidar. Solamente desde la delimitación del campo disciplinar se pueden determinar las competencias profesionales o, dicho de otra manera, solamente desde la delimitación del servicio enfermero se puede ofertar especificidad en los servicios de salud. Es una necesidad social responder con calidad técnica y humana a los requerimientos de los cuidados que demandan y perciben las personas y la población en su conjunto, además de un reto para la gestión de los servicios de salud.

## La orientación del cuidado enfermero

Los aspectos de la orientación del cuidado enfermero en los servicios de salud están determinados por diferentes causas:

- Los problemas y necesidades de salud: consecuencia de una enfermedad que deriva en incapacidades y déficits de la persona para llevar a cabo de forma autónoma el cuidado de su salud y de las personas que de ella dependen. La enfermera actuará de forma independiente en cuanto a la capacidad y responsabilidad en la prescripción y resolución de los problemas de cuidados que tiene la persona, así como llevando a cabo actividades en equipo en colaboración con el médico y otros profesionales de la salud para el tratamiento y curación de las enfermedades.
- Las desviaciones de la salud: generan problemas y necesidades de cuidados como consecuencia de determinados hábitos de salud y de modo de vida de las personas. Requieren del cuidado profesional por falta de conocimiento, motivación y capacidad de las personas para satisfacer de forma autónoma el cuidado de su salud o la vida propia, o de las personas dependientes de su entorno. En este campo, la enfermera determina y resuelve de forma autónoma el grado de dependen-



cia de cuidados de la persona y su entorno, y actúa de forma independiente en la resolución de los problemas y necesidades de cuidados enfermeros. De la misma manera, la enfermera establece sistemas de coordinación y cooperación con el equipo de salud para la resolución de los problemas derivados de todos aquellos factores que intervienen como condicionantes de salud, determinados por causas que implican otras disciplinas, como son causas sociales o económicas, médicas o biológicas, educativas o culturales, éticas o morales, incorporadas en las creencias de una comunidad.

### Las características de la gestión de los cuidados enfermeros

Llevar a cabo el proceso de gestión de los cuidados enfermeros requiere determinar el objeto de la atención de salud que, de forma particular, atienden las enfermeras e, igualmente, requiere habilidades y técnicas de administración y gestión sanitaria.

Las características propias del cuidado enfermero se pueden delimitar, por tanto, en dos aspectos diferenciados (Ver Cuadro 4):

- El objeto de la gestión enfermera:
  - El conocimiento enfermero.
  - Los valores del cuidado enfermero.
  - La tecnología del cuidado.

- La aplicación de técnicas de gestión, que consiste en:
  - Analizar y elaborar la información sobre las necesidades de cuidados de la población.
  - Desarrollar métodos y estrategias para la adecuación de los recursos y la orientación de los servicios enfermeros.
  - Evaluar la capacidad de resolución de los problemas de atención enfermera.

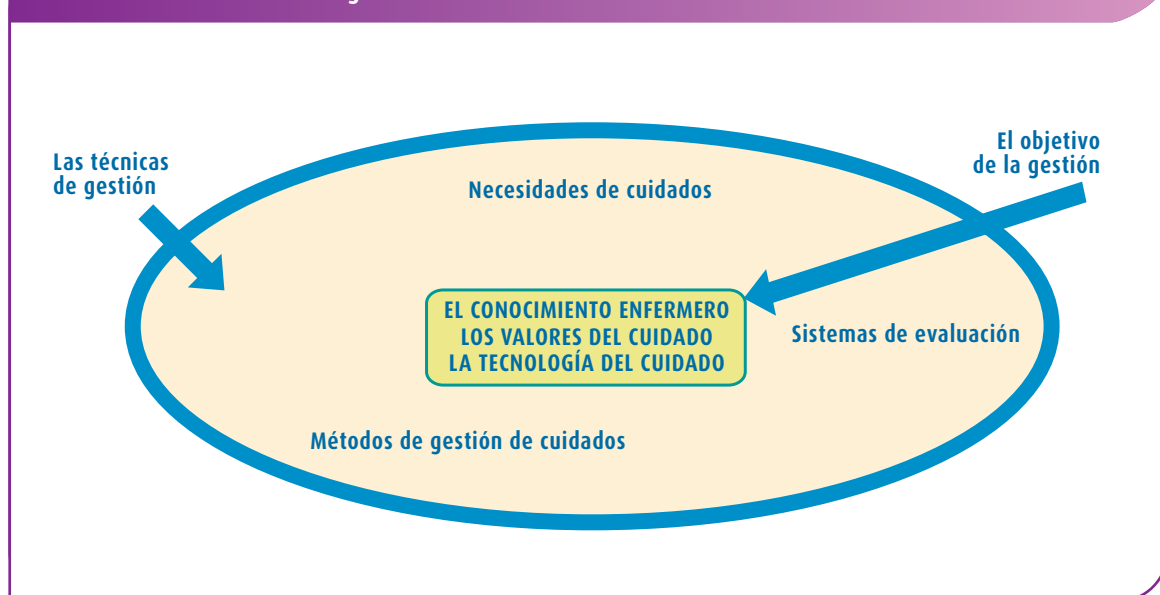
### El objeto de la gestión enfermera

#### Gestionar el conocimiento enfermero

El saber de la enfermería es el conocimiento asentado en contenidos teóricos que parten del saber universal, por lo tanto, integra conocimientos de otras disciplinas y elabora sus propios conceptos y teorías que le hacen singular como ciencia del cuidado en el ámbito de las ciencias de la salud. De esta manera, la enfermera comparte conocimiento con otros profesionales y aporta al equipo de salud la especificidad del cuidado enfermero. Así, la actividad enfermera en la atención de salud tiene contenido específico y de colaboración en equipo.

La enfermería es una ciencia aplicada que estudia las relaciones existentes entre la persona y su entorno como un todo único, junto a los cuidados para la vida y la salud de la persona y las personas que dependen de

Cuadro 4. Características de la gestión de cuidados enfermeros



ella. La gestión de los cuidados incorpora la atención profesional en la relación enfermera/persona, además de la gestión del entorno de los cuidados, bien sea en un medio institucional de servicios de salud o en el entorno social y comunitario.

La enfermera, en su función de gestora del cuidado y mantenimiento de la salud, emplea el conocimiento enfermero y lo aplica en la diferenciación de procesos enfermeros de carácter independiente y la actividad de coordinación y de trabajo en equipo que lleva a cabo de forma interdisciplinar. En este proceso, el conocimiento enfermero es el referente para delimitar los recursos necesarios de cada situación y contexto del cuidado de la salud.

Las intervenciones enfermeras están determinadas por la especificidad del cuidado enfermero, asentado en el conocimiento disciplinar de la profesión. La gestión de los cuidados deberá establecerse a partir de:

- La determinación de problemas enfermeros: diagnóstico enfermero.
- La definición de las intervenciones enfermeras: clasificación de intervenciones.
- La evaluación de los resultados: efectividad y eficiencia.

### **Gestionar los valores del cuidado**

La enfermería es un arte que integra los valores del ser humano en su cuidado para la vida y la salud. El arte del cuidado enfermero incorpora la sabiduría del cuidar, que se establece a partir de tres dimensiones:

- El respeto a los valores y creencias de la persona sobre su propio autoconcepto del cuidado personal.
- La participación de la persona en la toma de decisiones sobre el cuidado de su vida y su salud.
- La atención al estado de vulnerabilidad de la persona que requiere cuidados enfermeros.

Por tanto, la gestión de los valores del cuidado implica:

- La creación de un entorno y una cultura favorables para la organización de los recursos de atención de salud, que permita a la persona un ambiente favorecedor de la autonomía de su propio cuidado, con el respeto de sus valores y creencias, el mantenimiento de la vida y la salud propia y la de aquellas personas dependientes.
- El conocimiento de los procesos de salud y vida por las personas, para poder tomar decisiones que le afectan en el cuidado de su salud, para lo que la persona

requiere información y educación en salud y la garantía de la continuidad de los cuidados en cantidad y calidad adecuada a sus necesidades humanas.

- La atención humana e individualizada a la persona que requiere cuidados de salud, por el estado de vulnerabilidad en la que se encuentra, valorando y determinando acciones de atención que incorporen a la persona de forma activa en su proceso de atención de salud.

### **Gestionar la tecnología del cuidado**

La enfermería desarrolla la tecnología del cuidado e incorpora los avances del desarrollo científico y tecnológico aplicado al cuidado de la vida y la salud. La tecnología del cuidado es el procedimiento por el cual se cubre una necesidad de cuidado humano en los términos de mejor calidad de vida posible, y se desarrolla en los siguientes entornos:

- Tecnología del cuidado cotidiano.
- Tecnología del cuidado terapéutico.
- Tecnología de la información y la comunicación.

Su incorporación en la organización social de las personas y en la organización de los servicios de salud ha de realizarse cada vez con más fuerza. Por lo tanto, gestionar los recursos de salud implica hoy gestionar la tecnología del cuidado para abordar la atención enfermera con criterios de calidad.

### **La tecnología del cuidado cotidiano**

Consiste en todos aquellos instrumentos que la persona incorpora para la realización de su cuidado personal en situaciones de vida y salud adaptadas a su entorno y contexto social.

### **La tecnología del cuidado terapéutico**

Constituida por todos aquellos instrumentos que el profesional emplea para sustituir las necesidades de cuidados de la persona cuando tiene dependencia del cuidado enfermero en el mantenimiento de su salud. Se dará el caso de una tecnología del cuidado que en un momento se utiliza para el cuidado terapéutico y, en otra circunstancia, la persona la incorporará a su cuidado personal como tecnología del cuidado cotidiano, por ejemplo, un medidor de glucosa para un diabético, un catéter de alimentación o de eliminación permanente, etc.

### **La tecnología de la información y la comunicación**

Su aplicación al cuidado de la salud permite una mayor accesibilidad al conocimiento de las prestaciones enfermeras para la resolución de problemas de cuidados que



no precisen desplazamiento a instituciones sanitarias, en temas relativos a la educación para la salud y la orientación en el uso de los servicios sanitarios, pero ayuda de igual manera a la comunicación entre aquellas personas internadas en instituciones y su entorno familiar y social. En el mismo sentido, la atención de cuidados se irá configurando, en un futuro próximo, en sistemas de datos estandarizados apoyados en tecnología informática para el seguimiento y proceso de cuidados de la salud. Todos estos aspectos relacionados con el cuidado de la salud van a determinar incuestionablemente una forma de gestión del entorno de los cuidados para los próximos tiempos.

### Aplicación de los instrumentos de la gestión a los cuidados de enfermería

Uno de los aspectos que hacen referencia a la gestión son las técnicas y métodos que provienen del conocimiento de la administración, que se aplican en las diferentes esferas del medio social. Los métodos de gestión son universales en su aplicación en los diversos campos de la vida humana, pero la especificidad se determina por los objetivos del sistema social en el que se aplica: sistema educativo, sanitario, jurídico, sistema económico, comercial, urbanístico, etc. Así, la enfermera que gestiona los cuidados para la salud y la vida de las personas y emplea conocimientos y métodos de gestión habrá de integrarlos en el contexto del cuidado enfermero (Ver Imagen 4).

Por ello, en el campo de la gestión de los cuidados enfermeros y de evaluación de los procesos de atención, en términos de calidad y coste, se considera que son tres los instrumentos esenciales que permiten que la gestión de los cuidados responda al objeto de cuidar de la vida y la salud de las personas:

- Información.
- Aplicación de métodos de la administración.
- Evaluación de resultados.

#### Información

- La planificación de los servicios parte de la información previa que sustenta la base de datos que orienta los servicios de salud. La falta de indicadores de cuidados y de calidad de vida en el sistema de información sanitario está hipotecando la orientación del servicio enfermero. Gestionar la información implica definir las variables de estudio de los cuidados enfer-

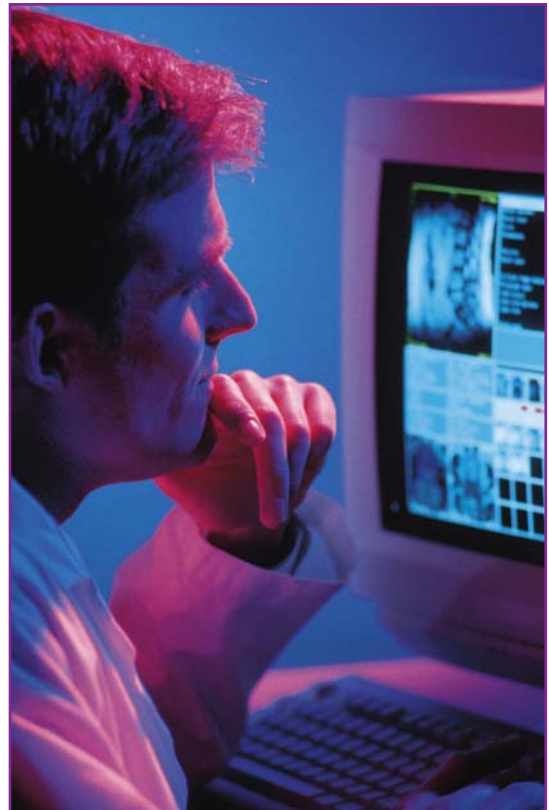


Imagen 4. Las técnicas de gestión facilitan la toma de decisiones en el cuidado enfermero

meros, analizar y procesar la información en forma de indicadores de salud y evaluar resultados.

- El análisis de las necesidades de salud incorpora los condicionantes de riesgo de corte cultural y social, el estudio de patrones de morbilidad y mortalidad y el conocimiento de las incapacidades y déficits sobre el cuidado de la vida y la salud. Este análisis desde una orientación multifactorial de la salud requiere instrumentos de valoración de necesidades, tanto cualitativos como cuantitativos, cuestión que se deberá incorporar en el sistema de información sanitario.
- Las variables de estudio para la planificación de los servicios enfermeros deberán partir del conocimiento de las necesidades de cuidados de las personas y de los condicionantes del entorno para el cuidado de la vida y la salud.

#### Aplicación de métodos de la administración

- Los métodos e instrumentos del cuidado deberán estar perfilados por la misma estructura de la construcción teórica de la enfermería. Así, cada vez es más frecuente asistir al debate sobre la incorporación de instrumentos cualitativos en el uso de la metodología enfer-

mera. Desde el tema presente, respecto a la relación entre los métodos de aplicación e investigación del cuidado enfermero y el empleo de métodos de administración en la gestión de los cuidados, se cree que son los primeros los que deberán orientar la manera de gestionar los servicios enfermeros, en cuanto a la determinación de qué prestaciones de cuidados debe contener el servicio de enfermería, cómo, cuándo y en qué cantidad las enfermeras han de llevar a cabo el proceso de cuidados y de qué manera y con qué métodos se deberá evaluar el servicio enfermero.

- Los instrumentos que aporta la ciencia y la técnica de la administración y la gestión de servicios se aplican en el contexto de la gestión de los servicios de salud y de la enfermería (Ver Imagen 5).
- La gestión de cuidados requiere la descripción de los problemas (diagnóstico enfermero) y la clasificación de intervenciones enfermeras (CIE, CIPE, NIC, etc.) para poder definir el proceso asistencial de la atención enfermera y medir sus resultados.
- La integración de la gestión de los cuidados en la organización general de las políticas de salud del país y en la organización de los servicios en cada contexto y situación, bien sea en la atención hospitalaria, en la atención primaria o en la atención sociosanitaria, siendo éste último un campo que cada vez demanda una mayor atención de cuidados de la salud.

### Evaluación de resultados

- Los indicadores de salud, en el contexto del sistema sanitario, deberán dar el conocimiento de las enfermedades, los problemas de salud como condicionantes de riesgo y las necesidades de cuidados por incapacidad o déficit de las personas y su entorno para el mantenimiento de la vida y la salud.
- La evaluación a partir de indicadores de salud, desde la perspectiva del cuidado, implica conocer la medida



Imagen 5. La aplicación de métodos de la administración debe supeditarse al cuidado humano, fin último de la enfermería

de las necesidades y requerimientos de cuidados y la capacidad de resolución de los problemas enfermeros que dispone el sistema de salud.

- Los indicadores de utilización de recursos muestran dos aspectos fundamentales:
  - La capacidad de los recursos empleados: humanos, materiales, presupuestarios, medidos en unidades de recursos cuantitativos.
  - La utilidad de los recursos en relación con el problema de salud, medida en términos de evaluación cualitativa de los recursos.

Evaluar a partir de los indicadores de utilización de recursos relaciona el número de recursos empleados con su capacidad para resolver los problemas de salud de la población correspondientes al cuidado a la vida y la salud.

- Los indicadores de resultados determinan la efectividad del servicio enfermero, la eficiencia en relación con el coste de los procesos, la cobertura en relación con el análisis de las necesidades de cuidados y la aceptabilidad de la población respecto a la atención enfermera.
- En los instrumentos de evaluación de servicios de salud habrá, por tanto, que incorporar el lenguaje de los cuidados enfermeros a partir de:
  - El marco disciplinar de referencia.
  - La definición de problemas y clasificación de intervenciones enfermeras.
  - Los indicadores de resultados, que permitan la evaluación de los procedimientos y los resultados de la atención de cuidados enfermeros en términos de salud y de coste y en términos de satisfacción de los beneficiarios del servicio.

Estos conceptos deberán vertebrar el análisis de las necesidades de cuidados durante la planificación y evaluación de la gestión de los servicios enfermeros: la gestión de los recursos para satisfacer las necesidades de cuidados de las personas y del entorno como instrumento que permita el desarrollo del cuidado de la salud. Un gran reto de la gestión de los cuidados enfermeros para el sistema de salud español.

La gestión de los valores del cuidado es, fundamentalmente, atender a la persona por su propia naturaleza de ser humano, por la dignidad de la persona como ser único y porque es la razón y objeto esencial del cuidado enfermero. Supeditar a la persona a la organización y al servicio aleja el objeto del cuidado de la salud, entendido como ciencia y técnica y como valor huma-



no, ya que se asume que el conocimiento enfermero se asienta en el concepto de persona como estructura funcional, como estructura ética y moral y como estructura psicológica y social. Es un reto para la gestión enfermera abordar los conceptos y valores del cuidado en la misión del servicio enfermero, en la determinación de las políticas de salud y en la organización sanitaria.

La configuración de los valores implícitos en el cuidado de la salud, que se han propuesto como elementos esenciales de la gestión de los cuidados, como son el autoconcepto de las personas sobre su propio cuidado, la participación y cooperación en la toma de decisiones sobre su cuidado terapéutico y la valoración del estado de vulnerabilidad en la que se encuentra la persona que requiere cuidados, han de ser consustanciales a las políticas de gestión de los servicios enfermeros.

La gestión excelente, por lo tanto, es la mayor aproximación entre el conocimiento del cuidar enfermero y los instrumentos de la gestión de los servicios. Para que esta relación exista, es imprescindible la formación de grupos investigadores en los servicios de salud que aborden la especificidad de la misión de los servicios enfermeros y de las prestaciones enfermeras en el sistema sanitario.

### **DEBATE SOBRE EL LIDERAZGO Y LA GESTIÓN ENFERMERA EN EL ACTUAL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

El contexto del sistema de salud está en un vertiginoso proceso de cambio permanente. La incorporación de nuevas tecnologías diagnósticas y terapéuticas, de sistemas telemáticos que permiten la educación y atención a distancia, el desarrollo de sistemas de autodiagnóstico que facilita la autonomía de pacientes con procesos crónicos y la aplicación de tecnologías propias para el cuidado de la vida y la salud de las personas están condicionando formas alternativas a la atención de salud tradicional. Por otra parte, los cambios demográficos de la población y la aparición de nuevos patrones de salud y enfermedad, derivados del modo de vida y los hábitos de salud, están determinando una nueva orientación de las prestaciones hacia la promoción de la salud y la intervención programada en la prevención de las enfermedades.

Por todo ello, la formación y la adquisición de competencias para la enfermera profesional en el liderazgo y la dirección de los cuidados en el entorno institucional

y sociosanitario es hoy una razón incontrovertible. En el presente y el futuro de los sistemas de salud se espera de la enfermera la capacidad de administrar la atención de salud en un proceso continuo, a diferencia de su papel tradicional en el marco de la atención hospitalaria, centrada en la asistencia a la enfermedad en un entorno de organización jerarquizada.

Así, el liderazgo de los cuidados y la dirección del proceso de atención enfermera son destrezas complementarias de la atención clínica orientada al paciente.

La gestión clínica, como sistema innovador cada vez más presente en el sistema de salud, va a requerir una descentralización cada vez mayor de los servicios enfermeros, modificando las estructuras de gestión actuales hacia una responsabilidad compartida en la gestión de los procesos y en la toma de decisiones de la enfermera gestora con las enfermeras de base. Esta realidad se hará factible en la organización actual de servicios solamente a partir de una amplia educación de las enfermeras en los elementos esenciales del liderazgo de los cuidados y en el conocimiento y los instrumentos de la administración y gestión de los servicios enfermeros.

La orientación de los servicios de salud, actualmente, tiende hacia la modalidad de la atención primaria, generándose nuevos campos y escenarios para la gestión de los cuidados. Desde esta perspectiva se deberá revisar la relación entre los procesos de atención en las nuevas políticas de salud y las tendencias en el liderazgo y la dirección de los servicios de cuidados enfermeros. Habrá, por lo tanto, que conjugar los sistemas tradicionales de los modelos de gestión con las tendencias contemporáneas de la atención de salud y de la organización del sistema sanitario que, si bien de alguna manera está implicando una renovación de forma continua, deberá incorporar de forma consustancial a las nuevas políticas de salud la especificidad de la atención de cuidados enfermeros.

La organización sanitaria integra los servicios enfermeros como un recurso del sistema, con capacidad para dar respuesta a las necesidades de las personas y la comunidad en el campo del cuidado enfermero. La profesión enfermera, tras un proceso de evolución histórico, comprende un marco específico de conocimiento propio, define una clasificación de problemas susceptibles de ser resueltos desde el campo disciplinar y establece una metodología de aplicación, que permite responder y evaluar la atención de cuidados que dan las enfermeras.

Por todo ello, desde la conceptualización propia de la disciplina enfermera, se deberá orientar la planificación y la organización de los cuidados con la aportación específica de este campo al saber general de la administración de la salud, además de la incorporación del aprendizaje de otras disciplinas. Para ello, es necesario adherir a la estrategia profesional la definición del perfil del gestor de cuidados, e integrar de forma implícita una formación investigadora para dar una explicación desde el análisis crítico a la razón de la oferta de servicios enfermeros para lo que, a su vez, resultaría imprescindible el diseño y desarrollo de nuevos instrumentos de evaluación de prestaciones de cuidados.

De esta manera, el liderazgo en la gestión de los cuidados parte de la premisa de que administrar cuidados enfermeros sin la estructura del marco teórico propio y sin integrar instrumentos del pensamiento administrativo en la gestión de servicios de salud, hoy, no es factible. La enfermera gestora de cuidados deberá integrar, como se ha expuesto en el Capítulo 13, por un lado el conocimiento de la ciencia enfermera como contenido y razón de lo que lidera y, por otro lado, aplicar el conocimiento del proceso administrativo y de los procedimientos de gestión de los servicios de salud como instrumento para el liderazgo de los cuidados.

El líder emplea sus cualidades personales y sus destrezas y habilidades profesionales con la incorporación de los métodos generales de la administración y gestión en su campo de autonomía propio. A partir de esta idea, se podrían establecer como características generales del liderazgo en los cuidados enfermeros:

- Partir de un marco de referencia asentado en el conocimiento científico, que delimite el campo que lidera y adapte los cambios derivados del nuevo conocimiento en su área de competencia determinada.
- Aportar el conocimiento propio en favor del saber universal e integrar en el campo de la enfermería el conocimiento de otras disciplinas de las ciencias humanas y sociales, de las ciencias naturales y de las ciencias experimentales y de la salud.
- Dirigir el grupo que lidere, con talante humano y capacidad crítica y reflexiva, y adecuar los perfiles profesionales a la provisión del servicio que cada caso requiera.
- Orientar el servicio con criterios de eficiencia y aceptabilidad social a las demandas y necesidades humanas en el campo de los cuidados enfermeros.
- Potenciar la investigación en el campo de los cuidados para garantizar la oferta de prestaciones de calidad

científico-técnica y humana en el marco general del sistema de salud.

- Establecer comunicación y diálogo en el entorno socio-sanitario, con la potenciación de la acción interdisciplinar y la cooperación de las distintas fuerzas y medios sociales.

Las direcciones enfermeras son la estructura para poder desarrollar el liderazgo formal, que es la garantía para la incorporación de las demandas profesionales que surgen de la evolución disciplinar y de los propios requerimientos sociales respecto de una atención de cuidados. Pero la estructura formal del liderazgo no cumple su fin si no es a partir de su ejercicio asentado en el reconocimiento social, que surge de dos fuentes esenciales: por un lado, la capacidad de resolución de los problemas reales del cuidado que demandan las personas y, de otro, de la aportación de conocimiento científico al saber universal como resultado de la investigación.

Si bien es evidente que la evolución de los cuidados para la salud en la sociedad de bienestar es un hecho que hoy ya no se cuestiona, derivado del crecimiento demográfico de la población mayor, de las incapacidades, minusvalías y las demandas de calidad de vida y salud, el grado de desarrollo de estos cuidados en el medio comunitario va a depender de la orientación de las políticas de salud y de la capacidad de respuesta profesional de cada uno de los colectivos responsables de ello. Así, si el objetivo de la enfermería como profesión se ciñe a la justificación de estructuras administrativas que garanticen la presencia enfermera en las direcciones de gestión, se estará asistiendo únicamente al liderazgo formal de los cuidados, carentes de una orientación disciplinar y de servicio, que se convertiría en un mito al no conllevar la justificación de la oferta de cuidados enfermeros desde una explicación fundamentada.

Se puede ser gestor enfermero y restringir la gestión a los recursos humanos o a la evaluación de costes de los recursos que genera la enfermería, sin que tenga lugar una delimitación de las prestaciones en términos de salud de respuesta enfermera. Por lo tanto, el análisis de resultados no reflejaría en ningún caso un servicio prestado a la sociedad en la mejora de sus demandas y necesidades de cuidados para la salud. Se podrían dar datos sobre los procedimientos que realizan las enfermeras, pero esta cuestión, si no parte del análisis de variables determinantes de las necesidades de cuidados para la salud, no responde tampoco al resultado de indicadores de cuidados enfermeros, en términos de calidad y coste de los servicios, es decir, en términos de



eficiencia. Por lo tanto, se puede concluir que si no existe la definición del marco que delimite los problemas susceptibles de ser atendidos por las enfermeras, no puede haber un sistema de evaluación de resultados en términos de cuidados enfermeros como respuesta a una demanda social. El fin del gestor enfermero entonces sería la administración de recursos, no la planificación y evaluación de los servicios de cuidados para la salud que tienen las personas y las poblaciones (Ver Imagen 6).

Si, por el contrario, se parte de un marco de referencia para la administración de servicios de cuidados desde una conceptualización teórica, en la que los instrumentos y métodos del cuidado tienen una explicación demostrable en la oferta de servicios, se podrá constatar un liderazgo asentado en la evidencia científica:

- Al partir de un análisis de necesidades sociales que tienen respuesta en un marco disciplinar enfermero.
- Con el establecimiento de una sistematización y unos procedimientos metodológicos que garanticen la evaluación de los resultados en referencia a la calidad y el coste de las prestaciones.
- Con el aporte de información al sistema sanitario y social de la respuesta profesional y el servicio enfermero en el marco de la atención de la salud.

Esta manera de gestionar los cuidados no se asienta meramente en la justificación de la actividad profesional, sino en la explicación de la actividad profesional y en la medida de la salud alcanzada en relación con la calidad y el coste de las prestaciones de cuidados que proporcione la enfermería.

En las últimas décadas, tal vez se están confundiendo, de alguna manera, la gestión y la evaluación de los servicios como la finalidad del sistema de salud, cuando en realidad no es más que un medio para conseguir una finalidad. Las enfermeras se forman en programas de gestión y evaluación para alcanzar el puesto de responsabilidad que supuestamente conlleva el reconocimiento social del liderazgo, pero no se están formando en el propio objetivo de su gestión, la naturaleza de los cuidados enfermeros, que es la esencia del liderazgo de la profesión. Se aprenden instrumentos y métodos de administración sanitaria como en otros tiempos se aprendieron técnicas de aplicación clínica, muchas



**Imagen 6.** Un buen gestor de cuidados debe ser un excelente profesional enfermero antes que un técnico de administración

de ellas hoy obsoletas. Con esto se trata de subrayar que la enfermería, hoy, no es meramente una técnica y, al no incorporarse el aprendizaje deductivo en la forma de actualizar el conocimiento, se está girando alrededor de un problema cuya respuesta está en la formación de las enfermeras docentes y gestoras. No es posible responder a las expectativas del sistema social en el liderazgo enfermero sin una formación en investigación en el campo específico de la enfermería. Por lo que se justifica, de alguna manera, la licenciatura y el doctorado en enfermería, para alcanzar, entre otras aspiraciones, el liderazgo de los cuidados. La respuesta a las necesidades que demanda el sistema social actual a la enfermería pasa por la formación y el desarrollo de la investigación.

Esta situación aboca de alguna manera a una crisis permanente en la cual gestores formados técnicamente de forma competitiva, al cesar sus cargos y volver al servicio asistencial de origen, se sienten fracasados porque dejaron una asistencia técnica e hicieron igualmente técnico su paso por la gestión, con lo que no aprovecharon su nuevo periodo de formación para profundizar en su profesión cuando, paradójicamente, un buen gestor de cuidados debería ser un excelente profesional enfermero antes que un buen técnico de administración. Los aspectos técnicos de una disciplina son necesarios como instrumentos para su desarrollo, pero la técnica carente de un marco de referencia que dé sentido y orientación al servicio es tan sólo eso, una buena técnica. Son otros quienes justificarán en función de sí mismos el servicio, aunque se haya impartido por otro grupo de ocupación o profesión.





## RESUMEN

- Las tendencias en el liderazgo social en la actualidad giran en relación al manejo de los valores culturales y éticos y en la capacidad de organización y gestión de los recursos sociales, con el fomento de la participación y la autonomía de los grupos.
- El liderazgo de los cuidados se asienta en la capacidad de dar respuesta a las necesidades de cuidados de las personas y su entorno, en términos de calidad científica, técnica y humana.
- El liderazgo requiere el reconocimiento social del grupo, por su capacidad de influencia en la movilización de esfuerzos en razón de su competencia particular. La dirección gestiona la misión de la empresa y tiene en cuenta las metas y objetivos de la organización.
- El objeto de la gestión de los cuidados enfermeros parte de los elementos que caracterizan el cuidado enfermero de la salud, es decir, los valores que hacen referencia a la consideración de la persona por su dignidad humana y los instrumentos tecnológicos y de sistematización de los cuidados que dan respuesta a las necesidades humanas.
- La aplicación de instrumentos de gestión en los cuidados enfermeros requiere una información adecuada y fiable de las necesidades de cuidados, la aplicación de técnicas y habilidades en la gestión de servicios y el establecimiento de sistemas de evaluación de las prestaciones de cuidados para la salud.



## BIBLIOGRAFÍA

- [1] Maler H. Las enfermeras marcan la pauta. Ginebra: OMS; 1985.
- [2] Marriner-Tomey A. Guide to nursing management and leadership. 8<sup>th</sup> ed. Chicago: Mosby; 2008.
- [3] Salvadores Fuentes P et al. Manual de administración de los servicios de enfermería. Barcelona: Ariel; 2002.
- [4] Ayuso Murillo D, Grande Serella RF. La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias. Madrid: Díaz de Santos; 2006.
- [5] Huber D. Liderazgo y administración en enfermería. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1999.
- [6] Koontz H, O'Donnell C, Weilrich H. Elementos de administración: un enfoque internacional. 7<sup>a</sup> ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2007.
- [7] Mintzberg H. Diseño de organizaciones eficientes. 2<sup>a</sup> ed. Buenos Aires: El Ateneo; 2003.
- [8] Montaner R et al. Manual del directivo eficaz. Barcelona: Gestión 2000; 1999.
- [9] Gálvez R et al. Las nuevas formas de gestión de los servicios sanitarios. En: Del Rey J. El futuro de la sanidad española. Un proyecto de reforma. Madrid: Fundación Alternativas-Exlibris; 1999.
- [10] Temes JL, Parra B. Gestión clínica. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2000.

# 3

## Los instrumentos de la dirección enfermera

Marta Durán Escibano  
María Paz Mompart García

- Describir la motivación y la toma de decisiones como instrumentos de la dirección enfermera.
- Definir la motivación, analizar los condicionantes del entorno de los servicios de salud y su repercusión en el desarrollo profesional de la enfermería.
- Desarrollar los condicionantes de la motivación profesional derivados de la actividad enfermera en la atención a la salud.
- Explicar el proceso de toma de decisiones como estructura del método de resolución de problemas.



## INTRODUCCIÓN

---

La evolución de los servicios de salud en las dos últimas décadas ha experimentado un cambio radical en las formas de abordar las actuaciones del sistema de salud, derivado del desarrollo de la atención primaria, la implantación de la gestión por objetivos de salud, la orientación del servicio hacia el cliente, la descentralización de las estructuras y la participación y la búsqueda de consenso en la toma de decisiones, todos ellos elementos que se han incorporado con fuerza en la cultura de la atención sanitaria.

Las enfermeras prestan servicios en la atención directa con una carga de presión asistencial alta y en un contexto donde la atención gira alrededor del diagnóstico de enfermedad. De esta manera, aquellas actividades que realiza la enfermera en la atención a la continuidad del tratamiento médico y en el apoyo al diagnóstico de enfermedad quedan registradas como tales y, por lo tanto, reconocidas como actividades enfermeras. Por el contrario, las acciones encaminadas a la coordinación del equipo de salud y la atención a la persona por su situación de dependencia de cuidados no son visibles en el contexto de la organización.

Esta situación lleva, en general, a muchas profesionales a seleccionar, de forma prioritaria, las acciones que le son reconocidas por la organización en su trabajo cotidiano, por lo que dejan aquellas acciones más específicas de la atención del cuidado enfermero, que resultan motivadoras para el crecimiento profesional, en manos de las enfermeras que buscan la excelencia y la satisfacción por el trabajo en sí mismo.

---

## LA MOTIVACIÓN PARA EL DESARROLLO PROFESIONAL

---

Se define la motivación como la predisposición que induce a las personas a trabajar en un determinado sentido. La motivación está fundamentada en los intereses, deseos y aspiraciones de cada una de las personas que trabajan en un determinado grupo que, presentando diferencias individuales, alcanzan un acuerdo por un motivo común. Los intereses y los deseos, por los que cada persona se dirige de forma positiva, son los elementos motivadores.

Las diferentes investigaciones, procedentes fundamentalmente de las corrientes de la escuela de relaciones humanas, ayudan a comprender y a utilizar las diversas formas de motivación, útiles en general para cualquier organización y, en particular, para los servicios de salud y de enfermería. Es necesario, por lo tanto, identificar aquellas variables que incentivan y motivan las conductas de trabajo, así como las que intervienen en el proceso que hace posible la adaptación permanente a los cambios que se dan en la empresa.

La teoría de las necesidades humanas de Maslow y su aplicación, por parte de Herzberg, a las aspiraciones de los individuos, que pueden ser atendidas y desarrolladas a través del grado de satisfacción en el trabajo, afir-

ma que la motivación está en relación con la posibilidad que ofrece el trabajo de cubrir esas necesidades, presentes en todos los individuos.

La influencia de las corrientes de la psicología conductual, por los estudios que aporta principalmente en el funcionamiento por refuerzo, han tratado de responder a la cuestión de cómo se puede motivar para mantener un nivel de trabajo satisfactorio y productivo. La mayoría de estas teorías intentan demostrar que los incentivos o motivadores pueden funcionar directamente en relación con la realización de una conducta de trabajo adecuado, por la que se recibe una compensación motivadora.

En el trabajo de las enfermeras existen elementos motivadores de importancia en sí mismos, tales como la calidad de las relaciones interpersonales, especialmente con los usuarios pero también con colegas, y la responsabilidad en el trabajo y la implicación en el conocimiento científico y tecnológico [1]. Estos elementos, que en un principio pueden considerarse positivos, pueden transformarse en factores negativos que, unidos a otras causas como son el sueldo, los horarios o la rutina de las tareas convierten el entorno laboral en elemento de desmotivación para el desarrollo profesional, tanto a nivel individual como de grupo o del colectivo de enfermeras en una organización.

Es evidente que esta labor de motivación compete principalmente al directivo responsable de una unidad o coordinador de un equipo, que tiene encomendada la tarea de orientar y dirigir al grupo hacia metas comunes, pero es evidente, de igual manera, que sin el compromiso y la consideración de los profesionales enfermeros sobre la importancia de la aportación de los cuidados a la salud de las personas en la organización de los servicios de salud, no es posible llevar a cabo un proyecto de realización profesional.

La dirección enfermera ha de encontrar igualmente elementos de motivación para el desarrollo profesional en el contexto de las políticas de salud y en el marco de la organización de los servicios. Las estrategias de promoción de los cuidados para la salud, como responsabilidad específica de la enfermería, habrán de ocupar un espacio cada vez mayor en el futuro de los servicios de salud y en las distintas instituciones sanitarias.

La motivación por causas derivadas de la importancia del servicio que se oferta (conocimiento disciplinar), por el sentimiento de pertenencia al grupo (profesionalidad) y por la satisfacción por el trabajo bien hecho (metodología y sistematización de las prestaciones de cuidados) son elementos que dependen de la misión y de las políticas de salud que orientan los servicios de salud y de la determinación y orientación de la atención de cuidados como proyecto de la dirección enfermera, con el desarrollo de estrategias de motivación que impliquen al colectivo de profesionales en unas metas comunes (Ver Cuadro 1).

Los campos de actuación estratégica de la dirección enfermera, estarán orientados en dos direcciones, el entorno de la organización y la actividad de la enfermera en la atención de salud, que en función de su estructura van a intervenir como factores determinantes en la motivación de la enfermera para el logro del desarrollo profesional y científico en su trayectoria profesional (Ver Imagen 1).

### El entorno de los servicios de salud

Hacer una valoración de las causas de motivación de la enfermera en el ejercicio profesional, obviando el papel determinante del entorno de la organización de los servicios de salud, no resulta viable en la actualidad. Com-

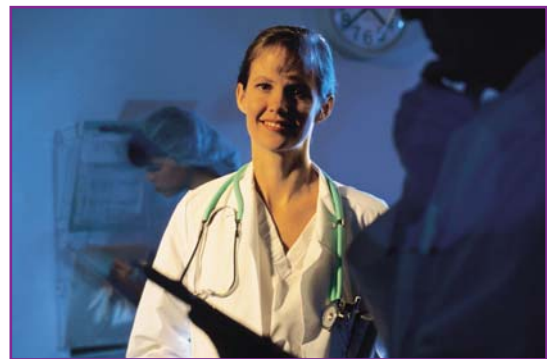


Imagen 1. El entorno de la organización y la actividad en la atención a la salud determinan la motivación enfermera

#### Cuadro 1. Factores que influyen en la motivación profesional en enfermería

##### EL ENTORNO:

La estructura  
Las relaciones de poder  
Los sistemas de incentivos

##### LA ACTIVIDAD:

Las situaciones estresantes  
El proyecto de crecimiento personal  
La carrera profesional

##### EL OBJETIVO:

El desarrollo profesional y científico



prender la organización sanitaria desde un enfoque sistémico implica, de forma incuestionable, valorar las influencias de la totalidad de la organización sobre el colectivo de enfermeras y analizar las influencias y los poderes que surgen en las relaciones de estos profesionales con el resto de la organización.

Es necesario hablar de las enfermeras como colectivo y como grupo en una organización, pero de igual manera adquiere relevancia la consideración particular de los proyectos individuales que cada enfermera lleva consigo en su trayectoria profesional. Atender a cada profesional en el contexto del grupo y establecer estrategias de motivación para el desarrollo profesional ha de ser un criterio de gestión de la excelencia en la dirección enfermera.

Tener en cuenta esta realidad, desde los factores que determinan el entorno de los servicios de salud, lleva a afrontar diferentes campos de actuación.

### La estructura y la comunicación en la organización

La estructura física y la cultura de los hospitales hoy da una relevancia singular a las unidades diagnósticas y de tratamiento, en una propuesta de centralizar en el hospital toda la atención que requiere la tecnología más sofisticada y especializada. Pero, siendo estas estructuras vitales para el funcionamiento del sistema y del propio hospital, no han de dejar de justificarse en el entorno hospitalario por su motivo principal, que ha de ser el de estar al servicio de los pacientes ingresados en las unidades de cuidados básicos, de cuidados intermedios y de cuidados intensivos, donde la atención a las personas es el objeto principal de la asistencia, debiendo ser ésta la razón esencial de la existencia de un hospital.

Este desajuste en el orden de los valores que dominan en la cultura del sistema sanitario, donde los usuarios de los servicios pasan a ocupar un segundo plano en relación con los propios componentes de la organización, es uno de los elementos que requiere un cambio fundamental en el entorno de la atención de salud.

**El entorno físico de la organización es un elemento esencial de la imagen del sistema frente a la sociedad y las personas que demandan atención, y es la cultura de los cuidados enfermeros uno de los ejes vitales que los sustenta.**

**Los aspectos del cuidado enfermero deberán estar incorporados en la estructura física de la organización.**

El lenguaje del sistema sanitario adquiere términos ligados a los nombres de las enfermedades y las disfunciones orgánicas derivadas de éstas, así como de las pruebas diagnósticas, y se incorpora con ello un discurso con el que los profesionales se alejan del lenguaje común que manejan los usuarios de servicios. Sin embargo el lenguaje enfermero, con independencia de aspectos técnicos y científicos, utiliza los términos de la vida cotidiana, por la propia naturaleza del cuidado personal. Este aspecto tiene una doble connotación en la imagen de la palabra con la que se comunica la enfermera: por un lado, los usuarios se sienten cercanos al lenguaje de la enfermera y acuden a ella para comprender mejor su situación de salud pero, por otra parte, el poder que el usuario asigna a los términos médico-sanitarios los reviste de un mágico prestigio y valor por lo desconocido, por lo que los valores y el lenguaje de los cuidados quedan en el terreno de lo cotidiano. Hay que destacar este punto, pues éste es un valor altamente positivo que aporta la enfermera a la comunicación en los servicios de salud y deberían generarse estrategias para su aprovechamiento (Ver Capítulo 11).

En muchas ocasiones, la imagen corporativa de la enfermera se ha perdido en el entorno de la organización. Desde la enfermera distinguida con un uniforme, que le ha prestado significado de forma histórica, a una enfermera con un uniforme similar al de cualquier otro trabajador sin más distinción, hay un abismo. Si los símbolos del pasado otorgaban a la enfermera una imagen con connotaciones ligadas a aspectos religiosos y de subordinación, hoy esta imagen no se corresponde con la realidad de la enfermería en el sistema sanitario, y no se tratará tanto de perder los tradicionales símbolos como de incorporar otros nuevos que identifiquen a la enfermera con su función de cuidar. La enfermera es, ante todo, un profesional cercano a la persona y su familia, es un recurso del sistema y conlleva una idea de servicio. La enfermera representa la suplencia y la ayuda de la persona en el cuidado de su salud y responde con calidad científica, técnica y humana a las necesidades de cuidados de las personas. Por lo tanto, la imagen de la enfermera deberá impregnar esta figura de accesibilidad, de respeto humano y de rigor profesional en el entorno de los servicios de salud. La iden-

tificación de las unidades de cuidados y de cada una de las enfermeras en el contexto de la organización ha de resaltar el perfil de profesional responsable de los cuidados de las personas y su entorno.

### **LAS RELACIONES DE PODER EN LA ORGANIZACIÓN**

Como ya se ha comentado en capítulos anteriores, el poder es un fenómeno humano que sucede en momentos de relaciones interpersonales; es la capacidad para influir y conseguir que otros hagan lo que uno pretende. En otro sentido, el poder es libertad en el sentido de control sobre la vida cotidiana y el ambiente personal, que se manifiesta en forma de imagen, símbolos y palabras. Por lo tanto, el uso del poder es un elemento fundamental para la motivación del colectivo enfermero, ya que se entiende que el poder requiere de reconocimiento por parte del entorno donde se ejercita.

El poder de la enfermera estriba en saber aprovechar las situaciones de riesgo para tomar decisiones sobre la salud de las personas, en proyectar una imagen de iniciativa y confianza en sí misma y en desarrollar la autoestima para proyectarla en las percepciones sobre las conductas de los demás.

### **El poder en las relaciones con otros profesionales**

En gran parte de los conflictos que se generan en las organizaciones existe una relación de buen o mal uso del poder de cada persona o colectivo. Un poder conflictivo está directamente relacionado con la percepción de la fuerza o la magnitud de poder que posee el otro. Pero, en los momentos de uso del poder personal o profesional, se puede actuar en dos direcciones: desde la confrontación o desde una actitud de cooperación.

Si bien la confrontación es una estrategia inicial de lucha por un poder que se puede considerar propio, el mantenimiento de la confrontación establece una relación de pérdida del poder. La negociación surge cuando el respeto mutuo por el poder se reconoce y hay intención de resolver la situación. La colaboración ocurre cuando el poder de un individuo se une al de los demás para alcanzar metas comunes, pero, en cualquier caso, el poder individual en el contexto de un grupo implica el riesgo de la toma de decisiones y su asunción de forma responsable.

El poder enfermero, asentado en la colaboración interdisciplinar y en la toma de decisiones en equipo, potencia el reconocimiento del sistema a la actividad enfermera y enriquece la oferta de cuidados enfermeros en el sistema de salud.

### **El poder de la ciencia y el arte de la enfermería**

El poder está relacionado con la capacidad de resolver problemas y con la capacidad de comunicar a la sociedad esa fuente de poder. El poder está también ligado a la empatía del saber hacer y del saber estar de la enfermera cuando presta atención de salud. Por lo tanto, el conocimiento enfermero y la capacidad para comunicarlo a través de la investigación aplicada es un elemento de poder [2].

El arte de la enfermera y la sabiduría del cuidado de la salud al lado de las personas es un elemento de poder que la enfermera debe potenciar a través del talante humano en las relaciones de atención de salud. La competencia asentada en el conocimiento enfermero y el prestigio profesional de la enfermería deberá gestionarse por parte de la dirección enfermera como un elemento de poder en la organización.

### **El poder en los puestos de trabajo**

Algunas enfermeras carecen de percepción de poder. El reconocimiento del poder de la enfermera para sí misma afecta a las actitudes y a la efectividad de las conductas en el desempeño de un puesto de trabajo.

La enfermera de asistencia directa, cuando reconoce el poder de los cuidados que aplica, desarrolla una motivación por el crecimiento profesional y científico de su ejercicio.

La enfermera que ocupa un cargo de responsabilidad en el nivel intermedio o en la dirección enfermera de una organización, cuando hace uso del poder, utiliza estrategias para tratar que otros hagan enfermería en términos de compromiso y realización profesional y científica.

El uso del poder en el puesto de trabajo está directamente relacionado con la motivación y el desarrollo profesional de la enfermera, de forma indistinta al cargo o puesto de trabajo que ocupe en la organización.



El ámbito de la gestión de los cuidados está relacionado con el nivel de responsabilidad que se le asigna a cada enfermera en la organización, pero el ámbito del uso del poder enfermero es consustancial a cada enfermera, en cada situación y nivel de responsabilidad que se le asigne a través de un puesto de trabajo en la organización.

## LOS SISTEMAS ECONÓMICOS COMO INCENTIVOS

### Los sistemas de distribución del presupuesto en el sistema de salud

El problema de la distribución del dinero para la atención de salud se relaciona con la cantidad total de dinero disponible y los costos crecientes en la atención sanitaria. Cuando la orientación del servicio tiene una clara tendencia hacia el diagnóstico y tratamiento médico, se reducen los recursos de enfermeras profesionales a favor de técnicos cualificados que pueden, en ocasiones, dar un mayor rendimiento a bajo coste. La función enfermera en el sistema de salud ha de estar encaminada hacia la calidad de los cuidados y la coordinación de las prestaciones de salud. Si no existe relación entre los objetivos enfermeros y los del sistema, el colectivo profesional estará abocado, de forma permanente, a ser un grupo susceptible a los cambios en los sistemas de distribución presupuestaria derivados de los diferentes modelos de gestión.

Las enfermeras que ocupan cargos de responsabilidad han de mantenerse en alerta para llevar a cabo con éxito un sistema orientado hacia el beneficio del paciente, potenciando la calidad de las prestaciones enfermeras.

### Las retribuciones de la enfermera

Si bien el número de enfermeras en los servicios de salud supera el 50% del total de los recursos humanos, por lo que resulta ser el colectivo más numeroso, el presupuesto destinado al pago de las nóminas de los

profesionales y trabajadores de una organización sanitaria alcanza un 80% como promedio. No obstante, esta relación no satisface proporcionalmente las retribuciones a las enfermeras ni las condiciones laborales en las que ejercen su función, en un sistema de trabajo en turnos y condiciones de alto desgaste personal y profesional, y dentro de un entorno inmerso en continuos cambios organizativos.

Los sistemas de incremento de retribución para la enfermera están relacionados con su contrato laboral (trienios, aumentos anuales y nocturnidad o destino del puesto de trabajo), pero no están ligados a criterios de profesionalización o especialización enfermera (formación, especialidad o titulación superior), lo que impide a la enfermera su compensación por medio de incentivos en su desarrollo profesional. Los salarios de la enfermera y su disponibilidad laboral son sensibles a las presiones económicas del sistema de atención de salud.

La enfermería necesita avanzar a grandes pasos para resolver los problemas internos de los diversos niveles educativos y la generación de mayor investigación para reconsiderar el sistema de retribución en función de la efectividad y la eficiencia de su servicio.

### La actividad enfermera en la atención de salud

La actividad cotidiana de la enfermera en el cuidado de la salud y la atención directa al paciente y la familia, así como los factores internos de motivación personal, son sin duda elementos que pueden actuar como favorecedores o bien como barreras en el desarrollo profesional de cada enfermera y del colectivo en su conjunto. El contacto con situaciones de dolor, las relaciones de dependencia de las personas que requieren cuidados y el exceso de tareas que se consideran de rutina en la actividad enfermera, unidos a los factores externos del entorno de trabajo, llevan a la desmotivación y al abandono de la actividad profesional de muchas enfermeras. La vida media de actividad de la enfermera en España está en 15 años, aunque esta cifra está en aumento y son cada vez más las enfermeras que proyectan su vida profesional a largo plazo, al desarrollar la capacidad investigadora y de crecimiento profesional. No obstante, se sigue propiciando un trasvase de enfermeras a otras disciplinas, que conlleva igualmen-

te su abandono de la enfermería a favor de otra actividad. Esta situación deberá ser analizada en el contexto del sistema de salud y, en particular, por las direcciones enfermeras y los órganos de representación de la enfermería en España.

Algunos de estos aspectos se describen a continuación, con el fin de profundizar en los factores que motivan esta situación.

### EL ENTORNO DE TRABAJO COMO FACTOR DE ESTRÉS

Las fuentes de estrés de la enfermera en el contexto laboral están relacionadas con su situación particular de salud, con la satisfacción laboral, con el cambio del puesto de trabajo, así como con las relaciones derivadas de la situación de salud y bienestar de los pacientes a su cargo (Ver Imagen 2).

Siendo los anteriormente mencionados algunos de los factores generadores de estrés en la enfermera, en cada situación pueden aparecer otros muchos determinantes en relación con su trabajo. En cualquier caso, existen elementos estresantes en el entorno de trabajo, pero también son causa de estrés aquellos factores que surgen de la particularidad de los perfiles personales de cada enfermera y de los perfiles relacionados con el género en la profesión. La necesidad de combinar múltiples funciones personales, sociales y laborales en el trabajo lleva a crear una tensión interna en la enfermera que se manifiesta en forma de estrés personal y que repercute en las relaciones laborales.

Existe, no obstante, la situación de estrés generado por la resistencia a mantener ciertas actitudes que actúan en detrimento del compromiso y el reto personal en la actividad profesional, pero esta forma de estrés es más fácil de controlar por la persona, ya que a mayor resistencia se suscita una mayor estimulación por mantener el reto y aumenta la capacidad creativa, lo que conlleva un menor desgaste en el deterioro de la motivación y el equilibrio emocional.

**La estimulación derivada del estrés por la superación profesional y científica constituye un elemento de crecimiento personal, ejerciendo de esta manera el factor de estrés como elemento positivo para la motivación y el desarrollo profesional.**



Imagen 2. La situación de bienestar y salud de los pacientes es una fuente generadora de estrés

Los sistemas de motivación y adaptación son mecanismos de compensación que tiene la persona para encontrar el equilibrio ante situaciones de estrés. La capacidad de afrontamiento es la principal variable para moldear el estrés y sus consecuencias. Para ello es necesario reconocer los factores estresantes, la valoración de los mecanismos de afrontamiento y la selección de las estrategias. El liderazgo de la dirección enfermera implica inspirar confianza y visión de futuro, utilizar el humor para adaptarse, organizar un ambiente flexible e incorporar políticas de atención en la organización a situaciones y condiciones estresantes. La enfermera, por su formación curricular, tiene conocimientos y elementos que le facilitan el manejo del estrés personal y del entorno de la organización. El pensamiento crítico, el manejo de la relación de ayuda y las estrategias dirigidas al reconocimiento y la satisfacción profesional como colectivo son factores que ayudan a las enfermeras a adaptarse a situaciones de estrés y a ayudar a los pacientes a controlarlo.

Los proyectos de crecimiento y desarrollo de las enfermeras estarán incluidos en las estrategias de la dirección, como se describe con más detalle en el capítulo siguiente.

La enfermera que se incorpora en una organización inicia un proceso de socialización por el cual incorpora los valores y la cultura del contexto organizativo. En esta situación, analiza los perfiles profesionales que la institución promueve como relevantes, los criterios de reconocimiento a la actividad profesional y de participación en proyectos y el nivel de ascenso a puestos de responsabilidad. A partir de este contexto, la enfermera va a desarrollar su propio proyecto y a generar expectativas de crecimiento personal y profesional en el entorno de la organización. Para poder conjugar las aspiraciones





personales con las de la organización, es necesario que la enfermera conozca y participe de los objetivos institucionales y se implique directamente en la consecución de los objetivos de atención de salud, pero también es necesario que la dirección conozca las aspiraciones de las enfermeras que constituyen una unidad de gestión e incorpore en sus estrategias la motivación para su desarrollo profesional.

La formación y la investigación, como proyecto de crecimiento personal de la enfermera, implican el reconocimiento a la limitación de la capacitación temporal, ya que terminar los estudios de grado académico no hace sino certificar la capacitación inicial para incorporarse en el mundo laboral como profesional. Ser enfermera profesional conlleva la actualización permanente en el desarrollo del conocimiento enfermero y la incorporación de nuevas tecnologías y habilidades del cuidado. El sistema de salud es un medio enormemente cambiante, tanto en la orientación de políticas de salud y de modelos de gestión como en la asignación de funciones a los equipos de salud y en el establecimiento de prioridades de prestaciones sanitarias. Ello precisa la adecuación permanente al puesto de trabajo, la participación en programas de formación continuada y la autoformación mediante el desarrollo de lectura crítica y sesiones de trabajo. Uno de los retos actuales de la enfermería es el desarrollo de la investigación, que se ha de abordar como estrategia en las líneas de actuación de la dirección enfermera. La investigación enfermera es la respuesta validada con calidad científica a la resolución de los problemas de atención de cuidados que proporcionan las enfermeras.

Las políticas de la dirección enfermera han de incorporar programas de formación continuada y de formación en servicio para adecuar los perfiles profesionales al puesto de trabajo. De igual manera, la investigación en los cuidados enfermeros y en los sistemas de gestión de cuidados ha de ser la garantía de calidad de las prestaciones enfermeras en los servicios de salud, aspectos que se desarrollan en este libro posteriormente con mayor amplitud.

## EL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES

El proceso de toma de decisiones sigue la misma estructura del método de resolución de problemas, donde se parte de la definición de un problema determinado por un déficit de algo que es necesario que

pase para lograr una meta. De alguna manera, se puede decir que es el proceso que procura identificar los obstáculos que inhiben o impiden lograr un propósito para buscar alternativas de solución. La definición de un problema está sujeta más a la filosofía individual y a la visión general del mundo de la persona, de su experiencia particular, que a los aspectos derivados de la ciencia y la tecnología. No obstante, existen procedimientos técnicos orientados hacia cálculos sistemáticos en la búsqueda de problemas y el análisis de posibles soluciones. Esto quiere decir que hay un problema siempre que exista la percepción de un impedimento en la consecución de alguna meta, de la misma manera que, cuando hay una oportunidad en un contexto determinado para tomar decisiones de cambio, la propia oportunidad puede ser la causa que estimule la existencia de carencias, motivadas por esa situación de cambio ya que, de no darse esta situación, no se hubiera suscitado el problema.

De alguna manera, se puede generalizar diciendo que la toma de decisiones es la consecuencia de la necesidad de resolver un problema, que puede estar determinado por aspectos perceptivos derivados de la observación y la experiencia, o por aspectos técnicos, pero, en cualquier caso, requiere tomar decisiones para su resolución y la búsqueda de todas las posibles alternativas para arreglar algo de manera consciente.

La toma de decisiones como procedimiento en sí mismo se caracteriza por tratar de conseguir la máxima efectividad en la solución de problemas, lo que significa de alguna manera que deberá haber más decisiones correctas que desacertadas. Para ello, las decisiones deben considerarse en el marco de un proceso de pasos identificables, con diferentes modelos y estrategias, si bien con la posibilidad de seleccionar aquellas que contribuyan a una mayor efectividad.

## Los elementos básicos en la toma de decisiones

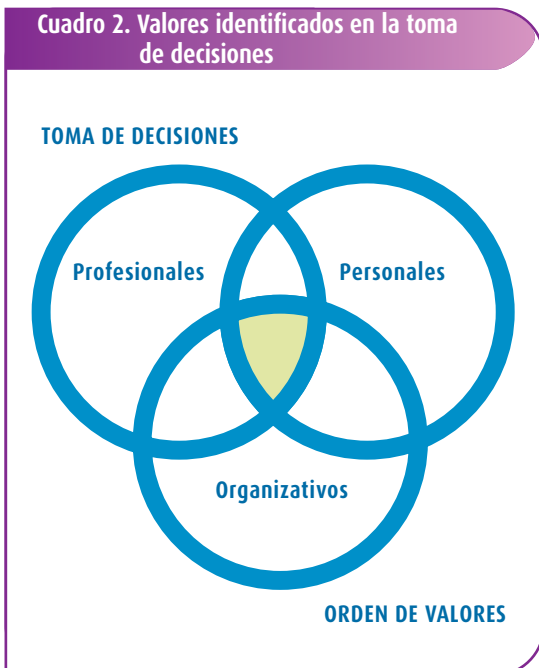
Se pueden establecer, de manera lógica, la estructura para la toma de decisiones partiendo de las siguientes etapas generales:

- Etapa de identificación del problema.
- Etapa de contraste de alternativas y soluciones potenciales.
- Etapa de previsión de consecuencias y de diseño del sistema de evaluación.

En su actividad profesional las enfermeras toman decisiones en el cuidado de los pacientes cuando valoran sus necesidades de cuidados, elaboran un juicio diagnóstico y llevan a cabo un plan de actuación y evaluación de la atención. Por lo tanto hace referencia a un proceso llevado a cabo de forma continuada en la actividad de la enfermera cuando atiende un paciente, cuando educa y enseña y cuando administra los recursos del sistema para resolver un problema de cuidados a la persona y su entorno familiar y social.

De esta manera, se puede decir que las decisiones se toman en ambientes y circunstancias diferentes, pero, en cualquier caso, las decisiones afectan a lo personal, a la esfera de la atención de cuidados o a los aspectos organizativos (Ver Cuadro 2). Las elecciones personales son opciones diarias, múltiples y a veces pequeñas que van desde la administración del tiempo hasta temas relacionados con la actividad profesional. Las elecciones relacionadas con la atención enfermera requieren calidad y competencia, por lo cual, han de estar respaldadas por el conocimiento enfermero y las habilidades técnicas; así, la toma de decisiones en la práctica de la enfermera fundamenta el ejercicio y establece la diferencia entre el personal técnico y el profesional enfermero. La toma de decisiones que afecta a los aspectos de la organización incorpora los recursos del entorno de salud como son la coordinación de los cuidados y los sistemas de control del gasto.

**Cuadro 2. Valores identificados en la toma de decisiones**



Si bien las enfermeras en su actividad cotidiana realizan tomas de decisiones en estos tres ámbitos, la especificidad técnica que conlleva tomar decisiones de alto alcance compete en la organización a las direcciones enfermeras y a los niveles de responsabilidad en unidades de gestión clínica, lo que requiere su estudio de forma específica.

## La toma de decisiones en la dirección enfermera

La toma de decisiones en la vida de una organización, por regla general, se lleva a cabo de forma rutinaria, es decir, a partir de situaciones de experiencia que no tienen un riesgo significativo. Pero nadie duda que tomar decisiones cuando la responsabilidad tiene un alto alcance provoca situaciones de incertidumbre y de riesgo y constituye en sí misma una función crítica. Por ello, es necesario determinar estrategias, vigilar los aspectos éticos de la toma de decisiones, es decir, su repercusión en las personas a su cargo, y manejar herramientas que permitan la toma de decisiones con criterios de efectividad y eficiencia.

## ESTRATEGIAS PARA LA TOMA DE DECISIONES

Existen diferentes estrategias para tomar decisiones, que siguiendo de forma adaptada la clasificación que propone Huber [3], se exponen a continuación:

- Ensayo y error: significa que ha empleado una solución por intuición. Se considera este método pobre para la solución de problemas, aunque es efectivo ya que surge de la experiencia.
- Proyectos piloto: supone la experimentación con ensayos limitados. Los proyectos piloto se proponen en base a una experiencia concreta para probar una solución alternativa y observar si provocará mayores problemas antes de hacerla extensible. Son similares a proyectos de investigación.
- Crítica del problema: ocurre en situaciones de uno a uno. Por ejemplo, cuando una responsable de unidad o la directora hablan con diferentes personas para determinar cuáles son los hechos y las soluciones potenciales que pueden utilizarse.
- Técnicas de creatividad: incluyen sesiones de *brainstorming* (tormenta de ideas), de técnica Delphi y grupo nominal, donde un grupo se reúne para ejercicios de pensamiento libre. Las técnicas de creatividad



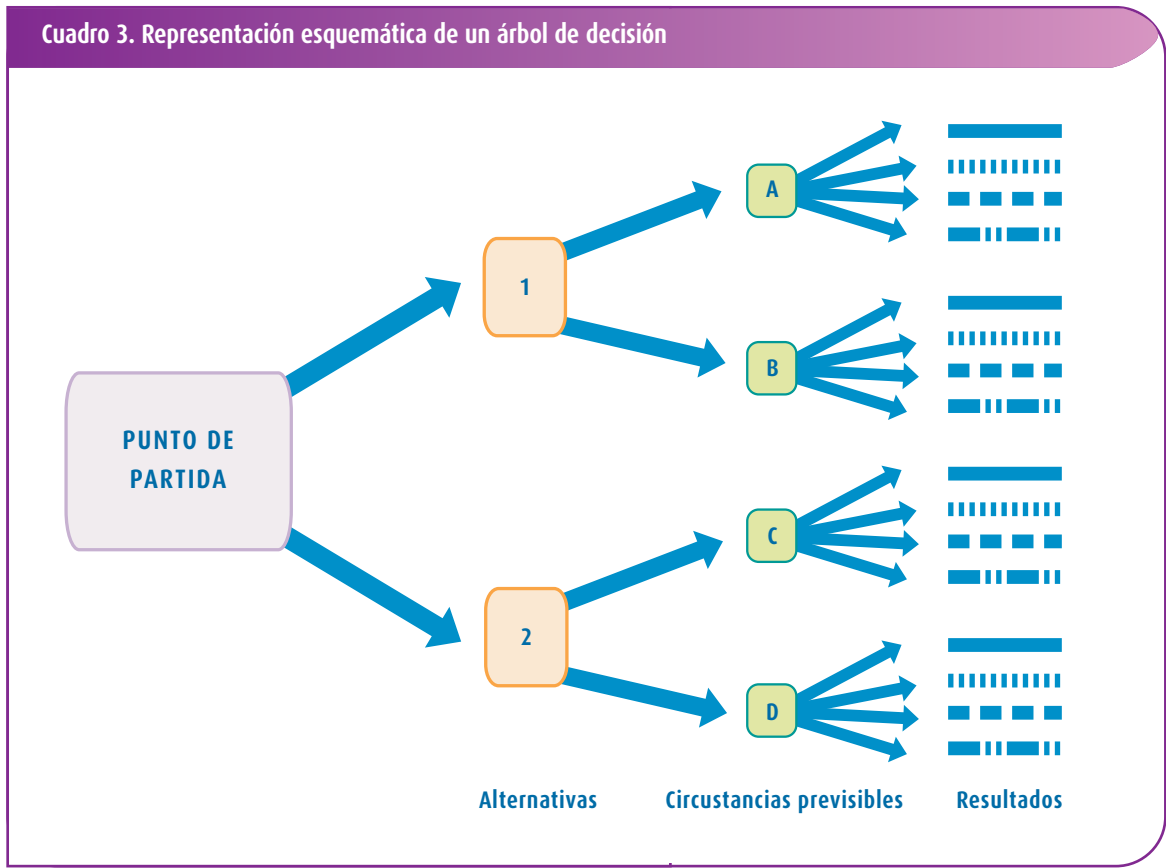
se utilizan para generar soluciones, ideas y pensamientos por medio del enfoque del problema con libertad y evitando los sesgos por prejuicios.

- **Árbol de decisión:** es un modelo gráfico que muestra por anticipado las opciones, los resultados y los riesgos. El árbol se inicia por la izquierda y fluye hacia la derecha, se coloca una cuestión o problema y las posibles opciones se convierten en troncos que se ramifican, y así sucesivamente. Cada cuestión tiene un trayecto que se va mostrando en el árbol de decisión, de esta manera quedan fuera unas alternativas y se configura una línea de decisión (Ver Cuadro 3).
- **Cuadro de causas y efectos:** los cuadros de dos columnas son figuras utilizadas para identificar las posibles causas en la producción de problemas. Las figuras van de izquierda a derecha, con una línea horizontal a la mitad que termina en el resultado y donde se coloca el proceso principal. Todos los procesos que participan se indican con diagonales que a su vez tienen ramificaciones que indican otros procesos que alimentan cada diagonal. Los diagramas de causa-efecto (o de Isikawa) y diagramas de dos columnas (o de Pareto) se popularizaron en 1990 para estudios de calidad.

- **Solución de problemas en grupo:** el líder reúne al grupo para discutir conjuntamente y participar en la solución del problema y compartir la toma de decisiones.
- **Análisis de costes y beneficios:** es el equilibrio formal para asignar o no recursos. Se elabora una lista de aquellos factores de beneficio que apoyen una decisión afirmativa y otra de sus factores perjudiciales, y el proceso para destacar los elementos ayuda a la toma de decisión. Este método ayuda a clarificar los elementos inherentes al problema y facilita la toma de decisión.
- **Escenario del peor de los casos:** es una técnica útil para decisiones con riesgo que se relacionan con frecuencia con el empleo de dinero o de prestigio. Se determina todo lo que puede ocurrir si sucede que todo pudiera ir mal. Se subraya el peor caso posible para cada alternativa que pueda preverse, y se selecciona la alternativa de mejor resultado. Cuando aparece el problema y el dinero o la reputación están en juego se escoge "el menor de todos los males posibles" como alternativa en la toma de decisión.

Existen igualmente estrategias para la toma de decisiones derivadas de técnicas computarizadas y de modelos

Cuadro 3. Representación esquemática de un árbol de decisión



de programación lineal y técnicas matemáticas que asignan una probabilidad a cada resultado. Estas técnicas se utilizan, sobre todo, para el pronóstico y análisis de políticas complejas.

### LA ESTRATEGIA ENFERMERA EN LA DIRECCIÓN DE SERVICIOS

En esta estrategia se apuesta por tres líneas de actuación que se entienden resultan necesarias para alcanzar una adecuada planificación y gestión de los servicios enfermeros en el marco del cuidado de la salud.

#### Estrategia desde una opción profesional

La planificación de los servicios de salud deberá, asimismo, contemplar la especificidad del servicio enfermero (Ver Imagen 3), para lo cual es necesario:

- La delimitación del campo de actuación en relación con la disciplina enfermera.



Imagen 3. El gestor de los servicios de salud debe considerar la especificidad del servicio enfermero

- La sistematización de la atención de cuidados enfermeros.
- La gestión de la continuidad de los cuidados para la salud.
- Promover la idea de servicio y de relación de ayuda a la persona y su entorno.
- Establecer sistemas de comunicación e imagen profesional en el medio sanitario y social.
- Fomentar la coordinación interdisciplinar y la cooperación de las estructuras sociales para la resolución de problemas de salud.
- Definir e iniciar programas de formación que actualicen y difundan el conocimiento enfermero en el colectivo profesional.
- Desarrollar la investigación enfermera para profundizar en el conocimiento enfermero y su aplicación a la práctica profesional.

La delimitación del campo de actuación conlleva la aplicación de los diagnósticos enfermeros. La sistematización de la atención y la continuidad de los cuidados implican el desarrollo metodológico y el manejo de sistemas de registro. La relación de ayuda establece la definición del producto de salud que proporciona la enfermera y la manera y el modo en el que se establece el servicio de atención de cuidados. La coordinación interprofesional asegura la atención global a la persona y la cooperación con las estructuras y redes sociales garantiza un entorno favorecedor para el autocuidado. El estudio y la profundización en el conocimiento enfermero, apoyado en la investigación aplicada, va a permitir referirse en términos de calidad, coste y efectividad a la atención enfermera en los servicios de salud. Es necesario, igualmente, el uso de un lenguaje científicamente respaldado mediante una clasificación de resolución de problemas y de intervenciones enfermeras. Para ello, se ha tomado como referencia internacional los diagnósticos enfermeros de la clasificación NANDA y de las intervenciones NOC y NIC [4]. Todo ello deberá ser materia de investigación y adaptación permanente a la realidad de la atención y la práctica de la enfermería.

#### Estrategia en el entorno del sistema de salud

Se trata de que el discurso enfermero y el del sistema de salud no sean realidades que caminen de forma paralela, ya que uno y otro son parte de una misma razón de ser. Como paso inicial, desde las direcciones enfermeras es imprescindible la creación de una estructura para el posterior desarrollo de la función enferme-



ra. Partir de un modelo conceptual enfermero para la planificación de las prestaciones y establecer los requisitos para la organización de los servicios enfermeros implica la definición de los objetivos de salud, que han de marcar la orientación de los perfiles profesionales y el establecimiento de los recursos necesarios para el desarrollo de una determinada función. La razón crítica que va a orientar la planificación de servicios enfermeros deberá estar contrastada desde el conocimiento disciplinar de la enfermería, lo que permitirá la integración de cualquier acción enfermera en su contexto teórico.

Mostrar algunos ejemplos puede ayudar a entender esta perspectiva. Las cuestiones son las siguientes: cómo distribuir una plantilla de enfermeras en una unidad de cuidados, cómo planificar los espacios de un centro de salud, cómo utilizar los sistemas de registro, cómo asignar la población a la enfermera en una zona básica de salud, etc. Todas estas cuestiones, y otras, son objeto de planificación de servicios enfermeros y su razón habrá de estar en la especificidad de los cuidados enfermeros en las prestaciones de salud. Esta razón es la que se denomina “crear una estructura” que, partiendo del marco propio de la enfermería, determina el desarrollo de la función propia de la enfermera en el cuidado de la salud.

Si a la enfermera de base se le exige una función de atención de cuidados y no tiene acceso directo a las personas que requieren cuidados, porque se lleva a cabo a través de la atención médica, ni al registro para la sistematización de los cuidados porque está centralizado en los servicios médicos, difícilmente podrá tener una respuesta profesional en el ámbito del cuidado de la salud, en los términos aquí tratados, ya que la estructura está determinando una orientación del servicio medicalizado.

Si crear la estructura es el primer eslabón de la cadena, la definición del proceso de atención de cuidados no es menos importante:

- Modelo de atención de cuidados enfermeros: el marco teórico que la enfermera debe seguir. Un modelo de atención no siempre tiene que ir ligado a un modelo conceptual determinado, pero cualquier dirección enfermera que se precie deberá establecer la orientación del servicio enfermero desde un modelo de atención de cuidados e implantar una estrategia para la atención enfermera en su área de responsabilidad.
- Manuales de atención de cuidados y sistemas de registro estandarizados: del modelo de atención se

va a derivar toda la organización de los procedimientos. Para abordar la evaluación de las prestaciones enfermeras se hace necesario partir de una planificación, esto es, desde el marco de atención de la enfermera o, lo que es lo mismo, la estructura y la definición previa del proceso de atención de los cuidados enfermeros.

La evaluación, por tanto, deberá dar respuesta al cumplimiento de los objetivos definidos desde el modelo de atención. Éste es un terreno donde se ha profundizado poco; si bien es una línea de trabajo, requiere la definición de los indicadores de cuidados de la atención enfermera y determinar las variables que quieren medirse en la planificación de los servicios enfermeros. Así, desde el trabajo riguroso se podrán incorporar en el sistema de información sanitaria los elementos susceptibles de evaluar en la atención de cuidados enfermeros.

## Estrategia en el entorno social

Los cambios sociales que actualmente se están dando a partir del aumento de personas mayores en la población y el descenso de la natalidad, así como las innovaciones tecnológicas y de comunicación aplicadas al campo de la salud, requieren el diseño de estrategias que incorporen los aspectos que están determinando el perfil de nuevos patrones de salud y enfermedad y la manera de afrontar la atención sanitaria. Así, la orientación de las prestaciones de cuidados enfermeros deberá responder a los requerimientos sociales de la sociedad actual, eminentemente cambiante e inmersa en una cultura de bienestar social y económico. Para ello, se hace necesaria una oferta social de cuidados de la salud asentada en la calidad científica y técnica y en la calidad humana del servicio enfermero.

La atención de cuidados como respuesta a las necesidades sociales deberá garantizar:

- La atención de cuidados debe ser la respuesta planificada de las necesidades humanas para el cuidado de la salud y la vida.
- La calidad científica y técnica refrendada en el conocimiento enfermero debe incorporar la tecnología del cuidado de la salud.
- La calidad humana de las relaciones profesionales en la prestación del cuidado para la salud deberá integrar el cuidado de la intimidad de las personas y la garantía de su seguridad personal y de su entorno.

- La participación del cliente o persona que requiere cuidados enfermeros en la toma de decisiones sobre su proceso de salud estará amparada por la información y la comunicación efectiva entre la enfermera y el paciente que requiere cuidados.
- La evaluación en términos de calidad y coste de los servicios de salud como medida de la eficacia y la eficiencia de las prestaciones enfermeras.
- La evaluación en términos de satisfacción de los clientes para incorporar el concepto de calidad percibida desde la perspectiva de las personas que reciben servicios enfermeros.

Por otra parte, con la profusión de medios de comunicación social y el desarrollo de medios audiovisuales en la sociedad contemporánea, no puede olvidarse el planteamiento de su empleo para la difusión profesional. Hablar de la gripe y los cuidados necesarios en la etapa otoñal, hablar de la mujer y la salud, de los medios de prevención del SIDA, de los cuidados del recién nacido, de la atención a los ancianos, de la formación de los nuevos enfermeros, de la bolsa de trabajo, del mundo de los hospitales, de medidas de gestión de servicios de salud y de un sinnúmero de temas que los ciudadanos tendrían interés por conocer desde la visión de la enfermería deberá abordarse como una aportación social de la enfermera a la salud y como una estrategia profesional para la difusión de la atención enfermera al cuidado de la salud y la vida de las personas.

## SISTEMAS DE INNOVACIÓN EN LOS SERVICIOS ENFERMEROS

### El desarrollo académico para la formación y la investigación enfermera

El enriquecimiento de la disciplina y la profesión y la conexión necesaria entre ambas deberá ser el resultado de la pluralidad o la diversidad que significa la integración de cada una de las partes en un proyecto común, sin que signifique la pérdida de identidad de cada una de ellas. El proyecto de ordenación académica deberá prever las necesidades de formación según los perfiles profesionales de enfermería en los servicios del sistema de salud y de las necesidades de formación y de educación, tanto a nivel profesional como en los requerimientos de los planes de estudio de enfermería en la formación universitaria. La formación universitaria en sí misma implica, por una parte, la formación de

profesionales y hombres de ciencia y, por otra, proyectar esta educación a la sociedad en forma de servicio de carácter científico y humano.

La apuesta por el desarrollo académico de la enfermería hoy resulta incuestionable. Se ha tocado techo en el crecimiento disciplinar al importar conocimiento enfermero desde aquellas realidades donde se está desarrollando la investigación, donde se está generando conocimiento enfermero. En todas las publicaciones más recientes existe consenso en apostar por el crecimiento académico de una disciplina cada vez con mayor reconocimiento internacional y con crecimiento y demanda profesional en el entorno social. La cuestión, por tanto, supera la necesidad de justificar la investigación en el conocimiento enfermero, se trataría más bien de la forma de cómo hacerlo viable.

Desde la mitad del pasado siglo, cuando aparecen las primeras aportaciones a los modelos conceptuales de enfermería, en su intento de aproximación al campo de una ciencia emergente, se centra el conocimiento disciplinar en el estudio del cuidar enfermero, es decir, la demanda esencial se centra en la necesidad de investigación para el desarrollo del conocimiento enfermero y su aplicación en la práctica de la profesión.

La justificación actual para el desarrollo académico de la enfermería comprende [5]:

- La generación de conocimiento: deberá orientar la investigación y los métodos para hacer enfermería.
- La determinación de los métodos de enfermería: deberá orientar una forma particular de resolver los problemas enfermeros en la práctica del cuidado.
- El conocimiento y los métodos de hacer enfermería: serán la pauta de orientación del servicio enfermero en el sistema de salud.

El crecimiento de la disciplina enfermera deberá tener como referente la estructura de la profesión; no obstante, la disciplina como conocimiento está abocada a una evolución que ha de tener como meta la generación del conocimiento en sí mismo. A partir del conocimiento enfermero ha de definirse la acción esencial del cuidado profesional y deberán estructurarse los métodos y procedimientos enfermeros en la práctica. De la investigación en el cuidado y en la tecnología aplicada deberán derivarse los modos de apoyo y ayuda en el cuidado enfermero, y esto habrá de determinar la acción y el servicio de la profesión. La investigación, por lo tanto, es una necesidad vital para el desarrollo de los cuida-



dos disciplinares y de la acción profesional, pero no todas las enfermeras habrán de dedicarse a la investigación, igual que sucede en tantas otras disciplinas.

Del contenido y los modos de enseñar y aplicar el cuidado de la salud a las personas y su entorno dependerá el concepto de enfermería, que deberá marcar toda la estructura de la formación y educación enfermera, ya sea en la formación profesional técnica o en la formación universitaria. Mantener el hilo conductor de la naturaleza del cuidar enfermero en la enseñanza de la enfermería y estructurar cada uno de los niveles de formación, con su adecuación a las necesidades del sistema social y del sistema de salud, deberá ser la línea que defina la estrategia del futuro [6].

### La tecnología de los cuidados en la atención enfermera

La evolución tecnológica aplicada a la vida cotidiana y del hogar es un factor determinante de la sociedad del bienestar. Por una parte, libera las tareas ligadas al mantenimiento de la vida en el hogar, tradicionalmente asignadas a la mujer, lo que redundará en su incorporación al trabajo y a la vida social y, por otra, condiciona la calidad de los cuidados en el contexto familiar, como son la higiene, la alimentación y la eliminación, las relaciones y el contacto entre las personas al disponer de mayor tiempo, la vida de ocio, el descanso y la tranquilidad.

De la misma forma, el desarrollo tecnológico está afectando muy directamente al campo de las ciencias de la salud y a su aplicación en el diagnóstico y la terapéutica médica, así como a los tratamientos quirúrgicos con el nacimiento de las nuevas técnicas, que están reduciendo los tiempos de convalecencia y las complicaciones postquirúrgicas, a la vez que se abren nuevas formas de intervención médica en campos hasta ahora insospechados. La investigación tecnológica y su aplicación a la salud es un elemento que determina nuevas formas de vida y salud y nuevas formas de curación de enfermedades, lo que redundará en la calidad del cuidado a las personas. Pero, igualmente, se están desarrollando, a partir de la investigación tecnológica, nuevas formas para el cuidado cotidiano de la salud, cuando las personas requieren cuidados especiales que van a depender de esta tecnología, como son, por ejemplo: la evolución de sistemas para la alimentación y eliminación por sonda o catéteres especiales, sistemas de seguridad de accidentes para pacientes con factores de

riesgo para su salud y su vida, sistemas de curas y de protección de la piel y las mucosas, medios de comunicación para fomentar las relaciones de las personas incomunicadas, sistemas de control para el autodiagnóstico en personas con problemas crónicos, métodos de anticoncepción que permitan relaciones sexuales sin riesgo de embarazo para la mujer y la planificación familiar, y un largo etcétera de medios que facilitan la autonomía de las personas en el cuidado de su salud, en el bienestar de sí mismas y de su entorno y en la autonomía en la salud y la vida. De otra manera, esta autonomía para el cuidado de la salud será potenciada por la telemática y los sistemas virtuales a distancia, lo que va a generar una mayor seguridad y accesibilidad a los profesionales de la salud lo que, indudablemente, determinará la cultura de los cuidados en el próximo siglo.

### La prestación de cuidados en el medio sociosanitario

El sistema de salud actualmente perpetúa un concepto restringido del ámbito de competencia, ceñido en la mayoría de las situaciones a la atención institucional, bien sea en hospitales o en centros de atención primaria. Pero la realidad social hoy aboca a comprender la atención de salud en todos los contextos donde se genera la salud y vida de las personas y donde se produce la enfermedad y la muerte. La atención sanitaria no está respondiendo a esta nueva demanda, quedando anclada en una estructura institucionalizada y tecnificada, asentada en la resolución de enfermedades más que en la potenciación y el desarrollo de la salud de las personas y su contexto de vida y salud.

De esta manera, los requerimientos del cuidado no satisfechos de manera institucional revierten en el sistema social y se organizan a través de otras estructuras sociales, como es buen ejemplo de ello el sistema de redes de cuidados informales, que si bien es una forma de respuesta a valorar muy positiva, deberían estar coordinadas por referentes de profesionales enfermeros para garantizar la calidad de estos cuidados. Las personas ancianas que carecen de recursos para satisfacer su cuidado, si no presentan un problema de enfermedad diagnosticada no se tienen en consideración para el sistema de salud, y se derivan a centros y residencias especiales para estos grupos de personas, sin tener ningún control y supervisión por el sistema formal de salud. El 40% del gasto sanitario de atención ambulatoria y especializada se dedica a la atención a perso-

nas mayores de 65 años; no obstante más de 80.000 ancianos están en listas de espera para obtener residencias públicas (Ver Imagen 4).

Esta situación es significativa de la realidad actual; la atención que no se cubre en el medio sociosanitario se está derivando a la red de hospitales y de la atención primaria. Un aspecto de relevancia en este contexto tiene relación con la calidad de estas prestaciones; en la actualidad se está asistiendo a denuncias continuas y cierre de centros de atención de ancianos por falta de atención y de calidad técnica y humana en estas instituciones. La reciente Ley de la Dependencia ha supuesto un importantísimo paso legal que, sin embargo, no aborda en su totalidad la problemática de la atención sanitaria a estas personas [7].

De la misma manera, se podría resaltar la atención social a grupos marginales de población que son deri-



**Imagen 4.** La mayor proporción de gasto del sistema sanitario se dedica a la atención de las personas mayores

vados a organizaciones o fundaciones sin ánimo de lucro, en las cuales, obviando el análisis de la bondad de su acción social, muchas de ellas no cuentan con una coordinación y un referente profesional de enfermeras para el cuidado de la salud.

Las enfermeras, cuyo perfil se percibe al lado de las personas cuando sufren padecimientos o necesitan ayuda de cuidados, no están integradas actualmente con pleno reconocimiento en el sistema de redes sociales, en las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), los grupos de autoayuda o cualquier otra alternativa de redes. Las enfermeras deberán entrar con mayor fuerza en el sistema social, para encontrar una forma de respuesta a las necesidades de cuidados generadas en las nuevas tendencias de organización social.

Son cada vez más las enfermeras que apuestan por la ayuda al tercer mundo, por el liderazgo de grupos de personas afines por un problema de salud común, por la defensa de los derechos de la mujer y por un sinnúmero de actividades ligadas al cuidado de la salud y el bienestar de las personas.

El reconocimiento social de la enfermera está cuestionado por la falta de consolidación de las estructuras profesionales de este tipo de actividades, con lo que coloca al colectivo en situación de afrontar esta realidad social.

La planificación de los servicios enfermeros deberá abarcar todos los campos donde se desarrolla la vida de las personas y donde se genera atención de cuidados para la salud y la enfermedad, además de la atención en el final de la vida y la muerte de las personas.





## RESUMEN

- Los elementos de motivación para el desarrollo profesional requieren un enfoque desde dos orientaciones:
  - El entorno de los servicios, cuyos componentes son:
    - La estructura ambiental y la comunicación en la organización.
    - Las relaciones de poder.
    - Los sistemas de incentivos.
  - El contexto de la actividad enfermera:
    - Las situaciones estresantes.
    - Los proyectos de crecimiento y desarrollo personal.
    - La carrera profesional.
- El proceso de toma de decisiones surge de forma similar al método de resolución de problemas y contempla diferentes estrategias que la directora enfermera deberá conocer y saber manejar en cada situación para su aplicación adecuada.
- La estrategia enfermera en la dirección de servicios implica una orientación desde:
  - Una opción profesional.
  - El entorno del sistema de salud.
  - El entorno social.
- Actualmente existen sistemas de innovación y nuevas tendencias para el desarrollo profesional y social, que en los próximos tiempos van a condicionar la orientación del servicio enfermero, como son:
  - El desarrollo académico de la formación enfermera.
  - El desarrollo de la tecnología de los cuidados.
  - El desarrollo de los cuidados en el medio sociosanitario.



## BIBLIOGRAFÍA

- [1] Mompert García MP. Administración de servicios de enfermería. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2003.
- [2] Icart-Isern MT. Enfermería basada en la evidencia, un nuevo desafío profesional. *Enferm Clin* 1997; 8(2):77-83.
- [3] Huber D. Liderazgo y administración en enfermería. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1999.
- [4] Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey DJ. Interrelaciones NANDA, NIC y NOC. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
- [5] Arroyo P, Cortina A, Zugasti J. Ética y legislación en enfermería. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1997.
- [6] Durán Escribano M. El segundo ciclo en enfermería. Un proyecto de continuidad histórica. *Rev ROL de Enferm* 2000; 23(5):371-379.
- [7] Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (BOE núm. 229 de 15 de diciembre de 2006).

# UNIDAD II

# 4

## La gestión de personas en los servicios de salud

Lucía Miralles González  
María Paz Mompart García

- Analizar los aspectos actuales de la gestión de personas en el ámbito sanitario.
- Describir los conceptos de capital profesional, capital intelectual y capital emocional y su empleo en la gestión.
- Identificar las fases de la gestión de personas desde la selección hasta el desarrollo personal y profesional de cada enfermera.
- Explicar los sistemas de incentivos como reconocimiento al trabajo excelente.



## INTRODUCCIÓN

---

Entre los cambios profundos que se están produciendo en las empresas y organizaciones destacan los que tienen que ver con el impacto de las nuevas tecnologías, los nuevos enfoques de competitividad de cara al cliente, la globalización... Sin embargo, en este capítulo concreto interesa sobremanera la nueva visión del trabajador que se ha incorporado al entorno laboral. Frente a una visión mecanicista en la que el profesional “es” en función de lo que produce, basada en teorías tayloristas que establecieron el binomio hombre-máquina, en la actualidad prima una visión humanista en la que el profesional es, ante todo, una persona. En este sentido, lo que el profesional hace es muy importante, pero tanto o más es lo que sabe, lo que es, lo que siente.

En este contexto, los tradicionales departamentos administrativos de recursos humanos o de personal, como se les ha conocido hasta ahora, están evolucionando a departamentos o áreas estratégicas en la gestión de las organizaciones, porque la gestión de personas es un elemento fundamental para lograr el grado de competencia y calidad de servicio necesarios para responder a los altos niveles de calidad demandados por los usuarios del servicio de salud.

A lo largo de este capítulo se va a tratar de reseñar brevemente algunos de estos cambios a distintos niveles y en distintos aspectos de la gestión de personas. En este momento cabe reseñar un elemento de transformación muy importante y fundamental: los nuevos paradigmas conceptuales de la gestión de personas.

---

## LOS ASPECTOS ACTUALES DE GESTIÓN DE PERSONAS

---

La nueva filosofía de gestión de personas se basa en una visión o conceptualización humanista de las organizaciones. Desde esta concepción, destacan la existencia de los siguientes paradigmas o valores de la empresa:

- Capital profesional: siempre han sido y seguirán siendo importante los aspectos técnicos del profesional. Los conocimientos y habilidades técnicas se relacionan directamente con la actividad productiva y la calidad científico-técnica de ésta depende directamente de aquéllos.
- Capital intelectual: hoy es ya incuestionable la importancia estratégica que en una organización moderna, dinámica y con deseo de mantener altas cotas de calidad tiene la gestión del conocimiento a nivel individual y colectivo. El conocimiento, la sabiduría, la idea, el pensamiento son los verdaderos motores de las organizaciones, pues se comportan como los inductores de la innovación y de la mejora continua, y son imprescindibles para no quedar obsoletos.
- Capital emocional: es, posiblemente, el paradigma más novedoso. No ha sido infrecuente la doctrina de la no transferencia, es decir, no implicarse emocionalmente con los pacientes, incluso a nivel directivo aún se recomienda “dejar a la puerta del despacho las

preocupaciones y sentimientos personales...”. Aunque se llegara a la conclusión real (lo cual es muy discutible) de que es adecuado, resulta humanamente imposible. El ser humano es un ser vivo, dinámico y complejo. Por tanto, las emociones y sentimientos han de ser incorporados a la gestión, no como algo a evitar y contener sino, muy al contrario, a reanalizar permanentemente, a entenderlos en uno mismo y en los demás, a convertirlos en la fuerza que revitaliza las organizaciones y en el elemento de relación más importante entre las personas.

Esta concepción de la persona no estaría completa si no se enmarcara donde vive inmersa la propia persona: en un sociosistema; es decir, en un entorno tan vivo y dinámico como ésta, con la que interacciona a la vez que las personas inciden en dicho sociosistema hasta transformarlo (Ver Imagen 1).

Estos nuevos paradigmas se comportan como un todo conceptual interrelacionado y permiten comprender la realidad de la gestión de personas. Al mismo tiempo, desde ellos es posible establecer las políticas estratégicas y los objetivos de cambio que requieren las organizaciones del futuro. Por tanto, sea cual sea la política u objetivo planteado, se va a ver afectado-impulsado por los tres paradigmas definidos, si bien la proporción de impacto de cada paradigma en cada objetivo o estrategia será distinta.

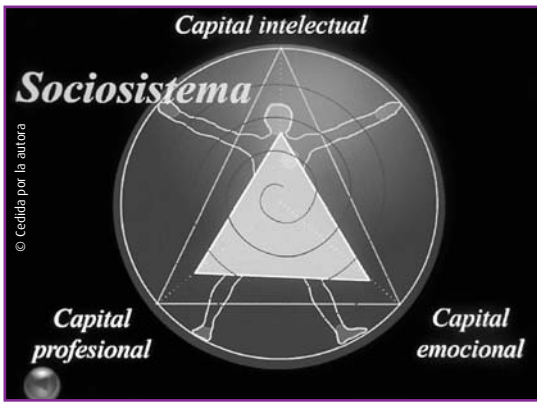


Imagen 1. Representación de los paradigmas conceptuales de la gestión de personas

Antes de comentar estas políticas estratégicas y su nuevo enfoque desde esta conceptualización humanista de la gestión de personas, es necesario hacer otro comentario o reflexión sobre el motivo de estos profundos cambios.

Ha sido una tradición en las organizaciones sanitarias entender que la gestión de profesionales gira alrededor de éstos y sus necesidades. Y esto es cierto, pero se ha de matizar de forma clara para evitar algunas confusiones que han dado lugar a errores importantes y a decisiones totalmente divergentes de las necesidades reales de los servicios de salud. Las instituciones y organizaciones sanitarias existen por la necesidad de prestar un servicio sanitario a unos ciudadanos que se han comportado durante mucho tiempo como pacientes, es decir, cuando perdían la salud acudían a estas organizaciones con una actitud pasiva y dependiente de los expertos que prestaban este servicio.

Sin embargo, el ciudadano empieza a asumir un rol de cliente activo que quiere participar y tomar protagonismo en las decisiones y formas de ser atendido, en una demanda que ya no gira sólo alrededor de la ausencia de salud –enfermedad–, sino que también incluye demandas de salud –calidad de vida–. Por tanto, el objetivo de las organizaciones sanitarias es prestar un servicio sanitario de máxima calidad, que responda diariamente a las expectativas de sus clientes [1].

Algo tan aparentemente sencillo y obvio se convierte en complejo, aunque extremadamente interesante: ¿cuáles son las dimensiones de la máxima calidad? De una forma sintética, se puede decir que la calidad es, sobre todo, una percepción: la de la persona o personas que comparan lo que reciben con la expectativa que tenían

previamente. Esto es muy importante, y se asumió hace mucho tiempo por los sectores productivos y de servicios tradicionalmente identificados como organizaciones privadas pero no tanto por el sector público (líder en el servicio sanitario), que se ha mirado en exceso a sí mismo. Tradicionalmente se ha tenido la convicción de que la calidad técnica de los profesionales es importante, a ella se han dedicado esfuerzos y recurso, y se debe seguir cuidando con esmero, pero sabiendo que no es suficiente.

El gran avance ha sido la conciencia de la organización de que se ha de trabajar por lograr las máximas cotas de calidad percibida por el ciudadano, entendido desde un sentido individual y colectivo, lo que es ya una realidad como pone de manifiesto la definición de las políticas estratégicas de salud [2].

Si a todo esto se añade el impacto y las transformaciones que están provocando las nuevas tecnologías de la comunicación y la información como elemento dinamizador e inductor de nuevas formas de atención sanitaria, de comunicación e interacción entre personas, etc., parece que queda clara la necesidad de que las políticas de gestión de personas adopten políticas estratégicas en las organizaciones e instituciones sanitarias que faciliten y posibiliten un servicio de alta calidad y excelencia. Y sólo serán, en verdad, facilitadoras y estratégicas si se orientan hacia el cliente externo en su identificación de qué, cuánto y cómo, y hacia el cliente interno (los profesionales) en el establecimiento del cómo, para después hacerlo realidad.

## DESDE EL CAPITAL PROFESIONAL

La primera política que se ve afectada por estos nuevos paradigmas es la tradicionalmente llamada selección de profesionales, que pasará a denominarse a partir de ahora como proceso de incorporación de profesionales. El objetivo de esta política estratégica es dotar a la organización de un número adecuado de personas con las competencias necesarias para el desempeño de las funciones y responsabilidades de los puestos de trabajo a ocupar. Por tanto, se trata de la identificación de una necesidad, tanto a nivel cuantitativo (cuántas personas se requieren) como a nivel cualitativo (qué características han de tener). Resultaría muy extenso entrar en profundidad en todo el proceso, por tanto, se van a destacar los aspectos más importantes del mismo, así como aquellos elementos diferenciadores en base a los nuevos paradigmas establecidos.



### Detección de la necesidad

Para que un responsable de unidad o servicio pueda establecer la demanda de un nuevo profesional, se ha de partir de un principio ineludible; el principio de eficiencia. Por tanto, a nivel cuantitativo el planteamiento debe ser el de cuestionarse sistemáticamente cuáles son las necesidades reales en base a criterios de actividad, calidad y adecuación.

En este sentido, el dinamismo en salud es muy escaso, pues se han de cuestionar algunos conceptos muy asimilados que responden a corporativismos e intereses legítimos, pero no siempre alineados con los intereses de las organizaciones y sus clientes. No se puede olvidar que, como en todas las organizaciones, los costes de personal de los servicios de salud suponen casi dos tercios de los costes totales. Con la diferencia de que si en cualquier sector u organización el replanteamiento sistemático de funciones, roles o la incorporación de nuevas tecnologías que simplifiquen la actividad o la abaraten es algo tan necesario como normal, en las organizaciones sanitarias estos planteamientos de reingeniería y reanálisis suscitan grandes resistencias, esgrimiéndose derechos o realidades que responden a otras épocas y a otras formas de organización (Ver Capítulo 12).

Desde el punto de vista cualitativo, el gran avance se ha producido en una nueva concepción de los puestos de trabajo. Frente a definiciones de puestos basadas en tareas concretas y actividades definidas con respecto a realidades muy obsoletas, en la actualidad se emplean definiciones de puestos de trabajo basadas en funciones y responsabilidades [3].

El componente básico de una definición de un puesto de trabajo es la competencia, por lo que éste también se denomina mapa de competencias, que es la descripción dinámica de un determinado ámbito de responsabilidad (asistencial, administrativo, directivo, etc.) que incluye:

- Competencias de conocimiento (C): lo que se debe saber.
- Competencias de habilidad (H): lo que se debe saber hacer.
- Competencias de actitud (A): cómo se debe ser.

#### Niveles de desarrollo

Las competencias se agrupan en diferentes niveles o grados de desarrollo:

- El nivel inferior o junior: criterios de selección, incluye las competencias (C-H-A) que se deben exigir en el momento de la incorporación de la persona al puesto.
- El segundo nivel o madurez-experto: es el grado de desarrollo óptimo del puesto de trabajo.
- El tercer nivel o senior-excelente: es un grado de desarrollo al que pueden y deben aspirar todos los profesionales, aunque no necesariamente ocurra siempre.

El tiempo de evolución, es decir, el que se emplea en el paso de un nivel a otro, debe establecerse en términos de media, pues no todas las personas evolucionan de la misma forma. Sin embargo, se puede entender que el tiempo medio de estabilización de una persona en un puesto de trabajo oscila, según la dificultad, entre uno y tres años. En el nivel experto se puede permanecer mucho tiempo, si bien se desarrollan las distintas competencias en diferentes grados de intensidad o profundidad.

Asimismo, se incluye el perfil o importancia relativa de cada competencia respecto a las demás, de manera que aunque sean todas imprescindibles, no necesariamente tienen el mismo impacto en el desarrollo de la actividad.

Como grados de desarrollo que son, se establecen teniendo en cuenta los conocimientos, la habilidad y la actitud en una determinada área, competencias que a lo largo de la vida profesional las personas adquieren, olvidan, mejoran o empeoran. Por tanto, no se está haciendo referencia a un escalafón relacionado con el tiempo (antigüedad), sino al desempeño profesional y personal de las personas en una organización.

### Pruebas de elección-selección

En la empresa pública de salud, si se parte de la regulación vigente para personal estatutario o funcionario (Ley 55/2003 del Estatuto Marco) y se tienen en cuenta todos los requisitos establecidos en el entorno de la administración pública, no sólo es posible, sino necesaria la incorporación a las pruebas clásicas sobre la idoneidad en base a conocimientos y habilidades técnicas otras pruebas relacionadas con habilidades relacionales y actitudes.

La mayoría de las instituciones sanitarias recurre a pruebas de diverso tipo, que pueden agruparse en:

- Oposición: se demuestra la capacidad de los aspirantes al puesto convocado según unas pruebas teóricas

(examen, por lo general escrito) y prácticas, en su caso.

- Concurso de méritos: los solicitantes deben presentar su currículum vitae, que se valora según las necesidades del puesto convocado.
- *Assessment center*: en la actualidad ya no se habla de pruebas de selección de forma aislada, sino de un conjunto de ellas. Un *assessment* es un circuito que incluye pruebas técnicas (teóricas o prácticas) y otro tipo de pruebas cualitativas (*role play*, exposiciones, entrevistas, etc.) en un orden predefinido y estudiado en base a pruebas eliminatorias y complementarias. Un circuito de evaluación integral de competencias permite un conocimiento completo de los candidatos (Ver Imágenes 2, 3, 4 y 5).

## Incorporación de los seleccionados

Una organización pública o privada es siempre un sistema vivo, único, identificable en su cultura, sus valores, su historia e identidad propias. Existen organizaciones o puestos de trabajo en los que se puede intentar valorar la idoneidad de los candidatos con las variables de las pruebas de selección antes mencionadas. Sin embargo, en las organizaciones sanitarias públicas se suelen primar las competencias técnicas en la selección, con lo que se puede dar el caso de que el profesional entre en la organización y no rinda en proporción a las expectativas generadas. En otras ocasiones se da la situación que ni tan siquiera se ha podido participar en el proceso selectivo, con lo que se produce la llegada de profesionales de forma definitiva o eventual, con un escaso nivel de conocimiento tanto de la empresa hacia ellos como de ellos sobre la empresa.

Por eso, tan importante como las pruebas de selección, y aún más que éstas, es el establecimiento de un tiempo de incorporación bien estructurado y con objetivos claros:

- La llegada: o el primer día. El primer contacto en la vida profesional es, como en cualquier otro aspecto de la vida, muy importante. El responsable debe recibir a la persona (o grupo de personas), presentarle a sus futuros compañeros de trabajo, la infraestructura, las necesidades más inmediatas (uniformes, turnos, etc.).
- *Coaching*: (del término inglés que significa entrenamiento) el acompañamiento a la persona que se incorpora se debería realizar mediante el uso de técnicas de tutorización proactiva, por el que se establecen objetivos progresivos, se le ayuda a reconocer las causas de



Imagen 2. Role Play



Imagen 3. Assessment



Imagen 4. Aula de examen



Imagen 5. Entrevista





los posibles problemas que se vaya encontrando y se le potencian sus logros. Cuanto antes se sienta miembro de un equipo, identifique su lugar y ésto le genere sensaciones positivas de autoestima, sepa que se espera de él y por qué y tenga oportunidades de conocer qué opina la organización sobre su desempeño, antes logrará el grado de madurez necesaria.

El objetivo perseguido es afianzar lo que administrativamente se establece como un contrato laboral (sea cual sea el tipo de relación establecida) de tal forma que se llegue a instaurar un contrato psicológico basado en el compromiso y el sentimiento de pertenencia a un proyecto más que a un organigrama.

### DESDE EL CAPITAL INTELECTUAL

Una vez que el profesional se ha estabilizado en su puesto de trabajo, se inicia el proceso de desarrollo integral, que puede establecerse teniendo en cuenta el mapa de competencias, con la existencia de distintas posibilidades de desarrollo, si bien en todas ellas el proceso es más o menos similar:

- Mapa de competencias del puesto de trabajo: se trataría de establecer un plan de desarrollo integral que permita paulatinamente adquirir, completar o desarrollar las competencias de conocimiento, habilidad y actitud necesarias para el adecuado desempeño de las responsabilidades y funciones del puesto que se ocupa.
- Mapa de competencias polivalente: existen profesionales en las organizaciones que, además de las funciones y responsabilidades propias de su puesto de trabajo, asumen a instancia de la organización otras (por ej.: profesionales con actividades docentes, investigadoras, etc.). En este caso, además del desarrollo de las competencias del puesto han de quedar igualmente definidas aquellas otras necesarias para estas responsabilidades. Es lo que se ha dado en llamar empleabilidad interna.
- Mapa de competencias para profesionales de alto potencial: cuando la organización hace una adecuada gestión de competencias y genera tendencias de previsión de necesidades, con políticas de promoción interna bien establecidas y programadas, lo que hace es identificar futuras necesidades y determinar qué profesionales va a desarrollar y en qué para su posterior promoción. Si bien este procedimiento no es muy habitual en el desarrollo asistencial, pues las promociones siguen estando presididas por criterios de antigüedad y no por criterios de sabiduría, conocimiento

e idoneidad, este sistema de promoción se está aplicando sobre todo para puestos de gestión, *staff* de calidad, etc.

### Identificación de las áreas de desarrollo

La identificación de necesidades en competencias de relación interpersonal ha estado menos desarrollada en las organizaciones sanitarias [4], dado que para las competencias de conocimiento y habilidad son muy conocidos los sistemas de evaluación tanto individuales como colectivos, en base a los resultados de la actividad desarrollada o a pruebas específicas de determinadas competencias (examen teórico o práctico, observación directa de la ejecución de determinadas maniobras o técnicas, errores cometidos, auditoría de historias de salud, etc.).

Una de las herramientas más conocidas es la evaluación del desempeño, cuya denominación técnica es la evaluación para el desarrollo profesional (EDP), pues si bien es cierto que lo que se evalúa es el desempeño, su razón de ser o utilidad no es tanto conocer ese desempeño realizado en el pasado sino su proyección en el futuro en relación a las expectativas de la organización para llegar a lograrlas en base a un desarrollo individual.

Es muy importante esta herramienta y, sobre todo, su implantación en las organizaciones. Se basa en una adecuada relación profesional-jefe jerárquico directo, en su compromiso mutuo y orientado a la mejora continua del profesional y es un procedimiento no demasiado complejo pero sí muy importante. El proceso incluye desde la elección de las competencias que se van a incorporar en la evaluación (que deben derivar de los valores de la organización y de sus objetivos estratégicos), al entrenamiento correcto de quienes han de realizar la evaluación (que no deben ser los *staff* de recursos humanos, sino los responsables directos de los profesionales) hasta la propia valoración de la evaluación en sí misma, con el fin de evitar que sea una actividad meramente burocrática y responda así realmente a su finalidad.

Dada la poca habituación a la evaluación y, sobre todo, la escasa confianza que se suele tener en su utilidad real para el desempeño profesional, es muy importante establecer un plan de comunicación interno con el objetivo de minimizar miedos y resistencias, convertir el procedimiento en algo transparente, conocido y deseado

por evaluadores y evaluados y relacionarlo directamente con las políticas de gestión de personas.

Al igual que una adecuada evaluación para el desarrollo profesional resulta muy eficaz su aplicación individual a cada profesional, también puede ser una herramienta interesante desde un punto de vista sociodemográfico. Un tratamiento y análisis adecuado de la información cuantitativa en todo el espacio de la organización, o a lo largo del tiempo, mediante el estudio de grupos profesionales concretos, pone de manifiesto evoluciones muy interesantes a tener en cuenta para el análisis del grado de implantación de una determinada cultura organizacional.

La identificación de áreas de desarrollo profesional, además de requerir de la herramienta anteriormente expuesta, la EDP, conlleva en un proceso de análisis y estudio dinámico encaminado a reconocer qué competencias se relacionan con los valores y objetivos de la empresa, qué conductas o comportamientos ponen de manifiesto que un profesional tiene adquirida o ha desarrollado una determinada competencia (sobre todo las de habilidad relacional o actitudes) y el diseño y puesta en marcha de métodos que propicien el desarrollo y entrenamiento de este tipo de competencias [5].

### Definición de un plan de desarrollo adecuado

Supone el establecimiento de, por una parte, la programación temporal de la ejecución de acciones de formación y entrenamiento, encaminadas a la adquisición o mejora de las competencias en base a la evaluación realizada y, por otra, la gestión de la provisión, es decir, la oferta de cursos o cualquier otra actividad encaminada a satisfacer la necesidad identificada.

La gestión de la formación, desde la perspectiva de la provisión, es muy importante y como cualquier otra política y actividad, ha de definirse en términos de calidad y eficiencia. Así, la formación es un valor y un coste que la organización ha de realizar en términos de inversión. Sólo si a través de la formación se obtienen mejoras evidenciables en el servicio que se presta se habrá generado el adecuado valor añadido que hace de la formación y el entrenamiento una de las piezas clave del éxito de una organización.

Un programa de formación establecido desde la perspectiva del desarrollo de competencias individuales y

colectivas es un programa diseñado para capacitar a los profesionales en todas sus aptitudes, por lo que deberá ofrecer la necesaria educación en valores y constituirse en una estrategia pedagógica del cambio que se quiere inducir en la organización.

En definitiva, la política de formación y desarrollo que se establece en el marco de la gestión por competencias es estratégicamente muy importante, pues se orienta hacia la dotación de las aptitudes necesarias para lograr los objetivos planteados. Se operativiza en base a una serie de procesos y procedimientos entre los que la docencia, en sus múltiples metodologías, tiene un papel protagonista y fundamental, y en el que la evaluación debe tender a valorar cuánto y cómo ha cambiado y mejorado el servicio tras la actividad formativa en función de los planes de formación y desarrollo establecidos.

### DESDE EL CAPITAL EMOCIONAL

Las enfermeras, como otros profesionales de la salud, son miembros de equipos de personas con las que interaccionan de forma constante. Sentimientos, emociones, angustias, miedos, ilusiones, todo nuestro mundo emocional es una parte inherente de los profesionales y de quienes entran en contacto con ellos al cabo del día.

Tal y como se ha hecho referencia en la introducción, ha existido toda una doctrina basada en el distanciamiento, con el objetivo de proteger al profesional sanitario del impacto emocional negativo que supone su relación directa y cotidiana con el dolor, el sufrimiento, la enfermedad o la muerte. Incluso algunas personas han creído de verdad que médicos y enfermeras no perciben igual estas situaciones, considerando incluso que se acostumbran a ellas. Nada más lejos de la realidad, aunque sí que es cierto que han de aprender a vivir con determinados entornos, no distanciándose, sino racionalizando, utilizando mecanismos de compensación, etc.

En cualquier caso, hablar de capital emocional en las organizaciones va más allá de los aspectos relacionados con los mecanismos de transferencia con los pacientes, lo cual es de vital importancia desde una filosofía de orientación al cliente.

Si se centra la exposición desde la gestión de personas, la gestión emocional es una dimensión superior de la tradicional comunicación interna. Si la comunicación



interna centraba sus actividades en la información que se transmite, los canales y el análisis permanente de emisores y receptores, la gestión emocional localiza sus estrategias en las relaciones humanas entendidas de manera integral. Por supuesto, la información y su transmisión fluida por la organización es importante, pero no es ni lo más importante ni con mucho lo único sobre lo que se puede y se debe actuar [6].

Ante todo, es fundamental la asunción de la importancia, impacto y relevancia que en el éxito y resultados de la organización tienen los aspectos (estrategias y acciones) de la gestión emocional. Esta asunción, que parte de una toma de conciencia clara y se consolida en un posicionamiento abierto y coherente, es importante en todos los miembros de la organización e indispensable en el equipo directivo.

La gestión emocional marca tendencias de cambio y trasciende las políticas de personas para convertirse en el activo fundamental del clima organizativo, que se compone de:

- Unos valores compartidos y una cultura organizativa.
- Unas conductas coherentes que expresan y ponen de manifiesto la aceptación de esos valores.
- Acciones y estrategias que facilitan y promueven la penetración de los valores y la cultura organizacional.

Son muchas las empresas y organizaciones que cuentan con esos elementos y no necesariamente establecen una adecuada gestión emocional, ya que frecuentemente falta una orientación definida del qué y el para qué, es decir, el establecimiento de un equilibrio entre la orientación a resultados, su inmediatez y en base a qué se obtienen. Tal vez un ejemplo sea ilustrativo: existen organizaciones con una fuerte identidad corporativa, una imagen de coherencia importante tanto en los aspectos formales como informales respecto a procedimientos y comportamientos profesionales, todo ello enfocado a que el cliente externo lo identifique con claridad y, por tanto, muy vinculado como estrategia al *marketing*. Estas organizaciones tienen un alto grado de rotación de profesionales (cambios frecuentes de personas) y no les importa tanto cuán comprometidos estén éstos con esta cultura sino que manifiesten conductas coherentes y muy predefinidas. En cambio, una organización que se plantea la gestión emocional de una forma seria es porque se plantea objetivos y resultados a medio y largo plazo, cuyo logro los asienta en la capacidad de que los profesionales se alineen con la cultura y los valores de la empresa por convicción y por

participación libre y activa. Si la organización primera va a desarrollar una gestión de personas basada en técnicas conductistas (estímulos exógenos que induzcan unas conductas e inhiban otras), la organización segunda necesitará de estas técnicas pero procurará potenciar técnicas basadas en el constructivismo, "*conocer desde dentro*" [7] o, lo que es lo mismo, intentará potenciar que cada persona interiorice los principios sobre los que se basa la cultura de la empresa y de forma madura, libre y creativa los lleve a su vida profesional.

En este sentido, es importante reseñar que, para que una organización pueda establecer este tipo de filosofía, es fundamental que el equipo directivo haya evolucionado hacia una forma diferente de establecer su relación con los profesionales, más relacionado con liderar que con dirigir. Los directivos de las nuevas organizaciones son personas necesarias no tanto por lo que saben (sus equipos son y han de ser técnicamente más avanzados) sino porque saben hacer que hagan los demás. Diría Peters [8] "*líder es aquél que hace a través de los demás lo que sin él no habría ocurrido*". Por tanto, una organización podrá establecer de forma fluida y productiva una adecuada gestión emocional y con mayor probabilidad de éxito cuando exista un proyecto definido y estimulante que el líder (persona o equipo) sepa presentar a los miembros de su organización, los entusiasme y ese proyecto se convierta en un horizonte estimulador que invite a seguir renovando energías, no un peso que se empuje "porque no hay más remedio que hacerlo" (que es como muchos directores viven sus objetivos).

## Es gestión emocional

Se consideran las siguientes premisas propias de este tipo de gestión:

- Comunicación interna adecuada: aquélla en la que prevalezcan los canales informales sobre los formales.
- Potenciar las ocasiones de convivencia e interrelación humana: sea aprovechando eventos (aniversarios, premios, fiestas, etc.) o generándolos por la importancia que tienen en sí mismos (convenciones de empresa, reuniones formales, etc.).
- Establecer un entorno que propicie la creatividad y la espontaneidad: parte de una horizontalización de los organigramas, apertura de despachos y departamentos, utilización conjunta de espacios, recursos, objetivos y resultados..., consolidándose cuando las normas y estructuras son mínimas por innecesarias.

- Conciencia compartida: fundamentada en la idea de que el todo es mayor que la suma de las partes, de tal manera que cualquier interés se analiza y propone en base al ganar-ganar y no en base a cuánto gano yo (persona, unidad, servicio, departamento, etc.) independientemente de qué gane o pierda el resto de la organización.

## No es gestión emocional

Las siguientes características describen el tipo de gestión tradicional:

- Estilos directivos paternalistas y protectores: tienden a negar el error, o a disculpar sistemáticamente la no consecución de objetivos o resultados. La autocrítica y la capacidad de asunción del no éxito (fallo o fracaso) es tan básico para una organización madura como la capacidad de no vanagloriarse ante un éxito, lo que puede llevar a la persona o al equipo a la autocomplacencia autodestructiva.
- Como fin en sí misma, que justifique ineficiencias o la ausencia de no calidad: sólo si producen resultados adecuados y se potencian tiene sentido, si no, tal vez la organización no es suficientemente madura o no está adecuadamente cohesionada. En ese orden de cosas, los resultados de una organización requieren de una serie de acciones profesionales y personales, siendo lo ideal que las personas las lleven a cabo por convicción, pero, aun sin tenerla, la organización delimita qué y qué no puede hacerse-no hacerse, etc., y lo exigirá en cuanto se es miembro de la misma.
- Decisiones establecidas en base al “no conflicto”: se establece como único objetivo aún a costa de no generar ningún valor añadido a la organización. Decisiones tomadas por un falso consenso tras el que se esconde la falta de competencia y fortaleza necesarias, por lo que se busca la aquiescencia de otras personas o instancias no competentes para la decisión a tomar. Confundir participación con dejación de responsabilidades por parte de aquellos que han de definir el qué, el cuándo y el cómo es un lamentable y frecuente error.

## Objetivos fundamentales de la gestión emocional

Los siguientes objetivos resumen la finalidad de la gestión emocional:

- Construir el conocimiento sobre la organización y sus personas.
- Generar compromiso para afrontar nuevos retos, alcanzar objetivos y luchar por el logro común de resultados.
- Propiciar la participación que induzca a la acción, mejore las relaciones y estimule la innovación.

Las acciones que se generan en la organización para llevar a cabo una adecuada gestión emocional y relacional:

- Parten de un plan establecido: no es otro que el plan estratégico de la organización por cuyos objetivos debe responder.
- Implican a toda la organización: si todas las políticas de gestión de personas han de ser llevadas a cabo por todas y cada una de las personas de la organización, más aún las acciones derivadas de las relaciones interpersonales.
- Tienen una finalidad específica: de forma genérica se resumiría en posibilitar la consecución de los objetivos que la organización se ha planteado en un clima sereno y generador de ilusiones.
- Son medibles y tangibles: bien sea por técnicas cuantitativas o cualitativas, a corto o medio plazo, de forma individual o colectiva, como cualquier otra acción que se realiza en una empresa u organización, se ha de poder evaluar tanto su calidad de ejecución como el valor añadido que haya producido.
- Escuchar, escuchar, escuchar: las actitudes necesarias en las personas y sobre todo en los líderes se basan en la capacidad receptiva. Escuchar de forma activa supone olvidar prejuicios, ser capaz de sorprenderse pero no de escandalizarse; escuchar supone aceptar y propiciar la diversidad, la divergencia, etc.

## Motivación e incentivación en la gestión de personas

Una de las políticas más importantes y complejas de establecer en una organización es la que se relaciona con los mecanismos de motivación e incentivación que se han de poner en marcha. Como cualquier otra política de gestión de personas, se insiste en que se ha de definir para cada organización en base a sus objetivos, su cultura, sus tendencias y sobre todo en base al estilo de relación que se pretenda establecer. No es baladí esta reflexión, por cuanto las estrategias de motivación e incentivación se relacionan directamente con las ya comentadas teorías conductistas o constructivistas. Si



bien la mayoría de las organizaciones priorizan una de ellas, han de contar con las dos [9].

Existe la motivación extrínseca y la motivación intrínseca. Sin embargo, como mecanismos de incentivación, las organizaciones sólo pueden promover mecanismos de incentivación extrínseca, pues la intrínseca depende del individuo, ya que desde fuera se puede estimular y propiciar.

- Motivación extrínseca: se basa en el binomio premio/castigo. Las acciones inspiradas en este estilo de motivación no pretenden que la persona se convenga de la adecuación o no de lo que hace, sino sencillamente que haga o no haga una determinada acción en base a las consecuencias que de ella se derivan.

Como todo, es útil y las organizaciones deben saber cómo y en qué momento aplican estas técnicas sabiendo que su impacto es a muy corto plazo. Además, podría ocurrir que si se elimina el elemento motivador (negativo o positivo) desaparezca la conducta.

- Motivación intrínseca: se trata de conectar con aquellos motivos e intereses profundos de la persona para que sean éstos quienes le induzcan a cambiar su comportamiento, adoptar otro distinto, hacer o dejar de hacer una determinada actividad con una determinada intensidad. Cuando se interioriza un determinado comportamiento personal o profesional es mucho más duradero en el tiempo, pues se realiza de forma

espontánea y natural. Además, produce un alto grado de satisfacción y autoestima, pues se sabe el porqué de una determinada manera de hacer o ser.

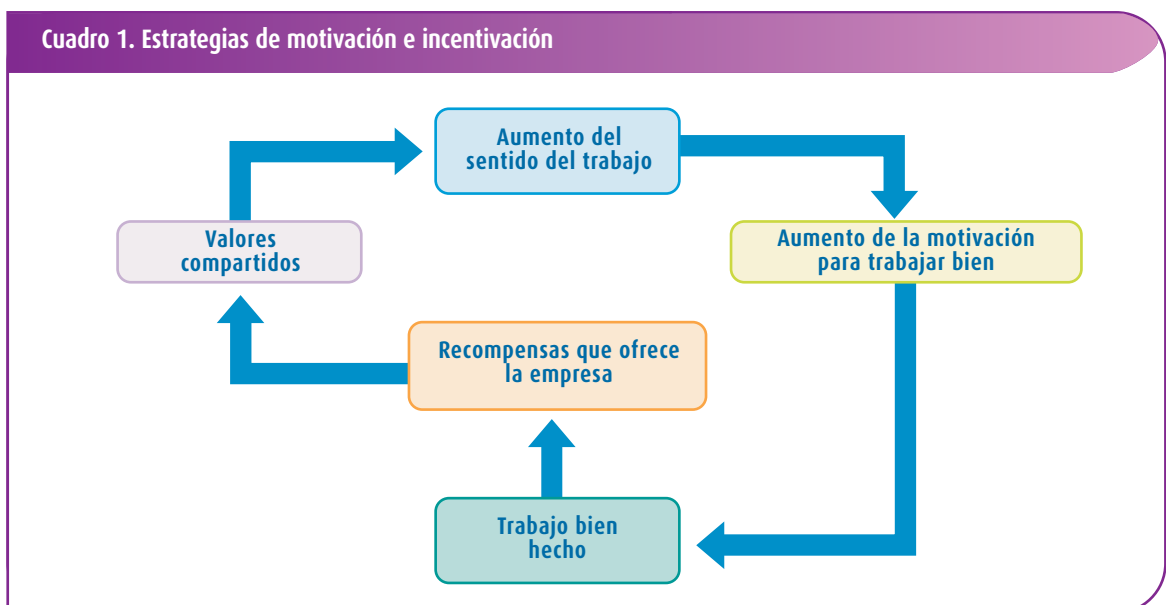
Un ejemplo sencillo puede ser muy clarificador: cuando se está en la universidad se estudia fundamentalmente por dos motivos: por aprender, pero sobre todo por obtener un determinado título, o en los cortos plazos, por aprobar un examen. Ello supone que no se analiza críticamente qué estudiar, sino que se busca estudiar aquello que se estima útil para pasar las distintas pruebas. Sin embargo, una vez en el desempeño profesional, las personas estudian por la convicción personal de que no se deben quedar obsoletos, por el interés de ser más útil y estar al día, por satisfacer la necesidad de conocimiento. En este caso, se es selectivo en cuanto a los contenidos y es mucho más real la aplicabilidad de lo aprendido, pues no se olvida sino que se retiene proactivamente.

¿Cómo se pueden armonizar los dos ámbitos de la motivación en el entorno de las organizaciones? Puede partirse del llamado ciclo del éxito, que debe girar en una sola dirección, tal como describe el Cuadro 1. Las estrategias de motivación integran, a su vez, todas las estrategias y acciones de gestión de personas y se orientan hacia los objetivos de la organización.

### Valores compartidos

Supone conocerlos (comunicación interna), mantener una relación funcional y jerárquica (estilo de liderazgo),

Cuadro 1. Estrategias de motivación e incentivación



y supone tener un proyecto compartido (dirección por objetivos).

### Aumento del sentido del trabajo

Cuando se pertenece a una organización-proyecto de manera sensible y activa, toma sentido el trabajo más allá del cumplimiento de unas tareas o actividades. Éste viene precedido por la maduración: de la necesidad de trabajar (para cubrir los primeros peldaños de la pirámide de las necesidades de Maslow) se evoluciona a un “querer trabajar” (para satisfacer la autoestima, la autorealización, el autodesarrollo).

### Aumento de la motivación profesional

El trabajo vivido o percibido desde esta dimensión de realización humana deja de ser una carga para ser un ámbito de desarrollo: además de querer trabajar bien por el mero sentido de la responsabilidad, se pretende trabajar bien por la satisfacción que ello produce. El concepto de “trabajar bien” significa mucho más que obtener unos objetivos, es trabajar en la mejora continua, pensando cómo y qué cambiar para llegar cada día un poco más allá.

### Trabajo bien hecho

Las personas que trabajan con estas motivaciones tienen buenos resultados. Por supuesto, cometen errores pero muestran disposición a reconocerlos para aprender de ellos y seguir mejorando. Los resultados son siempre positivos.

### Recompensas de la empresa

Es justo y saludable que, ante esta situación, la organización se dote de mecanismos de recompensa conocidos por todos los profesionales y se activen en base a resultados de actividad, desempeño, innovación y valor añadido. Es importante que estos mecanismos no generen excesiva competitividad interna, es decir, no gana uno (persona o equipo) como ocurre en una carrera, sino que todos tienen oportunidades de llegar a la meta, aunque no todos lo consigan. Así, se provoca o induce a la cooperación y el estímulo interno, pues tanto si se trata de conocimiento como de experiencia cuanto más se tiene más se puede dar y cuanto más se da más se tiene.

Entre los mecanismos de recompensa se podrían destacar:

- Retribución: existen distintas variantes:
  - *Bonus*: a partir de un determinado estándar todo lo que se logra se premia. Este sistema es útil, así por ejemplo: en la actividad comercial, donde a partir

de un determinado número de ventas se puede premiar con un porcentaje, establecido previamente por cada venta o volumen de ventas adicional.

- Variable: el profesional percibe en el salario total una parte mayoritaria fija y otra parte (20 a 40%, según el nivel de responsabilidad) según la consecución de unos determinados objetivos.

Ambos tipos son complementarios y comparten las siguientes características:

- Deben ser conocidos *a priori*, tanto sus estándares como los objetivos.
  - Los mecanismos de evaluación y seguimiento deben ser transparentes y conocidos también.
  - Los sistemas de valoración serán suficientemente sensibles como para poder detectar variaciones significativas.
  - La comunicación potenciará la información necesaria para que haya mecanismos de reacción hacia la mejora. Por ejemplo: si mensualmente se conocen los resultados que se obtienen se pueden llevar a cabo estos mecanismos de mejora.
- Formación especial: una vez atendidas las necesidades básicas de las personas en base a las competencias de su puesto de trabajo, existen oportunidades formativas muy atractivas que pueden establecerse como incentivos. La asistencia a determinados eventos, la posibilidad de realizar máster o cursos de muy alto nivel y coste, etc. Asimismo, la docencia es, en sí misma, una oportunidad incentivadora. Ser elegido para tutorizar a un profesional en formación o impartir una determinada sesión formativa supone el reconocimiento a la persona de unos conocimientos y destrezas en tal alto nivel que se deben transmitir a los demás (Ver Imagen 6).



Imagen 6. La formación como incentivo



- **Investigación:** es uno de los estímulos innovadores más importantes de las organizaciones. La investigación y la innovación, tanto en sí misma, por la importancia intrínseca de la investigación, pero sobre todo como mecanismo de análisis de mejoras a aplicar en el trabajo cotidiano. La investigación además reporta o comporta difusión científica, prestigio, etc. Por tanto, es un ámbito muy interesante no sólo como una responsabilidad para quienes se dedican de una forma más específica a ello sino como mecanismo de incentiviación para colaboradores.
  - **Tiempo:** habida cuenta de que las organizaciones de cuidados enfermeros se estructuran mayoritariamente en base a turnos de los puestos de trabajo, que rotan con el objetivo de cubrir las 24 h de servicio, la gestión inteligente del tiempo de trabajo se ha convertido en un elemento muy incentivador:
    - Desde el punto de vista cualitativo: la adecuación de determinados tipos de turnos que facilitan más la vida familiar y personal.
    - Desde el punto de vista cuantitativo: cuando la organización asume los costes de un determinado tiempo de trabajo que el profesional obtiene como descanso o como tiempo para realizar otras actividades. La máxima expresión de este hecho son los llamados tiempos sabáticos, en que el profesional abandona temporalmente sus tareas asistenciales para dedicarse a otros proyectos sin merma salarial alguna.
  - **Reconocimientos:** difusión de éxitos personales o colectivos mediante el empleo de mecanismos establecidos en la organización (p. ej.: la carta personalizada del gerente a un determinado profesional que ha realizado con brillantez una determinada actividad o la palmada en la espalda del jefe directo el día en que algo especialmente difícil se ha realizado de forma adecuada o excelente). Es lo que en Andalucía se incluye en el *Plan de las pequeñas cosas de los profesionales* [10]: una iniciativa que pretende que cada centro o unidad identifique esos elementos cotidianos cuyo valor es inmenso pero que no siempre se perciben o toman la dimensión necesaria. El mejor ejemplo de esas pequeñas cosas podría ser “establecer la sonrisa” como única expresión posible al comenzar la jornada laboral.
- podría plantear la cuestión de ¿qué no es gestión del entorno? como expresión de que afecta a múltiples aspectos.
- Se va a intentar sintetizar alguno de sus elementos más significativos, si bien en ningún caso se pretende ser exhaustivo:
- **Salud laboral:** incluye la vigilancia de la salud, la formación en prevención de riesgos laborales, la aplicación de criterios de ergonomía, higiene y seguridad, tanto en infraestructuras como en equipamientos, mobiliarios, etc. Se centra en el profesional de una forma muy individualizada y su objetivo primordial es la limitación y erradicación, si es posible, de los accidentes laborales o sus consecuencias.
  - **Gestión del estrés:** muy relacionado con el anterior, se trata de forma específica, fundamentalmente por situarse en el contexto de las organizaciones sanitarias. Anteriormente se ha mencionado la importancia de establecer una relación humana con la realidad cotidiana, la cual, en actividades de salud está presidiada por el dolor y el sufrimiento. Saber gestionar los elementos que generan estrés y tensión emocional supone poner en práctica desde técnicas de afrontamiento (relajación, introspección, etc.) a técnicas de autoconocimiento, terapias de comunicación, etc.
  - **Condiciones de trabajo:** comidas, uniformes, espacios de asueto (gimnasios, parques...), etc.
  - **Integración:** las organizaciones sanitarias son cada vez más multiculturales y multiétnicas. Todos los profesionales y todos los ciudadanos deben sentirse cómodos y reconocidos en ellas. Evitar símbolos religiosos, como gesto de respeto, facilitar mecanismos de comunicación que disminuyan barreras, lingüísticas o de accesibilidad de los pacientes, como traducciones al idioma de origen, elementos facilitadores para discapacitados físicos o sensoriales, etc.
  - **Políticas de igualdad de oportunidades:** destacan especialmente aquellas acciones encaminadas a eliminar la desigualdad de género, abriendo las oportunidades a todas las personas por igual. Es cierto que en el sector público no existen diferencias de base (p. ej.: salariales) en razón del género. Sin embargo, cuando se estudian las organizaciones sanitarias se detectan importantes desigualdades en cuanto a representación femenina en órganos y puestos de gestión, no se establecen mecanismos de control de desigualdad con las subcontratas, lo cual debería ser un signo de calidad más, o no se cuidan los tratamientos de la información, con lo que se mantiene un lenguaje con connotaciones culturales muy obsoletas, etc.

## SOCIOSISTEMA

Para finalizar, es importante hacer una referencia a la gestión del entorno y sus diferentes dimensiones, un concepto bastante amplio. Incluso, como en algún momento han manifestado gestores de personas, se



## RESUMEN

- La gestión de personal en la empresa sanitaria adquiere en el momento actual, al igual que en otras organizaciones, una importancia relevante dado que el capital humano es uno de los activos más destacados, del que depende en muchas ocasiones el éxito o el fracaso de la propia empresa. En este sentido se pone énfasis en que se tiende a dirigir las acciones sobre las personas de forma individual y no sobre el concepto genérico de personal.
- Esta gestión requiere una planificación en función de las personas, que abarque aspectos tales como la definición de las competencias esperadas de los profesionales en su campo de actividad específica, así como del posible campo de desarrollo personal y profesional de cada trabajador.
- La gestión de personas implica la utilización de nuevas técnicas administrativas, entre las que pueden destacar las de selección, desarrollo, evaluación y comunicación, en las cuales se reflejan los valores y cultura de la propia empresa, que busca el compromiso activo de sus profesionales.
- En este aspecto innovador de la gestión de personas juega un papel importante el reconocimiento y la utilización de lo que se ha denominado inteligencia emocional, que aplicada a la gestión reconoce las características propias de cada persona y trata de adaptarlas lo mejor posible al contexto de la empresa sanitaria.
- Los sistemas de incentivación deben también adaptarse a las necesidades de las personas que, en muchas ocasiones, son descuidadas por las organizaciones sanitarias, más atentas a la visión general que a la de cada uno de los profesionales implicado en el trabajo.



## BIBLIOGRAFÍA

- [1] Butteris M. Reinventando los recursos humanos. Madrid: Aedipe Gestión 2000; 2001.
- [2] Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Sanidad. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. [En línea] [fecha de acceso 27 de julio de 2008]. URL disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/home.htm>
- [3] Levy-Leboyer C. Gestión de las competencias. Madrid: Gestión 2000; 2003.
- [4] Stufflebeam J, Shimkfiel F. Evaluation theory, models and applications (Research methods for the social sciences). San Francisco: Wiley; 2007.
- [5] García S, Dolan SL. La dirección por valores. 2ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2003.
- [6] Goleman D. Inteligencia emocional en el trabajo: cómo seleccionar y mejorar la inteligencia emocional en individuos, grupos y organizaciones. Barcelona: Kairós; 2005.
- [7] Goleman D. Inteligencia social. La nueva ciencia de las relaciones humanas Barcelona: Kairós; 2006.
- [8] Peters T. El nuevo líder. Madrid: PMP; 1999.
- [9] Lundin SC, Christensen J, Paul H. Fish! La eficacia de un equipo radica en su capacidad de motivación. Barcelona: Urano; 2004.
- [10] Servicio Andaluz de Salud. Contrato Programa de atención primaria de salud, 2005-2008. Anexo III. Plan de pequeñas cosas. [En línea] [fecha de acceso 1 de septiembre de 2008]. URL disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/186/html/contrato\\_programa\\_2005.htm](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/186/html/contrato_programa_2005.htm)



# 5

## Cargas de trabajo y dotación de personal

Rafael Toro Flores  
Carmen Pérez Garrote  
Cristina Martín Martín  
Marta Durán Escribano

- Desarrollar el estudio de las cargas de trabajo enfermero en el marco de las políticas de recursos humanos de las instituciones de salud.
- Analizar las diferencias entre carga asistencial y cargas de trabajo y enumerar los distintos tipos de ésta última en el ejercicio de la profesión enfermera.
- Describir los diferentes sistemas de clasificación de pacientes (SCP) y las aportaciones de cada uno de ellos al estudio de las cargas de trabajo.
- Argumentar la importancia de la plantilla enfermera adecuada en relación con la calidad del servicio de cuidados que se pretende.



## INTRODUCCIÓN

---

La gestión de las personas, también llamada recursos humanos (RRHH), forma parte fundamental de la organización y estrategia final de cualquier empresa, con un único objetivo: garantizar el número óptimo de profesionales con la formación adecuada y necesaria para los puestos de trabajo definidos [1].

Los recursos humanos pueden definirse como el “conjunto de personas que formarán la plantilla de personal de la institución o de la unidad” [2]. Para seleccionar, orientar y distribuir adecuadamente la plantilla de trabajadores, la organización debe desarrollar una política de personal coherente con los fines propuestos. Las políticas de personal son pieza clave en cualquier organización y, por ello, habrán de serlo igualmente en las organizaciones sanitarias. El hecho de que los profesionales de la enfermería constituyan el grupo profesional de mayor coste, por ser la plantilla más numerosa en hospitales y centros de salud, al sumar entre el 65% y el 75% del total de cuidados prestados, se une a que demandan un importante consumo de recursos materiales [3].

---

### LA IMPORTANCIA DEL PROFESIONAL EN LA GESTIÓN DE RRHH

---

La política de personal ha de poder definir el tipo y cantidad de profesionales de enfermería necesarios para atender a los pacientes, en función de las actividades a realizar y su distribución por áreas de trabajo y turno. El primer paso para lograr estos objetivos es conocer las cargas de trabajo que los profesionales de enfermería soportan, así como los instrumentos empleados para esta medición, siendo el de mayor extensión, por su utilización, el sistema de clasificación de pacientes (SCP), como se podrá analizar posteriormente. A partir de ello, se diseña el sistema de dotación de personal, de manera que se adecúen tanto el número de trabajadores como su categoría profesional (enfermeras, auxiliares) a las cargas de trabajo determinadas. Se trata de establecer la plantilla ideal para cada unidad o servicio. La plantilla ideal se ha definido como “aquella en la que el aumento de un recurso, como lo es añadir una enfermera a una unidad de cuidados concreta, no conlleva como significado el aumento de la calidad” [4]. También se podría expresar como el umbral mínimo necesario de personal de enfermería, referido tanto a la cantidad como a la competencia, por debajo del cual los objetivos de la prestación de los cuidados no podrán ser mantenidos.

Llegados a este punto, se plantea la siguiente pregunta: ¿cuál sería entonces la dotación óptima de profesionales enfermeros en los diferentes sistemas de atención? ¿Cómo se mide el entorno para que la dotación de recursos humanos en enfermería sea constante y flexible?

Existen dos barreras fundamentales, que son comunes a los diferentes sistemas sanitarios de todo el mundo:

- Los recursos financieros limitados: no hay que olvidar que el coste laboral de los profesionales de enfermería, dentro del presupuesto anual de un hospital, representa el 30% del total.
- La demanda creciente de los servicios de atención de salud primaria y especializada.

Las enfermeras, por ser el grupo más numeroso de profesionales al cuidado de la salud, han experimentado importantes cambios de adaptación permanente en su vida laboral y en su entorno de trabajo, por lo que han desarrollado diferentes sistemas que han tratado de resolver estos problemas, destacando entre ellos el estudio de cargas de trabajo.

### CARGA ASISTENCIAL Y CARGA DE TRABAJO

---

Es frecuente equiparar los conceptos de carga asistencial y carga de trabajo, cuando son en realidad bien diferentes, ya que al hablar de carga asistencial se ofrece una visión limitada, parcelada, que no logra captar toda la esencia del trabajo enfermero. Sin embargo, el concepto carga de trabajo engloba no sólo aspectos físicos de la actividad enfermera, sino también mentales y emocionales. La expresión carga de trabajo es, además, de naturaleza individual y está influida por factores como la motivación y la capacitación profesional, que mejoran indudablemente la adecuación del profesional al puesto de trabajo y, por tanto, su rendimiento. Por

consiguiente, cuando se habla de cargas de trabajo subyace, sin duda, la necesaria prestación de un cuidado de calidad, y al aludir a la calidad se trasciende lo cuantitativo. En términos de calidad importa, además de ejecutar una intervención o cuidado enfermero, hacerlo en base a una plena corrección científica: el paciente tiene derecho a recibir los mejores cuidados conforme a la evidencia. De ahí que la provisión de esos cuidados deba efectuarse por profesionales con un nivel de competencia adecuado (Ver Imagen 1).

En general, los sistemas de medición de cargas han respondido a estrategias gestoras puramente economicistas en la asignación de personal y la dotación de plantillas, y se ha puesto especial hincapié en la medida cuantitativa del trabajo enfermero [1]. La realidad muestra, sin embargo, una gran variabilidad en la práctica clínica del cuidado, difícil de valorar sólo en términos numéricos. Parece aceptado que la calidad de los cuidados de enfermería aumenta si se mantiene en equilibrio la relación entre cargas de trabajo y dotación de personal, para conseguir índices de empleo de los recursos humanos que oscilen entre el 90% y el 110%.

Así pues, una dotación correcta de enfermeras influye en los aspectos siguientes:

- Resultados en salud de los pacientes: diversos estudios [5,6] han asociado las cargas de enfermería con la valoración de la calidad de los cuidados proporcionados y, en mayor concreción, con problemas relacionados con errores en la administración de medicación, incidencia de la infección nosocomial, úlceras por presión y caídas de los pacientes. También el déficit de enfermeras en plantilla es considerado como un problema asociado al aumento de la morbilidad y mortalidad.
- Clima laboral: puede ir desde la satisfacción laboral de la enfermera, al desarrollar con agrado su función cui-

dadora, hasta el riesgo de *burn out* producido por el desempeño de su labor de forma poco satisfactoria.

- Gestión de recursos: los costes de la actividad enfermera vienen determinados principalmente por los recursos humanos y materiales empleados en el cuidado. En el ámbito de la gestión económica es necesario relacionar la eficacia de los cuidados con la eficiencia, es decir, la obtención de buenos resultados de salud a un coste apropiado. Una dotación inadecuada de enfermeras, ya sea por exceso o por defecto, tiene como consecuencia intervenciones ineficientes, lo que se traduce en un aumento en el coste de los cuidados de enfermería.

## CARGAS DE TRABAJO. CONCEPTO Y TIPOS

El trabajo es la actividad humana a través de la cual las personas, con su fuerza e inteligencia, transforman la realidad. La ejecución de un trabajo implica el desarrollo de operaciones motoras y cognitivas. El grado de movilización que el individuo debe realizar para ejecutar la tarea y los mecanismos físicos y mentales que ha de poner en juego determinarán la carga de trabajo [7].

De forma sencilla, la carga de trabajo puede ser definida como aquellas actividades, tareas e intervenciones que tiene que realizar una enfermera en relación con el número de pacientes que dependen de sus cuidados. Son tareas que habitualmente lleva a cabo la enfermera y que, por su multiplicidad, diversidad y fluctuación producen alteraciones en la organización y en la distribución de personal.

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) define la carga de trabajo como un conjunto de requerimientos psicofísicos a los que se ve sometido el trabajador a lo largo de su jornada laboral. Cuando la carga es excesiva aparece la fatiga, que es la disminución de la capacidad física y mental del individuo tras haber realizado un trabajo durante un periodo determinado. Esta fatiga puede ser física o mental [8].

La fatiga física está determinada por el esfuerzo físico y se denomina carga física. De otra manera, la fatiga mental obedece a una exigencia excesiva en la capacidad de atención, también llamada carga mental, que puede convertirse en crónica cuando las exigencias de la tarea superan las posibilidades de respuesta del profesional y existe una sobrecarga repetida a la que no puede hacer frente.



Imagen 1. Las enfermeras deben ser competentes en proporcionar un cuidado de calidad



Se pueden distinguir de esta manera tres tipos de cargas de trabajo:

- **Carga física:** conjunto de exigencias físicas a las que la enfermera se ve sometida durante su trabajo. Básicamente, viene determinada por las diferentes posturas a adoptar (Ver Imagen 2), los movimientos y desplazamientos a realizar y la fuerza que debe aplicar. Los dos factores determinantes de la carga física son:
  - La capacidad física de la persona: dependerá de la edad, la salud, la constitución física y las condiciones de trabajo específicas.
  - La organización del trabajo: comprende el ritmo de trabajo, horario, frecuencia y repetición de tareas, etc.
- **Carga mental:** serían las exigencias de los procesos intelectuales necesarios para realizar correctamente una tarea. Cuando la persona se ve desbordada por dichas exigencias, se habla de sobrecarga, y cuando la capacidad de la persona y sus expectativas sobrepasan las exigencias del puesto se denomina subcarga. Los principales factores que influyen en la carga mental son:
  - La cantidad y calidad de la información que la enfermera recibe para hacer su trabajo.
  - El tiempo entre estímulo y respuesta adecuada.
  - El nivel de planificación o estandarización de los cuidados.
  - El nivel real de autonomía y responsabilidad que tiene la enfermera en la realización de su trabajo.

Otros factores que influyen sobre la carga mental son la forma de organizar el trabajo, la relación con super-



Imagen 2. La postura es una de las causas de carga física

visores o coordinadores y las relaciones interpersonales con el resto de compañeros.

- **Carga psíquica o psicoafectiva:** es la carga más difícil de medir, debido a que son muchos y diversos los factores que la producen. Los más significativos serían:
  - El sufrimiento de los pacientes y de la familia, así como la muerte de los primeros, son circunstancias que afectan intensamente a la enfermera.
  - Falta de preparación para dar respuestas adecuadas a las preguntas del paciente y los familiares.
  - Agresiones verbales o riesgo de agresiones físicas por parte de usuarios o familiares.
  - La atención a un número excesivo de pacientes: esta situación genera sobrecarga y tensión en el trabajo, que puede conducir a una desmotivación profesional. En el estudio realizado por el Consejo General de Enfermería de España en 1998, un 50,3% de los enfermeros estimaba que tenía que atender a un número excesivo de pacientes y un 49,3% aquejaba una falta de incentivos y estímulos profesionales [9,10].
  - Falta de reconocimiento profesional y déficit de participación en la organización.
  - Horarios y turnos poco satisfactorios.

La conjunción de algunos de estos factores puede conducir a la enfermera al denominado síndrome de *burn out* o síndrome de “estar quemado”, entendido éste como la expresión patológica del individuo que sufre un desgaste psicológico importante por el desempeño de su trabajo y que puede conducir a la manifestación de actitudes y sentimientos desfavorables, tanto para el profesional como para los pacientes y sus familias [11].

Otro de los factores que cada vez adquiere una mayor relevancia en el estudio de las cargas de trabajo, relacionado con la motivación profesional, es la capacidad propia de la enfermera para administrar y controlar su tiempo de trabajo, las tareas en relación con el interés social y profesional que se las asigna y la participación en las políticas de objetivos como elementos propios de su competencia profesional. En definitiva, el reconocimiento a la importancia que se le otorga al trabajo de la enfermera.

## Implicaciones para el profesional

En relación con la medida en que la carga de trabajo afecta al profesional, ésta puede ser:

- Cuantitativa: trata la cantidad de trabajo que recae sobre un mismo profesional. Las manifestaciones que se aprecian en el trabajador son:
  - Sobrecarga: disminución de la motivación, absentismo.
  - Subcarga: bajo nivel de vigilancia, aburrimiento, ansiedad.
- Cualitativa: se relaciona con la complejidad o dificultad del trabajo encomendado. Las manifestaciones más destacadas son:
  - Sobrecarga: el trabajo desborda a la persona, lo que produce insatisfacción y pérdida de confianza.
  - Subcarga: escaso contenido y monotonía que conducen a la irritabilidad y depresión por baja autoestima.

## DETERMINACIÓN DE LAS CARGAS DE TRABAJO

La planificación de los recursos de enfermería requiere una serie de instrumentos. El primero sería conocer las cargas de trabajo derivadas de la actividad estandarizada correspondiente a cada unidad y a cada turno de la organización en el que existe una división del trabajo. Para conocer este dato existen los sistemas de clasificación de pacientes, que informan del nivel de dependencia y de la complejidad en la satisfacción de un tipo de cuidados a pacientes concretos asignados a cada unidad determinada. Una vez conocido el volumen de las cargas de trabajo, corresponde a los responsables de la gestión de la unidad dotarla del número y calidad de enfermeras adecuado para poder atender las necesidades de cuidados.

Gillies [3] desglosa la asistencia prestada al paciente en:

- Asistencia directa: incluiría los tiempos de las actividades desarrolladas en el contacto personal con el paciente en relación con necesidades físicas y psíquicas (higiene, alimentación, canalización de vía periférica, etc.).
- Asistencia indirecta: actividades de apoyo y complemento a la atención directa al paciente. Se realizan para el paciente pero sin su presencia (p. ej.: registros de actividades de enfermería, petición de pruebas, atención al teléfono, etc.).
- Educación sanitaria: información, enseñanzas y motivación del paciente o sus familiares en relación con sus procesos asistenciales (p. ej.: indicaciones sobre la dieta a un paciente diabético, manejo de una ostomía a la familia de un paciente no autónomo, etc.).

Las acciones llevadas a cabo para prestar la atención de cuidados no son mutuamente excluyentes; existen diversidad de situaciones en las que se realizan simultáneamente varios tipos de acciones llevadas a cabo por las enfermeras. Por ejemplo, un paciente diabético ingresado en un hospital al que la enfermera diagnostica una glucemia capilar (asistencia directa) y a su vez, enseña al paciente cómo y cuándo debe realizar esta técnica una vez que esté en su domicilio (educación sanitaria). La enfermera, cuando registra esta actividad, lleva a cabo, asimismo, asistencia indirecta.

## Factores que determinan las cargas de trabajo

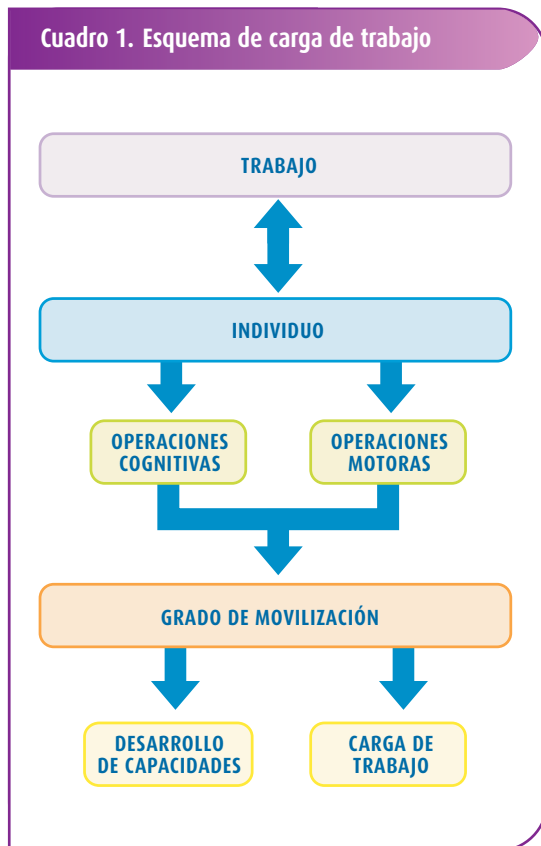
La ejecución del trabajo cumple un doble papel; conseguir los objetivos de producción y desarrollar el potencial profesional y humano del individuo para que éste manifieste y potencie al máximo sus capacidades. En estos términos, no suele entenderse el trabajo como una carga, ya que este concepto puede interpretarse con una connotación negativa por referirse a la incapacidad o dificultad de respuesta del profesional en un momento dado. En este sentido, la carga de trabajo estará determinada por la interacción entre el nivel de exigencia de la tarea (esfuerzo requerido, ritmo, condiciones ambientales, etc.) y el esfuerzo que debe realizar el profesional para llevarla a cabo, condicionado además por sus características individuales (edad, formación, experiencia, fatiga, etc.) [12] (Ver Cuadro 1).

Como ya se ha expresado, el trabajo implica tanto exigencias físicas como mentales pero, a fin de poder desglosar el término desde un contexto teórico y favorecer el análisis, se diferencia trabajo físico de trabajo mental según el tipo de actividad que predomine. Si el trabajo es predominantemente derivado de actividad motora, se habla de carga física; si, por el contrario, implica un mayor esfuerzo intelectual, se habla de carga mental.

El desarrollo de la tecnología sanitaria está promoviendo la unificación de trabajos en los que la carga intelectual y motora se dan en un mismo acto y al mismo tiempo, por lo que aparece una reducción paulatina de la actividad física en muchos puestos de trabajo con la creación de nuevos puestos en los que predomina la actividad mental. Esto hace que la disminución del esfuerzo motor se asocie con el aumento de la información que se maneja.

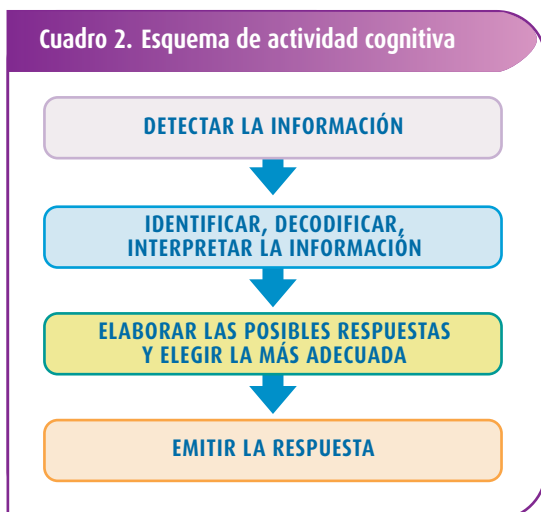


Cuadro 1. Esquema de carga de trabajo



La carga intelectual va a estar determinada por la cantidad y el tipo de información que debe tratarse en un puesto de trabajo. Dicho de otro modo, un trabajo intelectual implica que el cerebro reciba unos estímulos a los que ha de dar respuesta, lo que supone una actividad cognitiva (Ver Cuadro 2).

Cuadro 2. Esquema de actividad cognitiva



A estos factores, además, hay que añadir los relativos a las condiciones físicas (p. ej.: ruido, temperatura, iluminación) y psicosociales (relaciones jerárquicas, sistema de comunicación, etc.) del entorno laboral, así como las características individuales que determinan la capacidad de respuesta del profesional en función de su edad, nivel de capacitación para el puesto y de aprendizaje, estado de fatiga, personalidad y actitudes hacia la tarea (motivación, interés, satisfacción...).

## SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES (SCP)

La asignación de recursos en el ámbito hospitalario ha ido evolucionando en el tiempo en relación con la complejidad de la asistencia sanitaria y el desarrollo de la tecnología hospitalaria. A finales del pasado siglo, la asignación se hacía en relación con el número de camas de cada hospital y las estancias de los pacientes, pero hoy, los recursos están determinados por las características propias de cada situación (diagnóstico/estado de gravedad/complicaciones de las intervenciones en salud...) en la que los pacientes se encuentran. Esta modalidad se denomina sistema de clasificación o agrupación de pacientes o *case mix*.

Los sistemas de clasificación de pacientes son un instrumento de gestión que trata de estimar las necesidades reales de cada paciente basándose en su estado funcional y situación clínica. En relación con los cuidados de enfermería, Gillies [3] define los sistemas de clasificación de pacientes como un "método de agrupación de pacientes, de acuerdo con la cantidad y complejidad de los cuidados de enfermería que necesitan dichos pacientes". El objetivo principal sería realizar una valoración sobre el paciente, a fin de asignarle un nivel pre-determinado en relación con la cantidad de cuidados de enfermería necesarios para cubrir sus necesidades.

La clasificación de pacientes de acuerdo a estas características sirve para realizar la correspondiente asignación de recursos capaces de proporcionar una atención clínica adecuada y eficiente y, además, para calcular los costes de la asistencia prestada.

Así pues, los sistemas de clasificación de pacientes son necesarios como soporte y justificación de la financiación del servicio sanitario y sirven también para evaluar la calidad de los cuidados prestados y para poder determinar la dotación de personal adecuada a la prestación de una atención eficiente y de calidad.

El contenido general que debe incluir un sistema de clasificación de pacientes es el siguiente:

- Número de niveles en los que se distribuirá a los pacientes: suelen ir del nivel 1 al nivel 4, dependiendo de la intensidad de los cuidados a prestar.
- Determinar los criterios de inclusión del paciente en un nivel o grupo determinado.
- Establecer los procedimientos y actividades que se aplicarán a los pacientes de cada nivel.
- Determinar el tiempo necesario para la ejecución de las actividades, estableciendo tiempos estándares de cuidados en cada nivel.

Los requisitos que tienen que cumplir los sistemas de clasificación de pacientes son:

- Validez: grado en que el sistema mide la cantidad de tiempo y las actividades precisas para cuidar a un grupo determinado de pacientes. El sistema debe reflejar la diferencia proporcional de tiempo entre una misma carga de trabajo (p. ej.: alimentación) en pacientes clasificados en niveles o grupos distintos. Así, el tiempo empleado (12 min) en la alimentación de un paciente que precisa ayuda de la enfermera para su alimentación (clasificado en el nivel 2), es cuatro veces superior al tiempo empleado (3 min) en proporcionar la comida a un paciente autónomo en esta necesidad (clasificado en el nivel 1).
- Fiabilidad: grado de coherencia que tiene el sistema en relación con las necesidades detectadas en los pacientes y el tiempo de cuidado asignado para la cobertura de dichas necesidades. Un sistema se considera fiable cuando distintas enfermeras clasifican al mismo paciente en el mismo nivel o grupo o comparando el sistema con otros validados.
- Adecuación de los criterios estadísticos: los datos obtenidos de las valoraciones de los pacientes se analizan en relación con su tendencia central (agrupación de los datos) y su dispersión (variabilidad de la distribución). Este análisis permite comparar y estudiar los distintos grupos entre sí, explicando las diferencias de la utilización de los tiempos de enfermería por los distintos grupos de pacientes y la homogeneidad entre los pacientes de cada grupo o nivel.
- Enfoque enfermero: parece lógico que si lo que se pretende determinar son las cargas de trabajo del personal de enfermería, el sistema debe tener en cuenta el conjunto de acciones concretas que realiza este grupo profesional. No todos los sistemas cumplen este requisito, por ejemplo, el sistema grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) mide el consumo de recursos en

relación con los distintos diagnósticos y tratamientos, pero dentro de esta cuantificación no incluye específicamente los cuidados enfermeros. Sobre este tema se volverá más adelante, al tratar en concreto sobre este sistema de agrupación de pacientes.

Los sistemas de clasificación de pacientes pueden utilizarse en centros sanitarios o unidades de hospitalización distintas, pero hay que considerar que los tiempos estándares de cuidados pueden variar dependiendo, entre otros, de factores tales como la estructura del centro o unidad, la forma de aplicar los cuidados de enfermería, la capacitación del personal y las características de los pacientes.

Para determinar las cargas de trabajo de enfermería se utilizan diferentes tipos de clasificación de pacientes. Se han llegado a identificar hasta dieciocho métodos distintos [13]. De todos ellos, unos son más adecuados que otros a la hora de medir cargas de trabajo en enfermería, pues informan sobre el tiempo empleado en cuidados. Así, para calcular la carga de trabajo que soportan las enfermeras de una unidad de traumatología será más útil la parrilla de Montesinos que utilizar los GRD.

## Tipos de sistemas de clasificación de pacientes

Dentro de los sistemas de clasificación de pacientes, los más conocidos, por ser los más utilizados, son: la distribución de enfermera por cama, el método del juicio o criterio profesional, el sistema por grupos homogéneos, el sistema por evaluación de factores y el método de regresión [14].

### Distribución de enfermera por cama ocupada

Según el criterio de camas ocupadas, el aumento o disminución de la presencia de enfermeras estaría en proporción con esta cifra. Este sistema no entra a considerar la variación de las necesidades de los pacientes ni los datos de actividad enfermera. Por ejemplo, en una unidad de hospitalización de traumatología con treinta camas y un índice de ocupación de un 87%, la plantilla de enfermeras y de auxiliares es de tres en turno de mañana, dos en turno de tarde y uno en turno de noche por cada categoría. Como el índice de ocupación es alto, la distribución señalada es siempre la misma. Es fácil suponer que las cargas de trabajo de enfermería no serán iguales cuando exista un mayor número de pacientes ingresados por fractura de cadera, con un grado de dependencia alto, que cuando existan más pacientes intervenidos de rotura



de ligamentos de rodilla o con síndrome subacromial con una dependencia media-baja, sin embargo, el número de enfermeras permanece constante.

### Juicio o criterio profesional

Se basa en el criterio profesional para determinar el número de profesionales de enfermería necesario en un centro o unidad. Su realización se llevaría a cabo de la siguiente manera:

- El responsable de la unidad describe y justifica el número de personal de enfermería necesario para realizar los cuidados enfermeros.
- La propuesta es discutida y debatida con la dirección del centro, con la que se acuerda y define el número de personal y sus características.
- Se pacta la cobertura de vacaciones, permisos reglamentarios y bajas laborales.

Este sistema tiene como ventaja el conocimiento por los profesionales de las necesidades de los pacientes y de los tiempos empleados en su cobertura y también la consideración de factores que son difíciles de medir, tales como la presencia de enfermos de otros servicios que necesitan más atención, etc. Como debilidad del método se puede señalar la dependencia jerárquica que existe entre el responsable de la unidad y la dirección de enfermería, situación que puede llevar al responsable a tener que aceptar las decisiones de la dirección, aunque éstas no coincidan plenamente con sus criterios.

### Método de regresión

Mide el trabajo realizado con anterioridad y trata de predecir y monitorizar las necesidades de personal con el empleo de análisis de regresión. Estima la relación entre las diferentes necesidades de los pacientes y tiempos de enfermería necesarios para cubrir estas

necesidades, además de tener en cuenta otros factores. Así, permite construir un modelo capaz de predecir el valor de la variable dependiente (tiempos/cargas de enfermería). En estudios realizados con este método se ha demostrado algo que puede parecer obvio: el número de enfermeras requeridas aumenta con el incremento de camas ocupadas, lo que permite hacer pronósticos para la contratación de personal, partiendo del número de camas ocupadas, teniendo en cuenta otros factores como la especialidad (camas médicas, quirúrgicas, pediátricas, edad de los pacientes, diagnósticos, etc.).

### Evaluación por factores

Es uno de los sistemas más utilizados para determinar las necesidades de cuidados de enfermería. Consiste en la identificación de una serie de indicadores de cuidados significativos, que a la vez se descomponen en otros indicadores relacionados con la dependencia del paciente. Se fija un tiempo estandarizado al establecer cada indicador de necesidad, cada uno de los cuales representa un nivel de dependencia distinto. Los elementos a identificar estarán en relación con las actividades para la vida diaria (AVD) del paciente (alimentación, eliminación, etc.) y los indicadores de dependencia se relacionarán con la mayor o menor autonomía del paciente para realizar estas actividades. En la [Tabla 1](#) se muestra como ejemplo un indicador de cuidados de alimentación.

El nivel de dependencia determina el grado en que el paciente no es autónomo para llevar a cabo su propio cuidado y requiere de los cuidados de la enfermera para cubrir sus necesidades. Se suele dividir en cuatro categorías o niveles: cuidados mínimos (nivel 1), cuidados medios (nivel 2), cuidados totales (nivel 3) y cuidados intensivos (nivel 4). Cada uno de estos niveles tiene estandarizado un número de horas diarias de cuidados.



Tabla 1. Indicador de cuidados de alimentación

Indicador de cuidados	Indicador de dependencia	Nivel de dependencia	Tiempo estándar
Alimentación	Enfermo que come solo	1	0 min
	Enfermo que precisa ayuda limitada	2	10 min
	Enfermo que precisa ayuda total	3	20 min
	Enfermo con sonda nasogástrica (SNG)	4	35 min



Uno de los principales problemas de este sistema es la fijación de los estándares de tiempo, debido a la dinámica de los cuidados enfermeros. Los estándares pueden establecerse cronometrando directamente cada actividad, por método de consenso llevando a cabo un estudio Delphi con un grupo representativo de profesionales expertos o basándose en los trabajos publicados por diferentes expertos, lo que permitiría compararlos con otros estudios. Pero lo más lógico sería individualizar cada sistema de clasificación de pacientes para el centro o unidad donde se va a utilizar, porque el más eficaz es el que está diseñado especialmente para el entorno clínico donde va a ser utilizado.

Entre los sistemas de evaluación por factores se pueden destacar:

### **Parrilla de Montesinos**

Este método se basa en el análisis y valoración del nivel de dependencia de los pacientes hospitalizados. Así habría:

- Nivel 1: el paciente es autónomo para cubrir sus necesidades básicas, requiriendo mínimos cuidados de enfermería.
- Nivel 2: el paciente tiene una dependencia parcial de los cuidados de enfermería para cubrir algunas de sus necesidades básicas. Serían enfermos crónicos con síntomas subagudos, que precisan ayuda para las AVD con tratamiento moderado y actividad disminuida.
- Nivel 3: el paciente presenta una gran dependencia de enfermería para cubrir sus necesidades básicas, además tiene un tratamiento amplio y precisa constante observación por parte de la enfermera, debido a sus necesidades emocionales o desconexión del medio.
- Nivel 4: pacientes que presentan una total dependencia de enfermería, observación continua, medicación constante y monitorización ininterrumpida de las constantes vitales. Serían pacientes de cuidados intensivos.

Estos trabajos de análisis han de ser periódicos, valorando a los pacientes cada mes para así poder calcular cuándo es necesario más o menos personal. Las necesidades a valorar, entre otras, son: alimentación, higiene corporal, locomoción, eliminación, órganos de los sentidos, relaciones sociales, tratamiento, etc., lo que permite categorizar la dependencia en relación con la complejidad del trabajo y la carga del mismo. Una clasificación de mayor rango numérico indica un mayor peso en el nivel de dependencia y por lo tanto mayor carga de trabajo.

### **Método PRN (Project Research in Nursing)**

Es un sistema de cálculo de cargas de enfermería en hospitales que cuantifica el volumen y tipo de cuidados enfermeros administrados y requeridos por los pacientes. La medida de las cargas de trabajo está directamente basada en los cuidados planificados para los pacientes, lo que permite la realización de estudios de las cargas de trabajo para prever futuras necesidades de recursos enfermeros, repartiendo las actividades entre enfermeras y técnicos auxiliares.

El PRN es un instrumento diseñado en la Universidad de Montreal por el *Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé* (EROS) en 1980, revisado en 1987 y utilizado en distintos países como Canadá, Francia, Bélgica, Suiza y España. El método contiene un listado exhaustivo y mutuamente excluyente de cuidados de enfermería posibles. A partir de 99 actos específicos estima el tiempo atribuido a cada actividad según el nivel de ayuda requerido, el número de veces que ha de ser realizada y el número de personas necesario para su realización. Discrimina entre cuidados básicos (alimentación, higiene, movilización, respiración, eliminación), cuidados técnicos (diagnóstico y tratamiento) y de comunicación (educación para la salud, información al paciente, etc.). La medición debe ser realizada habitualmente por personal de enfermería con experiencia en su uso [15, 16, 17].

### **PLAISIR (Planification Informatisée des Soins Infirmiers Requis)**

Este sistema fue creado para monitorizar la dependencia y los servicios y recursos requeridos por los pacientes ingresados en centros de media y larga estancia. Proporciona los datos necesarios para elaborar los presupuestos de los centros en función de la cantidad de pacientes ingresados y de los recursos de personal necesarios para proporcionar a los pacientes los cuidados que sus necesidades requieren. El sistema identifica ocho necesidades básicas del paciente: alimentación, higiene, eliminación, respiración, movilización, diagnósticos, procedimientos y comunicación, incluyendo tanto los cuidados directos como los indirectos. Se establece para cada paciente la frecuencia de estas actividades, y se atribuye a cada actividad un tiempo de realización estándar definido por consenso profesional [18] (Ver Tabla 2).

### **Sistema de grupos homogéneos**

En este sistema se establecen tres o cuatro categorías que señalan los niveles de dependencia de los pacientes en relación con los cuidados de enfermería que pre-



Tabla 2. Ejemplo de evaluación por factores

Indicador de cuidados	Indicador de dependencia	Nivel de dependencia	Tiempo estándar (min)
Recepción del enfermo	Ingreso programado	1	10
	Paciente cirugía menor/anestesia local	1	10
	Paciente cirugía mayor/anestesia raquídea	2	20
	Paciente cirugía mayor/anestesia general	3	30
Preparación prequirúrgica	Canalización de vía periférica, medicación preoperatoria, campo quirúrgico	3	30
Alimentación	Autónomo	1	5
	Precisa ayuda limitada	2	20
	Precisa ayuda total	3	35
Higiene corporal y cama	Hacer solo la cama	1	8
	Encamado, movilización parcial	2	20
	Encamado, inmovilizado	3	30
Movilidad	Autónomo	1	0
	Levantar del sillón	2	10
	Ayudar en la deambulaci3n/rehabilitaci3n	3	35
Eliminaci3n	Aut3nomo	1	0
	Precisa ayuda	2	8
	Incontinente o portador de sonda vesical	3	20
Medicaci3n	Oral	1	3
	SC, IM o endovenosa	2	10
	Sueroterapia	3	20
Curas	Cambio de ap3sito (p. ej.: cat3teres)	1	8
	Cura sencilla de herida quir3rgica	2	15
	Cura complicada (herida infectada, mu3n3n, UPP, etc.)	3	40

cisan. Para cada categoría se establece un modelo de paciente representativo, diferenciados en base a la clase y cantidad de cuidados requeridos. Posteriormente se establece la referencia con el resto de los pacientes de acuerdo con su similitud o diferencias, lo que permite determinar las desviaciones estándares en relación con el paciente tipo de la categoría.

Este sistema identifica una serie de indicadores de cuidados representativos por su significaci3n. As3, las necesidades de dependencia de cuidados del paciente se establecen en relaci3n con estos indicadores, con lo que se obtienen unas puntuaciones determinadas. Las puntuaciones parciales obtenidas se suman y dan como resultado un total que determina el grado de dependencia del

paciente. A mayor grado de dependencia del paciente, mayor ser3 el n3mero de horas de enfermer3a que necesita para sus cuidados. Una vez que se conoce el tiempo asignado y el n3mero de pacientes a cada categoría, se podr3 calcular el n3mero total de horas de enfermer3a que van a necesitar los pacientes.

### RUG (Resource Utilization Groups)

El sistema *Resource Utilization Groups* (RUG) [19,20] se basa en la evaluaci3n de las necesidades asistenciales, lo que permite la predici3n de la dotaci3n de recursos humanos en funci3n del tipo de pacientes ingresados. Dentro del sistema de clasificaci3n de pacientes existen varias versiones: RUG I, RUG II, RUG T-18 y RUG III, entre las que varía el n3mero de grupos en los que se clasifi-

can a los pacientes, que van desde 9 grupos en el RUG I a 44 grupos en el RUG III. El sistema es utilizado con bastante frecuencia en la atención sociosanitaria para pacientes de media o larga estancia y con cuidados continuados, donde una de las características fundamentales es el tiempo dedicado a los cuidados de enfermería.

Como ejemplo se señala el RUG T-18, que clasifica a los pacientes en base a dos criterios principales: la complejidad clínica y la autonomía del paciente para realizar las actividades de la vida diaria, de forma que cada grupo tendría un consumo de recursos diferente:

- Complejidad clínica: establece cinco categorías jerárquicas, lo que supone que cuando un paciente reúne al menos uno de los criterios para ser incluido en una categoría de rango superior, no es necesario buscar criterio de inclusión en el resto de las categorías. La jerarquía entre categorías se establece en el siguiente orden (de superior a inferior):
  - Rehabilitación: paciente que realiza rehabilitación durante más de 30 min/día. Se recogen el número y el tipo de terapias realizadas (fisioterapia, terapia ocupacional o logoterapia) (Ver Imagen 3).
  - Cuidados especiales: paciente que cumple alguno de los siguientes criterios: coma, úlceras por presión en estadio IV, alimentación parenteral, tetraplejía, esclerosis múltiple, aspiración, sonda nasogástrica (SNG) o un índice de actividades de la vida diaria (AVD) mayor de cinco.
  - Clínicamente complejos: pacientes con criterios de cuidados especiales, pero con un índice de AVD menor de cinco, y aquellos que cumplan, al menos, uno de los siguientes criterios: oxigenoterapia, transfusiones, úlceras o lesiones de quimioterapia, parálisis cerebral, infección urinaria, hemiplejía, deshidra-

tación, sangrado interno, terminales, úlcera vascular, visita médica.

- Alteraciones de la conducta: pacientes que presentan alguno de los siguientes criterios: agresión o insultos, conducta regresiva o alucinaciones.
  - Residencializados: la clasificación en este grupo se realiza por exclusión, incluyendo en él a los pacientes que no cumplen criterios de inclusión en ninguno de los grupos anteriores.
- Autonomía para poder realizar las actividades de la vida diaria: para valorar la autonomía del paciente se tienen en cuenta tres actividades básicas, que precisan determinados niveles de dependencia. Las actividades a evaluar son: alimentación (cuatro niveles), deambulación (tres niveles) y continencia (tres niveles). La suma de las puntuaciones otorgadas a cada una de las actividades básicas es independiente del nivel de autonomía del paciente para poder realizar las actividades de la vida diaria.

#### Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD)

Los GRD no están diseñados para calcular las cargas de trabajo de enfermería, al contrario, el sistema no refleja la cantidad y calidad de cuidados que requieren los pacientes de los distintos grupos diagnósticos. Su objetivo principal es determinar el consumo de recursos, por lo que se usa como instrumento de financiación hospitalaria. Sin embargo, podrían incluirse en los sistemas de clasificación de pacientes por grupos homogéneos, ya que agrupan los episodios de hospitalización por clasificación de patologías y consumo de recursos. La información necesaria para la clasificación del paciente en un GRD incluye la edad, el sexo, diagnóstico principal, otros diagnósticos presentes, procedimientos y circunstancias respecto al alta. Así, el rasgo diferencial homogeneizador es el diagnóstico al alta, debido a su significación clínica y a la facilidad para recoger esta información. A cada GRD se le asigna un coste teórico que sirve para determinar un coste prospectivo por proceso, tal como se explicará más detalladamente en el Capítulo 19.

Sus características se pueden resumir como sigue:

- Proporcionan una buena información para la casuística de los pacientes ingresados en un determinado servicio.
- Relacionan al paciente con el consumo de recursos por medio de la imputación de costes a cada GRD.
- Es poco válido para centros con pacientes de estancia media y larga.



Imagen 3. El paciente en rehabilitación necesita atención enfermera al menos durante 30 min al día



- Facilita el tratamiento informático, por lo que se obtienen indicadores que permiten la comparación entre servicios y hospitales.
- Por sí solos no proporcionan suficiente información para determinar las cargas de trabajo de enfermería. Diversos autores [21,22] han realizado estudios de cargas de trabajo en enfermería complementando el uso de los GRD con otros sistemas de medición de cargas.

Los sistemas de clasificación de pacientes están diseñados para un mejor empleo de los recursos humanos disponibles y para dar una respuesta adecuada a las necesidades de los pacientes. No obstante, en relación con su aplicación en el contexto sanitario español, diversos autores han señalado los problemas siguientes:

- La mayoría de los sistemas se han diseñado fuera de España, por lo que en muchas ocasiones no se adaptan a su sistema sanitario.
- Algunos de los sistemas PRN tienen una orientación industrial, mecanizando el trabajo a modo de cadena de producción, por lo que no siempre encajan con la esencia de la enfermería en relación con el cuidado integral del paciente.
- Están orientados a recoger las tareas y no reflejan de manera apropiada el rol de la enfermería en cuanto a educación, valoración de necesidades y planificación de los cuidados que requiere el paciente.

A pesar de los problemas señalados, los sistemas de clasificación de pacientes pueden resultar muy útiles en la determinación de las cargas de trabajo de enfermería.

## DOTACIÓN DE PERSONAL

El gran reto de la dirección y gestión de los recursos humanos radica en crear herramientas útiles mediante las cuales el personal pueda llegar a comprometerse con los objetivos estructurales e integrarse en el proyecto de la organización.

Hay recursos también importantes, como la tecnología o la estructura organizativa, que pueden ser imitables, pero lo que hace realmente que una organización sea diferente son las personas que trabajan en ella (Ver Imagen 4). En los resultados y eficiencia de la organización influyen la calidad, las habilidades, las competencias de los trabajadores, su entusiasmo y satisfacción con su trabajo.



Imagen 4. Los profesionales son el factor básico fundamental en toda organización

La gestión de personal se engloba en el concepto general de gestión de recursos humanos (RRHH) y tiene como características básicas el conocimiento, las destrezas y habilidades, así como la experiencia, la capacidad de adaptación y la capacidad de tomar decisiones que ofrecen las personas que trabajan en ella. Todas estas características pueden ser evaluadas desde el punto de vista individual, aunque esto no sería del todo suficiente, ya que las personas trabajan en grupo. Es difícil medir, controlar e interpretar las prácticas o actividades llevadas a cabo por el personal de un centro, sus procesos organizativos y sus costes e ingresos, porque tradicionalmente el sistema sanitario no ha exigido ningún procedimiento de evaluación y control en el que se aporten criterios asentados en creencias, valores, actitudes y en el desempeño de la práctica profesional [23]. La capacidad de una organización para hacer trabajar a su personal eficazmente depende de la relación de ésta y todos sus miembros, influyendo decididamente en el resultado de la cultura general de la organización.

Cada vez adquiere mayor relevancia la dotación de personal cualificado, lo que constituye un aspecto fundamental para el establecimiento, mantenimiento y crecimiento de la organización. Las políticas y prácticas de dirección de personal hacen referencia al conjunto de orientaciones y actuaciones que regulan las relaciones de los miembros con la propia organización. Estas prácticas se hacen aún más evidentes en referencia a los flujos de personal (ingreso, asignación a puestos, promoción, etc.), a la valoración de los puestos de trabajo y la evaluación de los rendimientos y constituyen el sistema y las condiciones de las relaciones laborales. Por ello, la dotación de la plantilla enfermera en una institución ha pasado a constituir uno de los ejes principales de la gestión de los centros sanitarios, lo que ha

determinado en los últimos tiempos que se desarrolle toda una política de personal. Esta política tiene que tener en cuenta la selección, orientación, desarrollo y distribución del personal de enfermería que presta los cuidados en las distintas unidades, por lo que en ella se deben reflejar:

- Identificación del tipo y número de cuidados que se van a proporcionar: a través del catálogo de productos enfermeros, entendiendo por catálogo el listado de actividades que recoge todos los cuidados directos e indirectos enfermeros.
- Cálculo del número de personas adecuado a cada categoría enfermera para asumir las necesidades asistenciales.
- Asignación de funciones orientadas a la prestación de cuidados enfermeros.
- Programación del personal enfermero por unidad y turno.
- Sistematización en la selección, contratación y orientación de personal enfermero.

Cuanto más exactamente estén definidos estos aspectos, mayores serán las probabilidades de contener costes y de proporcionar una asistencia de calidad.

El cálculo del número de personas adecuado para cada categoría enfermera en cada unidad de cuidados implica el conocimiento y la correcta aplicación de la legislación vigente, pero además la elección de un método para la asignación de la asistencia enfermera en las unidades de cuidados, siendo los métodos más utilizados los que siguen:

- Método funcional: consiste en asignar a cada uno de los trabajadores enfermeros de una unidad una o dos funciones asistenciales que deben realizar a todos los pacientes de la unidad. Su ventaja es la de convertirse en un verdadero experto en cada tarea, lo que se traduce en un aumento de la rapidez y eficacia y, por tanto, en menor número de personal necesario. Su gran desventaja es que la asistencia queda fragmentada, así como la responsabilidad que ello conlleva.
- Método de equipos: consiste en asignar los cuidados integrales de un número de clientes a varios profesionales enfermeros. Su dificultad radica en cómo llevar a cabo la coordinación de dicho equipo, teniendo en cuenta que se deben considerar dos orientaciones diferenciadas de equipos de trabajo: el equipo de enfermeras que atienden a un mismo paciente y el equipo multidisciplinar en el que se integran profesio-

nales de diferentes disciplinas para el cumplimiento de objetivos comunes.

- Método por clientes: consiste en la asignación de clientes a cada enfermera durante todo un turno de trabajo, con los que continúa todo el tiempo que estén ingresados. La distribución se hace por parte de la supervisora, atendiendo tanto a las necesidades del cliente como a las características del profesional. Este método favorece la prestación de cuidados integrales y facilita la relación entre éste, el cliente y su familia. Su dificultad está en el gran esfuerzo que supone la distribución de pacientes por parte de la supervisora y en la incertidumbre que crean al paciente y su familia los cambios de profesionales que, debido a los diferentes turnos, deben ocuparse de ellos.

La asignación de personas/familias de una comunidad para la atención enfermera en atención primaria de salud actualmente sigue este modelo, en el que se contemplan tanto la dispersión geográfica (en relación con los desplazamientos que deberá hacer la enfermera en visita domiciliaria), como el nivel de dependencia y complejidad de los cuidados que habrán de realizarse (consideración de la edad, nivel de instrucción y problemas de salud prevalentes). Teniendo en cuenta estas circunstancias, en España, en la actualidad, una enfermera de atención primaria puede tener asignadas entre 1.500 y 3.000 personas a su cargo.

- Enfermería primaria: se refiere a la asignación de total responsabilidad en el cuidado de un paciente a una enfermera que evalúa, planifica, lleva a cabo y valora los cuidados durante todo el tiempo que este paciente está ingresado y en sucesivas ocasiones, si los vuelve a necesitar por ingresos posteriores. El tiempo que dicha enfermera no está en la unidad, otra enfermera se encarga de asegurar la continuidad de los cuidados, lo que no exime la responsabilidad última a la enfermera primera.

Cualquiera de estas categorías exige de antemano el establecimiento de sistemas de clasificación de pacientes, la cuantificación de cargas de trabajo y la elección de un método de distribución de trabajo enfermero, sin el cual no es posible conocer cuáles son las necesidades reales para la prestación de cuidados.

Cada paciente necesita los cuidados directos que recibe, los indirectos, así como educación sanitaria. La suma de todas las actividades traducidas en duración proporcionan el tiempo enfermero necesario para llevar a cabo todas las actividades.



## Cálculo de plantillas

Para realizar el cálculo de la plantilla necesaria hay que tener en cuenta:

- La determinación de cargas de trabajo por medio de sistemas de clasificación de pacientes: habría que evitar la asignación de personal de enfermería por número de camas a ocupar. Se debería hacer el cálculo de plantilla teniendo en cuenta las necesidades de cada tipo de paciente y las cargas de trabajo que su cobertura lleva implícitas. Para realizar este cálculo resultan de enorme utilidad algunos sistemas. Se conocen los que se refieren a la distribución de pacientes, señalados anteriormente (parrilla de Montesinos, PRN, RUG, etc.). Como se dijo, estos sistemas agrupan a los pacientes por niveles de cuidados, a los que se ha asignado un tiempo estándar de horas de enfermería necesarias para cubrir las demandas del paciente; así se conseguirá la cantidad total de horas diarias de enfermería necesarias para cubrir las demandas detectadas. Multiplicando este número por los días que tiene un año, se obtiene el total de horas de enfermería/año. En relación con el cálculo de cargas de trabajo, existen estudios que demuestran que frecuentemente las cargas de trabajo en enfermería no varían en la misma proporción que la disminución de la presencia de enfermeras en las unidades (fines de semana, permisos retribuidos, vacaciones, etc.).
- Es necesario que toda planificación de plantillas de personal esté al amparo de la legislación laboral. Por ejemplo: en el caso de la Comunidad de Madrid, se establece que *“el personal estatutario de los Servicios de Salud de la Comunidad de Madrid debe realizar una jornada anual ponderada que va desde las 1.530 horas para el turno de trabajo sin rotaciones, a 1.470 horas anuales para el turno fijo de noche, estando la media ponderada en 1.499 horas para el personal que realiza 42 noches al año”* [24].
- Las horas totales de necesidades de enfermeras por año se dividen entre cada jornada a realizar por el profesional de enfermería, de lo que se obtiene el número de profesionales preciso para atender a las necesidades de los pacientes de la unidad o centro.

Así, si se quiere determinar el número de enfermeras y auxiliares necesarios para atender una unidad de hospitalización de treinta y seis pacientes, primero se calculará el nivel de dependencia de cada uno de los treinta y seis pacientes con la referencia de determinados indicadores de dependencia. Como muestra se hará el cálculo con seis pacientes (Ver Tabla 3).

De esta manera, habría nueve pacientes con nivel 1 de dependencia, trece pacientes con nivel 2 de dependencia y catorce pacientes con nivel de dependencia 3 (Ver Tabla 4).

Para el nivel de dependencia 1 el número de horas de enfermería diarias por paciente sería de dos, para el nivel 2 el número de horas sería de tres, para el nivel 3 sería de cuatro y para el nivel 4 el número de horas de enfermería diarias por paciente sería de ocho (Ver Tabla 5).

Para poder realizar un cálculo de plantilla real, el número de horas de enfermería que determina cada nivel debe adaptarse en concreto a cada centro, teniendo en cuenta las condiciones y organización del trabajo, la forma en que se realizan los procesos, la distribución de espacios, la estructura y entorno de la unidad.

Se concluye que el total de horas de enfermería para los treinta pacientes sería de 113. Esta cantidad se multiplica por los 365 días que tiene un año y da como resultado un total de 41.245 horas, que se dividen entre la jornada anual a realizar por cada trabajador, lo que da como resultado que para atender a los 36 pacientes se necesitarían 28 personas, que se dividen en 14 enfermeras y 14 auxiliares. El siguiente cuadro muestra explícitamente el cálculo realizado.

$$\begin{aligned} 113 \text{ h totales de enfermería} \times 365 \text{ días} &= \\ &= 41.245 \text{ h} / 1.499 \text{ h} = \\ &= 28 \text{ enfermeras (14 enfermeras/14 auxiliares)} \end{aligned}$$

La distribución por turnos podría ser como muestra la Tabla 6.

## Asignación de personal

Los sistemas de asignación de plantilla evolucionan como respuesta a las necesidades generales de cambio de los servicios sanitarios.

Se define una plantilla como *“la dotación numérica de trabajadores precisos en una empresa, distribuidos en diferentes unidades estructurales, de acuerdo a los puestos de trabajo que es necesario cubrir en cada una de ellas”* [25, 26].



Tabla 3. Cálculo de personal sanitario en base a la necesidad de cuidados de los pacientes

<b>Indicador de dependencia</b> (Nivel de dependencia)	<b>Pac. 1</b> Edad: 42	<b>Pac. 2</b> Edad: 50	<b>Pac. 3</b> Edad: 50	<b>Pac. 4</b> Edad: 72	<b>Pac. 5</b> Edad: 23	<b>Pac. 6</b> Edad: 83
<b>Recepción del paciente</b>						
Ingreso programado (1)	X		X	X	X	
Paciente cirugía menor/anestesia local (1)		X				X
Paciente cirugía mayor/anestesia raquídea (2)						
Paciente cirugía mayor/anestesia general (3)						
<b>Preparación prequirúrgica</b>						
Canalización de vía periférica, medicación preoperatoria, campo quirúrgico (3)	X		X	X	X	
<b>Alimentación</b>						
Autónomo (1)	X		X		X	
Precisa ayuda limitada (2)				X		
Precisa ayuda total (3)		X				X
<b>Higiene y cama</b>						
Hacer solo la cama (1)	X		X		X	
Encamado, movilización parcial (2)				X		
Encamado, inmovilizado (3)		X				X
<b>Movilidad</b>						
Autónomo (1)	X				X	
Levantar sillón (2)		X	X	X		X
Deambulaci3n/rehabilitaci3n (3)						
<b>Eliminaci3n</b>						
Aut3nomo (1)	X				X	
Precisa ayuda (2)		X	X			
Incontinente o portador de sonda vesical (3)				X		X
<b>Medicaci3n</b>						
Oral (1)					X	
SC, IM o endovenosa (2)	X		X	X		
Sueroterapia (3)		X				X
<b>Curas</b>						
Cambio de ap3sito (cat3teres, etc.) (1)	X		X	X	X	
Cura sencilla de herida quir3rgica (2)						
Cura complicada (herida infectada, mu3n3n, UPP, etc.) (3)		X				X
<b>Nivel de dependencia</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>3</b>



Tabla 4. Cantidad de pacientes en relaci3n a su nivel de dependencia

<b>Nivel de dependencia</b>	<b>N3mero de pacientes</b>	<b>Horas enfermera/dia</b>	<b>Total horas de enfermeria</b>
<b>1</b>	9	2	18
<b>2</b>	13	3	39
<b>3</b>	14	4	56
<b>Total</b>	<b>36</b>		<b>113</b>



**Tabla 5. Relación nivel de dependencia/horas de enfermería**

Nivel de dependencia	Núm. de horas de enfermería
Nivel 1	2 h
Nivel 2	3 h
Nivel 3	4 h
Nivel 4	8 h



**Tabla 6. Posible distribución del personal por turnos**

	Mañana	Tarde	Noche
Enfermeras	3	3	2
Auxiliares	3	3	2

Al abordar el cálculo de plantilla y, por tanto, los sistemas de asignación de personal en enfermería, deben considerarse algunos aspectos previos de interés:

- Factores propios de la institución sanitaria: diseño arquitectónico; tipo de centro, tamaño y capacidad; filosofía, objetivos y normas generales; criterios de ocupación y demanda asistencial. El gestor, además, debe conocer el número total de pacientes ingresados en el centro o unidad en cuestión, el número de ingresos al día, mes o año, la estancia media y el estado de salud de los pacientes (pacientes de traumatología, de cardiología, de neumología, etc.), ya que aporta una idea del tipo de cuidados que van a necesitar.
- Factores referidos a otros colectivos profesionales: interrelacionan con los profesionales enfermeros, con influencia directa en el incremento de las cargas de trabajo de enfermería, a expensas fundamentalmente de los denominados “tiempos indirectos”. La referencia a otros trabajadores sanitarios aparte de las enfermeras, como son médicos, trabajadores sociales, celadores, limpieza, etc., y la relación con ellos pueden aumentar las cargas de enfermería; por ejemplo: el pase de visita conjunto médico/enfermera o en la movilización de pacientes enfermera/auxiliar/celador.
- Factores propios del profesional enfermero: preparación y experiencia, coherencia, continuidad y cohesión del personal; control de la práctica profesional, expectativas profesionales, acceso a la formación continua-

da, conocimiento de aspectos organizativos (normas, procedimientos, estructura, etc.). Además, el gestor deberá considerar el número de procedimientos que se usan en la unidad y su frecuencia de aplicación (toma de constantes por turno, curas cada 12 h, etc.) y conocer también el tiempo medio de cada intervención enfermera.

La dotación adecuada de personal en los servicios de enfermería debe responder a la demanda de cuidados enfermeros calculada para la población diana. Previamente deben definirse con claridad:

- El modelo de cuidados y la filosofía de la dirección de enfermería.
- Población diana: características y número de pacientes a los que se van a dispensar cuidados.
- Intensidad y variabilidad de los cuidados que precisa cada paciente e intensidad de cuidados en toda la unidad.
- Movilidad de pacientes: admisiones, altas y traslados.
- Contexto de la unidad de cuidados: dispersión geográfica de los pacientes, tamaño y disposición de las habitaciones, tecnología (buscapersonas, ordenadores).
- Funcionamiento de las restantes divisiones, médica y de gestión.

Hasta bien entrada la década de los noventa, los sistemas más utilizados para la asignación de plantilla en las unidades enfermeras eran sistemas subjetivos, condicionados por distintos factores: presiones del propio personal, poder de los jefes de servicio médico, presupuesto disponible en el momento de abordar la dotación de personal o simplemente intereses estratégicos en potenciar determinado tipo de prestación sanitaria.

La difusión y aceptación del trabajo en equipos multidisciplinarios obliga, entre otras cosas, a la utilización de sistemas objetivos para la dotación de personal enfermero, respondiendo a criterios de racionalidad pero, sobre todo, de adecuación al puesto de trabajo y atención a la demanda de cuidados; lo que es lo mismo, se introduce y considera el concepto carga de trabajo como herramienta útil y necesaria para la adecuación de las plantillas enfermeras.

En el momento actual es necesario afirmar que no existe un único y válido sistema para la asignación de personal enfermero en las unidades asistenciales y, en la mayoría de las ocasiones, la asignación y adaptación de la plantilla responde a una combinación de varios factores [27,28]:



- Ratio personal de enfermería/núm. de camas: se trata de un indicador de baja calidad, que sólo permite comparaciones a groso modo entre organizaciones de similares características. Utiliza como principal fuente de información el censo diario de pacientes (índice de ocupación).
- Sistemas de clasificación de pacientes por prototipos (grupos homogéneos de pacientes): no son otra cosa sino sistemas descriptivos, en los que se clasifica al paciente en aquella categoría que describe con mayor exactitud los cuidados recibidos en función del nivel de dependencia.
- Sistemas de adaptación de plantilla: se basan en tiempos de atención enfermera (medida del tiempo que requiere la realización de determinadas actividades unitarias y el número de veces que cada paciente precisa que le sea realizada dicha actividad) y permiten calcular las necesidades de personal enfermero a partir de tiempos estándares de atención de enfermería/paciente/día. También resulta incompleto como sistema de adecuación de plantilla, puesto que sólo aporta información cuantitativa pero ninguna sobre formación o experiencia profesional.
- Cálculo de plantilla por necesidades de cuidados: es tal vez el sistema que refleja con mayor precisión el trabajo enfermero desde todas sus vertientes. Parte de los sistemas de clasificación de pacientes, entendidos como métodos de agrupación de pacientes de acuerdo al grado de dependencia que presentan respecto a los cuidados enfermeros, permiten evaluar las cargas de trabajo y ajustar la necesidad de personal enfermero en función de las variaciones producidas en las mismas. En definitiva, permiten adecuar la oferta y la demanda de cuidados en cada unidad enfermera.
- Grupos relacionados por el diagnóstico (GRD): es preciso hacer una mención respecto a éstos, ya que, siendo básicamente un sistema de clasificación de pacientes con base en el diagnóstico médico principal asignado en el momento del alta, constituyen en la actualidad la clave del sistema de financiación sanitaria y, por tanto, repercuten de manera indirecta en la asignación de recursos humanos.



## RESUMEN

- Los recursos humanos de una organización son el conjunto de personas que, con sus características físicas, afectivas y de formación integran la plantilla de una institución o unidad asistencial orientada a la oferta de un servicio de salud.
- Las cargas de trabajo son el conjunto de actividades o intervenciones que se llevan a cabo como respuesta a las necesidades y demandas de cuidados de las personas y de la comunidad en la que viven y trabajan.
- Se diferencian tres tipos de cargas de trabajo:
  - La carga física: relacionada con la capacidad y los ritmos de trabajo de cada persona para realizar una tarea concreta.
  - La carga mental: hace referencia a las exigencias de los procesos intelectuales derivados de la práctica enfermera.
  - La carga afectiva: en la que interviene la vulnerabilidad derivada del contacto con el dolor y el sufrimiento de los pacientes y con la capacidad emocional del profesional para afrontar la práctica.
- Se pueden clasificar las cargas de trabajo en:
  - Asistencia directa: se realiza con el contacto personal.
  - Asistencia indirecta: contempla actividades de apoyo y complemento en el registro y la valoración de las situaciones de los pacientes.
  - Educación sanitaria: es la actividad de promoción para el desarrollo del cuidado y modos de vida saludables.
- Los sistemas de clasificación de pacientes (SCP) han de poder cumplir unos requisitos que garanticen la utilidad de los mismos, como son: medidas de validez, fiabilidad, adecuación y enfoque enfermero. Son indicadores del SCP:
  - La distribución del número de enfermeras por cama ocupada.
  - El juicio o criterio profesional que determina un puesto de trabajo.
  - El método de regresión o estudio de las características que han definido un puesto de trabajo. Dentro de este tipo se encuentran entre otros:
    - La evaluación por factores o cualidades que determinan las necesidades de cuidados.
    - Parrilla de Montesinos: establece niveles de dependencia de cuidados.
    - El método PRN: discrimina entre cuidados básicos y cuidados técnicos.
    - PLAISIR: establece criterios relativos a los presupuestos económicos.
- El cálculo de las plantillas ha de ser medido en términos de calidad de los cuidados que prestan las enfermeras, considerando en ello la formación adecuada al puesto de trabajo, la motivación del profesional por el servicio que presta y los sistemas de incentivación como resultado de la evaluación de competencias. Todo ello ha de ser un elemento clave para la adecuación de la calidad.



## BIBLIOGRAFÍA

- [1] Errasti F. Principios de gestión sanitaria. Madrid: Díaz de Santos; 1996.
- [2] Mompert García MP. Administración de los servicios de enfermería 2ª ed. Barcelona: Masson; 2004.
- [3] Gillies DA. Gestión de enfermería: una aproximación a los sistemas. Barcelona: Masson-Salvat; 1994.
- [4] Faura i Vendrell T. Síndrome burn out. Enfermería, grupo de alto riesgo. Rev ROL Enferm 1998; (116):53-56.
- [5] Aiken LH, Clarke SP, Seoane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA 2002; 288:1987-1993.
- [6] American Nurses Association Network Inc. Nurse staffing and patient outcomes in the inpatient hospital setting. Washington DC: American Nurses Publishing 2000. En: Subirana Casacuberta M, Solá Arnau I. Revisión sistemática de los instrumentos que miden la actividad de enfermería y su repercusión en los sistemas de salud. Metas Enferm 2006; 9(6):22-27.



## BIBLIOGRAFÍA (continuación)

- [7] Unión General de Trabajadores (UGT). Cargas de Trabajo. [En línea] [fecha de acceso: 20 de julio de 2008]. URL disponible en: [http://www.ugt.es/slaboral/observatorio/carga\\_de\\_trabajobp.htm](http://www.ugt.es/slaboral/observatorio/carga_de_trabajobp.htm)
- [8] Calvo Sánchez MD. Enfermería del trabajo. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2008.
- [9] Rabassa Asenjo B (coord.). Libro Blanco. La aportación de la enfermería a la salud de los españoles. Madrid: Consejo General de Enfermería; 1998.
- [10] Camaño-Puig R, Forero Rincón O. Plantillas de enfermería (I). Revisión bibliográfica. Rev ROL Enferm 2000; 23(10):727-731.
- [11] Maslach C, Jackson SE. Maslach Burn out inventory. En: Seisdedos N (ed.). Manual del inventario burnout de Maslach. Síndrome del "quemado" por estrés laboral asistencial. Madrid: TEA; 1997. p. 5-28.
- [12] Nabau Pedrós M, Rodríguez Fernández E, Palau López T, Peralta Sales A, Montseny Gaig N et al. Estudio estadístico descriptivo y comparativo de las cargas de trabajo de enfermería en una unidad hospitalaria. [En línea] [fecha de acceso: 19 de julio de 2008]. URL disponible en: <http://www.sedene.com/pdf/>
- [13] Subirana Casacuberta M, Solà Arnau I. Revisión sistemática de los instrumentos que miden la actividad de enfermería y su repercusión sobre los resultados en salud. Metas de Enferm 2006; 9(6):22-27.
- [14] Camaño-Puig R, Forero Rincón O. Plantillas de enfermería (II). Procesos de medición y dinámicas de actuación. Rev ROL Enferm 2000; 23(11):761-764.
- [15] Oterino de la Fuente D, Peiró Moreno S, Marchan Rodríguez C, Ridao López M. Cuidados de enfermería en hospitalización a domicilio y hospitalización convencional. Rev Esp Salud Pública 1998; 72:517-527.
- [16] Ferrús L, Honrado G, Pescador MT. Intensidad de cuidados durante las estancias hospitalarias inapropiadas. Project research in nursing and appropriateness evaluation protocol. Gac Sanitaria 2000; 14(3):210-217.
- [17] Subirana Casacuberta M, Solà Arnau I. Instrumentos basados en medidas directas I: Project Research in Nursing (PRN). Metas Enferm 2006; 9(7):50-54.
- [18] Tilquin Ch, Roussel B, Leonard G, Chevalier S. PLAISIR: un sistema de evaluación continua. Rev ROL Enferm 1998; 119-120:36-38.
- [19] García-Altés A, Martínez F, Carrillo E, Peiró S. Sistemas de clasificación de pacientes en centros de media y larga estancia: evolución y perspectivas de futuro. Gac Sanitaria 2000; 14(1):48-57.
- [20] Marín PP, Hoyl T, Gac H et al. Evaluación de 1.497 adultos mayores institucionalizados usando el sistema de clasificación de pacientes RUG T-18. Rev med Chile 2004; 132(6):701-706.
- [21] Riu Camps M, Villares García MJ, Castells Oliveres X, Gili Ripoll P. Producto enfermero. Medida del tiempo por procesos. Rev ROL Enferm 1996; (220):23-27.
- [22] Ferrús Estopá L, Tilquin CH, Gil E, Honrado G. La medida del producto hospitalario: el PRN como herramienta complementaria de los GRD. Enferm Clin; 9(5):213-216.
- [23] Expósito J. Control y evaluación de los profesionales. En: Lázaro de Mercado P, Marín León I. Motivación saludable: los recursos humanos en el sector salud. Santander: UIMP; 1998.
- [24] Acuerdo de 18 de septiembre de 2003 del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba expresa y formalmente el Acuerdo de 16 de septiembre de 2003 de la Mesa General de Negociación sobre jornada de trabajo y derechos sindicales del personal que presta sus servicios en instituciones sanitarias transferidas a la Comunidad de Madrid, dependientes del Instituto Madrileño de Salud (BOCM, núm. 234, de 1 de octubre de 2003).
- [25] Marriner-Tomey A. Guide to nursing management and leadership. 8<sup>th</sup> ed. Chicago: Mosby; 2008.
- [26] Pereda Marín S, Berrocal Berrocal F. Gestión de recursos humanos por competencias. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces; 1999.
- [27] Morales Asencio JM, Del Río Urenda S, Terol Fernández FJ, Gonzalo Jiménez E, Martín Santos FJ, Morilla Herrera JC. Ratios enfermera-paciente: revisión sistemática de los efectos del número de enfermeras sobre los pacientes, su contexto laboral y los resultados de los hospitales. [En línea] [fecha de acceso: 16 de julio de 2008]. URL disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n4/97articulo.php>
- [28] Consejo Internacional de Enfermería. Coeficientes de paciente por enfermera. [En línea] [fecha de acceso: 22 de julio de 2008]. URL disponible en: [http://www.icn.ch/matters\\_rnpratiosp.htm](http://www.icn.ch/matters_rnpratiosp.htm)

# 6

## Recursos materiales: cálculo de costes

María Paz Mompart García  
Marta Durán Escribano

- Analizar el concepto de recursos materiales y describir sus diferentes tipos.
- Identificar los requisitos necesarios de los recursos.
- Estudiar los elementos de coste y presupuestos de una institución sanitaria.
- Analizar los aspectos que influyen en la gestión de recursos de una unidad de cuidados enfermeros.
- Reflexionar sobre el papel de la enfermera y del gestor de enfermería en aspectos económicos y materiales.



## INTRODUCCIÓN

---

Los recursos materiales, junto con los de personal, son los elementos más importantes de la gestión sanitaria y forman con éstos un conjunto activo para la producción de acciones tendentes a la atención de salud en sus aspectos preventivos, promotores, de curación de la enfermedad y su recuperación. En muchas ocasiones se identifica, quizá erróneamente, una mayor calidad de la atención con una mayor disponibilidad de recursos materiales, en mayor número, de mayor costo o de extraordinaria complejidad. Aunque ello no sea cierto en su totalidad, hay que admitir que una atención sanitaria correcta es aquella que dispone de medios suficientes y adecuados a la situación que se debe atender y solucionar y con un coste dentro de unos límites aceptables, tanto para la institución como para el usuario.

Por ello, en este capítulo se aborda el tema de los recursos materiales empleados en las actividades sanitarias de todo tipo, desde un enfoque práctico y extenso de su concepto y clasificación, para pasar posteriormente a la cuestión de los costes sanitarios, tan ligados a este tema, que forman parte del sistema financiero y se van a considerar en su aspecto de recurso material en sentido amplio. También se hará una breve reflexión sobre el papel que le cumple desempeñar a la enfermera en estos asuntos.

No hay duda de que el personal de enfermería juega un importante papel en la utilización de material sanitario, ya que la mayoría de éste es empleado directa o indirectamente por la enfermera, ya sea sola, en colaboración con otros, como el médico, o por su delegación en el personal auxiliar. Por tanto, se entiende que este capítulo puede orientar a las enfermeras hacia aspectos tales como los del conocimiento de las características de los recursos materiales, así como los problemas administrativos de su manejo y financiación, en los que ella tiene también influencia y, por supuesto, ve matizado su trabajo por ellos.

---

## RECURSOS MATERIALES. CONCEPTO Y TIPOS

El concepto de gestión de recursos tiene que ver, en principio, con la idea de utilización de un medio adecuado para obtener aquello que se pretende. En esta idea, los recursos materiales son aquellos medios con entidad física (es decir, tangibles y visibles), con una forma conocida y un coste determinado empleados en la empresa sanitaria para obtener o alcanzar los fines que se buscan.

Algunos de ellos son medios imprescindibles para una determinada atención (p. ej.: una prótesis de cadera para solucionar un problema de fractura). Otros, por el contrario, son meramente coadyuvantes para la prestación sanitaria, pero su influencia es determinante y facilitan una atención de calidad acorde a la situación del paciente o usuario. Así, un formato de registro enfermero más o menos adecuado (forma, tipo de material -papel, informático- manejo y almacenamiento, etc.). En algunos casos, se hacen distinciones entre los recursos materiales en función de su relación inmediata y directa en el cuidado o atención a situaciones presentes (p. ej.: mobiliario, medicamentos, aparatos,

etc.) o de su manejo indirecto, haciendo referencia a cuestiones económicas, fondos monetarios, presupuestos, normas de adquisición y empleo, que son igualmente imprescindibles para el adecuado funcionamiento de un centro sanitario. Otro aspecto de este tipo de recursos lo constituyen los locales donde se desarrolla la actividad, que son un importante activo de la organización o empresa sanitaria y que dan soporte a la estructura física de la misma (Ver Imagen 1).



**Imagen 1.** Las instalaciones forman parte de los recursos materiales de una organización

Así pues, se puede hacer una primera división de los recursos materiales, en su más amplio sentido, en tres grupos:

- Los medios materiales o instrumentales para llevar a cabo las acciones.
- Los medios financieros y económicos.
- Los locales e instalaciones donde se desarrolla la actividad.

## Los medios materiales o instrumentales

Para su descripción se va a proceder a su división, ya que pueden clasificarse según su empleo, la unidad de gasto a la que se adjudique y según su coste y duración:

### Según su utilización

De acuerdo con el empleo que se haga del material se establece una primera clasificación práctica, al considerar los materiales como:

- Aparatos o utillaje: entran en este apartado todo el complejo entramado de aparatos de la más diversa índole, destinados tanto al diagnóstico (p. ej.: radiología) como al tratamiento (acelerador lineal). También los de apoyo a la gestión o al cuidado (p. ej.: sistemas informáticos).
- Clínicos o de reposición: generalmente, se engloban en este grupo aquellos materiales que son de renovación constante y de empleo directo en los usuarios o pacientes. Pueden ser de tratamiento como material de curas (Ver Imagen 2), de diagnóstico (p. ej.: reactivos, placas radiográficas). Se incluye también en este grupo el material que se podría denominar de apoyo, ya sea a la gestión (papelería, informática) como a la hostelería (alimentación, limpieza, etc.).



Imagen 2. Bandeja con instrumental

- Mobiliario: propiamente clínico, como de oficina o diverso (salas de espera, de reunión, etc.). También se podría agrupar aquí el conjunto de medios que se emplean en la actividad docente de la organización: proyectores, pantallas, etc.

### Según la unidad de gasto a la que se adjudique

De una forma más técnica, las empresas sanitarias habitualmente agrupan el material de acuerdo con los epígrafes del presupuesto, que se corresponden por lo general con la unidad de atención o gestión que los va a utilizar. De esta manera se pueden clasificar en los siguientes grupos [1]:

- Material para consumo y reposición:
  - Sanitario: entra en este apartado el conjunto de materiales que se utilizan en los diferentes servicios o programas para la atención directa al usuario, tales como prótesis fijas o permanentes. Este grupo es uno de los más importantes para el funcionamiento del centro, tanto por su impacto económico como por su trascendencia asistencial.
  - No sanitario: se incluye aquí aquel material que no se destina directamente a la atención de salud, pero que resulta necesario dada la estancia permanente del cliente o usuario en el centro (p. ej.: vajilla para la alimentación).
- Alimentación: tanto en aquellos casos que el centro hospitalario mantenga su propia cocina dietética como si el servicio está contratado a una empresa externa, éste es un apartado de importancia tanto por su coste como por la influencia que tiene en la calidad de la asistencia o prestación del servicio, en función del bienestar general del paciente.
- Lencería y vestuario: se incluyen en este apartado el material de uso con el paciente o cliente (sábanas, paños, etc.) o aquel que sea preciso para la correcta uniformidad del personal, en situación habitual o general (batas, uniformes) como en servicios o unidades especiales (ropa de quirófano, unidades de aislamiento, etc.).
- Instrumental y pequeños aparatos: es un grupo que engloba todo el material que por su coste es menor, aunque su uso dura algún tiempo: tensiómetros, fonendoscopios, pinzas, etc.
- Material de oficina: se puede considerar dentro de éste los impresos varios que se utilizan, así como los elementos necesarios para su manejo y archivo; igualmente, los productos precisos para el mantenimiento y uso de los sistemas informáticos. También entran en este apartado los libros, boletines, prensa,



necesarios para el desempeño de la función de administración en general.

- Productos de farmacia: entran en el apartado todos los medicamentos que se emplean en el diagnóstico y tratamiento (preparados, reactivos, etc.) así como otros medios materiales: vendas, apósitos para situaciones especiales, etc.
- Suministros de continuidad: se refieren a aquellos medios necesarios para asegurar de forma general el funcionamiento cotidiano de la actividad del centro, tales como agua, electricidad, gas, así como el material preciso para su utilización, distribución y mantenimiento. También se incluyen en este grupo los medios de transporte que se emplean en la institución, así como el combustible y otros aditamentos o material preciso para esta actividad de apoyo.
- Otros: existe un último grupo que recoge aquellos materiales que no tienen cabida en los apartados anteriores, como el de limpieza, de aseo personal de los pacientes ingresados y otros de este tipo residual.

### Según la duración y precio

De acuerdo a estos criterios, en esta clasificación los recursos materiales se dividen en inventariables y fungibles.

#### **Material inventariable**

Aquel que tiene un coste superior a un mínimo establecido, demuestra una duración prolongada en el tiempo y es de fácil y concreta descripción (Ver Imagen 3). En cuanto al coste, generalmente es elevado (aparatos tales como autoanalizadores, electrocardiógrafos, radiología, etc.) y su baremo está fijado por la normativa de cada institución o empresa, lo cual supone que, por encima de un coste X previamente determinado, todo material se supone inventariable. No entran en este apartado o categoría el pequeño material, aunque su adquisición se haga en bloque con coste superior al mínimo establecido, ya que se considera siempre su precio por unidad.

Si se tiene en cuenta el aspecto de la duración en el tiempo se considera que debe ser prolongada, marcándose como estándar los cinco años, periodo que se denomina de amortización, pasado el cual se estima amortizado el gasto de compra y, por tanto, recuperado su valor inicial de compra por su uso durante esos años, por lo que a partir de ese momento se podría dar de baja el material sin perjuicio económico. Ello da idea de la importancia del uso adecuado y rentable, exhaustivo en algunos casos, de este tipo de material que además



Imagen 3. El material inventariable es generalmente de coste elevado y de larga duración

pierde no sólo valor económico sino adecuación tecnológica muy rápidamente.

Además, el material de este apartado debe ser de fácil descripción y adjudicación a unidades o servicios concretos y determinados, lo que facilita su inclusión en el inventario del centro, circunstancia que precisamente le da nombre.

Este tipo de material se adquiere por la institución a instancias de los interesados en su uso, es decir, los departamentos o servicios que lo precisan para la atención al usuario, que anualmente deben realizar la estimación del material preciso en lo que se suele denominar plan de necesidades. Este plan es valorado por el nivel organizativo adecuado en cada institución, ya sea la Gerencia, la Junta Técnico-Asistencial, etc., a efectos de determinar la pertinencia de la adquisición, de acuerdo a criterios de orden de prioridades del centro, la valoración económica del bien a adquirir y la disponibilidad económica de crédito.

#### **Material fungible**

Es el que tiene un periodo corto de uso, es decir, agota su utilización en una sola vez o en muy pocas ocasiones. Es un material cuyo precio unitario es generalmen-

te bajo y su empleo está muy extendido en los centros sanitarios. Alude al material estéril de un solo uso, las vendas y otro material de cura, material de papelería, etc.; en general todos los materiales que se encuadran en otra clasificación como material de reposición y uso corriente.

Dada su fugacidad en el tiempo, este material no figura en el inventario del centro y cada institución tiene establecido un mecanismo apropiado para la determinación de las necesidades del mismo. Generalmente, en las organizaciones de mayor tamaño y complejidad burocrática funciona una comisión específica a estos efectos, que determina la cantidad, la calidad y el precio asumibles por la empresa de acuerdo a las actividades a realizar en cada periodo y a las necesidades detectadas, según la información recibida de los diversos servicios y lo establecido en los programas, contrato de gestión u otros. De esta comisión suelen formar parte las tres divisiones funcionales del centro u organización sanitaria, es decir, la división médica, la enfermera y la de gestión.

### Condiciones de los recursos materiales

Como se ha visto, los recursos materiales permiten en la práctica diaria de la organización el adecuado funcionamiento de ésta. Por ello, es imprescindible que cumplan una serie de requisitos que los haga más eficaces en la función que deben realizar o apoyar en su caso. Estos requisitos son: la validez, la fiabilidad y duración, la facilidad de uso y el precio (Ver Imagen 4).

#### Validez

Este requisito se refiere a que el material sirva realmente para lo que se precisa, es decir, que esté destinado a su empleo concreto en aspectos de la atención bien

conocidos, siendo el resultado de su utilización también conocido con anterioridad. Ello significa que el material ha de ser contrastado y evaluado previamente con criterios científicos de racionalidad y aplicación práctica. Generalmente, esta evaluación la realiza la empresa distribuidora, la cual responde de este criterio, pero se debe estar atento a que esta entidad asegure realmente esta circunstancia. En los materiales o aparatos que suponen una novedad, a veces la comprobación se hace con el propio uso, pero en este caso debe realizarse un seguimiento mucho más estrecho por parte de la comisión de compras o de los servicios o unidades que emplean ese determinado material.

#### Fiabilidad y duración

Íntimamente relacionado con el anterior, este criterio de utilización de material debe asegurar que, ciertamente, el aparato o medio en cuestión no sólo sirva adecuadamente para aquello que se pretende, sino que lo hace en condiciones de seguridad; por ejemplo, que su uso no comporte riesgos para el usuario o el trabajador o no conlleve costes adicionales que no se habían previsto. Igualmente, y relacionado con la fiabilidad, es condición de cualquier material, lo que dependerá de su composición y diseño, que tenga una duración que se haya estimado como idónea, que asegure su utilización durante el tiempo previsto, el periodo de amortización en el caso de material inventariable.

#### Facilidad de uso

Cualquier aparato o material de todo tipo que se emplee en la atención sanitaria o en las actividades de apoyo debe presentar una condición de uso lo más fácil posible, respondiendo a criterios de ergonomía y adaptación a las personas que lo vayan a utilizar. De esta manera, se asegura que el material no provoque problemas de uso y que, además, permita su empleo de forma segura y lo más rápido que sea posible. En algunos aparatos o instrumentales empleados en la empresa sanitaria esto puede parecer difícil, pero cada vez más el diseño industrial tiende a hacer las máquinas más funcionales, lo que, en definitiva, redundará en mejores cotas de producción y rentabilidad.

#### Precio adecuado

Las empresas no tienden, en general y por principio, a comprar lo más barato posible, sino más bien a adquirir los bienes necesarios y adecuados a su actividad. Esto no es ajeno a los servicios de salud, obligados a la adquisición de material en las mejores condiciones económicas o, lo que es lo mismo, a las más adecuadas a su presupuesto y actividades. En consecuencia, debe



Imagen 4. El material sanitario debe caracterizarse por su validez, fiabilidad y duración, su fácil manejo y precio adecuado





admitirse como requisito o condición, no fundamental pero sí importante, del recurso material requerido que se consiga a un precio razonable, incluso al más barato posible, siempre que cumpla las demás condiciones de validez, fiabilidad y duración y facilidad de uso. En el precio debe tenerse en cuenta no sólo el coste de adquisición o producción, sino también los referidos a su conservación, almacenamiento o distribución. Por ejemplo, si un material estéril de administración de líquidos por vía intravenosa cumple todos los requisitos pero es de difícil almacenamiento, porque la bolsa que lo contiene se rompe fácilmente, será descartable por el precio adicional que suponen estas roturas no previstas.

### Almacenamiento y distribución

La gran complejidad de la empresa sanitaria, de cualquier tamaño y volumen de atención que se trate, da lugar a que en la práctica los medios materiales empleados tengan una enorme dispersión de acuerdo a sus características y se manejen un gran número de ellos (p. ej.: alrededor de 10.000 a 12.000 en un hospital de grandes dimensiones). Ello obliga a que las instituciones mantengan un sofisticado sistema de gestión de estos recursos, que comprenda el mantenimiento actualizado de un catálogo de productos y enuncie todos los que se emplean en el centro, así como sus principales características de uso.

Igualmente, se ha de prestar atención a los sistemas de adquisición, control y almacenamiento y distribución, que dependen del tipo de material o recurso de que se trate. Ya se han comentado algunas de las particularidades respecto a la determinación de las necesidades de medios inventariables y fungibles. La adquisición de estos medios depende siempre de la división de gestión, a través de la unidad funcional correspondiente.

El almacenamiento se hace generalmente en tres grandes grupos:

- Unidad de dietética o cocina del hospital: los alimentos y productos relacionados se almacenan directamente allí.
- Almacén de farmacia: el material sanitario de reposición, medicamentos y otros.
- Almacén general: el resto de materiales

El material inventariable, por lo general, pasa directamente a la unidad o servicio que haya demandado su adquisición y así queda reflejado en el inventario, que se revisa automáticamente mediante programas informáticos adecuados y de forma periódica, habitualmente cada año.

Desde los almacenes generales se cumplen las funciones de mantenimiento de la información relacionada con los recursos, es decir: precio, proveedores, gestión del almacén y sus existencias, determinación y control del *stock* y distribución según pedido o determinación previa de necesidades [2]. El concepto de *stock* se refiere a la determinación de un nivel o cantidad de existencias necesarias para el suministro habitual de un producto concreto, por debajo del cual debe reponerse de forma automática, lo que proporciona seguridad y confianza de que siempre se dispondrá de tal producto o medio material en cantidades suficientes. El *stock* precisa de un programa concreto de control del mismo, que incluye entre otras actividades:

- La determinación de las cantidades y tipos de productos.
- El estudio de su rotación, es decir, el tipo de movilidad y tiempo de reposición total.
- El análisis de caducidades, lotes y series de los productos.
- Los excesos e insuficiencias.
- La calidad del *stock*.

Por su gran complejidad, este tipo de actividades se realiza mediante programas informáticos, que incluyen habitualmente la utilización de códigos de barras de cada producto. Es habitual que cada una de las unidades de cuidados enfermeros del hospital o cada centro de salud mantenga su propio almacén, en correspondencia con las particularidades de su actividad, para atender las necesidades inmediatas y programadas derivadas de la atención directa al usuario, funcionando también con la idea de *stock*, lo que obliga a establecer en cada unidad igualmente las medidas de utilización y de rotación de cada producto así como los niveles adecuados de existencias de cada uno de ellos. Por el impacto económico de este material, el control es responsabilidad directa del responsable de enfermería de la unidad o centro, que debe mantener al día los sistemas de cada producto.

## LOS COSTES SANITARIOS. CONCEPTO

Las empresas sanitarias, para producir un servicio o actividad que mejore y transforme la situación de salud del usuario, emplean una serie de activos o factores de producción (ya sean materiales, horas de trabajo, capacitación del personal, etc.) que generalmente tienen una valoración económica denominada coste.

Se define, pues, el término coste como *“el consumo de bienes o servicios, valorado en dinero, para conseguir un determinado objetivo o producto, representando así las alternativas que se tienen que sacrificar (gastar) para conseguir aquello que se pretende”* [3]. También se puede definir como *“el gasto o sacrificio de un activo (normalmente, aunque no necesariamente, valorable en términos monetarios) en el que se incurre como consecuencia de la producción de un bien o de un servicio”* [4]. O bien como *“el consumo, valorado en dinero, de los bienes y servicios necesarios para la obtención de productos que constituyen el objetivo del centro asistencial”* [5].

De manera más concreta, el coste asistencial sanitario es definido por Rodríguez y Sanz [1] como *“el conjunto de cargas o elementos que el hospital pone a disposición del personal, bien directa o indirectamente, durante el proceso por el que es asistido un enfermo”*. Aunque en la definición se cita expresamente al centro hospitalario, este concepto se aplica igualmente a los servicios de atención primaria. Un aspecto importante de esta definición es que centra el tema de los costes en aquellos que utilizan los recursos, es decir, en el personal, lo que lleva a la consideración de la responsabilidad de éstos no sólo en el manejo sino en el control y la adecuación de los costes.

La determinación y el estudio de los costes tiene diversas técnicas; es relativamente fácil en una empresa de producción de bienes tangibles, como puede ser cualquier fábrica, y más complicado en una empresa de servicios, como sería, por ejemplo, una de venta al público, en la que intervienen otros factores menos cuantificables de forma concreta, como el trato personal o la satisfacción del cliente. La organización o empresa sanitaria presenta en este aspecto del coste y su estudio una dificultad incrementada, ya que, en ocasiones, su propio producto es difícilmente valorable en términos económicos. ¿Quién puede poner un valor en dinero a la salud, a la enfermedad, a las pérdidas o beneficios que suponen éstas para cada una de las personas a las que se atiende, o la satisfacción con el servicio y su prestación por parte de clientes y trabajadores?

## Coste, precio y gasto

Otra cuestión que es preciso considerar es que a menudo se pueden confundir los conceptos de coste, precio y gasto. Ya se ha definido el término coste como el empleo de un determinado activo para conseguir los objetivos.

El precio es un concepto relacionado con el de coste, pero se reviste de una idea de valor para aquel que obtiene el producto, idea que se ha de destacar sobre todo en el caso de los servicios de salud de financiación pública, que se mueven en un general desconocimiento de los usuarios sobre el coste real de los servicios que reciben, lo cual hace que sean muy poco valorados en términos económicos por los ciudadanos. Cosa contraria ocurre con los servicios no financiados por el sistema público, por ejemplo, la odontología, que presenta unos precios comparativamente altos en relación a sus costes reales, y son aceptados por los usuarios de forma general. El concepto de precio está relacionado con el de ganancia si el precio es superior al valor del coste, lo que habitualmente se produce en la empresa sanitaria privada.

Finalmente, desde el punto de vista administrativo y de gestión, el pago es una circunstancia que se produce y se registra cuando se satisface el precio del servicio prestado o del bien adquirido, es decir, se puede dar algún tiempo después de producirse el servicio, lo que tiene su importancia desde el punto de vista contable.

## Tipos de costes

De acuerdo a las definiciones citadas con anterioridad, se denomina *inputs* (entradas) a los activos o materias primas empleadas para producir el servicio, siendo algunos de ellos consumidos o destruidos durante el proceso de producción (p. ej.: los medicamentos y los alimentos), otros transformados (p. ej.: las placas de radiología) o desgastados (el tiempo del personal, las instalaciones físicas, etc.). De acuerdo a su manejo y asignación, así como a la estabilidad de estas materias primas o *inputs*, los costes originados se pueden clasificar de la siguiente forma [1, 4, 6, 7]:

### Según su posibilidad de valoración económica

#### Tangibles

Se refieren a aquellos que tienen una valoración económica bien delimitada y conocida mediante los sistemas de información habituales del mercado. Se dividen a su vez en:

- Directos: aquellos que se pueden atribuir sin dudas a una actividad, servicio o producto concreto y se utilizan dentro del sistema o proceso sanitario (p. ej.: una medicación empleada en un tratamiento concreto).



- Indirectos: los costes que no pueden atribuirse a un solo proceso o actividad, sino que precisan distribuirse entre todas las unidades y servicios (p. ej.: gastos tales como la electricidad, la estructura informática, etc.)

### Intangibles

Son los que no pueden cuantificarse de forma concreta al no disponerse de información estable acerca de ellos; por ejemplo, algunos tiempos de comunicación o de reflexión acerca de una determinada decisión a adoptar. Los cuidados enfermeros tienen a veces un gran componente de este tipo de costes, lo cual ha hecho que en los últimos tiempos se trabaje con sistemas de cálculo específicos para ellos, en el intento de conseguir cuantificar lo más posible la actividad enfermera. Un ejemplo de estos trabajos es el programa SIGNO II de enfermería, en funcionamiento en algunos centros españoles, del que se hablará más tarde. Ciertos costes de este tipo podrían ser también los referidos a cuestiones como la productividad perdida por persona, días de trabajo no producidos, malestar e incomodidad del cliente o su familia por causa de traslados, permanencia fuera del hogar, etc. Ello ha hecho a algunos autores sugerir que estos gastos podrían denominarse externos a la empresa sanitaria, siendo los directos siempre internos a la organización.

### Según la parte del sistema que reflejen

#### Totales

Son los que reflejan el conjunto de actividad y producción de toda la institución. Se dividen a su vez en:

- Fijos: representan aquellos que se producen sin relación directa con la actividad o el producto conseguido y con independencia de la cantidad de trabajo realizado. También llamados por algunos autores costes de estructura, se refieren justamente al coste preciso para mantener en funcionamiento la estructura básica de la organización, incluso en casos extremos de ausencia de actividad. Son los gastos que se destinan a aspectos tales como calefacción, cuotas básicas de agua y luz, etc., así como muchos de los costes de plantilla de personal que ha de mantenerse de forma regular aunque la actividad disminuya.
- Variables: cambian de acuerdo al nivel de trabajo y producción, es decir, a la cantidad de actividad realizada, el número de pacientes atendidos, etc. Entre éstos se pueden citar los costes que genera la medicación, la alimentación, los reactivos de laboratorio, etc.

**Unitarios:** se refieren al coste de la unidad de producto, calculada como promedio (p. ej.: el coste de una exploración determinada). Generalmente se obtiene dividiendo el coste total (todas las exploraciones realizadas) por el número de ellas llevadas a cabo.

### Según su naturaleza

- Materias primas: es el consumo de bienes o factores de producción, generalmente procedentes del exterior de la organización, que son necesarios para la confección del producto. Por ejemplo, alimentos, materiales de reposición, combustible para laboratorios, etc.
- Mano de obra: representa el gasto de personal que trabaja de forma directa o indirecta en la prestación de los cuidados asistenciales:
  - El primer grupo lo constituyen los profesionales de atención directa, como los médicos y las enfermeras de un determinado servicio.
  - El segundo se refiere a aquellos trabajadores que no tienen relación directa con el producto (p. ej.: el personal de mantenimiento o limpieza).
- Gastos generales de producción: son los otros gastos que son precisos para la realización de la actividad sanitaria o asistencial: conservación de equipos clínicos, lavandería, etc. [5].

A efectos de recopilación, se presenta un resumen de costes posibles en una empresa sanitaria (Ver Tabla 1). Comprende un listado orientativo, ya que en algunas instituciones, de acuerdo a su organización y sistemas de gestión, ciertos costes no se producen. Así, los costes de lavandería o limpieza pueden estar en una u otra categoría, ya sea la de bienes o la de servicios externos si existe una contrata externa que realice estos trabajos.

## Cálculo de costes: case mix

El tema de los costes sanitarios no se agota, por supuesto, en la definición y descripción de los tipos existentes, sino que de forma más importante lleva a la consideración de las medidas a emprender para su cálculo y control, de manera que se asegure que la empresa sanitaria gasta lo que ha de gastar, ni más ni menos, dónde lo tiene que gastar y cómo puede optimizar o contener el gasto y su previsible incremento si los costes no se han controlado estrechamente.

Desde antiguo, esta determinación de costes venía realizándose por cálculos aproximados del coste total de



Tabla 1. Ejemplo de costes posibles en una empresa sanitaria

Bienes	Servicios externos	Personal, amortizaciones
Productos farmacéuticos	Investigación y desarrollo	Sueldos y salarios
Material sanitario de reposición: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiodiagnóstico</li> <li>• Laboratorio</li> <li>• Catéteres, sondas, drenajes</li> <li>• Curas, suturas, apósitos</li> <li>• Otro material desechable</li> <li>• Antisépticos y desinfectantes</li> <li>• Gases medicinales</li> <li>• Material radiactivo</li> <li>• Prótesis e implantes</li> </ul>	Arrendamientos y cánones	Indemnizaciones
Instrumental y pequeño utillaje: <ul style="list-style-type: none"> <li>• De uso clínico</li> <li>• No clínico</li> </ul>	Reparaciones y conservación	Seguridad Social
Productos alimenticios	Profesionales independientes	Otros gastos de personal
Vestuario, lencería y calzado	Transportes	Otros gastos sociales
Otros aprovisionamientos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Combustibles</li> <li>• Repuestos</li> <li>• Material de reparaciones y conservación</li> <li>• Material de limpieza y aseo</li> <li>• Material de oficina y diversos</li> </ul>	Seguros	
Trabajos asistenciales realizados por profesionales: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Licenciados o técnicos</li> <li>• Servicios prestados por empresas</li> </ul>	Servicios bancarios	<b>Amortizaciones</b>
Trabajos realizados por otras empresas: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lavandería</li> <li>• Limpieza</li> <li>• Seguridad</li> <li>• Otros</li> </ul>	Relaciones públicas, propaganda y publicidad	
	Suministros: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Energía eléctrica</li> <li>• Agua</li> <li>• Gas</li> <li>• Otros</li> </ul>	
	Otros servicios	
	<b>Tributos</b>	

las organizaciones, con la suma de todas las partidas económicas empleadas en el funcionamiento de la organización en un tiempo determinado, generalmente un año. Ello permitía también poder hallar ciertos costes intermedios, como el de cada ingreso, cada alta, cada estancia de enfermo en el hospital, cada consulta en un centro de salud, etc., por la simple división del gasto total anual por el número total de estas activida-

des producidas en el mismo periodo. Sin embargo, este tipo de cálculo demostró su ineficacia frente a las necesidades de gestión de la organización derivadas de los nuevos desafíos económicos y financieros planteados por la evolución de la asistencia y su financiación, tanto pública como privada. En definitiva, el cálculo global no proporcionaba información adecuada sobre aspectos más concretos ni facilitaba datos para evaluar la activi-



dad de las diferentes unidades, servicios o programas del hospital o centro.

De alguna manera, se podría decir que se sabía cuánto se gastaba, pero se tenía poca información de cómo y dónde se producía el coste. Además, se observó que a efectos de pago de servicios realizados (pago por los usuarios directamente o por compañías aseguradoras) o de financiación por las empresas gestoras de las que dependen los centros sanitarios públicos (p. ej.: los diversos servicios autonómicos de salud), el sistema de cálculo de costes globales no permitía hacer una adjudicación de fondos económicos relacionada con los objetivos y con la actividad prevista o realizada, lo que conducía a cierta incertidumbre en la gestión y, en ocasiones, a su auténtica ineficacia.

Además, al no permitir la evaluación de las actividades de forma concreta, no podía darse ningún tipo de incentivos a aquellos servicios o profesionales que pusieran más interés en el cumplimiento de los objetivos establecidos.

En EEUU, durante los años sesenta y setenta del siglo pasado, dependiendo del sistema de financiación de los servicios sanitarios (MEDICARE, programa de seguro del gobierno, dedicado a personas mayores de 65 años y algunos enfermos crónicos o MEDICAID, programa de ayuda a ciudadanos con niveles de ingreso bajos y compañías aseguradoras privadas), los hospitales que precisaban reembolsar los costes producidos por los pacientes ingresados y financiados por estas entidades debían presentar un sistema de cálculo más ajustado que permitiera identificar claramente la actividad realizada y su gasto correspondiente. En consecuencia, se iniciaron los trabajos destinados a buscar fórmulas para imputar costes en base a tipos definidos de pacientes, o a actividades concretas. Ello dio origen a sistemas de clasificación de procesos asistenciales o de pacientes, que recibieron genéricamente el nombre de *case mix* (expresión inglesa que se ha popularizado en el medio sanitario español y que podría traducirse por casuística del centro). Estos sistemas valoran diversas cuestiones y tienen influencia en el coste del proceso total que se realiza sobre el usuario del servicio.

### **El producto asistencial y su medida**

Para el cálculo de los costes es importante previamente analizar cuál es el producto que ofrece el centro sanitario, cuyas características determinarán su valor o precio de acuerdo a éstos. Un producto, en líneas generales, puede ser un objeto o un proceso que aporte un

valor determinado y satisfaga unas necesidades presentes en las personas que, en consecuencia, lo adquieren y disfrutan. Los productos pueden ser bienes tangibles, objetos físicos, o intangibles o no físicos, y reciben el nombre de servicios. Un producto sanitario es un servicio cuya necesidad se hace patente en el caso de una carencia, ya sea de bienestar, de información o de funcionalidad en lo que constituye una situación de problema de salud o de enfermedad.

Ante esa situación, el individuo acude a aquellas instituciones y profesionales, médicos y enfermeras, que ofrecen los servicios que pueden llegar a solucionar su necesidad y su demanda de atención específica para esa circunstancia personal que padece. Los productos sanitarios o asistenciales están constituidos por los programas, procedimientos y procesos que cada institución desarrolla en función del cliente o usuario, en los que, de forma principal, se tienen en cuenta tanto los intereses y necesidades del paciente o cliente como el propósito de la propia institución. El conjunto de todos esos productos se enumera en la cartera de servicios.

### **Condiciones de los productos**

Los productos asistenciales son difíciles de catalogar y clasificar, ya que deben responder a demandas concretas y específicas de las personas, es decir, los clientes que los van a utilizar. Deben, en principio, presentar una serie de condiciones que les aportan una mayor valoración, tanto por parte de la empresa como por el usuario del servicio [8]:

- **Accesibilidad:** o facilidad para disponer del servicio o proceso, eliminando en lo posible las barreras que pueden establecerse, ya sean de tipo económico, geográfico (distancia y comunicaciones de que disponga el hospital o centro de salud), de tipo legal o burocrático. Una importante limitación real lo constituyen las listas de espera, que suponen una grave traba para el acceso, o los tiempos de espera dentro de la propia institución, ya sea de consulta como para la realización de medidas diagnósticas.
- **Entorno:** aquellas condiciones físicas y ambientales del centro u hospital. Por ejemplo: tipo de habitaciones, salas de espera, comunicaciones, decoración, ruidos, temperatura. Además de todas las condiciones agrupadas bajo el término de hostelería, el cual es un importante aspecto propio de este país.
- **Información de la institución:** respecto del proceso a seguir por el usuario o cliente, los servicios disponibles, los horarios, las expectativas de solución del problema planteado, las distintas posibilidades de inter-

vención, las cuestiones administrativas y económicas en su caso, etc.

- Organización general: en cuanto a la logística de material, procesos administrativos, de gestión, etc.

**Tipos de productos sanitarios**

Los productos sanitarios o asistenciales son extremadamente complejos, ya que se componen de muy diversos elementos tales como medios diagnósticos, de tratamiento, de relación personal, hosteleros en el caso de hospitalización, etc. Por otra parte, no hay que olvidar que son enormemente personalizados, ya que es una atención individual la prestada por la organización y sus profesionales de atención directa, esto es, los médicos y las enfermeras principalmente. Por tanto, como ya se mencionó, son difíciles de agrupar o clasificar, aunque a efectos de facilitar su conocimiento se puede hacer la siguiente aproximación a los diferentes tipos de producto, tanto desde el punto de vista de la empresa y su gestión como del propio cliente y sus necesidades.

**Desde el punto de vista de la empresa**

- Producto final o terminal: es la consideración de la integralidad del proceso realizado, expresado en el cambio de la situación que padecía el cliente o paciente. Constituye, por decirlo de alguna manera, el objeto básico de la atención y debe ser fácilmente identificado, de forma que se pueda cuantificar su coste.
- Producto intermedio: constituido por las diversas actividades que tengan categoría identificable y que son

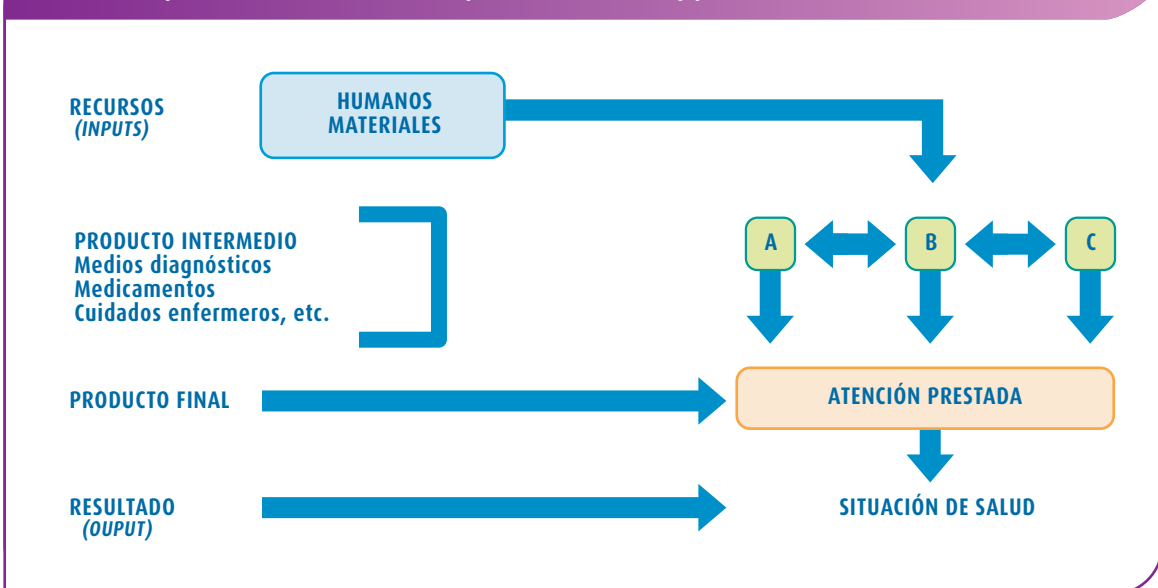
necesarias o coadyuvantes para la consecución del producto final. Engloba, entre otras, cuestiones tales como las pruebas diagnósticas de todo tipo, la alimentación, dietética o no, la información y registros, la administración de oxigenoterapia, hemoderivados y otros tratamientos. También requiere de identificación y concreción, de manera que se puedan realizar cálculos de su coste. Para algunos autores, los cuidados enfermeros entran en este apartado (Ver Cuadro 1).

**Desde el punto de vista del cliente**

- Producto central (*core product*): se refiere al punto principal de la atención, que para el usuario es la resolución de su problema. Por ejemplo: el alivio del dolor y la desaparición del temor a la muerte, tras una intervención quirúrgica con implantación de *by-pass* en un paciente con crisis coronarias de repetición. Este producto central significa el resultado del problema.
- Producto tangible: significa las actuaciones concretas para resolver el problema. En el caso planteado en el punto anterior, el producto tangible sería la propia intervención quirúrgica, así como las medidas diagnósticas y terapéuticas relacionadas con ella.
- Producto ampliado: tiene que ver con las condiciones generales de la atención, es decir, el entorno, las comunicaciones, la relación interpersonal con los diferentes profesionales, etc.

Conocer los distintos tipos de productos confirma la idea de que es preciso utilizar sistemas que permitan su

Cuadro 1. Esquema de las relaciones entre producto intermedio y producto final





medida económica, a efectos, como ya se ha dicho, de su cuantificación para poder gestionar los recursos adecuados, calcular los fondos necesarios y realizar tarifas que permitan su cobro, en su caso. Para ello se precisa agrupar estos productos de alguna manera, bien relacionándolos con el proceso en que se producen, bien con el paciente que los recibe. La primera aproximación a esta agrupación es conocer las clasificaciones de diagnósticos de las enfermedades que precisan determinada atención, cuyo ejemplo más difundido es la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), cuya versión más reciente es la CIE 10 [9].

Sin embargo, esta clasificación de diagnósticos constituye poco más que un mero listado de enunciados, por lo que se ha avanzado respecto a la agrupación con los llamados sistemas de clasificación de pacientes, que definen el *case mix* o casuística de cada centro y permiten el conocimiento más cercano tanto de los productos que se ofertan como el coste real del total (Ver Imagen 5).

### Sistemas de clasificación de pacientes

Los sistemas de clasificación de pacientes o de determinación del *mix* del centro u hospital (conjunto de pacientes y sus circunstancias de atención específica) son agrupaciones de los pacientes de acuerdo a criterios relevantes, que hacen homogéneos estos grupos y permiten identificar las características precisas de la atención en cada uno de ellos, lo que conduce tanto a la previsión de las necesidades como al cálculo de su coste. El primer criterio de agrupación lo constituye, en muchos de estos sistemas, el diagnóstico principal que presenta



Imagen 5. La intervención enfermera forma parte del producto sanitario

el paciente, según la CIE 10, si bien se ha observado que es posible incluso hacer agrupaciones de diagnósticos y situaciones que presenten características de homogeneidad. Algunos autores expresan que esta agrupación o definición del *mix* se puede hacer según varios criterios: la clasificación por diagnósticos según la CIE, la gravedad de los pacientes, el consumo de recursos, etc. [10]. Se presenta un listado de estas agrupaciones (Ver Tabla 2). A continuación sólo se va a profundizar en la descripción de uno de ellos, los denominados grupos relacionados por el diagnóstico (GRD), por ser el sistema de clasificación más implantado actualmente en los hospitales españoles.

### Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD)

Son un sistema de clasificación que agrupa los episodios de ingreso hospitalario en función de sus características de atención, que generan un coste parecido, lo



Tabla 2. Diferentes sistemas de medida del *case mix*

Criterios utilizados	Tipos de clasificación
Basados en CIE 10:	<ul style="list-style-type: none"> <li>• GRD: Grupos Relacionados por el Diagnóstico</li> <li>• (DS): <i>Disease Staging</i> (medida de criterios evolutivos de la enfermedad)</li> <li>• (PMC): <i>Patient Management Categories</i> (categorías de gestión de paciente)</li> </ul>
Basados en la evaluación de la gravedad:	<p>AS SCORE: siglas que significan las variables:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A: <i>Age</i> (edad)</li> <li>• S: <i>Statement</i> (estadio de la enfermedad)</li> <li>• CO: <i>Complicaciones</i></li> <li>• RE: <i>Resultados</i></li> </ul> <p>PSI: <i>Patient Severity Index</i> (índice de severidad de los pacientes, también llamado SI)</p> <p>APACHE: <i>Acute Physiology And Chronic Health Evaluation</i> (miden variables fisiológicas, existen actualmente tres versiones)</p>
Basados en el consumo de recursos:	<p>RUG: <i>Resource Utilization Groups</i> (grupos de utilización de recursos)</p> <p>AVG: <i>Ambulatory Visit Groups</i> (grupos de visita ambulatoria o domiciliaria)</p>

que se denomina isocoste. Parte, pues, del principio de que similares problemas originan necesidades de atención también homogéneas y, en consecuencia, costes semejantes, lo que permite por una parte predecir la cuantía y tipo de esos costes y, por otra, constituir una base de tarificación o facturación, si es el caso.

Su origen es justamente este aspecto de la gestión, ya que surge en EEUU, en los primeros años de la década de los ochenta, como elemento de facturación para los servicios hospitalarios por parte de las agencias gestoras (MEDICARE lo adopta en esa época como sistema prospectivo de pago); actualmente se ha extendido a muchos otros países, dado su buen poder de predicción del gasto. El sistema tiene establecidas unas categorías diagnósticas mayores (CDM) (Ver Tabla 3) de las que se pueden derivar otras menores, tanto médicas como quirúrgicas, lo que unido a otras variables como la edad, el sexo, complicaciones posibles, etc., forman los grupos de diagnósticos homogéneos o relacionados, con los que se espera que los pacientes reciban una cantidad y calidad similar de servicios hospitalarios y, por tanto, conlleven un coste parecido.

El sistema es sencillo de aplicar, ya que no precisa de otros datos que los recogidos habitualmente en los registros hospitalarios, en el Conjunto Mínimo de Datos

Básicos (CMDB) de implantación general. Precisa de un sistema de recogida de datos informatizado y estandarizado, de manera que la clasificación se haga sin género de dudas en cuanto al diagnóstico atribuido a cada episodio hospitalario. Aunque su aplicación se ha hecho principalmente en este medio, también se puede emplear en atención primaria, aunque hasta el momento, en España, han sido pocas las experiencias en este nivel de atención, probablemente por un nivel todavía bajo de estandarización de las actividades y de informatización de los datos manejados.

Las variables consideradas en esta clasificación son:

- Edad.
- Sexo.
- Diagnóstico principal.
- Diagnósticos secundarios.
- Procedimientos quirúrgicos y médicos.
- Complicaciones.
- Situación en el momento del alta.

## Manejo analítico de los costes

Para la gestión de los costes, es necesario implantar y mantener un sistema de información y empleo de los



**Tabla 3. Sistema GRD: listado de Categorías Diagnósticas Mayores (CDM) v. 10.0**

0	Categoría no válida	14	Embarazo, parto y puerperio
1	Sistema nervioso	15	Recién nacidos y neonatología, con patología original en el periodo perinatal
2	Ojo	16	Enfermedades y trastornos de la sangre, órganos hematopoyéticos y sistema inmunitario
3	Enfermedades y trastornos de oído, nariz y faringe	17	Trastornos mieloproliferativos y neoplasias mal diferenciadas
4	Enfermedades y trastornos del aparato respiratorio	18	Enfermedades infecciosas y parasitarias (sistémicas o no localizadas)
5	Enfermedades y trastornos del aparato circulatorio	19	Trastornos mentales
6	Enfermedades y trastornos del aparato digestivo	20	Abuso de drogas/alcohol y trastornos mentales inducidos por drogas
7	Enfermedades y trastornos del hígado, sistema biliar y páncreas	21	Lesiones, envenenamientos y efectos tóxicos de fármacos
8	Enfermedades y trastornos del sistema musculoesquelético y tejido conjuntivo	22	Quemaduras
9	Enfermedades y trastornos de la piel, tejido subcutáneo y mama	23	Otras causas de atención sanitaria
10	Enfermedades y trastornos del sistema endocrino, nutrición y metabolismo	24	Infecciones VIH
11	Enfermedades y trastornos de riñón y vías urinarias	25	Trauma múltiple
12	Enfermedades y trastornos del aparato reproductor masculino		
13	Enfermedades y trastornos del aparato reproductor femenino		





misimos, que se realiza mediante el análisis de cada uno de ellos y su adscripción a diferentes centros o unidades de coste, que son las responsables de la ejecución de las distintas actividades productivas. Con ligeras diferencias, se han establecido en los hospitales y áreas de salud del Estado estos sistemas analíticos, que permiten sobre todo un mejor conocimiento del coste, su lugar de producción y su imputación a efectos de gasto, lo que conlleva una mejor gestión y una mayor precisión en la medida del coste por servicio, e incluso del coste por proceso de atención, en cualquiera de sus categorías. Los niveles de gestión de los costes están estructurados, por lo general, en tres niveles:

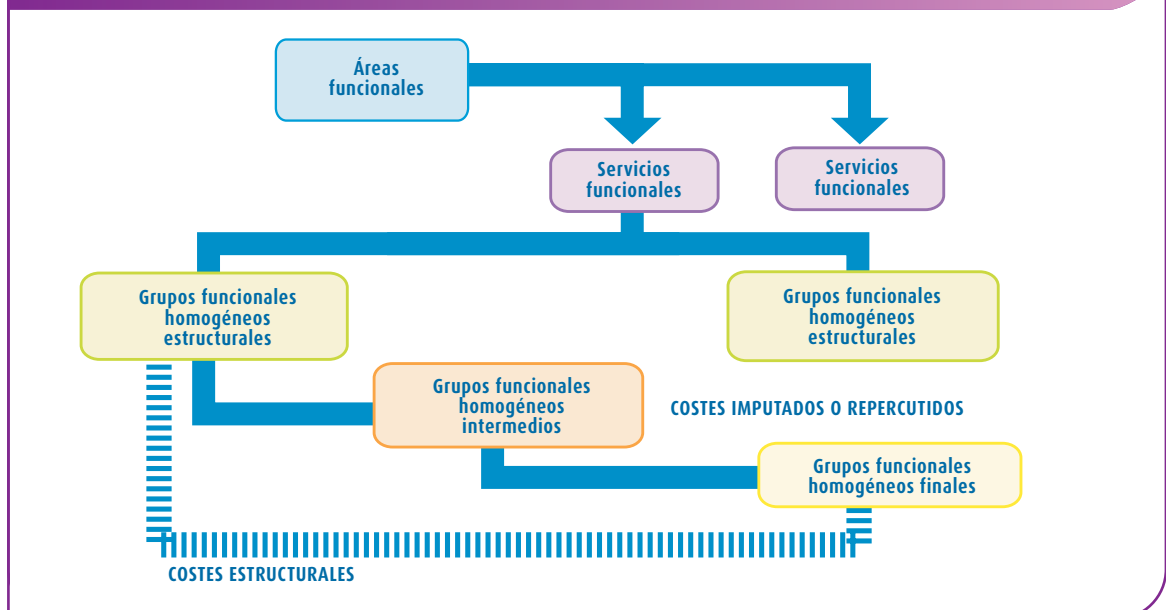
- Primer nivel: representado por los denominados Grupos Funcionales Homogéneos (GFH), son las unidades mínimas de gestión, que están dotadas de recursos humanos y económicos propios, objetivos propios, responsabilidad definida, localización física concreta y código identificativo a efectos de recogida de datos. Estas unidades se clasifican según la producción que llevan a cabo en:
  - Estructurales: unidades de soporte, directivas y económico-administrativas, en las cuales es imposible establecer costes y facturación, ya que no tienen una actividad productiva definida. Sus costes se denominan igualmente estructurales.
  - Intermedios: responsables de la logística y los servicios, elaboran o realizan productos intermedios

habitualmente a petición de otros servicios, a los que podrían facturar sus costes. Por ejemplo, los laboratorios y, según algunas teorías, las unidades de cuidados enfermeros. Así son consideradas actualmente por la mayoría de las empresas sanitarias. Sus costes se trasladan a otras unidades, es decir, son imputados o repercutidos.

- Finales: se les adjudica el producto final, es decir, la consecución del objetivo general de la asistencia (p. ej.: las unidades de neurocirugía, medicina Interna, etc.).
- Segundo nivel: constituido por los Servicios Funcionales (SF), que agrupan a uno o varios GFH y tienen un responsable jerárquico común. Sirva como ejemplo la Dirección de Enfermería.
- Tercer nivel: las Áreas Funcionales (AF), que a su vez agrupan a varios SF.

De esta manera, los costes de una unidad o GFH asistencial (un servicio de atención médica) serán la suma del coste estructural, repartido de acuerdo a criterios de organización, coste repercutido según cálculo o facturación específica y coste propio (personal, material, etc.) (Ver Cuadro 2). En este contexto, algunos servicios o unidades hospitalarias pueden encuadrarse tanto en unidades intermedias como en finales, según su impacto o descripción inicial de actividad. Por ejemplo, las unidades de cuidados intensivos o de urgencias, que

Cuadro 2. Estructura de cascada de los costes analíticos



pueden ser responsables de un producto final o servir como apoyo en las actividades productivas de otros GFH. En la práctica, esto significa que cada GFH, al conocer sus costes, puede realizar los cálculos oportunos de previsión de gasto y saber exactamente cuáles son las influencias en el coste total del servicio o del proceso asistencial. Permite también la imputación de costes a cada unidad o servicio, sabiendo exactamente su procedencia. Así, en los GFH estructurales, por ejemplo, en el servicio de atención al paciente, la imputación de coste se lleva a cabo aplicando el criterio de coste de personal, es decir, según el número de empleados que tenga el servicio. Por su parte, en los GFH intermedios

el cálculo se realiza por unidades de trabajo o de actividad. Se muestra una relación de las más habituales en un hospital (Ver Tabla 4).

## Cálculo de costes en enfermería

Como se ha visto hasta ahora, el cálculo de los costes sanitarios se realiza de forma general según criterios de productividad médica, en la que las enfermeras y los cuidados que prestan alcanzan a lo sumo una categoría de producto, servicio o GFH intermedio. Algunas voces del colectivo profesional han defendido la necesidad de



**Tabla 4. Grupos de diagnósticos relacionados con enfermedades y trastornos del aparato digestivo (CMDG)**

146 Resección rectal con complicaciones (cc)	172 Neoplasia maligna digestiva con cc
147 Resección rectal sin cc	173 Neoplasia maligna digestiva sin cc
148 Procedimientos mayores intestino delgado y grueso con cc	174 Hemorragia gastrointestinal con cc
149 Procedimientos mayores intestino delgado y grueso sin cc	175 Hemorragia gastrointestinal sin cc
150 Adhesiolisis peritoneal con cc	176 Úlcera péptica complicada
151 Adhesiolisis peritoneal sin cc	177 Úlcera péptica no complicada con cc
152 Procedimientos menores intestino delgado y grueso con cc	178 Úlcera péptica no complicada sin cc
153 Procedimientos menores intestino delgado y grueso sin cc	179 Enfermedad inflamatoria intestinal
154 Procedimientos estómago, esófago y duodeno edad >17 con cc	180 Obstrucción gastrointestinal con cc
155 Procedimientos estómago, esófago y duodeno edad >17 sin cc	181 Obstrucción gastrointestinal sin cc
156 Procedimientos sobre estómago, esófago y duodeno edad <18	182 Esofagitis, gastroenteritis y trastornos digestivos misceláneos, edad >17 con cc
157 Procedimientos sobre ano y enterostomía con cc	183 Esofagitis, gastroenteritis y trastornos digestivos misceláneos, edad >17 sin cc
158 Procedimientos sobre ano y enterostomía sin cc	188 Otros diagnósticos de aparato digestivo edad >17 con cc
159 Procedimientos hernia excepto inguinal y femoral >17 con cc	189 Otros diagnósticos de aparato digestivo edad >17 sin cc
160 Procedimientos hernia excepto inguinal y femoral >17 sin cc	551 Esofagitis, gastroenteritis y úlcera no complicada con cc mayor
161 Procedimientos sobre hernia inguinal y femoral >17 con cc	552 Trastornos digestivos excepto esofagitis, gastroenteritis y úlcera no complicada con cc mayor
162 Procedimientos sobre hernia inguinal y femoral >17 sin cc	553 Procedimientos sobre aparato digestivo excepto hernia y procedimiento mayor sobre estómago o intestino con cc mayor
163 Procedimientos sobre hernia edad <18	554 Procedimientos sobre hernia con cc mayor
164 Apendicectomía con diagnóstico principal complicado con cc	585 Procedimiento mayor sobre estómago, esófago, duodeno, intestino delgado y grueso con cc mayor
165 Apendicectomía con diagnóstico principal complicado sin cc	776 Esofagitis, gastroenteritis y trastorno digestivo misceláneo, edad <18 con cc
166 Apendicectomía sin diagnóstico principal complicado con cc	777 Esofagitis, gastroenteritis y trastorno digestivo misceláneo edad <18 sin cc
167 Apendicectomía sin diagnóstico principal complicado sin cc	778 Otros diagnósticos de aparato digestivo edad <18 con cc
170 Otros procedimientos quirúrgicos sobre aparato digestivo con cc	779 Otros diagnósticos de aparato digestivo edad <18 sin cc
171 Otros procedimientos quirúrgicos sobre aparato digestivo sin cc	



encontrar sistemas que acrediten que los cuidados enfermeros son en sí mismos un producto final, porque tienen un impacto propio y definido en el resultado de la atención [11]. Aunque desde el terreno de la teoría se está de acuerdo en parte con este concepto, se llama la atención sobre la idea de que, en el momento actual, se dispone de pocos instrumentos de definición y medida del cuidado enfermero que permitan sustentarla con concreciones y evidencias específicas. El cálculo de los costes enfermeros tiene una gran importancia, ya que permite, como el de otros productos, conocer su definición, sus características, su relación con otros y, en definitiva, valorar el cuidado no sólo desde un punto de vista económico, cuestión ya de por sí importante, sino también desde su impacto real en la atención sanitaria global. Las enfermeras buscan actualmente los sistemas de medida de su trabajo, de sus costes y de sus resultados para, de esa manera, demostrar con datos inteligibles su verdadero valor para la empresa de salud.

Tradicionalmente, el cálculo de los costes de los cuidados enfermeros se ha venido realizando bajo la premisa casi exclusiva del tiempo empleado por las enfermeras y auxiliares. De esta manera, se calculaba que una unidad de cuidados tenía un coste que correspondía al número de sus empleados multiplicado por su salario, de forma que todas las unidades de un hospital se dotaban del mismo número de enfermeras y auxiliares y venían a tener el mismo coste. Este tipo de cálculo es excesivamente simple, no considera otros criterios como la complejidad de la atención, no calcula los tiempos vacíos de actividad ni da ningún valor a las actividades de apoyo, consejo, etc., lo que se denominan en general "cuidados invisibles". Por lo tanto, discrimina muy poco el valor real del trabajo de enfermería así como su variabilidad en función de las necesidades específicas de cada persona a la que se cuida (Ver Imagen 6).

En la última década, las enfermeras de todo el mundo han realizado importantes trabajos de clasificación de las actividades enfermeras desde muy diversos puntos de partida, ya sean las taxonomías diagnósticas, con su correlato de intervenciones y resultados, como las escalas de dificultad del cuidado o de dependencia de los pacientes. Todo ello, tanto a los efectos de organizar un sistema de atención y cuidados enfermeros, con canales y medios de información y recogida de datos adecuados, como a los de facilitar la gestión de estos cuidados, desde el punto de vista económico y otros, como puede ser el de cálculo de plantillas. Son destacables, en este sentido, los trabajos realizados por el Consejo Internacional de



Imagen 6. La actividad cuidadora tiene muchos aspectos cuyo cálculo económico es difícil de evaluar

Enfermería (CIE) que, con su Clasificación Internacional de la Práctica Enfermera (CIPE) trata de establecer un sistema taxonómico que permita, de acuerdo con un diagnóstico enfermero conocido y bien enunciado, predecir las intervenciones necesarias y los resultados que se pueden esperar de estas intervenciones [12]. Es igualmente destacable el trabajo que está realizando el Consejo General de Enfermería de España, con el proyecto NIPE de normalización de la práctica enfermera, que conducirá a una posibilidad más de calcular los costes de los servicios enfermeros [13]. Además, en la actualidad también se está trabajando con los resultados de un trabajo de investigación realizado en Iowa (EEUU), que se enmarcan en este contexto, con una descripción y catalogación de intervenciones enfermeras y de resultados (clasificaciones NIC y NOC) [14].

También se han desarrollado otros tipos de cálculos de costes basados en actividades enfermeras y en evaluación de recursos, tales como el PRN o el RUG, dedicado a cálculo de plantillas que se han descrito en el Capítulo 17.

### El Proyecto SIGNO II de Enfermería

En España, el trabajo más ajustado y útil está representado por el Proyecto SIGNO II de Enfermería, que comenzó su andadura en 1992, con sucesivas etapas de implantación en algunos hospitales de la red asistencial pública, especialmente en algunos entonces gestionados por el INSALUD, que fue la entidad que patrocinó su elaboración. El Proyecto SIGNO II pretende instaurar un sistema de determinación de coste del cuidado enfermero por paciente, a través de la elaboración de un catálogo de actividades enfermeras, la medición de éstas en unidades relativas de valor (URV) y el desarrollo, a través de estas actividades, del producto enfermero, que se define en el proyecto como el "conjunto de

*cuidados prestados a los pacientes*". Por su parte, la actividad enfermera o acción cuidadora se define como el "conjunto de actos físicos y/o verbales y/o mentales, planificados por la enfermera y ejecutados por uno o varios miembros del personal cuidador, en respuesta a una necesidad específica de salud" [15, 16, 17].

Estas acciones pueden ser, de acuerdo a sus características, de tres tipos:

- Autónomas: son las que pueden considerarse incluidas en el campo del diagnóstico y del tratamiento enfermero, pueden, por tanto, ser realizadas bajo la responsabilidad profesional de la enfermera o bien delegadas por ésta en el personal auxiliar u otros (p. ej.: familia).
- Derivadas: son aquellas que normalmente se llevan a cabo a partir de instrucciones recibidas de otros profesionales, por lo general, los médicos.
- De soporte: aquellas que apoyan la actividad asistencial y se encuadran dentro de la estructura organizativa y de coordinación del centro.

En cuanto a la imputación de costes, se establecen tres niveles, diferenciados por una serie de criterios:

- Nivel A: por estancias ponderadas.
- Nivel B: por niveles de dependencia, es decir, por nivel de cuidados de enfermería homologados por paciente, de acuerdo al catálogo de actividades cuidadoras.
- Nivel C: por planes estandarizados de cuidados, según un catálogo homologado de productos enfermeros.

El sistema se basa en:

- La elaboración de un catálogo de actividades enfermeras, para el que se elabora un instrumento de recogida que permita el tratamiento de los datos. Estas actividades enfermeras siguen las ideas presentes en el modelo de necesidades básicas de Henderson, pero se ha realizado un listado que recoge tanto algunas de las necesidades como actividades concretas (Ver Anexo). El listado de los 11 grupos de acciones es el que sigue:
  - Actividad-movilidad/Reposo-sueño (AR).
  - Alimentación e hidratación (AH).
  - Comunicación-relación (CR).
  - Eliminación (E).
  - Enseñanza (EN).
  - Higiene (H).
  - Métodos de diagnóstico (MD).
  - Observación (OB).

- Respiración (R).
- Seguridad y confort (SC).
- Terapias y cuidados especiales (TC).

Cada uno de estos grupos se divide en acciones concretas con la descripción de su secuencia o protocolo de acción, así como, si es el caso, las observaciones pertinentes:

- Establecer una valoración de los niveles de dependencia de cada paciente o tipos de pacientes, con la constitución de una medida en tiempo de atención.
- Otorgar un valor determinado a cada una de las actividades enfermeras, según su descripción y complejidad.
- Elaborar planes de cuidado estandarizados, que permitan agrupar a los pacientes según GDR u otro *case mix* empleado en el hospital o centro.
- Establecer los costes imputables por cada acción, paciente o unidad, de acuerdo a criterios de tiempo empleado en la atención, coste de personal de la unidad y coste del material empleado en la acción cuidadora, es decir, el material fungible sobre el que las enfermeras tienen capacidad de compra. A este material también, a efectos de cálculo, se le otorga una unidad relativa de valor y se le agrupa de acuerdo con ésta.

El proyecto ha avanzado hasta la determinación de tiempos y niveles de dependencia y está más retrasado en la elaboración, en su aplicación en la práctica y en el cálculo de costes de los planes de cuidados estandarizados, por lo que actualmente se dispone de costes totales por unidad de cuidados más que por proceso o por paciente.

## PRESUPUESTOS. CONCEPTO Y TIPOS

Aunque los presupuestos no son una herramienta de trabajo común de la enfermera, ella tiene que moverse en su labor diaria dentro de los límites fijados por este documento de gestión que por una parte le ofrece posibilidades de realizar su trabajo profesional y, por otra, le puede imponer limitaciones de índole económica. Por ello, se considera importante que la enfermera conozca al menos las ideas principales sobre este tema concreto, que se intentan exponer a continuación.

El presupuesto es un instrumento contable para la gestión de los servicios sanitarios, que se puede definir como "un plan para la distribución de los recursos y un



*medio de control a través del cual se asegura que los resultados responden a los objetivos establecidos” [18].*

Los presupuestos de las empresas públicas y privadas se diferencian básicamente en que las primeras tienen, por lo general, asegurados sus ingresos mediante la aportación de dinero público, mientras que las segundas deben hacer el esfuerzo por buscar a los clientes y sus aportaciones económicas.

En los últimos tiempos, concretamente en la década de los noventa, se ha observado en España, en las agencias gestoras autonómicas (Servicios Regionales de Salud), la tendencia a incentivar la competitividad entre las instituciones sanitarias públicas en la búsqueda de la mejor financiación para sus actividades, lo cual ha llevado a los centros a delimitar más sus productos y a ofrecer aquellas actividades más lucrativas o de mayor consumo de recursos, lo cual podría tener el efecto perverso de potenciar servicios que primaran las grandes intervenciones, que sólo requieren unos pocos de los usuarios (p. ej.: trasplantes) respecto a intervenciones más sencillas o menos costosas (p. ej.: la atención a enfermos crónicos o ancianos) que, sin embargo, son las más demandadas por un elevado porcentaje de los potenciales usuarios de los servicios de salud y sus familias. Se podrían enunciar las características de los presupuestos como sigue:

- Adaptación a los objetivos: de hecho, el presupuesto refleja específicamente éstos, así como el gasto que se prevé para su cumplimiento.
- Posibilidad de control: es decir, que el propio documento, a través de sus diversas partidas y plazos, establece sistemas de evaluación financiera y contable.
- Temporalidad: significa que los presupuestos tienen una vigencia temporal fija, habitualmente un año natural, siendo una excepción poco común los planes plurianuales.
- Publicidad: el presupuesto es un documento público, sometido a diferentes instancias: las juntas del centro, la entidad gestora, etc.

### Tipos de presupuestos

A continuación se distinguen los distintos tipos de presupuesto y se muestra un ejemplo de formato de un hospital público (Ver Tabla 5):

- Presupuesto clásico o histórico: tradicionalmente empleado en las empresas sanitarias públicas hasta

los últimos años, se trata de un presupuesto que parte del consolidado el año anterior, con el incremento del IPC en el porcentaje que se establezca. No requiere una gran elaboración ya que repite en sus extremos el anterior, por lo que significa un mero crecimiento por inercia sin demasiadas alternativas de innovación.

- Presupuesto de base 0: intenta partir del análisis de cada una de las actividades previstas en los objetivos y el plan general de la empresa, otorgándoles un coste determinado para el que se prevén los ingresos oportunos.
- Presupuesto por programas: es un sistema más flexible, que determina el conjunto de actividades de un determinado programa en la organización, resaltando los objetivos y saliendo del marco estrecho de la anualidad, lo que permite un funcionamiento del presupuesto más adaptado. Dada la cultura sanitaria existente en este país, este tipo de presupuesto sólo es aplicable en algunas actividades de atención primaria.

En España, los hospitales públicos y áreas de salud manejan en la actualidad un presupuesto basado en las actividades anuales previstas, es decir de base 0, que diferencia entre financiación y aseguramiento, y se basa en el contrato de gestión que cada centro firma con la autoridad gestora competente (Dirección General) y el contrato-programa (pacto de objetivos). Utilizan como medida de producción, a efectos de otorgar los fondos necesarios:

- Unidad básica de asistencia (UBA): es una medida establecida en base a la estancia hospitalaria, integrando en ellas las actividades que comporta esta circunstancia.
- Unidad ponderada de asistencia (UPA): matiza la medida anterior según el tipo de estancia, lo que le confiere un valor más ajustado.

El valor económico o de tarificación de estas medidas se establece por la entidad gestora de acuerdo con el tipo de hospital, su nivel de complejidad de atención, el tipo de población que atiende, o bien se utiliza como base el coste histórico de un grupo de hospitales suficientemente representativo. Las CCAA han establecido sus propias unidades de medida: la UBA fue implantada en Cataluña a principios de los años ochenta; en el País Vasco se utiliza la UCA (Unidad de Coste Asistencial) y en Andalucía, la EVA (Escala de Valoración Andaluza). Todas ellas parten de principios similares, aunque presentan ligeras diferencias. También se utiliza la UCH (Unidad de Complejidad Hospitalaria) cuya denominación da idea de esta variable para intentar



Tabla 5. Modelo de formato de las partidas presupuestarias básicas de un hospital público

Presupuesto de ingresos	Miles de ptas	Euros
<b>Ingresos por actividad</b>		
A. Actividad: medida por UCH (Unidad de Complejidad Hospitalaria) o por UPA (Unidad Ponderada de Asistencia)		
• Hospitalización		
• Procesos ambulatorios realizados en quirófano		
B. Actividad ambulatoria		
C. Procedimientos extraídos (los que no entran en A)		
<b>Docencia</b>		
<b>Investigación</b>		
<b>Subvenciones</b> (si las hubiera)		
<b>Total ingresos</b>		
<b>Presupuesto de gastos</b>		
<b>Capítulo 1. Personal</b>		
1.1. Atención especializada		
• Cuotas de Seguridad Social		
1.2. Docencia		
• Cuotas de Seguridad Social		
<b>Capítulo 2. Gastos corrientes</b>		
2.1. Compra de bienes corrientes y de servicios		
• Atención especializada		
• Docencia		
2.2. Conciertos		
• Hospitales administrados		
• Otros conciertos		
• Plazas vinculadas (personal docente, concierto con la universidad)		
<b>Capítulo 3</b>		
<b>Total gastos</b>		

homogeneizar los diversos hospitales en grupos concretos.

### Procedencia de la financiación de la atención

Los fondos económicos que sufragan el presupuesto de los centros públicos proceden de:

- Los Presupuestos Generales del Estado: por medio de transferencias realizadas a cada una de las comunidades autónomas que tienen total capacidad de gestión.
- Los ingresos generados: por ventas de servicios (p. ej.: exploraciones y medios diagnósticos a otras entidades), o bien por atención a pacientes que tienen contratada otra financiación (empresas de seguros, empresas aseguradoras privadas, etc.).

La nueva normativa de fundaciones sanitarias públicas [19] trataba de establecer igualmente que los posibles

remanentes económicos, beneficios por mejora de la actividad, pudieran redundar en los trabajadores a través de incentivos económicos o en la propia institución para la adquisición de material inventariable.

La investigación y la docencia tienen aportaciones específicas, por medio de fondos procedentes de otras instancias o por matriculación de alumnos, y también han de reflejarse en el presupuesto general de la organización.

Por su parte, los centros privados reciben la financiación de sus clientes, ya sean personas individuales o instituciones, de las propias agencias gestoras públicas, en sistemas de contratos de servicios o de concertación para algunas actividades (Servicios Regionales de Salud u otras) o de las aseguradoras privadas mediante conciertos.



## RESUMEN

- Los recursos materiales juegan un importante papel en el funcionamiento de la empresa sanitaria. De hecho, aunque no son el elemento principal de la atención, son imprescindibles para prestar cuidados de salud de calidad.
- Existen diversas clasificaciones de los recursos materiales:
  - El material propiamente dicho: aquel que sirve para la prestación de la atención.
  - Recursos financieros: es decir, los monetarios y su obtención, manejo y distribución a través del presupuesto.
  - Locales o instalaciones donde se desarrolla la actividad.
- Los recursos materiales tienen un proceso dentro de la empresa que incluye su adquisición, su clasificación, almacenamiento y distribución a las diversas unidades y servicios. Deben cumplir una serie de condiciones, entre las que se citan las de validez, fiabilidad y duración, comodidad de uso y precio razonable y adecuado.
- Los costes de los servicios sanitarios se definen como los recursos y productos empleados para prestar atención de salud a un determinado usuario. Son de diversos tipos: tangibles –directos e indirectos– e intangibles; totales –variables o fijos– y unitarios.
- El cálculo de los costes sanitarios se basa en sistemas de clasificación de pacientes (SCP) o de casuística asistencial (*case mix*), que tratan de agrupar a los pacientes o usuarios según su diagnóstico, los recursos empleados en su tratamiento, el grado de gravedad que padecen, etc. Estos sistemas pueden estar basados en la CIE 10, en la estimación de la gravedad del paciente o en la utilización de los recursos en el proceso asistencial.
- El cálculo de los costes de los cuidados enfermeros se basa en el tiempo empleado, en la complejidad de la atención y el material que emplea la enfermera en el cuidado, del que ella misma es responsable. En España, el trabajo más avanzado en este terreno lo constituye el Proyecto SIGNO II de Enfermería.
- El presupuesto es un documento contable que establece los ingresos y gastos en un determinado periodo, de acuerdo a los objetivos y actividades previstos.



## BIBLIOGRAFÍA

- [1] Temes Montes JL, Mengíbar Torres M. Gestión hospitalaria. 4ª ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2007.
- [2] Asenjo MA et al. Gestión diaria del hospital. 3ª ed. Barcelona: Masson; 2006.
- [3] Errasti F. Principios de gestión sanitaria. Madrid: Díaz de Santos; 1997.
- [4] Rubio Cebrián S. Glosario de planificación economía sanitaria. 2ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 2000.
- [5] Bonilla Martos E. Gestión analítica hospitalaria. En: VVAA. Servicios de enfermería, módulo 3. Curso de Experto en Gestión. UNED: Madrid; 2007.
- [6] Rubio Cebrián S. Economía sanitaria. En: Lamata F. Manual de administración y gestión sanitaria. Madrid: Díaz de Santos; 1998.
- [7] Mompert MP. Administración de servicios de enfermería. 2ª ed. Barcelona. Masson; 2004.
- [8] Lamata Cotanda F. Marketing sanitario. En: Asenjo MA et al. Gestión diaria del hospital. 3ª ed. Barcelona: Masson; 2006.
- [9] OMS. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (10ª revisión). OMS: Ginebra; 2003.
- [10] Barra B. El coste por proceso hospitalario. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 1994.
- [11] Asociación Nacional de Directivos de Enfermería. Gestión del producto enfermero. Madrid: ANDE; 1997.
- [12] CIE. Clasificación Internacional de la Práctica Enfermera (CIPE), versión Beta. Ginebra; 1999.
- [13] Consejo General de Enfermería. Proyecto NIPE. [En línea] [fecha de acceso: 25 de septiembre de 2008]. URL disponible en: [www.nipe.enfermundi.com/serlet/satellite?pagename\\_NIPE](http://www.nipe.enfermundi.com/serlet/satellite?pagename_NIPE).
- [14] Johnson M, Bulechek J, Butcher H, Mc Closkey J. Interrelaciones NANDA, NIC, NOC. Madrid: Elsevier; 2007.
- [15] Segarra Cañamares ML. Imputación de costes. Medical Economics. 24 de noviembre de 2006. [En línea] [fecha de acceso 30 de julio de 2008]. URL disponible en: <http://www.medecoes.com>
- [16] Almazán González S. Gestión analítica, SIGNO II. Gestión de los cuidados de enfermería. En: Mompert MP. Administración de servicios de enfermería. Barcelona: Masson; 2004.
- [17] Subirana Casacuberta M, Solà Arnau I. Instrumentos basados en medidas directas II: SIIPS y SIGNO II. Metas de Enferm 2006; 9(8):50-53.
- [18] Marriner-Tomey A. Guide to nursing management and leadership. 8ª ed. Chicago: Mosby; 2008.
- [19] Real Decreto 29/2000, de 14 de enero, sobre nuevas formas de gestión del Instituto Nacional de Salud (BOE núm. 21, de 25 de enero de 2000).







# UNIDAD III

# 7

## Los sistemas informáticos en la gestión sanitaria

Rosa González Gutiérrez-Solana  
María Paz Mompart García

- Destacar las aportaciones de los sistemas informáticos en las actividades de enfermería.
- Desarrollar esa aportación en los distintos niveles de responsabilidad.
- Subrayar la revolución organizativa que supone el uso de los programas informáticos.
- Analizar las mejoras en la eficiencia, la calidad y la seguridad mediante programas informáticos.



## INTRODUCCIÓN

Este capítulo trata de destacar las aportaciones de los sistemas informáticos en relación con las actividades de la enfermería y, de manera especial, en sus distintos niveles de responsabilidad en la utilización de los recursos técnicos y materiales. Sus reflexiones son de aplicación para las distintas modalidades institucionales de la práctica enfermera, centros de salud, hospitales o centros sociosanitarios aunque, en algunas ocasiones, la insistencia se hace más fuerte sobre los hospitales, en razón de la mayor complejidad de la organización y de los sistemas informáticos con los que la enfermería debe enfrentarse.

## INFORMÁTICA: EFICIENCIA, CALIDAD Y SEGURIDAD

La introducción de los programas informáticos ha revolucionado el sector industrial y el de servicios. Es una revolución acelerada por sus efectos de calidad y productividad y por el recambio constante con nuevos programas más integradores y complejos, más efectivos y decisivos, con sólo un freno, por otra parte comprensible: la actitud y las habilidades de los profesionales adultos tienen una velocidad de adaptación más lenta. Esta relación genera problemas de diversos tipos, sobre todo cuando tiene implicaciones en actitudes, en habilidades, en adquisición y consulta rápida de conocimientos, así como en actividades complejas que implican secuencias y tomas de decisión variables, según los datos y las situaciones. Porque, así como en algunas disciplinas las actividades tratan de ajustarse a las normas, en la práctica de la enfermería hay un doble juego: ajuste a las normas, pero con la flexibilidad necesaria para adecuarse a las necesidades cambiantes, lo que implica tomas de decisión ponderadas con prudencia e inteligencia.

## Los centros sanitarios son empresas de servicios complejas con fines sociales

Los centros de atención sanitaria y el hospital, como su más destacado ejemplo, son de las empresas de servicios más complejas que existen, por distintas razones, entre ellas su alto nivel de empleo, con un elevado porcentaje de titulados medios y superiores, su alta tecnificación, la enorme variación de las secciones y su complejidad específica, la naturaleza delicada de los procesos de producción, distribución y servicios, de información a los usuarios, enfermos y familiares, y por las tareas de renovación de conocimientos y habilidades, en continuo cambio (Ver Imagen 1).



Imagen 1. Página informativa de una división de enfermería. Hospital Universitario, Albacete

Ante tal multitud de actividades que requieren informaciones precisas y confidenciales y que deben integrarse rápidamente para facilitar la toma de decisiones, solamente la informática puede responder como instrumento a tales retos para alcanzar más efectividad, calidad y seguridad.

En estas empresas, la enfermera es protagonista como profesional sanitario con fines específicos, prestando cuidados directos a los enfermos y en diversas funciones relacionadas con su atención (quirófanos, talleres de endoscopias, cateterismo, etc.) y también como gestora en distintos niveles de responsabilidad. En esta doble vertiente, bien como profesional de cuidados o actividades relacionadas, bien en las actividades de gestión en sus diferentes modalidades, la enfermera debe usar la informática para obtener, como los demás profesionales, mayor efectividad, integrar mejor sus registros, evaluar sus prácticas y sus decisiones y explotar finalmente sus resultados para obtener mejores.

## Las enfermeras, agentes de cuidados y dirigentes de la organización

Si se fija la atención en que el colectivo enfermero (enfermeras y auxiliares de enfermería) constituye el 53% del personal de un hospital y el 74% del personal sanitario y que está en todas las áreas en las que se atienden enfermos, es evidente que la enfermera, por su cualificación y función en relación a los enfermos, a los otros profesionales y a los otros servicios de apoyo no puede estar al margen de una intensa utilización de todo tipo de herramientas informáticas.

La informática ha irrumpido, como en las demás profesiones, en la práctica de la profesión enfermera y ha provocado un cambio sustancial, aunque en distintas etapas de desarrollo. Los cuidados de enfermería no han cambiado en sus aspectos teóricos y prácticos más fundamentales, sigue siendo la misma profesión de aquellas precursoras que cimentaron sus bases. Pero también ha cambiado porque otros aspectos, relacionados con el número y tipo de enfermos y con la complejidad social e institucional de los sistemas sanitarios, han transformado cuantitativa y cualitativamente la demanda de cuidados y han exigido un aumento de calidad y eficiencia. En este cambio, los programas informáticos han inaugurado una nueva época porque afectan a los cuidados propios de la práctica profesional de la enfermería (planes de cuidados, utilización de estándares, protocolos, normas, procedimientos).

Además, también tiene implicaciones en los aspectos y actividades relacionados con la coordinación o con la gestión sanitaria. Una parte de los profesionales de enfermería ocupa puestos de responsabilidad directiva como responsables de unidades o como directivos de mayor rango en el hospital. Su implicación gestora en la responsabilidad del empleo de recursos humanos, técnicos, económicos y organizativos es muy intensa, de modo que su capacitación y utilización de los programas informáticos operativos para obtener datos y tomar decisiones con conocimiento es una necesidad ineludible (Ver Imagen 2).

## La sistematización internacional en enfermería

Uno de los desarrollos más importantes de las profesiones es su validez universal o su inteligibilidad internacional necesarias para el intercambio de experiencias y

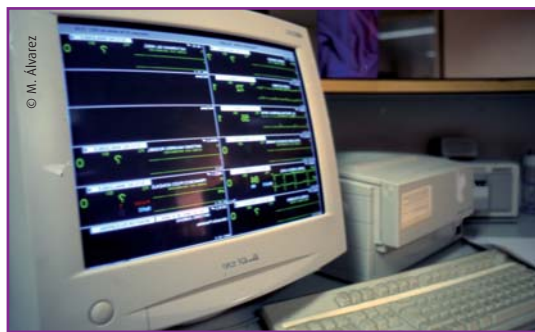


Imagen 2. Las organizaciones sanitarias se dotan de programas específicos para las actividades de gestión

el entendimiento y la investigación compartida. La enfermería ha tenido, y sigue teniendo, un desarrollo notable en los diagnósticos de enfermería, siguiendo la labor pionera de la Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería (*North American Nursing Diagnosis Association -NANDA-*), que en España desarrolla la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE) y también con los sistemas de clasificación de procedimientos de enfermería (*Nursing Interventions Classification -NIC-*) y la clasificación de criterios de resultado (*Nursing Outcomes Classification -NOC-*) [1], que en España intenta desarrollar el Proyecto NIPE (Normalización de las Intervenciones para la Práctica de la Enfermería) que pretende normalizar la práctica de la profesión en el Sistema Nacional de Salud desde dos coordenadas:

- La normalización de las intervenciones de enfermería.
- La identificación de las intervenciones enfermeras por cada grupo relacionado por el diagnóstico (GRD) objeto de estudio.

Todas estas sistematizaciones internacionales y nacionales, que fortalecen el desarrollo de la profesión desde numerosos puntos de vista, serían imposibles sin la ayuda de los sistemas informáticos, que permiten estandarizar, protocolizar y denominar con precisión todos los diagnósticos de enfermería, las actividades, los procedimientos y su evaluación cualitativa y cuantitativa.

## Las actividades enfermeras se ampliarán en el futuro

Los cuidados de enfermería se ampliarán y se diversificarán cada vez más porque las necesidades sanitarias y sociales serán cada vez mayores, para mayor número de personas en todo el mundo y en este país. La atención primaria y especializada, así como la atención socio-sanitaria, reclaman más profesionales competentes para



obtener más y mejor calidad de vida. Esto conllevará relaciones más ágiles entre profesionales y entre niveles asistenciales. Y a mayor número y diversificación de actividades y mayor complejidad de los sistemas institucionales, mayor necesidad de integración de los datos dispersos, que sólo podrán proporcionar, con un mínimo de burocracia, los sistemas informáticos en beneficio de la atención personalizada a los enfermos.

### **La función hace al órgano: de mero instrumento a cambios de relevancia**

Los sistemas informáticos no son, en primera instancia, más que meros instrumentos que facilitan las operaciones y la toma de decisiones con la integración de los datos. Pero su propia función instrumental conlleva un cambio tal de habilidades, una adquisición de conocimientos tan veloz y permite una actitud interrogativa tan apremiante, que provoca, y provocará aún más en el futuro, un verdadero cambio de actitudes y de maneras de pensar. Es decir, tendrá consecuencias teóricas y prácticas que se pueden atisbar, pero que están todavía por desarrollarse.

### **La competencia técnica y social para hacer gestión sanitaria**

La enfermería, como la medicina, son profesiones que requieren el aprendizaje de competencias científico-técnicas y de relación social y, por lo tanto, constituyen una cantera especialmente preparada para enfrentarse también a los retos de gestión sanitaria, que reclaman una fuerte capacitación técnica sobre la complejidad de los procesos y una intensa sensibilidad social respecto a las implicaciones para los usuarios, enfermos y profesionales.

Esa preparación específica para la gestión sanitaria en sus distintas formas debe ser asumida por aquellos profesionales de enfermería que se muestren decididos a implicarse en ella. Y deben hacerlo con el convencimiento de que hoy los campos de administración y gestión requieren sus mejores actitudes y capacidades para el liderazgo entre los profesionales y para el uso ágil de los sistemas informáticos, que les proporcionarán la información necesaria para tomar decisiones sabias.

## **La enfermera como cuidadora de enfermos**

La experiencia, los intentos fracasados, demostraron que de forma manuscrita es imposible registrar todo lo que hacen las enfermeras y planificar los cuidados que

deben hacerse para cada enfermo. La continuidad de los cuidados, que precisa de un método y una documentación fielmente compartida, es la única garantía de conseguir la mejora continua. La informática fue la herramienta que dio el impulso y que hizo viable esta continuidad y esta realización de planes de cuidados.

La mera elaboración de planes de cuidados, según cualquiera de los modelos existentes, requiere de la ayuda informática para asegurar la continuidad de la atención, revisar los registros, facilitar las anotaciones de incidencias y dar coherencia a la línea de cuidados a los enfermos por diferentes profesionales (Ver Imagen 3). Pero la complejidad de las instituciones sanitarias hoy, en cualquiera de sus modalidades, reclama una integración progresiva de la información, tanto entre los diferentes servicios del mismo hospital como entre servicios de diversos centros o niveles asistenciales. Los informes de enfermería y, en un futuro próximo, la posibilidad de un acceso a la información desde los distintos centros mediante claves de confidencialidad, permitirán que los profesionales puedan tener una información de la que ahora carecen, lo que les facilitará la



**Imagen 3.** La elaboración, ejecución y evaluación de planes de cuidados es más efectiva gracias a la informática

toma correcta de decisiones. De modo que, en los mismos aspectos de los cuidados, los programas informáticos contribuyen, y contribuirán aún más en el futuro, a una revolución organizativa que favorecerá la mejor atención a los enfermos.

### Una revolución organizativa de la informática

Esta revolución organizativa podría esquematizarse en tres grandes objetivos:

- El aumento de la efectividad.
- El aumento de la calidad.
- El aumento de la seguridad.

El aumento de la efectividad y su relación con el coste (eficiencia) se ha probado en todo tipo de industrias y empresas de servicios, y ya se ha demostrado en prácticamente todos los ámbitos de la misma administración y gestión sanitarias. Lo que aparece como una novedad, todavía emergente y escasamente desarrollada, es la aplicación de programas informáticos a tareas que conforman los aspectos más intrínsecos de la práctica profesional. En casi todos los ámbitos, los programas informáticos no tienen rival en las tareas de administración y gestión clásicas. Pero su introducción en las tareas de información, ejecución y ayuda a la toma de decisiones profesionales es todavía incipiente debido a su complejidad. El mundo de la educación, el mundo del derecho y el mundo sanitario están todavía desprovistos de las herramientas informáticas que facilitarán las tareas de enseñanza-aprendizaje, el acotamiento y ayuda en las diversas problemáticas de las distintas ramas jurídicas, y las tareas de diagnóstico y tratamiento en medicina o de cuidados en enfermería. Las herramientas informáticas son ya una realidad, aunque a medio desarrollar, en la asistencia sanitaria (Ver Imagen 4).

En enfermería ya se dispone de programas informáticos que facilitan la elaboración, ejecución y evaluación de planes de cuidados. Además, los datos acumulados en bases sirven para facilitar la investigación sobre la efectividad de los cuidados, ya que permiten conocer la situación y formular objetivos de mejora sobre la base objetiva de cientos y miles de enfermos atendidos. De una manera parecida, pero con menor desarrollo, en medicina también se están introduciendo programas que tratan de facilitar la información instantánea, tanto a través de las grandes bases de datos bibliográficas (MEDLINE, EMBASE, etc.) como de programas más avanzados, basados en la combinación de esas bases de datos con criterios facilitadores de uso de Medicina Basada en la Evidencia (EBM, en sus más conocidas

siglas en inglés) (*Up-to-date, Evidence-on-line, Update, etc.*). Pero todavía en medicina se carece de sistemas bien aceptados que favorezcan el trabajo en sus pasos habituales (historia clínica, exploración, planteamientos por problemas, etc.), en contraposición con el desarrollo y las implicaciones que ya se han logrado con notable éxito en algunos programas de ayuda a los planes de cuidados.

Pero no tardarán en desarrollarse mejor los existentes, porque en ellos están implícitos los mismos retos: mayor efectividad, mayor calidad y mayor seguridad para los enfermos. De la misma manera, el aumento de la calidad debida a la ayuda informática es ya una realidad reconocida en todos los ámbitos de la actividad industrial y de servicios. Los programas informáticos aportan precisión, exactitud, diversas garantías de los procedimientos a seguir, de las indicaciones, etc. Además, tienden a homogeneizar de forma positiva las prácticas más rutinarias y a evitar los despistes y errores humanos.

En el aumento de la seguridad de las prácticas profesionales, los programas informáticos en asistencia sanitaria también son muy importantes, aunque aún no están lo suficientemente extendidos. Tanto en el manejo de la medicación como en los procedimientos quirúrgicos y en otras prácticas técnicamente protocolizadas, en las que están implicadas las enfermeras, la seguridad es un objetivo primordial de esta revolución organizativa. Reducir los errores humanos y los despistes debe ser uno de los objetivos centrales, que se conseguirán más eficazmente con mayores mejoras en los sistemas (entre las que destacan por su facilidad y versatilidad los sistemas informáticos) más que por la insistencia en

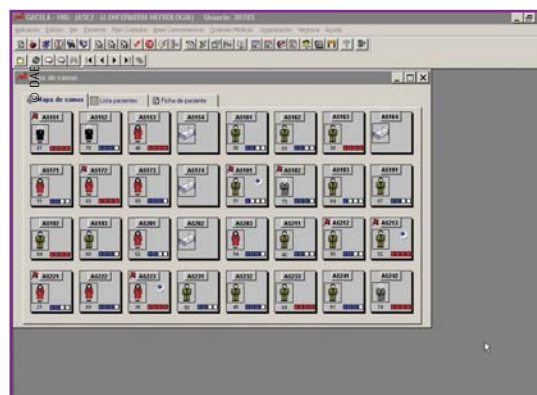


Imagen 4. Ventana sobre gestión de camas en una unidad de hospitalización. Programa Gacela. Hospital Juan Canalejo, La Coruña





la capacitación y en el reconocimiento de los errores por parte de los profesionales, aunque ambas líneas son importantes e indispensables.

Los sistemas y programas informáticos permiten mayor confidencialidad, aunque los riesgos son también numerosos. Con distintas normas y claves de acceso, tanto más complejas y con más requisitos cuanto más delicada sea la información, los programas informáticos pueden detectar quién y desde dónde se hizo una consulta o se hizo una intervención, algo que conlleva responsabilidad civil y penal. Todas las empresas de programas informáticos están empeñadas en conseguir que la información tenga esas cautelas de acceso. Pero además hoy resulta un imperativo legal en todos los países, entre ellos España, donde se regula por medio de la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal [2].

### LOS SISTEMAS INFORMÁTICOS Y EL TRABAJO PROFESIONAL: LAS DIFICULTADES

---

Como en toda revolución organizativa, con la realización de planes de cuidados por medio de ayuda informática implantados en diversos hospitales españoles han surgido dificultades que, muy probablemente, serán similares en todos los centros. En primer lugar, las resistencias y los miedos. Se demostró que éstos eran más una respuesta ante las nuevas formas de trabajo y la realización programada de los cuidados que ante los propios programas informáticos, que aparecían como el pretexto de la resistencia de una forma muy curiosa: las enfermeras afirmaban, en un principio, que el trabajo ante el ordenador absorbía mucho tiempo, y que este tiempo se les restaba a los enfermos. Este enmascaramiento sutil de la verdadera resistencia se ha ido superando con la adquisición de las habilidades necesarias y la voluntad de cambio, pero aún se manifiesta en algunos profesionales. También las dificultades surgen de la sensación que tiene un gran número de profesionales de no dominar los programas informáticos. Pero la experiencia ya ha demostrado que la mayoría aprende pronto y, cuando tienen una cierta habilidad, alcanzan excelentes resultados.

Por último, los retos de la teoría y la práctica de la enfermería: saber o no saber qué hay que proporcionar a los enfermos. Ésta es, realmente, la mayor dificultad. Porque la ayuda informática pone a veces en evidencia que los modelos teóricos de cuidados se aplican pocas

veces y, en la práctica tradicional de las instituciones, las enfermeras están más pendientes, como se sabe, de las funciones delegadas y de la ejecución de tareas que de la valoración y la programación de los cuidados. Ante la fuerza de la costumbre y la presión de la institución (médicos), no es extraño que la orientación de la teoría y de la práctica de la enfermería sea otra, constituida en normalidad. La realización hoy de lo que se debe hacer, que no estaba reconocido y normalizado (valoración y cuidados de los enfermos) presenta dificultades, sobre todo a las profesionales habituadas a las formas de trabajo tradicional. Un cambio fuerte de orientación y de actitud supone una dificultad, pero también presenta un futuro interesante y apasionante para la profesión.

### Calidad y seguridad en la administración de medicamentos con ayuda informática

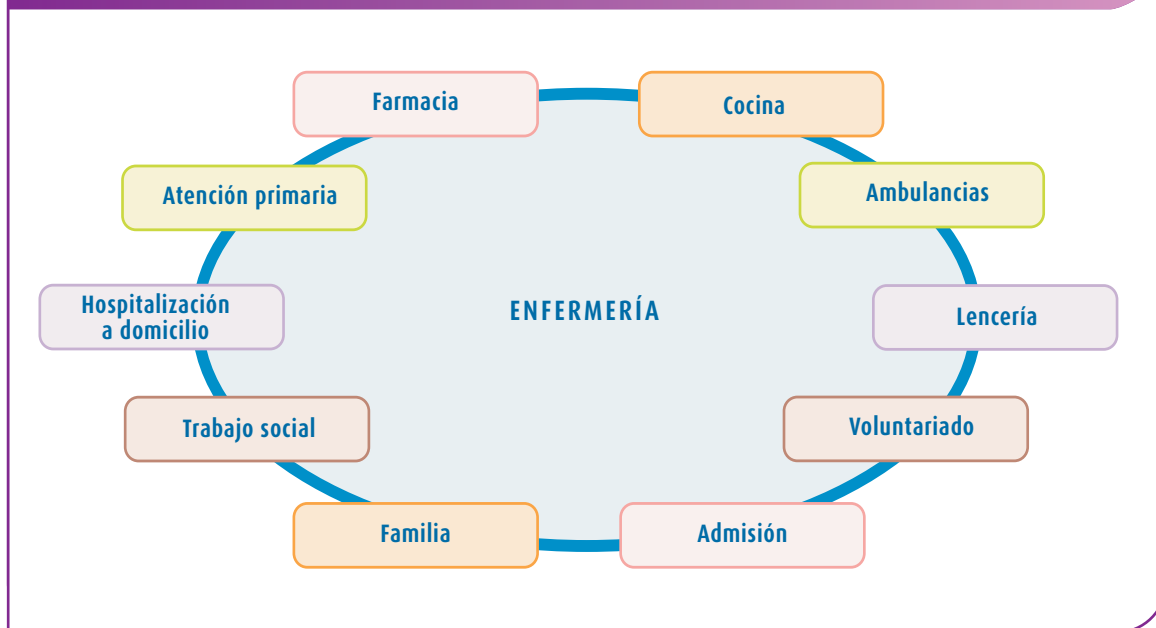
Uno de los aspectos más destacados en el trabajo de los cuidados, pero también en la gestión del trabajo de la enfermera es el uso de los programas informáticos en relación con la prescripción médica y la farmacia. La conveniencia de los programas informáticos que regulan todos los aspectos del uso de la medicación está ya fuera de discusión, ya que garantizan diversas mejoras de calidad, seguridad y eficiencia, más precisas y más globales, en la relación entre los médicos, los farmacéuticos y las enfermeras. Se delimitan con más precisión las responsabilidades de cada profesional, se gestionan mejor tanto la prescripción como la dispensación y la administración de los medicamentos e, igualmente, se obtienen beneficios incuestionables para los profesionales, para la institución y para los enfermos.

### LA ENFERMERÍA COMO COORDINADORA DE LA UNIDAD

---

Además de realizar la actividad específica de la profesión, es decir, los cuidados a los enfermos y todas las acciones derivadas de ello, la enfermería asume otras actividades relacionadas con esa atención aunque de forma secundaria: son las actividades organizativas que permiten la consecución o el abastecimiento de los recursos necesarios para una mejor atención [3]. Son las relaciones con el almacén, la farmacia, la cocina, los servicios de celadores, ambulancias, trámites de llamadas a los servicios centrales, la gestión de los turnos y la cobertura de vacantes o bajas, la relación con la enfermería de otras unidades o centros, el traslado a centros sociosanitarios, etc. (Ver Cuadro 1).

Cuadro 1. Coordinación de actividades con incidencia directa sobre los enfermos



En estas tareas de coordinación, en las que las enfermeras tienen un papel central, los sistemas informáticos son indispensables. Cuando no se dispone de estos sistemas se produce un notable gasto de tiempo y de personal que en los últimos años se ha demostrado ya como inaceptable. El recurso más asequible desde hace años es el teléfono, pero este recurso, que sigue siendo indispensable, no cubre ya las necesidades organizativas ni garantiza la ausencia de equívocos. En los hospitales, la relación con la farmacia, con la dietética y la cocina y con el almacén de suministros de material ha cambiado en los últimos años, con procedimientos y eficacia variables según las comunidades autónomas y los centros. Este desarrollo desigual puede constituir un estímulo de emulación para los más retrasados. En casi todos los casos de mejora han influido más los cambios tecnológicos derivados de la informática que los cambios organizativos utilizando antiguos recursos.

#### La coordinación y la relación con la farmacia

La relación con la farmacia y, en definitiva, todo lo que implica el manejo de los medicamentos ha experimentado cambios espectaculares gracias a los programas informáticos. Las razones de este cambio se deben a las tres características más requeridas y destacadas en los servicios sanitarios modernos: la eficiencia, la calidad y la seguridad. Desde los sistemas de unidosis a las distintas alertas sobre las dosis y las interacciones entre medicamentos, desde los cambios en las formas de

prescripción por los médicos a las normas de dispensación y administración final por las enfermeras; todos los procesos están hoy llamados a estar bajo el control riguroso de los programas informáticos, que obligan, alertan, informan o recomiendan las prácticas más adecuadas para garantizar la calidad y la seguridad en el uso de los medicamentos.

La relación organizativa con la farmacia ya la hacen las enfermeras en muchos centros a través de programas informáticos que facilitan el envío y la recepción de los medicamentos y las instrucciones de administración técnica y horaria previamente acordadas.

#### La relación con los almacenes de material fungible o de ropa

De una forma parecida, también se han producido cambios organizativos debido a la informática en la relación con los almacenes de suministro de material fungible o con el almacén de ropa. O ya se han dado, o bien se está en vías de cambio para asegurar un suministro adecuado, sea mediante *stocks* seleccionados y acordados (los denominados pactos de consumo), sea mediante un servicio continuo de 24 h basado en el uso y las necesidades de las unidades de enfermería. Ese movimiento de petición y entrega, así como los consumos y sus variaciones se registran y expresan, cuando se explotan esos datos por medios informáticos, la evolución de los parámetros de eficiencia y calidad.



### La relación con la unidad de dietética y la cocina

La relación con las dietistas o con la cocina también ha mejorado o está en vías de mejora en casi todos los centros hospitalarios o sociosanitarios. A pesar de la complejidad de las distintas dietas, que deben adaptarse a las necesidades o conveniencias personales de cientos de enfermos atendidos, la organización basada en los sistemas informáticos se ha hecho progresivamente más eficaz y muestra una mayor calidad en las comidas y los servicios de hostelería culinaria.

Esta organización tan compleja y diversificada de dietas e ingredientes, capaz de suministrar una dieta técnicamente adecuada para la salud y satisfactoria para los enfermos, sólo es posible mediante el uso de programas informáticos que permitan a las enfermeras solicitar un tipo de dieta y a la dietista y a la cocina suministrarla con una estricta efectividad. Al hacer estas demandas mediante el uso de programas informáticos a los servicios de intendencia de apoyo a los enfermos, las enfermeras ganan tiempo, efectividad, calidad y seguridad, y pueden usar la tecnología hoy disponible para realizar mejor los cuidados o tareas complementarias a los enfermos.

### La relación con otras unidades, centros y niveles asistenciales

Las tareas tan diversas de coordinación que debe ejecutar la enfermería conllevan una progresiva informatización. Algunas de ellas son de gran importancia porque las actividades que las acompañan suponen gastos e indican la efectividad de las organizaciones complejas (p. ej.: ambulancias y sus tiempos de llamada y de ejecución). Además, otras tareas son también importantes porque suponen relaciones complejas extraordinarias que la organización debe controlar para el conocimiento de su nivel de integración y efectividad (p. ej.: la conexión con otros centros para la realización de pruebas especiales, con los centros de atención primaria o sociosanitarios).

## LA ENFERMERÍA COMO DIRIGENTE EN LAS INSTITUCIONES SANITARIAS

Después de comentar las implicaciones de la informática en el trabajo de enfermería en los cuidados a los enfermos y en los trabajos de coordinación realizados por las supervisoras o por las mismas enfermeras que hacen los cuidados, este apartado trata de destacar la importancia de los programas informáticos en las tareas

de mayor responsabilidad en la administración y gestión sanitarias.

## La información y la toma de decisiones

En la asistencia sanitaria es indispensable, cada vez más, informaciones precisas de funcionamiento y gestión para la asignación de recursos o para prever las necesidades de actuación. Todas las organizaciones, cualquiera que sea su magnitud o su complejidad, requieren unos sistemas de información minuciosos que integren las bases de datos propias, las bases de datos documentales internacionales o las ayudas de información disponibles en las propias *intranets* o en Internet. Tales informaciones no están establecidas previamente, sino que, según sean los problemas, así serán las necesidades cambiantes respecto a los lugares de búsqueda de información, porque en las decisiones de gestión sanitaria predominan las tomas de decisiones adaptadas a los problemas que surgen, no a problemas que se repiten de forma estereotipada. En cualquiera de sus formas, la toma de decisiones correctas o prudentes sólo es posible si están bien informadas y fundamentadas. Esto, en el mundo actual, únicamente es posible mediante el uso de programas de ayuda informática.

## La gestión del personal: turnos, vacaciones y bajas laborales

Los sistemas informáticos son decisivos para la administración y gestión de un tema delicado en los centros sanitarios, los turnos de trabajo y la relación y cuenta de bajas, días libres y vacaciones. Hay distintos procedimientos tradicionales para su elaboración y ejecución. Pero los programas informáticos diseñados para tratar estos problemas representan una notable mejora de gestión porque aumentan la eficiencia, la transparencia y la comprensión por parte de todos. Los cálculos de días libres, vacaciones y bajas quedan claros y con ellos se evitan malestares e incomprensiones entre directivos y personal de enfermería. Una de sus virtualidades más importantes es la de descargar en las supervisoras o coordinadoras de cuidados la gestión de personal, dentro de ciertos límites, lo que permite centrar las actividades directivas en los problemas de organización, funcionamiento y resultados con la aspiración fundamental de estimular a los profesionales y mejorar la atención a los usuarios.

## CAMBIO INFORMÁTICO EN ORGANIZACIONES COMPLEJAS

Como se ha señalado al inicio de este capítulo, los programas informáticos son variados y, sobre todo, no sólo son de uso técnico-administrativo, sino que también son programas de ayuda para la práctica, de gran ayuda para la toma de decisiones. La implantación de programas informáticos en una profesión es una cuestión compleja y llena de dificultades de aceptación y resistencia, porque parecen más inefectivos que la práctica usual hasta su dominio. En los centros sanitarios, la utilidad de los programas informáticos se ve limitada por la dificultad del cambio de actitudes y habilidades de todas y cada una de las personas implicadas, porque cuando una organización es múltiple y se producen cambios informáticos, todos y cada uno de los profesionales deben modificar sus hábitos, lo que a veces se traduce en una adaptación en principio problemática. La razón es que las rutinas de trabajo no son fáciles de cambiar y la respuesta inicial, además de reflejar impotencia, es la de tratar de racionalizar las ventajas de formas tradicionales de trabajo frente a los nuevos modos, una ficción que se desvanece cuando se experimenta y se alcanza un cierto dominio de los nuevos instrumentos. Hasta entonces, la transición no permite obtener los frutos de eficiencia y calidad que se preveían, pero cuando se consiguen el pasado parece contarse en siglos.

## La información agregada que proporcionan los planes de cuidados: la investigación sobre las bases de datos

Uno de los grandes avances que suponen los programas es la posibilidad de elaborar grandes bases de datos con los registros y resultados de la práctica cotidiana. De tal modo que, posteriormente, se pueden obtener relaciones cruzadas entre los distintos datos y postular cambios relevantes en el conocimiento y el funcionamiento de las organizaciones. En esto se fundamenta la denominada investigación sobre las bases de datos [4], que consiste en la investigación sobre la base de los datos de la práctica y, por lo tanto, se constituyen en investigaciones de efectividad (la eficacia en condiciones de las prácticas habituales) que tienen la ventaja sobre los ensayos clínicos de haberse realizado sobre datos de condiciones reales, no su sujeción a las condiciones experimentales propias de los ensayos clínicos, definidos como estudios de eficacia, uno de cuyos problemas

es la validez externa y su cuestionable extrapolación de resultados (Ver Imagen 5a, 5b y 5c).

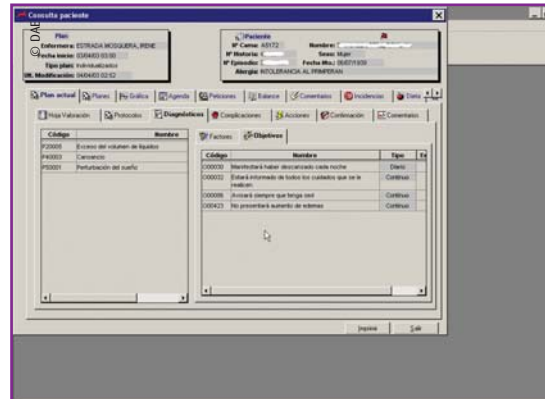


Imagen 5a. Ventana de diagnósticos y objetivos de cuidados

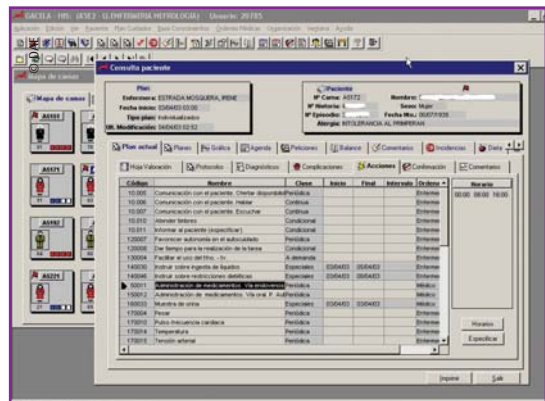


Imagen 5b. Ventana de tipos de cuidados

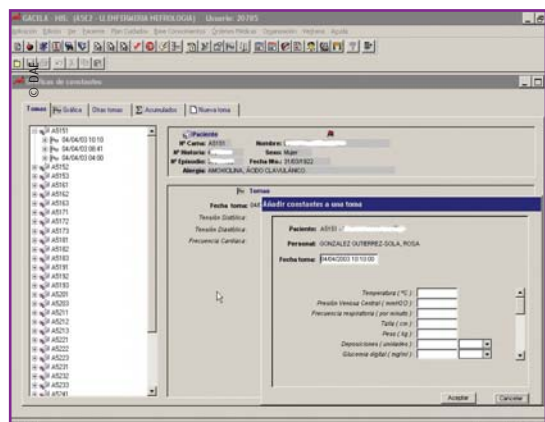


Imagen 5c. Ventana de gráficos de constantes. Programa Gacela. Hospital Juan Canalejo, La Coruña



### **Los sistemas informáticos proporcionan datos de estructura, procesos y resultados**

Prácticamente todos los centros disponen, de algún modo, de cuadros de registro de actividades que permiten conocer los movimientos básicos del centro. En los hospitales, centros de salud o centros sociosanitarios las unidades de enfermería conocen habitualmente sus datos globales de actividad. Sólo los avances tecnológicos de los últimos años han permitido a los dirigentes de los centros conocer las necesidades y asignar más sabiamente los recursos.

Pero no es suficiente. Aunque estos datos permiten conocer la situación y realizar una evaluación de la asignación global de recursos, son aún insuficientes para hacer una evaluación más detallada de la eficiencia y la calidad de las actividades o unidades que generan el gasto y que proporcionan la atención final.

Cada vez más, la aspiración de todos los responsables de gestión médica o de enfermería es conocer datos más desagregados, tanto para la mejora de la evaluación del empleo de recursos (personales y materiales) y de los tiempos (gestión de personal y turnos de trabajo) como para la evaluación de los distintos procesos según criterios de calidad, no solamente por temas o actividades específicas sino también por servicios y unidades.

Se trata de obtener resultados finales que satisfagan las expectativas o proporcionen las orientaciones necesarias para aplicar los cambios precisos. Cuanta más desagrega-

ción y posibilidades de entrecruzamiento de datos exista, mayor será la comprensión de las posibilidades de mejora de eficiencia y calidad y, por tanto, de la satisfacción de los enfermos y los profesionales.

## **LA SEGURIDAD EN EL SISTEMA SANITARIO**

---

Evitar los errores no es una tarea sólo de la preparación profesional, sino también de la organización de los sistemas. Los errores en la asistencia sanitaria son importantes [5], pero su causalidad no se relaciona fundamentalmente con el desconocimiento o la impericia, sino con los descuidos por acción u omisión. Por esto, es muy importante la reflexión de que son los sistemas y los procedimientos los que deben mejorarse para evitar los errores. En un informe del Instituto de Medicina de EEUU se subrayaban cuatro puntos centrales [6]:

- El problema de los daños accidentales es serio.
- La causa no es, generalmente, el fallo de la gente, sino el error de los sistemas.
- Se necesitan rediseñar los sistemas.
- La seguridad de los enfermos debe convertirse en una prioridad nacional.

Los sistemas informáticos son hoy el centro de la atención porque obligan a seguir unas pautas de seguridad y garantía, con la intención de resolver su vulneración por los profesionales, si bien de forma azarosa pero con grandes consecuencias para los enfermos.



## RESUMEN

- En el momento actual de desarrollo de la gestión de los servicios sanitarios, los sistemas informáticos son imprescindibles en todas las actividades: en el manejo de la información de los pacientes y usuarios, en cuestiones de suministros y costes, para los profesionales y para los procesos asistenciales.
- De una forma específica, son destacables los cambios que se están produciendo en la elaboración de planes de cuidados con ayuda informática, y sus beneficiosas consecuencias para los enfermos.
- Para la gestión del cuidado que llevan a cabo las enfermeras, los sistemas informáticos resultan de gran apoyo en las tareas de coordinación entre unidades y para solucionar diversos aspectos y problemas relacionados con los enfermos.
- Igualmente, los programas informáticos facilitan a los directivos de enfermería los conocimientos precisos de la situación del centro y de las unidades, de los procesos y los resultados, lo que permite una toma de decisiones bien fundada.
- Los programas informáticos ayudan, finalmente, a mejorar las grandes cualidades de las empresas públicas modernas: una mayor efectividad y eficiencia, una mayor calidad y una mayor seguridad dentro de un marco legal que asegure la confidencialidad de los importantes datos que se manejan en el entorno de la gestión de servicios de salud.



## BIBLIOGRAFÍA

- [1] Benavent MA, Ferrer E, Francisco C. Fundamentos de Enfermería. 2ª ed. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE); 2009.
- [2] Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. (BOE núm. 298, de 14 de diciembre de 1999).
- [3] Barreiro Bello JM, González Gutiérrez-Solana R. La implantación de metodología enfermera en el hospital. Arch Memoria 2004. [En línea] [fecha de acceso 15 de septiembre de 2008]. URL disponible en <http://www.index-f.com/memoria/anuario1/sumario.php>
- [4] Sacristán JA, Soto J, Galende I. Evaluación de la afectividad mediante asignación aleatoria utilizando bases de datos: ¿evidencia basada en la medicina? Med Clin 1998; 111:623-627.
- [5] Institute of Medicine. To err is human: building a safer health system. Washington DC: National Academy Press; 2000.
- [6] Leape L, Epstein AM, Hamel MB. A series on patient safety. N Engl J Med 2002; 347:1272-1274.

# 8

## Evaluación y control en los servicios sanitarios

María Paz Mompart García  
Marta Durán Escibano

- Definir el concepto de evaluación o control en el proceso de la administración.
- Analizar las características de la evaluación, así como las circunstancias en las que se desarrolla.
- Describir las posibles técnicas de evaluación en los servicios de salud y de cuidados enfermeros.
- Plantear alternativas de acción para un mejor control y evaluación de los cuidados.



## INTRODUCCIÓN

---

El proceso administrativo concluye habitualmente con la comprobación de los resultados obtenidos. Ello supone una reflexión interna, que lleva a la organización a observar cuánto de lo planificado se ha obtenido realmente, y una visión externa, ya que la evaluación es la constatación (o no) de que lo realizado ha producido los resultados esperados. Esta doble visión es la que da importancia a la evaluación como parte del proceso administrativo y la que motiva actualmente a las organizaciones para el establecimiento de rigurosos sistemas de evaluación y control, que no solamente informen a la propia empresa de sus resultados, sino que sirvan para presentar hacia el exterior (los usuarios, los financiadores, los políticos) de una manera clara y demostrativa la adecuada ejecución de los planes, lo que significa, en definitiva, confirmar que el coste producido ha reportado los beneficios previstos.

Así pues, en este capítulo se va a abordar la evaluación o control, tanto desde los aspectos internos (medios y técnicas de evaluación) como de los externos (presentación de resultados al exterior), dejando para el capítulo siguiente el desarrollo de algunas cuestiones capitales de la evaluación.

---

### CONCEPTO Y FINALIDAD DE LA EVALUACIÓN

---

Frecuentemente, las palabras control y evaluación se emplean en el proceso administrativo y en las técnicas de gestión para designar un mismo concepto, que para algunos representa el final de la acción y para otros unas acciones continuas a lo largo de todo el proceso. Dado que se ha planteado repetidamente a lo largo de todo el libro una idea del proceso de la gestión administrativa como un todo coherente e interrelacionado en sus diferentes etapas, el control o evaluación ha de ser también contemplado como un elemento activo dentro del total de las acciones administrativas.

Por ello, tanto más importante que la definición del concepto es la reflexión sobre su finalidad, ya que, en ocasiones, el control o la evaluación se constituyen como acciones finales que no reportan otros beneficios para la organización que su propia ejecución, siendo un fin en sí mismas y no un elemento de constante mejora. Si bien pudiera, en sentido estricto, darse alguna diferencia semántica entre ambos conceptos, se va a emplear los términos control y evaluación como sinónimos. Así, de forma general, la evaluación se define como *“la acción de comparar y de emitir un juicio de valor, utilizando criterios”* [1]. Sin embargo, otras definiciones ponen el énfasis en la utilidad de lo evaluado, de tal manera que describen la evaluación como el proceso por el que se juzga el valor o utilidad de una cosa.

Desde el punto de vista de los servicios sanitarios se desarrollan a continuación varias definiciones, que ser-

virán de orientación sobre la finalidad y las particularidades de la evaluación en el ámbito de los cuidados de la salud:

- *“Es el proceso que permite observar y registrar el desarrollo de la ejecución de los programas, a fin de mantener una comparación entre lo planificado y lo ejecutado para aplicar, si fuera necesario, medidas correctoras”* [2].
- *“Proceso que intenta determinar de una manera sistemática y objetiva la relevancia, efectividad o impacto de determinadas actividades, a la luz de sus objetivos”* [3].
- *“Un procedimiento científico y sistemático encaminado a determinar la medida en la cual una acción o un conjunto de actividades alcanzan con éxito los objetivos establecidos previamente”* [4].
- *“Investigación científica de formas alternativas de proveer la atención sanitaria”* [5].

Como ya se ha mencionado, algunos autores diferencian entre los términos evaluación y control; al primero le dan un sentido de continuidad y valoración, tanto de la situación existente como de los resultados que se consiguen, así como de las circunstancias ocurridas, mientras al segundo le conceden un matiz de finalidad, de trabajo o proceso concluido y de garantía del proceso. Sin embargo, en este capítulo se emplearán como sinónimos, toda vez que se centra en una idea de globalidad del control (o de la evaluación), es decir, se entiende que esta función administrativa está presente, de diversas maneras, a lo largo de todo el proceso. De las definiciones descritas se puede extraer la principal fina-



lidad de la evaluación: obtener una orientación para la mejora. En efecto, la evaluación sólo es útil si conduce a acciones que permitan mejorar la acción o el proceso en su conjunto. Aunque, en ocasiones, los enfoques de la evaluación tienden a enfatizar la comprobación de los resultados obtenidos, debe resaltarse que toda acción de control ha de orientar hacia una mejora posible, ya sea para incrementar lo obtenido, caso de haberse cumplido todos los objetivos, ya sea para introducir modificaciones si los resultados conseguidos no son los esperados (Ver Cuadro 1).

Por otro lado, es evidente que en el momento actual los servicios sanitarios producen una ingente cantidad de actuaciones que, en algunas ocasiones, no han demostrado su adecuación y eficacia si se tienen en cuenta tanto los resultados producidos como su coste. Por ello, otra de las finalidades de la evaluación es justamente la de proporcionar información previa a la toma de decisiones en algunos campos de la atención, ya sea para planificar alguna actividad como para determinar la pertinencia de las acciones o procesos asistenciales que se realizan, es decir, distinguir las actuaciones oportunas y eficaces de las que no lo son y asegurarse, en consecuencia, que se llevan a cabo las más apropiadas, tanto para la situación del usuario como para la organización y sus profesionales [6].

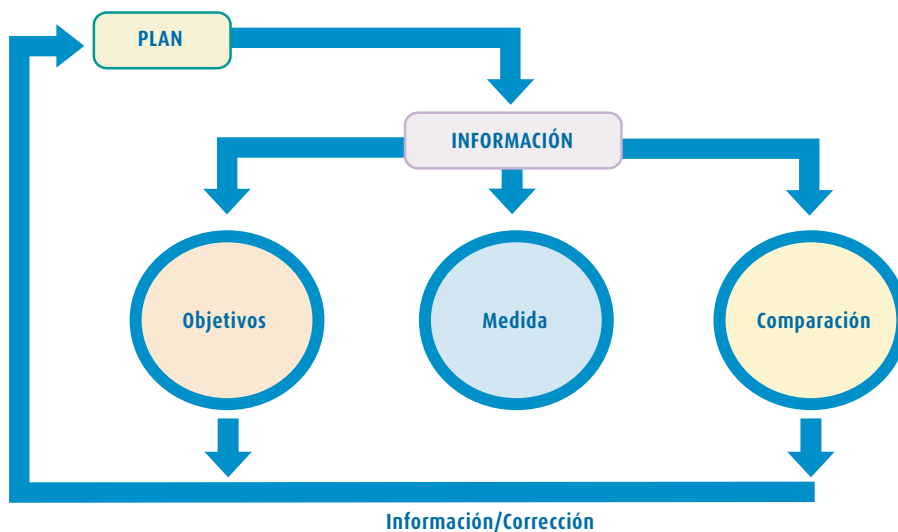
Esta inadecuación de las acciones se produce cuando los probables beneficios para el usuario o cliente no

superan los riesgos presentes en la intervención a realizar, lo que se puede dar por algunos de estos motivos:

- Resulta innecesaria: el resultado u objetivo se puede conseguir por otros métodos más sencillos o económicos.
- No es útil: cuando la situación en que se encuentra el paciente o usuario hace evidente que no va a responder al tratamiento o acción terapéutica emprendida.
- Presenta riesgos más patentes que los posibles beneficios: es decir, el resultado es incierto.
- Se considera inclemente: puede llevar al paciente a sufrimientos prolongados, con su calidad de vida y dignidad disminuidas palpablemente.
- No tiene visos de sensatez y prudencia distributiva: emplea medios que serían necesarios en otros ámbitos de mejores resultados o de más importancia.

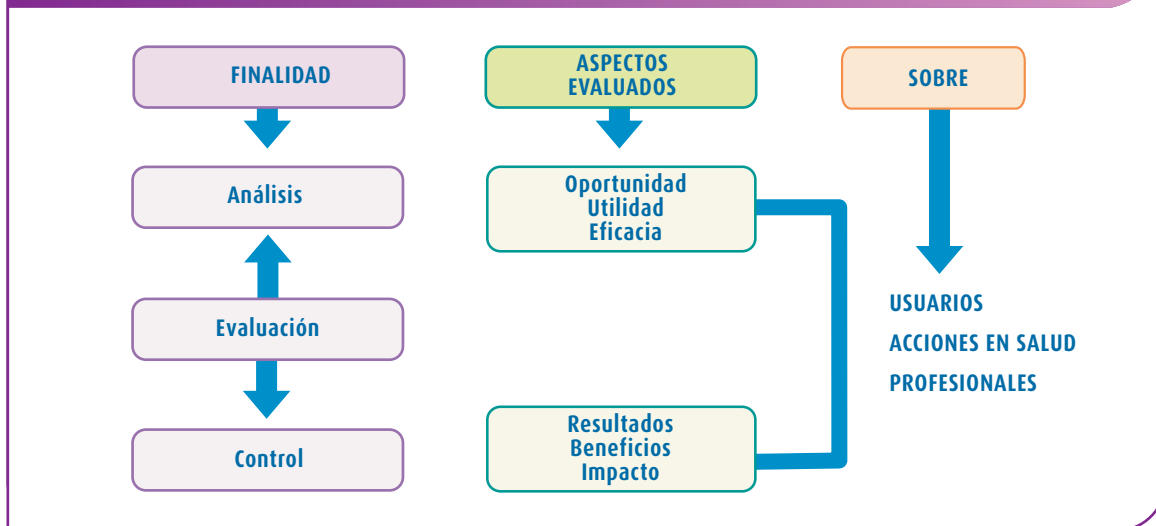
Todas estas cuestiones hacen precisa una evaluación que, normalmente, se lleva a cabo de forma previa o concomitante a la realización de la actividad, y se hace teniendo en cuenta estudios clínicos o epidemiológicos adaptados o criterios basados en la evidencia científica disponible, en un movimiento por la mejora de los servicios sanitarios que, en algunos aspectos, ha recibido el nombre de medicina basada en la evidencia (MBE) [7], y su correlato en los cuidados enfermeros, la denominada enfermería basada en la evidencia (EBE) [8]. En el Cuadro 2 se presenta la relación entre ambos aspectos de la evaluación.

Cuadro 1. Esquema del proceso de evaluación





Cuadro 2. Relación entre evaluación de análisis y de control



## ÁMBITOS DE LA EVALUACIÓN

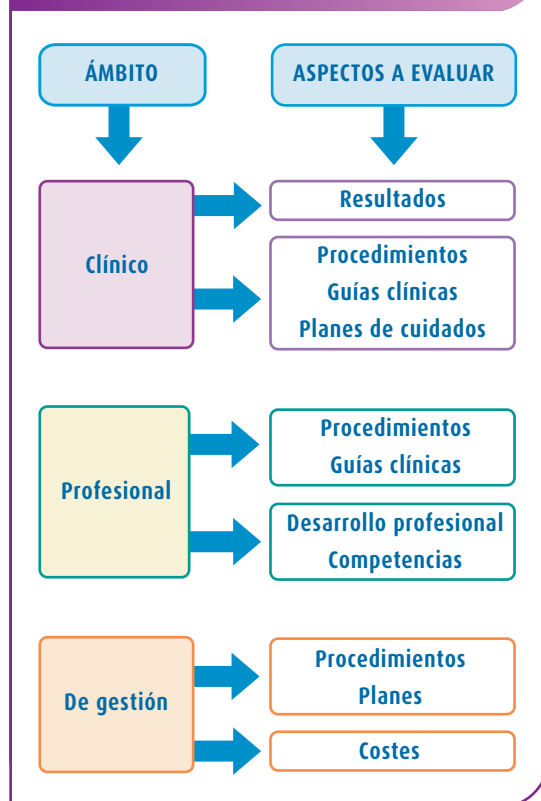
Evaluar es una acción compleja, que puede incluir diversos aspectos de la organización, ya que al fijar la vista en el cumplimiento o no de un objetivo, en la consecución de un resultado o en la adecuación de una acción o su correcta realización, el panorama de la evaluación puede incluir todos los elementos involucrados en esa acción, objetivo o resultado. Por ello, las organizaciones establecen marcos de actuación de la evaluación, de manera que en todo momento se conozca claramente cuál es el entorno evaluado. Por ejemplo, al evaluar las listas de espera de un hospital, que en realidad son un mal resultado o un objetivo que se ha desviado de lo programado, se puede observar que en la producción de las mismas están implicados diversos ámbitos de la atención, desde lo puramente administrativo o burocrático (los trámites de ingreso y alta no se acumulan adecuadamente, son demasiado complejos, etc.) a diversas cuestiones técnicas, de tipo general (retraso en la realización de pruebas diagnósticas), de atención médica (toma de decisiones sobre los pacientes) o de cuidados enfermeros (p. ej.: técnicas inadecuadas que provocan retraso en la recuperación de los pacientes ingresados).

En este sentido, se identifican en la organización varios ámbitos de evaluación que parten de los siguientes puntos de vista (Ver Cuadro 3):

- **Ámbito clínico:** aquellos que tienen necesidades de atención; el cliente, usuario, paciente.

- **Ámbito profesional:** aquellos que prestan el servicio o los cuidados, es decir, el personal de todas las categorías y estamentos

Cuadro 3. Los ámbitos de la evaluación



- **Ámbito de gestión:** representado por aquellos que gestionan el servicio, en cualquiera de los niveles organizativos que existan en la empresa sanitaria.

En el ámbito clínico, que toma como referente al paciente o usuario de la institución o centro, las cuestiones a evaluar se centran en los resultados de la atención y el impacto que ha causado en el cliente, ya sea en incremento o deterioro de su estado de salud. También son objeto de la evaluación los procesos realizados, los planes de cuidados existentes y las guías clínicas en dos vertientes: de forma previa, en su existencia y concordancia con la evidencia clínica disponible y de forma aplicada, en su funcionamiento y utilidad como instrumentos de cuidado y atención.

En el ámbito profesional hay dos campos o aspectos de la evaluación que son complementarios: por un lado los procesos, procedimientos y guías clínicas, desde el punto de vista de su correcta aplicación por cada grupo profesional o por cada individuo. Por otro lado, un aspecto de evaluación sobre la persona tanto en su vertiente de competencia concreta para el cumplimiento de su puesto de trabajo como en la de su potencial de desarrollo: capacidad, disponibilidad, etc.

Finalmente, en el ámbito de la gestión los aspectos fundamentales de la evaluación tienen que ver con los procedimientos administrativos y organizativos existentes, así como con la adecuación y pertinencia de los planes que se hayan elaborado. Un matiz destacado en este ámbito es el de los costes, en lo que se denomina evaluación económica, relacionado con los resultados obtenidos y la eficacia de la atención prestada.

La importancia relativa en la evaluación global de una organización de uno u otro de estos aspectos se relaciona con la misión y la filosofía de la misma, es decir, con los valores dominantes que, como se ha visto en anteriores capítulos, orientan la acción de todos y cada uno de los componentes de la organización:

- La orientación hacia el cliente o usuario de los servicios: en aquellas organizaciones que tengan como directriz esta misión tendrá más peso el ámbito de evaluación de lo clínico, toda vez que es el que puede influir más en cuestiones tales como la satisfacción del paciente, la adecuación de los procedimientos a las características del mismo, etc.
- La consecución de excelencia profesional: la evaluación tenderá a relacionarse más con el ámbito de lo profesional (p. ej.: a través del liderazgo en investigación).

- El beneficio económico: es el caso de las organizaciones con ánimo de lucro, por lo que la evaluación se hará más patente en el ámbito de la gestión.

Es preciso señalar que, habitualmente, estos tres ámbitos se interrelacionan de forma armónica, de manera que una correcta evaluación organizativa tendrá elementos de los tres ámbitos adecuadamente equilibrados.

## CONDICIONES DE LA EVALUACIÓN

Para poder llevar a cabo las tareas de evaluación se han de dar determinadas condiciones en la organización y en los servicios.

### Programación: objetivos, tiempo y ámbito definidos

La evaluación se realiza, como se ha visto, tanto sobre los aspectos de los resultados y procedimientos como sobre las personas y los procesos. Por ello, el marco de acción ha de estar definido en el propio plan o programa desde el establecimiento de objetivos, cuyo cumplimiento debe ser observable, medible y evaluable, hasta la determinación de los tiempos en que se debe llevar a cabo la tarea de evaluar.

La previa existencia de un plan con todos sus componentes bien especificados hará realmente posible la obtención de información acerca de su funcionamiento, así como sobre los resultados obtenidos. Igualmente, el plan resulta preciso para determinar en qué lugares de la organización se deben llevar a cabo actividades de evaluación (Ver Imagen 1).



**Imagen 1.** La evaluación precisa de un programa definido y de un sistema de información adecuado



## Nivel de la organización

La estructura de la organización debe señalar no sólo el ámbito de la evaluación, sino también el nivel en el que se lleva a cabo. Éste puede ser el nivel superior o bien, en las modernas organizaciones con estructuras aplanadas o lineales, la responsabilidad de la evaluación puede repartirse y se distribuye en todos los niveles. En ocasiones, en estructuras complejas, existe una autoridad concreta, un puesto de trabajo definido, que cumple las tareas de evaluación y asume esta responsabilidad ante el resto de la organización, al menos en el diseño de las formas y la determinación de los tiempos de control o evaluación. Por ejemplo, algunos hospitales de este país tienen una estructura de *staff* en la organización de los servicios de enfermería que cumple esta misión, a nivel de supervisión o jefatura de área, según el volumen de personal y el ámbito de su responsabilidad. Hay que indicar que la responsabilidad de la evaluación se tiene que corresponder con una autoridad conferida para tomar decisiones de mejora o, al menos, para que las sugerencias que se hagan en ese terreno tengan verdadera efectividad. También es importante señalar que el evaluador debe mantener principios éticos que aseguren que la evaluación se base en datos objetivos y no esté influido por otras cuestiones de tipo político, relaciones personales, de trabajo, etc.

## Sistema de información

La evaluación debe disponer de información concreta y adecuada a esta función administrativa, que además ha de estar disponible y ser de fácil manejo. Es ésta una de las condiciones más importantes y, a veces, la de más difícil consecución, ya que no es la cantidad de información lo que permite llevar a cabo con éxito la evaluación, sino sobre todo su calidad y adecuación. La información y su transmisión permiten realizar las comparaciones precisas entre lo programado y lo realizado y trasladar estos resultados al nivel correspondiente del plan, esto es, donde se tomen las decisiones de corrección que puedan llevar a cambios en el diseño del plan, de los objetivos o incluso de los recursos utilizados. Por lo general, la información precisa para la evaluación se recoge y se traslada en formatos especiales, elaborados a tal fin, lo que en algunas instituciones se denomina cuadro de mando.

En definitiva, se trata de cumplir lo que puede denominarse como las especificidades de la evaluación:

- Existencia de una referencia clara del ámbito de evaluación y del nivel de la organización donde se lleva a cabo.
- La recogida de datos precisos, medibles, si es posible, y apoyados por la existencia de un sistema técnico adecuado para su manejo.
- El seguimiento de un proceso compuesto de etapas bien definidas.
- La colaboración permanente de las personas o grupos evaluados, incluyendo su participación en la adopción de medidas de mejora.
- El respeto a reglas deontológicas de independencia, competencia y responsabilidad profesional de los evaluadores (Ver Cuadro 4).

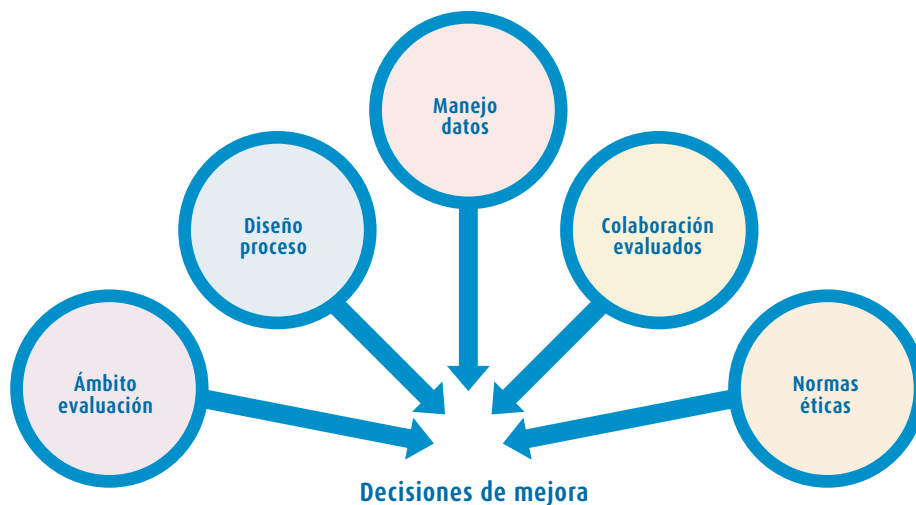
## Las preguntas de la evaluación

Los aspectos condicionantes responden a las preguntas capitales acerca de la evaluación, ya que aseguran, en primer lugar, que se conozca exactamente cuál es el ámbito y los aspectos principales de este proceso, es decir: qué es lo que se va a evaluar. En segundo lugar,



Imagen 2. Los profesionales deben implicarse en el proceso de evaluación

**Cuadro 4. Condiciones para la evaluación**



quién tiene la responsabilidad y los medios para hacer una evaluación que responda a las necesidades de la organización, es decir quién evalúa. En tercer lugar, la existencia de métodos y formas adecuados para el control o evaluación, basados en un sistema de información ágil y seguro en el que el conocimiento de los resultados de la comparación conduzca a la adopción de decisiones de mejora (cómo se evalúa). La respuesta a esta pregunta tiene, como consecuencia, el último y principal de los interrogantes de la evaluación: para qué se evalúa. Como ya se señaló en el primer apartado de este capítulo, el único significado de esta tarea administrativa es el de la mejora del proceso, por lo que la adopción de medidas es un paso que ha de llevar a la mejora constante, ya que constante es también la propia evaluación.

## TIPOS DE EVALUACIÓN

Según sean las condiciones de trabajo o el ámbito en el que se evalúe, pueden darse diversos tipos de evaluación o control. En principio esta tipificación se va a abordar desde el tiempo, la forma y las personas que la realizan.

### Según el tiempo

De acuerdo a esta orientación, la evaluación puede ser: previa o inicial, periódica, continua o final.

#### Previa o inicial

Este tipo de evaluación, como instrumento para la toma de decisiones en la organización, corresponde a la llevada a cabo con anterioridad a la puesta en marcha de un plan o programa o determinadas actividades. Trata de responder a las preguntas que se podrían formular acerca de los beneficios que se obtendrían con la acción propuesta, o los daños que se producirían caso de no efectuarse. Los métodos de epidemiología, incluidos los aplicados al ámbito hospitalario, son muy utilizados en esta evaluación. Los análisis económicos, que se verán más adelante, también se emplean en este tipo de evaluación, orientando las decisiones.

#### Periódica

Se evalúa o controla la acción o los resultados en determinadas circunstancias, señaladas en el plan o programa, con una especificación de los plazos a cumplir (mes, trimestre, semana, etc.). La determinación de un plazo u otro de tiempo depende de la actividad, de su complejidad y de los resultados que se esperan alcanzar.

En algunos casos, en un programa de salud aplicable a una amplia población (p. ej.: la detección precoz del cáncer de mama), los plazos de control se pueden fijar sobre los resultados obtenidos en datos sobre población captada a partir de periodos de un año. Este tipo de evaluación, que se aplica en momentos determinados y supone un control periódico de la actividad o de los resultados, también se le denomina evaluación informativa.



### **Continua**

Representa una duración mínima entre los espacios de tiempo que separan una y otra actividad de evaluación. Por ejemplo, en un plan de cuidados, los periodos de evaluación suelen ser cortos, en intervalos de pocas horas, incluso continuos (p. ej.: en la vigilancia de medidas biológicas o del estado de conciencia del paciente, según la situación del mismo).

### **Final**

Se produce cuando se da por terminada la actividad o el plan o programa que se pretenda evaluar. Esta evaluación es la que recibe con más frecuencia el nombre de control y significa un rendimiento de cuentas definitivo y global de lo realizado y alcanzado por el plan o programa. En el contexto de evaluación que se está manejando, este tipo supone la suma de todos los momentos evaluadores producidos a lo largo de la actividad y permite la retroalimentación del proceso, de manera que se determinen las medidas correctoras oportunas y se adopten las decisiones encaminadas a la mejora continua.

## **Según la forma**

Se definen dos formas principales de realizar la evaluación de una organización:

- Interna: realizada por elementos (estructuras o personas) de la propia empresa.
- Externa: llevada a cabo por otros organismos o personas de fuera de la organización.

Ambas tienen ventajas e inconvenientes, y la elección de una u otra depende de la situación de la institución que se evalúa, sus recursos disponibles, la cultura de evaluación que se haya generado y la disponibilidad de los empleados o profesionales, tanto para ser evaluados como para participar en la evaluación.

Es frecuente que las actividades de evaluación no tengan amplia aprobación entre los trabajadores, que se pueden sentir controlados excesivamente por la empresa, tanto en su vertiente personal como profesional, por lo que son reacios a tomar parte en actividades evaluadoras.

Tanto una como otra forma de evaluar pueden ser realizadas por personas individuales o por parte de grupos y éstos, a su vez, pueden ser de expertos o de individuos relacionados con el trabajo, lo que se denomina de pares o colegas, aunque la expresión más empleada es la inglesa *peer review*, con el significado, antes señalada-

do, de grupo interno o externo de personas relacionadas con la tarea. En los servicios de enfermería es frecuente que se encuentre en la estructura un elemento, que suele ser unipersonal y a nivel de jefatura de área o de unidad, encargado de la evaluación y ligado habitualmente a la responsabilidad en la evaluación de la calidad o de los diseños de procesos.

## **Según las técnicas empleadas**

### **Técnicas de evaluación cuantitativa**

Miden aspectos numéricos, objetivos y cuantificables (p. ej.: días de estancia de los pacientes, tiempo de la enfermera dedicado a visita domiciliaria, porcentaje de curaciones de una determinada patología empleando cierta técnica, etc.). Tales métodos son útiles cuando se trata de evaluar aspectos concretos sobre resultados, el empleo de recursos económicos o los tiempos empleados, pero dejan alguna incógnita sobre la percepción e implicación de las personas en la evaluación. Precisan una gran estructuración y manejo de datos muy seguros y fiables en cuanto a su procedencia, con métodos informatizados complejos y con modelos de comparación bien definidos.

### **Técnicas de evaluación cualitativa**

Buscan más bien la determinación de juicios de valor sobre la situación o circunstancias de la atención evaluada. Se trata de conocer la opinión y la valoración que puedan hacer un grupo de personas vinculadas al proceso o a la circunstancia en concreto, y se basa en la creencia de que las experiencias humanas (p. ej.: el acto de la atención sanitaria en su conjunto, o los cuidados enfermeros y sus consecuencias de manera específica) son difícilmente explicables y evaluables sólo en base a sus datos numéricos, por lo que precisan de un conocimiento profundo de cómo se vive esa experiencia por parte de los propios sujetos, tanto los receptores como los proveedores de la atención.

Este tipo de evaluación tiene en el momento actual muchos defensores, pero presenta las dificultades propias de los métodos sociales de investigación, que trabajan con información y datos difícilmente manejables (conductas, opiniones, juicios de valor) lo que les hace muy complejos y limitados en su ámbito de aplicación. En efecto, es necesario en el empleo de este enfoque que el evaluador, en primer lugar, establezca una determinación muy concreta de los temas, posteriormente relacione y priorice los datos obtenidos (muy amplios en ocasiones) y finalmente valide las interpretaciones obteni-

das de las diferentes fuentes (los individuos observados o que hayan participado en la evaluación) [4].

Ambas técnicas parecen en una primera visión muy diferenciadas, y así es en cuanto a su aplicación. Sin embargo, frecuentemente el evaluador cualitativo traslada la información obtenida a datos numéricos, lo que permite un mejor uso de éstos, o bien dispone de instrumentos informáticos (programas específicos) para favorecer el manejo y la explotación de los datos. Además, las técnicas cualitativas pueden contribuir a ampliar más aún la visión de una situación obtenida por métodos cuantitativos e, incluso, ambas técnicas pueden combinarse en diseños de evaluación [9].

## MEDIOS DE EVALUACIÓN Y CONTROL

Desde el punto de vista instrumental, la evaluación puede realizarse por medio de la observación directa actual o continua y de valoración retrospectiva.

### La observación directa o supervisión

Es un medio utilizable en pocas ocasiones, por lo general para valorar la corrección de un proceso o actividad concreta y requiere, por parte del personal evaluado, la aceptación y comprensión de su utilidad, así como una muy buena preparación y habilidades por parte del observador o evaluador. En los servicios enfermeros, los supervisores de unidad o los responsables de equipo de atención primaria cumplen esta función de evaluadores como parte de la responsabilidad de su puesto de trabajo.

### La evaluación retrospectiva

Emplea técnicas de revisión de la información existente, tales como datos o registros, sobre la situación que se vaya a evaluar. Precisa de la existencia de esta información en forma estructurada y puede orientarse a establecer la corrección de los resultados de la atención, la adecuada cantidad de éstos, la existencia de errores en los registros, etc. Como métodos de la evaluación retrospectiva más empleados pueden destacarse:

- La auditoría: es la técnica más representativa (médica, enfermera, administrativa). Significa la revisión y análisis de los registros escritos (historias clínicas, *dossier*

de enfermeras, documentos contables) de una institución, a efecto de evaluar la pertinencia de las acciones realizadas y su cantidad, así como la comparación de los resultados con las normas existentes o con otros centros o grupos.

- Los métodos epidemiológicos: también muy empleados, explican el desarrollo de las diferentes situaciones clínicas, así como los factores causales y las circunstancias que las rodean.
- Los ensayos clínicos: desde un punto de vista de análisis previo a la adopción de una decisión u otra, son un instrumento muy utilizado para determinar la oportunidad de una acción.

## ASPECTOS ECONÓMICOS DE LA EVALUACIÓN

En el terreno de la evaluación adquieren especial relevancia los aspectos económicos o, lo que es lo mismo, la posibilidad de aplicar el análisis a las circunstancias económicas que orienten a la hora de tomar las decisiones más adecuadas en la situación a atender, en función de los recursos existentes. Se trata de poner en relación, por un lado, los costes que se prevé que se empleen o se gasten en determinadas acciones y, por otro, los beneficios, resultados o consecuencias obtenidos y comparar, si es preciso, diversas alternativas (Ver Imagen 3). Las evaluaciones más utilizadas son las de coste-beneficio, coste-efectividad y coste-utilidad [3, 10, 11].



Imagen 3. El profesional que evalúa debe considerar el coste y la eficacia económica de la actividad



## El análisis coste-beneficio

Trata de identificar y valorar los recursos empleados en una acción sanitaria determinada o en la consecución de un objetivo concreto, relacionándolo con las consecuencias, valoradas también en términos numéricos, de dicha acción. Sirve para elegir, entre varias posibilidades, aquella acción que tenga una mayor relación entre ambos términos; por un lado el gasto monetario y, por otro, el beneficio también cuantificado, o incluso el coste que se produciría en caso de no realizarse la acción.

Por ejemplo, la comparación entre el coste que supone el empleo de determinados elementos para la prevención de úlceras por decúbito y el que supondría la aparición de éstas, de no emplearse aquellos elementos. Es un método muy utilizado para decidir acciones o proyectos, si bien presenta las dificultades propias de cuantificar algunas consecuencias intangibles de las acciones sanitarias o traducir a términos económicos aspectos tales como el dolor, el bienestar, la prolongación de la vida, lo que implicaría, caso de aplicarse de forma exclusiva, una verdadera deshumanización de la atención sanitaria, derivada a términos excesivamente monetaristas.

## El análisis coste-efectividad

Este tipo de evaluación intenta analizar la relación entre el coste económico y las consecuencias, medidas en otro tipo de unidades, de tipo físico o natural, y compa-

rar diversas alternativas de acción. Así, por ejemplo, relacionando el coste monetario y las consecuencias en mejoras alcanzadas de acuerdo a la técnica empleada: la valoración del coste de una determinada técnica o material de venopunción, relacionado con el descenso de infecciones (flebitis). Con este análisis, se puede proceder a la comparación de diversos programas o proyectos, siempre que los resultados estén expresados en la misma forma o manera de medirlos.

## El análisis coste-utilidad

Mide o valora los costes de las acciones alternativas que conducen a un mismo objetivo y los compara con sus resultados o consecuencias, valorados de forma subjetiva por los propios usuarios en términos de calidad de vida o de bienestar alcanzado mediante las acciones propuestas y evaluadas. Una medida empleada en este análisis es la de los años de vida ajustados a la calidad (AVAC), que incide en este aspecto.

Como es patente, este tipo de evaluación económica tiene mucha importancia en el momento actual y debe ser tomado en consideración por los profesionales y gestores de los servicios de salud y de enfermería, si bien las implicaciones técnicas (diseño de los estudios por expertos en el tema, manejo de la información, establecimiento de sistemas de medida confiables) y, sobre todo, los aspectos éticos hacen necesaria una profunda reflexión antes de la utilización y generalización de estas técnicas evaluadoras.





## RESUMEN

- La evaluación o control es, por una parte, un momento o fase del proceso administrativo y, por otra, una función de la gestión que puede preceder a la toma de decisiones o suponer la finalización de una actividad o programa.
- Los ámbitos de la evaluación se pueden identificar en tres aspectos: el de los usuarios, el de los profesionales y el de la propia gestión de los servicios.
- Las condiciones previas para realizar una evaluación en la organización sanitaria consisten en la existencia de planes, objetivos y estructura perfectamente definidos.
- Se identifican diversos tipos de evaluación:
  - Según el tiempo: puede ser inicial o previa, esporádica, continua o final.
  - Según la forma: puede ser interna o externa, tanto por autoridades individuales como por grupos, de expertos o pares.
  - Según las técnicas empleadas: puede ser cuantitativa o cualitativa.
- Los medios de evaluación más utilizados en la actualidad en las organizaciones sanitarias son la observación o supervisión, muy empleada en los servicios de enfermería y, como métodos retrospectivos, los estudios epidemiológicos y la auditoría.
- La evaluación sanitaria actual tiene importantes aspectos y métodos de análisis económico, tanto para la toma de decisiones como para el estudio de los resultados obtenidos de determinadas acciones en salud. Estos métodos tienen diversas aplicaciones y presentan algunos inconvenientes, relacionados con el diseño de la evaluación y con los matices éticos que pueden derivarse.



## BIBLIOGRAFÍA

- [1] Auray JP et al. Diccionario comentado de economía de la salud. Barcelona: Masson; 1998.
- [2] Mompart MP. Administración de servicios de enfermería. Barcelona: Masson; 2004.
- [3] Rubio Cebrián S. Glosario de planificación y economía sanitaria. 2ª ed. Madrid: Díaz de Santos; 2000.
- [4] Fessler JM, Geffroy LR. L'audit à l'Hôpital. París: ESF; 1998.
- [5] Asenjo MA et al. Gestión diaria del hospital. 3ª ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2006.
- [6] Hidalgo Vega A, Corugedo de las Cuevas I, Del Llano Señaris J. Economía de la salud. Madrid: Pirámide; 2005.
- [7] Pencheon D, Guest Ch, Melzer D, Muir Gray JA. The Oxford handbook of public health practice. 2ª ed. Oxford: Oxford University Press; 2006.
- [8] Craig JV, Smyth RL. The evidence-based practice manual for nurses. London: Churchill Livingstone; 2006.
- [9] Polit DF, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud. 5ª ed. México DF: McGraw-Hill Interamericana; 1997.
- [10] Drummond M, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ, Stoddart G. Methods for the economic evaluation of health care programmes. 3ª ed. New York: Oxford University Press; 2005.
- [11] Álvarez Nebreda C. Glosario de términos para la administración y gestión de los servicios sanitarios. Madrid: Díaz de Santos; 1998.

# 9

## La calidad en la atención a la salud y los cuidados enfermeros

María Paz Mompart García  
Marta Durán Escibano

- Analizar los hitos más importantes en el desarrollo e implantación de la idea de la calidad en la empresa en general y en los servicios sanitarios en concreto.
- Explicar los aspectos más destacados de la calidad de los servicios de salud y de los cuidados de enfermería.
- Comentar las diversas definiciones de calidad desde el punto de vista de la salud y sus componentes o elementos.
- Definir el proceso sanitario, explicando sus diferentes enfoques.
- Especificar los enfoques de la evaluación de la calidad asistencial.
- Exponer el concepto de calidad total, su gestión y mejora.
- Explicar los diferentes pasos de un programa de gestión y mejora de la calidad, de acuerdo con los enfoques actuales.



## INTRODUCCIÓN

---

El tema de la calidad se ha convertido en un asunto recurrente en los servicios de salud actuales, dentro de un esquema de consecución de mejores resultados a menor coste y, sobre todo, con la mayor satisfacción de usuarios y trabajadores. Las organizaciones que prestan servicios de salud han emprendido en los últimos años un movimiento hacia la calidad, demandada cada vez con mayor fuerza tanto por los usuarios como por los profesionales, siguiendo el ejemplo de otras empresas productoras de bienes o servicios que han situado la calidad como uno de sus máximos objetivos, para lo que se han diseñado diversos sistemas de control, mejora y garantía, siendo en los últimos tiempos la gestión total de la calidad (GTC), la aplicación de las normas ISO o los planteamientos de la *European Foundation for Quality Management* (EFQM) las estrategias más utilizadas.

Está comprobado que las enfermeras y sus cuidados inciden de manera fundamental en el cumplimiento de los objetivos de calidad de una institución sanitaria. Por tanto, se presentan en este capítulo los conceptos generales sobre calidad y su aplicación a la empresa sanitaria, desde un punto de vista que trata de aportar ideas sobre los aspectos concretos de la gestión de enfermería, con la inclusión de las líneas maestras de la gestión de la calidad y la puesta en marcha de un programa de este tipo.

---

## EVOLUCIÓN DE LOS MOVIMIENTOS POR LA CALIDAD

---

La idea de la medida y control de la calidad está presente en la industria prácticamente desde el comienzo de la expansión de la producción y la aparición de las grandes empresas, ligada siempre a la valoración del producto obtenido en cuanto a su adecuación tanto a las características del prototipo o modelo que se hubiera proyectado como a las necesidades expresadas por los clientes. Los sistemas de producción han manifestado desde antiguo un marcado interés por la calidad de lo que producían, revistiéndose este interés de diferentes matices a lo largo de la historia de la empresa moderna, que comienza, de hecho, con los grandes cambios ocasionados por la Revolución Industrial, a mediados del s. XIX.

Así, se pueden identificar una serie de etapas en el estudio del movimiento hacia la calidad, relacionados por un lado con la complejidad creciente de la empresa en cuanto a número de trabajadores y de productos, así como de la propia estructura organizativa y, por otro lado, con el concepto mismo de calidad manejado en cada momento: desde el mero crecimiento de la producción pasando por el incremento de la fiabilidad, hasta la consecución de la satisfacción de los clientes y de los trabajadores implicados. En estas etapas, se identifica también como distintivo el lugar o puesto que ocupa en la organización aquél o aquéllos a quien se confía la responsabilidad de controlar o garantizar la

calidad de la producción. Éste puede ser, en los comienzos, el propio trabajador o el capataz, hasta la situación actual en que la empresa en su totalidad se implica en este movimiento, pasando por etapas intermedias de controladores o unidades específicas.

Generalmente, se establecen estas etapas como sigue:

### **1880. Operador-Controlador**

En los comienzos de los sistemas de producción, los productos revisten caracteres de poca complejidad y, en consecuencia, los propios trabajadores pueden responder sobre la totalidad del producto con el control, por tanto, de la calidad en cuanto a las características concretas y a la cantidad de lo producido.

### **Finales del s. XIX. Capataces-Controladores**

Se establecen rudimentariamente sistemas de producción sistematizados que exigen que los trabajos similares realizados por varios trabajadores se sujeten a la supervisión de otro operario más especializado, el capataz, que asume la responsabilidad del control de la calidad, fijada en cantidad de producción y en forma de unas especificaciones concretas a las que se debe acercar el producto.

### **Comienzos del s. XX (ca. 1920). Inspector de calidad**

Se comienza a producir sistemáticamente y en grandes cantidades, dando origen a la denominada producción en cadena, cuyo ejemplo más destacado son las empresas

de automóviles Ford, satirizadas magistralmente por Charles Chaplin en la película *Tiempos modernos*. En consecuencia, los sistemas se hacen más complicados y voluminosos, e implican además un gran número de trabajadores que han de realizar su labor coordinadamente. Ello hace necesario la figura de un inspector de ese trabajo que responda de la calidad, con la detección fundamentalmente de los productos o elementos que no cumplan con las especificaciones previamente establecidas.

### **Década de los 30. Control estadístico de la calidad**

La demanda creciente de producción masiva, incrementada por la situación de guerra que se vive en el mundo, hace que el interés se oriente tanto a la cantidad de productos que se manufacturan como a su fiabilidad, es decir, a su duración esperada. Se puede señalar la Segunda Guerra Mundial como uno de los detonantes del mayor interés de la industria en el control de la calidad del producto, por la necesidad de disponer de ciertos materiales (bélicos principalmente) que, producidos en gran número, tuvieran asegurada su duración prolongada. Así pues, adecuación, número y fiabilidad constituyen la base del concepto "calidad integral", puesto en marcha en esa década de los años treinta en EEUU. Igualmente, se constata que ya no se puede inspeccionar el total de lo producido, sino que es necesario idear sistemas de control sobre muestreo. El matemático estadounidense Shewart diseña un modelo estadístico para el control de la calidad, acompañado de normas de calidad, particularmente en EEUU e Inglaterra. La preocupación acerca de la calidad se amplía en esta época a la detección de los problemas y no sólo, como hasta ahora, en la detección de los productos defectuosos.

### **1945-1960. Movimientos por la calidad y círculos de calidad**

La enorme destrucción producida por la Segunda Guerra Mundial hace que las empresas se planteen estrategias de reconstrucción y competitividad, especialmente necesarias en países que han visto desaparecer totalmente su sistema productivo, como fue el caso de Japón. Las empresas, principalmente las de ese país, se enfrentan a la necesidad de producir en gran cantidad, pero también con alta calidad, que haga a sus productos capaces de competir con otros de características similares en precio y fiabilidad. La Unión de Científicos e Ingenieros Japoneses, con la asesoría de economistas estadounidenses, como Deming y Juran, inician el proceso de estandarización y normatización industrial, con control de calidad integrado y con la creación de círculos de calidad en las empresas, ideados por el profesor

Kaoru Ishikawa, promoviendo la participación de los trabajadores en ellos e incidiendo con más fuerza en el concepto de control de la calidad.

### **1970-1990. Control total y mejora de la calidad**

Hasta estos momentos, el control de la calidad estaba limitado a las áreas de producción y se basaba en el papel de los controladores, supervisores principalmente. Sin embargo, comienza a ganar terreno la idea de que la calidad se requiere en todas las áreas de la organización, en todos y cada uno de los procesos y en todos los niveles, desde los de trabajo directo en el producto hasta las altas escalas del mando empresarial, lo que hace desarrollar la idea del control total de la calidad de manera integral, impulsado por las investigaciones de Fingembaum e Ishikawa que propugnaban la necesidad de coordinar toda la organización en el sistema de calidad. En el progreso de este movimiento por la calidad se demuestra que el éxito de una empresa depende del compromiso que toda la organización demuestre en una nueva forma de hacer las cosas: "hacer las cosas bien desde la primera vez" es un axioma de este pensamiento, desarrollado principalmente desde los comienzos por Edwards Deming y, más tarde, por Phillip Crosby. A las ideas de garantía de la calidad, que busca ofertar al cliente un producto de acuerdo a sus necesidades y deseos, se añade pronto el concepto de calidad total y su gestión como parte de la cultura de la empresa.

### **Últimos años de la década de los 90. La dirección estratégica de la calidad**

Las empresas ya no buscan solamente asegurar la calidad y la erradicación de los problemas relacionados con ella, sino que se considera la calidad como una característica de los productos que les hace más competitivos, al estar diseñados cada vez más en función de las necesidades de los posibles clientes, tratando de ofrecer aspectos que otras empresas no han conseguido. En este sentido, el propio diseño de la organización y sus procesos a todos los niveles tienen que estar en función de esa calidad y, asimismo, debe ser impulsado decididamente por la dirección como una estrategia fundamental de la organización, cara a la consideración prioritaria del punto de vista del usuario o cliente y la satisfacción de sus necesidades y deseos.

A continuación, se sintetiza este camino hacia la calidad, desde las etapas primeras hasta el momento presente, y se puede concluir que se ha recorrido un camino desde un enfoque hacia la calidad centrada en el producto (control) pasando por los intereses del cliente



(garantía) hasta la consideración del papel total de la empresa (calidad total) (Ver Tabla 1).

## La evolución en el ámbito de los servicios de salud

En el terreno sanitario, la trayectoria ha tenido diferentes etapas, aunque relacionadas con la evolución de la empresa [1]. Los antecedentes más cualificados en la utilización de técnicas de control de las actividades y de los resultados se inician con algunos de los trabajos de Florence Nightingale acerca de las medidas eficaces en la atención sanitaria por medio de sus estudios sobre estadísticas hospitalarias (utilización, días de estancia) y tasas de morbilidad, comenzadas en el año 1854 [2]. Tales estudios constituyeron durante años la base de muchos de los sistemas de medida implantados posteriormente.

En 1917, la Asociación Americana de Médicos y Cirujanos establece y publica una serie de tasas sanitarias, que incluyen la medida de las condiciones de supervivencia de los pacientes y la mejora de determinadas condiciones y síntomas como criterios de valoración de la actividad médica y de las instituciones sanitarias. Ello da lugar a la adopción generalizada de tales medidas y la promulgación de legislación relativa a las condiciones de funcionamiento de los hospitales de EEUU, en una primera etapa de lo que hoy en día se conoce como acreditación.

El interés por la calidad sigue acentuándose, sobre todo en los países anglófonos de América del Norte, debido

al incremento de los costes sanitarios y a la necesidad de su control, derivada de la organización de estos países, en los que las empresas de seguros médicos operan mayoritariamente. Por ello se desarrollan, a partir de los años sesenta, diversos métodos y organismos de control de la calidad, fundados en los trabajos de Avedis Donabedian, a quien se le puede considerar con toda justicia el “padre” de la aplicación de la ciencia al estudio de la calidad de la atención sanitaria, al publicar en 1966 su primer texto sobre este tema [3].

Entre los organismos dirigidos a la calidad y su control que inician su actividad en esos años, destacan el sistema de control del ejercicio médico, denominado *Peer Review* o la Comisión para la Acreditación de Organizaciones Sanitarias (*Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations*).

Ambos son organismos privados y de participación voluntaria, que apoyan externamente los esfuerzos de las organizaciones sanitarias por alcanzar determinados niveles de calidad asistencial. La *Peer Review* (literalmente revisión por los pares o colegas) se basa en la existencia de la Organización de Estándares Profesionales (PSRO en sus siglas en inglés: *Personal Standards Review Organization*), asociación de profesionales médicos que evalúa las necesidades de salud de la población, verifica si la política y los servicios de salud son los adecuados y si su coste global está en relación con el beneficio obtenido, en valores que miden los estados de salud de los individuos y la población.

Por su parte, la Comisión para la Acreditación (o *Joint Commission*, como habitualmente es conocida), es un



Tabla 1. Evolución del concepto de calidad

Desde	Hasta
La consideración del resultado en el producto final	La presencia en todas las actividades
La responsabilidad principal del controlador o del departamento de producción	El compromiso coordinado en todas las áreas
Su enfoque para solucionar problemas	La orientación para conseguir ventajas competitivas
Su consideración centrada en el operador	Estar guiada y promovida por la dirección
Ser un programa concreto o la utilización de ciertas técnicas de control	La visión como un proceso de mejora continua a largo plazo
Su evaluación a partir de planteamientos generados internamente en la organización	Ser evaluada fundamentalmente desde el punto de vista del cliente o usuario, tendente a satisfacer sus deseos

organismo no gubernamental que establece normas de calidad de actuación de las instituciones de salud y de sus profesionales, médicos y enfermeras, concediendo, de acuerdo al cumplimiento de estas normas, la acreditación oportuna para la realización de determinadas actuaciones, la enseñanza de los profesionales entre ellas.

En enfermería son también las investigadoras estadounidenses y canadienses quienes inician los estudios sobre la calidad de los cuidados, destacando en un primer momento los trabajos de Phaneuf [4], que desarrolla un método de auditoría de enfermería; así como la Asociación Americana de Enfermeras (ANA), que publica en 1973 sus *Normas de garantía de la calidad de los cuidados de enfermería* y de la Orden de Enfermeras de Quebec (Canadá) que, bajo la dirección de Monique Chagnon, elabora el *Método de valoración de la calidad de los cuidados enfermeros*, con amplia difusión entre las enfermeras de todo el mundo [5].

En España, las primeras experiencias en control de calidad se producen en los años ochenta, iniciándose con la aparición de legislación pertinente en Cataluña (probablemente debido a la presencia de un mayor sector privado en la atención hospitalaria que en el resto de España), seguida muy pronto por Andalucía. A partir de 1986, con la promulgación de la Ley General de Sanidad [6], que por primera vez establece la obligatoriedad de que las instituciones trabajen bajo marcos de calidad asistencial, el Ministerio de Sanidad y Consumo organiza un sistema de acreditación tanto para la atención primaria como para la especializada, encaminando sus principios fundamentalmente a la valoración de la capacidad de docencia de las estructuras sanitarias.

En la actualidad, en la mayoría de los hospitales españoles están constituidas variadas comisiones con el fin de valorar la calidad (Mortalidad, Tejidos, Ensayos Clínicos, Farmacia, Infecciones, etc.). En algunos casos, estas comisiones se coordinan a través de la figura del coordinador de calidad. La división o departamento de enfermería se integra en algunas de estas comisiones o bien, lo que es más frecuente, funciona con una comisión específica de calidad de enfermería, con la finalidad de elaborar programas específicos de calidad, encaminados a garantizar la idoneidad de los cuidados a prevenir los posibles riesgos de la atención o a mejorar las relaciones usuario-personal de enfermería.

Desde el punto de vista legal, la Ley General de Sanidad ya se pronunciaba por la necesidad de establecer siste-

mas de control y mejora de la calidad de la asistencia y, en ese sentido, la nueva Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud viene a consagrar desde su enunciado la preocupación por este aspecto, al que reconoce como uno de los ámbitos de la ley y dedica el Capítulo IV.

## DEFINICIÓN DE CALIDAD

Varias son las definiciones que se pueden emplear acerca de la calidad en general y la de los servicios sanitarios en particular. En general, se acepta que la calidad es una propiedad presente en algunos hechos, objetos o situaciones o el conjunto de atributos que se observan en un hecho o circunstancia, que le definen de una determinada manera.

Es también el grado de aproximación de un producto o servicio a cada una de las características que se hayan señalado como idóneas en un prototipo. Igualmente, se puede entender la calidad como el grado de obtención de una determinada característica de acuerdo con una escala de medida en la que se definen los puntos extremos en malo-bueno, siendo el intermedio el grado normal.

De estas aproximaciones a una posible definición, es de destacar que el concepto de calidad va indisolublemente unido al de medida, ya que en realidad no adquiere auténtico significado más que cuando se acompaña del adjetivo que le otorga valor, según la escala por la que se mida, es decir, cuando se le añade el complemento de "buena", "mala", "excelente", "regular" o "normal" de acuerdo a la escala empleada. Esta graduación de la calidad está definida por los atributos que se consideren presentes en una situación modélica (prototipo) que definen su calidad.

En consecuencia, la calidad se ha definido por diversos autores de variadas maneras, de las que se seleccionan las más importantes [7]:

- *"Es el resultado total de las características del producto y del servicio de mercadotecnia, ingeniería, fabricación y mantenimiento, a través de los cuales el producto o servicio satisfará las expectativas del cliente"* (Armand V. Feingenbaum).
- *"La calidad se da con algo apto para ser usado"* (Joseph M. Juran).
- *"La calidad se logra cuando se conoce lo que dejará satisfecho al cliente y se consigue un producto que reúne los requisitos esperados. La calidad es sobrepas-*



*sar las necesidades y expectativas del cliente a lo largo de la vida del producto” (W. Edwards Deming).*

- *“La calidad se define como el cumplimiento de los requisitos” (Phillip Crosby).*
- *“La calidad se da cuando se logra que un servicio o producto cumpla los requisitos de los consumidores. Se requiere cumplir no sólo las características de calidad expresadas en las diferentes normas del producto, materias primas y límites de tolerancia en el diseño: es necesario cumplir con las características de calidad reales, esto es, lo que el consumidor exige del producto” (Kaoru Ishikawa).*
- *“La calidad es la suma de propiedades y características de un producto o servicio que tienen que ver con su capacidad para satisfacer una necesidad determinada” (American Society for Quality Control).*

De todas estas definiciones generales de la calidad se desprende una idea fundamental: la calidad depende del producto o servicio y sus características, pero sobre todo de su respuesta satisfactoria a las necesidades del cliente. Es, por tanto, una doble visión la que se precisa, ya que es necesario conocer todos los detalles sobre aquello que se fabrica o produce, en definitiva qué se ofrece, pero sobre todo, es necesario saber cuáles son los deseos y las expectativas de los destinatarios del trabajo. Dicho de otra manera, no son únicamente los requisitos que la organización decida sobre los productos sino, sobre todo, los que los clientes deseen que estén presentes en ellos.

## LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN SANITARIA

Siguiendo el proceso de desarrollo de las organizaciones sanitarias consideradas como empresas, la idea de la calidad en la asistencia sanitaria ha sido una constante en los servicios de salud en los últimos años y su búsqueda un imperativo en el momento actual. Históricamente, el concepto de calidad asistencial ha estado presente en los propios servicios, a través de las medidas de morbilidad y mortalidad, el tipo de educación de los profesionales, médicos y enfermeras principalmente, e, incluso, en el cálculo de costes sanitarios.

Sin embargo, en la actualidad este interés se encuentra en situación creciente, demostrado no sólo por la actividad de los servicios de salud, sino también y de forma muy importante, por los consumidores de esos servicios, los usuarios en general y la administración que, en muchos países, es el financiador principal ade-

más de ser la responsable última de la atención frente a los ciudadanos.

En el origen de este creciente interés se pueden analizar diversas cuestiones:

- El incremento imparable de los costes sanitarios que produce una mayor necesidad de asegurar que la importante suma de recursos financieros dedicada actualmente a la atención sanitaria tenga unos efectos adecuados, conocidos, medidos y con altos niveles de eficacia y eficiencia.
- El desarrollo del conocimiento y de la tecnología altamente sofisticada ha hecho posible la extensión de los servicios y su mayor efectividad, así como la mejor aplicación de la ciencia y la técnica a la medida de las acciones. No hay que olvidar, además, que el potencial científico-técnico puesto en manos de los expertos en salud no está exento de riesgos y su empleo inadecuado o sin control puede ocasionar serios problemas de salud individuales y colectivos, por lo que las medidas de evaluación sobre ellos son absolutamente necesarias.
- La utilización de fondos públicos. La administración financia mayoritariamente la atención sanitaria, lo que ha provocado una implicación cada vez mayor de los ciudadanos en el control de la efectividad y calidad de los servicios que, en último término, son financiados por ellos mismos. Una sociedad más desarrollada, con más conocimientos y con medios de participación democrática, ha generado una mayor demanda de calidad de la asistencia tanto en cantidad de servicios requeridos como de adecuación a sus necesidades. En casos extremos, esta demanda de calidad se ve reflejada en medidas de rechazo a prácticas sanitarias inadecuadas, tanto institucionales como de profesionales, médicos y enfermeras.
- Aspectos legales: desde la Organización Mundial de la Salud (OMS), que en su declaración constitutiva afirma que cada persona tiene derecho al más alto nivel de salud que sea alcanzable, hasta las legislaciones nacionales de los países desarrollados, existe un amplio marco legal que refrenda formalmente el interés por la calidad asistencial presente en la sociedad actual. Como antes se señalaba, en España las más altas legislaciones, la Ley General de Sanidad de 1986 y la Ley de Cohesión y Calidad de 2003, abordan este tema a lo largo de toda su redacción. La propia OMS señaló la calidad de la atención como un objetivo de su macroprograma “Salud para todos en el s. XXI” (SPT-XXI) [8], el cual ha orientado las acciones sanitarias a nivel mundial en los últimos veinte años, y lo mantiene en

el programa de acción para los primeros años de este siglo, con un objetivo concreto, el núm. 16: *Gestión centrada en la calidad de la atención sanitaria*, que establece que *“para el año 2010, los estados miembros deberán garantizar que la gestión del sector sanitario, desde los programas de salud basados en poblaciones hasta la atención individualizada a los pacientes a nivel clínico, esté orientada hacia los resultados en materia de salud”*.

- Aspectos éticos: destacados igualmente, puesto que se obliga a los profesionales sanitarios a establecer y mantener normas de calidad en niveles elevados. En efecto, los propios profesionales deben ser los primeros interesados en mantener la calidad, personal y colectiva, en el campo de su competencia. Así, el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) incluye en su código ético la obligación de establecer y garantizar altos estándares en la práctica y los conocimientos de enfermedades [9]. Aunque no de forma tan explícita, el Código Deontológico de la Enfermería Española también refleja esta obligación profesional en el ámbito de las competencias de las enfermeras en las organizaciones sanitarias de este país [10].

### Algunas definiciones de calidad en atención sanitaria

La Organización Mundial de la Salud ha intentado una definición lo más amplia posible de la calidad de la asistencia sanitaria, al establecer que es *“asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”* [11].

Como toda definición que se pretende general, ésta plantea algunos problemas de interpretación, tales como el significado de lo “óptimo” y los condicionantes de la satisfacción del paciente. Además, no menciona cuestiones importantes, como puede ser el tema del coste como elemento de la calidad. Sin embargo, si se acepta en líneas generales esta definición, se puede asumir que la calidad asistencial depende fundamentalmente de los elementos o componentes presentes en ella.

Más recientemente, la propia OMS, en su región europea, en el programa SPT-XXI, define la calidad sanitaria como la *“medida en la que la atención sanitaria pro-*

*porcionada en un marco económico determinado permite alcanzar los resultados más favorables, al equilibrar riesgo y beneficio”* [8].

Por su parte, la *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations* ha establecido su propia definición, según la cual es el *“grado en el cual la atención al usuario incrementa la posibilidad de alcanzar los resultados deseados y reduce la probabilidad de los resultados indeseados, de acuerdo al estado actual de los conocimientos”* [12].

La intención de hallar una definición amplia y excluyente de otras posibles es, probablemente, un intento de difícil cumplimiento. En este sentido, Donabedian [13] sugiere que una sólo definición no es posible, por lo que propone tres visiones distintas del concepto de calidad sanitaria:

- Absoluta: considera la posibilidad del beneficio o del riesgo para la salud, evaluada por el técnico, sin hacer otras consideraciones (costes, eficacia, etc.).
- Focalizada: se enfoca a las expectativas y necesidades del usuario o cliente, así como a los beneficios esperados por éste y los riesgos, daños y otras consecuencias indeseadas.
- Social: incluye el coste de la atención, las relaciones entre beneficios y riesgos y la distribución de los servicios de salud, evaluados por la población en general.

### Las dimensiones de la calidad en salud

Si la definición de la calidad en términos generales entraña dificultad, ésta es aún mayor al enfocar el tema desde una óptica de atención sanitaria, ya que la apreciación acerca de lo bueno o malo e, incluso, sobre la forma de medirlo o asegurarlo puede diferir, y de hecho difiere, según sea el punto de vista del sector que emite la opinión sobre la atención sanitaria. Ello ha llevado a intentar definir los límites de la calidad de la asistencia según los cambios que produce en los estados de salud de los individuos y a especificar cuatro grandes áreas de calidad asistencial:

- La calidad directa: se establecería con la medición de los cambios objetivos en el estado de salud de los pacientes o clientes, demostrados con la curación o mejoría de la situación y mediante comprobación clínica.
- La calidad indirecta: aborda aquellas cuestiones significativas que influyen o condicionan la posibilidad de





obtener un mejor estado de salud, entre ellas la dotación de los servicios, los tratamientos, la disminución de los costes, etc.

- La calidad percibida: principalmente por el usuario de los servicios de salud, en la valoración que éste o su familia hacen de la atención y sus circunstancias. Donabedian [13] afirma que el usuario vivencia la contribución que el cuidado hace a su salud en tres dimensiones: el trabajo técnico, la relación interpersonal y las comodidades en torno al cuidado. La calidad percibida se enfrenta a las supuestas dificultades que los usuarios puedan tener para juzgar la adecuación o la corrección de los aspectos técnicos de la atención. Sin embargo, siguiendo nuevamente a Donabedian, hay que asumir que la calidad del acto técnico en salud no se mide por lo que se hace, sino por lo que se consigue, para lo cual se ha de suponer que el usuario está en una posición realmente privilegiada para decir qué resultados deben buscarse, qué riesgos pueden ser aceptados en relación con las expectativas de beneficio y a qué coste (no sólo económico directo, sino también en tiempo, estancias hospitalarias, días de trabajo perdidos, etc.). En este sentido hay que recordar que la calidad de la atención sanitaria está en relación con el concepto de calidad de vida, que es *“la percepción de los individuos o de los grupos en el sentido de que sus necesidades están satisfechas y no se les niegan posibilidades para alcanzar la felicidad y la satisfacción”* [14]. El bienestar individual y colectivo, en definitiva.
- La calidad demostrada: es decir, la que se mide y se compara de acuerdo a parámetros previamente establecidos.

Por ello, al considerar que las acciones en salud conllevan los aspectos fundamentales de la promoción, la prevención, la curación y la rehabilitación, se puede entender que la calidad de la asistencia sanitaria se enfrenta a problemas y obstáculos que podrían enumerarse de la siguiente manera:

- Definición del concepto de calidad: es preciso fijar una clarificación del concepto que sea aceptada por todos, usuarios y profesionales, y que comprenda todos estos puntos de vista. Sin embargo, la visión del usuario también presenta complicaciones, ya que probablemente esta visión puede dirigirse hacia aspectos importantes, pero no fundamentales de la atención: hostelería, facilidades de comunicación, etc.
- Delimitar el campo de estudio: de tal manera que no se desvíe la atención a problemas que no corresponden a este ámbito. Es preciso concretar en qué cam-

pos específicos (clínico, profesional, administrativo o de gestión) se enfocará la evaluación. Incluso se pueden dar todos estos enfoques coordinados, si así previamente se ha delimitado.

- Medición de la calidad y sus límites: se necesita disponer de elementos de medición y comparación de la calidad obtenida, en relación con la que se haya planeado como modelo así como los límites o umbrales en los que se puede aceptar cierta variabilidad.
- Mantener la calidad en unos niveles adecuados: esto es, asegurar su mejora continua. La calidad es una circunstancia dinámica, es decir, no se consigue y se mantiene de forma estable, sino que precisa ser mejorada ya que, si no es así, se rebaja su nivel. La permanencia en un nivel estable significa la adopción de medidas de evaluación continua para la mejora. Esto sirve para cualquier área de producción, pero es especialmente evidente en el campo de la salud, donde los servicios se prestan en el momento y no pueden ser almacenados; por tanto, la calidad es unitaria y debe responder a estímulos continuos de mejora.
- La cuestión de los costes: calidad y coste van de la mano, siendo además la calidad una de las primeras fuentes de reducción de costes. Contra lo que se pudiera pensar, la calidad es gratis, lo que cuesta dinero es la falta de calidad (los errores). En los servicios de salud ya se ha demostrado que las campañas de reducción de costes (en material, en personal, etc.) conducen a menos calidad, sobre todo a largo plazo.
- La búsqueda prioritaria de resultados: desde el campo de los estudios sobre la empresa se ha constatado que el foco de todos los esfuerzos en calidad debe ser realizado sobre los resultados. Hacer las cosas bien es importante, pero si no se consigue lo que se esperaba resultará un trabajo baldío. El experto en gestión Peter Drucker [15] afirma: *“la calidad en un producto o servicio, no es sólo aquello que el proveedor pone en marcha [lo que hace], es lo que el cliente recibe y lo que está dispuesto a pagar.”*
- La calidad depende del compromiso de toda la organización: desde la dirección hasta el último de los servicios y sus trabajadores. La consecución de la calidad y su mantenimiento es, por tanto, asunto de todos y no solamente de un departamento encargado de redactar normas y mantenerlas actualizadas (Ver Imagen 1).

## COMPONENTES DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Como ya se ha señalado, la calidad en la asistencia sanitaria tiene una difícil definición en términos absolutos,



Imagen 1. El concepto de calidad depende del compromiso de todos los integrantes de la organización

algo que ayudaría a asegurarla y a mantenerla en el nivel deseado. Por ello, más frecuentemente se acude a la definición de sus atributos o componentes que, en último término, definen su significado. Los puntos de vista acerca de estos componentes pueden variar según sean los expertos en salud, los usuarios o la propia administración quienes los valoren.

Los expertos en salud tienden a situar la definición de la calidad asistencial en la consecución de un elevado nivel científico-técnico, es decir, en el empleo de conocimientos y tecnología que, en principio, aseguran la prestación de un servicio óptimo por parte de los profesionales, basado en la aplicación de los conocimientos más actualizados y en la tecnología más avanzada. Según este enfoque, la calidad estaría relacionada fundamentalmente con los conocimientos de los médicos, enfermeras y otros y en la posibilidad que tienen de emplear medios adecuados a su trabajo.

Por su parte, los usuarios, pacientes o clientes de los servicios de salud identifican la calidad más bien con un componente de cantidad de servicios disponibles, de tiempos empleados, de celeridad en la atención y otras cuestiones referidas a la comodidad de utilización de los servicios sanitarios, aspectos todos ellos que tienen

que ver especialmente con el concepto de eficacia del sistema, orientado a la cantidad de servicios que están al alcance de las personas.

Si se demanda la opinión del usuario sobre los profesionales que le atienden, es frecuente que se valore no tanto la capacidad técnica de médicos, enfermeras y otros que por lo general se supone, sino el empleo riguroso y eficaz de sus conocimientos con cada uno de los pacientes o clientes, es decir, que se produzca una atención asidua, continuada y con relaciones personales fluidas [16].

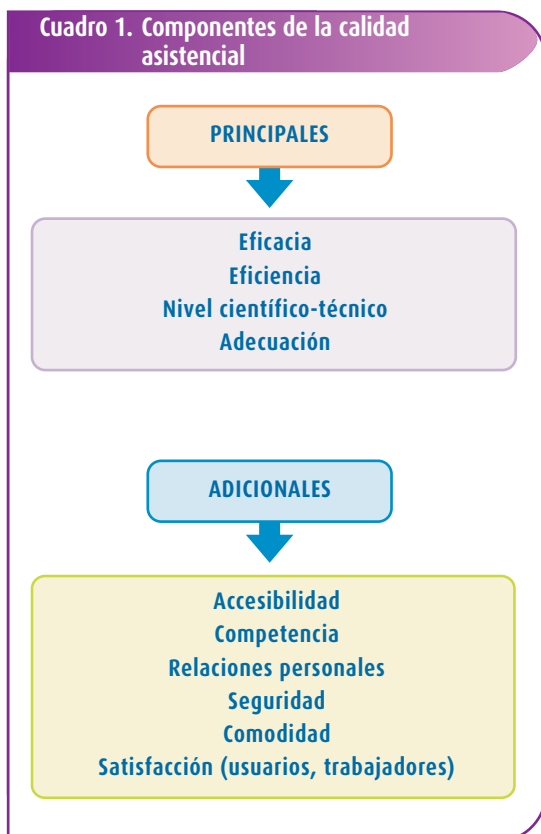
Finalmente, los administradores y gestores de los servicios de salud identifican en buena manera la calidad asistencial con los atributos orientados a la eficiencia, relacionando estrechamente los beneficios obtenidos de la atención con el coste que ha generado. Este aspecto, de relevancia innegable en las empresas sanitarias modernas, da a entender que, si es evidente que la calidad cuesta dinero, es posible optimizar los recursos monetarios y obtener una mejor calidad a un coste menor.

Por otra parte, ha de considerarse entre estos componentes prioritarios el de la adecuación, entendido como



el nivel de equiparación de los servicios ofertados con las necesidades presentes de la población y los individuos a los que se atiende, o el grado en el que el servicio se identifica con las necesidades, deseos y expectativas de los usuarios. Como se ha visto en las definiciones de la OMS y de la JCAHCO, esta adecuación tiene que ver con el estado del conocimiento del que disponen tanto los técnicos como los usuarios. En este contexto, la cantidad de servicios, el número de profesionales, los medios y la terapéutica tienen importancia para la valoración de la calidad, siempre que se estudien en relación con las situaciones de salud, abordadas desde una valoración ajustada a las necesidades y al impacto producido y que se traduce en cambios evidentes en la situación de salud y el coste evaluado.

Estos cuatro elementos principales de la calidad de la atención sanitaria (nivel científico-técnico, eficacia, eficiencia, adecuación) pueden ayudar a una más amplia elaboración de sus componentes, ya que en la realidad funcionan de forma interrelacionada y coordinada, y dan además origen a una serie de atributos o componentes adicionales, que pueden mostrarse como sigue (Ver Cuadro 1):



- **Accesibilidad:** posibilidad real de disponer del servicio o del profesional que se precise, así como la facilidad de esta disposición. Este componente se establece en aspectos legales tales como la existencia de condiciones para poder obtener la atención (la condición de asegurado, la pertenencia a algún grupo de riesgo, etc.) y se mide por cuestiones organizativas, como pueden ser los medios de comunicación (teléfono, internet y otros) y de localización física del servicio o del profesional.
- **Competencia:** el grado y tipo de conocimientos y habilidades presentes en cada uno de los trabajadores del sistema de servicios de salud es otro componente destacado de la calidad. En los profesionales titulados, esta competencia parte de unas normas generales de educación y formación universitarias, avaladas por el Estado mediante un título que autoriza el ejercicio de la profesión. Estas normas mínimas se reflejan en la práctica profesional y admiten, al igual que otras características, una diferenciación en grados de mayor o menor competencia, es decir, desde un adecuado dominio de las habilidades técnicas del ámbito de cada profesión hasta un grado de excelencia, el máximo nivel del ejercicio profesional (Ver Imagen 2). Desde este principio básico de garantía de la competencia profesional que garantiza una titulación, por medio de una serie de requisitos mínimos exigidos, la apreciación de la competencia difiere según el punto de vista de los usuarios o de los profesionales o gestores. Por lo general, el usuario asume que todos los profesionales disponen de conocimientos y habilidades adecuados que, además, no suele cuestionar, generalmente por falta de capacidad para valorarlos. Por tanto, sólo suele ser sensible a este componente de la calidad asistencial si se observan grados extremos de excelencia o de incompetencia manifiestas. Por su parte, los profesionales o los gestores tienden a valorar este aspecto bien por el impacto producido por el ejercicio del profesional, bien por la observación de la realización de sus tareas.
- **Relaciones personales:** la prestación de la atención sanitaria tiene un importante componente de relación y comunicación entre las personas, las que prestan los servicios y las que los demandan y reciben. Este elemento influye igualmente en la calidad y se traduce en la personalización del cuidado, cortesía y corrección en la comunicación, respeto a los valores, opiniones y creencias presentes en la atención. Las características de las relaciones personales también se vinculan a otros aspectos, como puede ser la intimidad en que se producen o a cuestiones que se podrían denominar externas, como por ejemplo el aspecto de las personas que prestan los cuidados, reflejado en el vestuario, la



Imagen 2. La competencia profesional se relaciona con la calidad científico-técnica

limpieza, el orden y otros condicionantes que influyen en la relación y que en el medio sanitario son altamente valorados por los usuarios (lenguaje, tipo de trato, etc.).

- Seguridad: una atención de calidad es, en principio, aquella que tiende a minimizar o a evitar los riesgos potenciales o reales. Evitar los riesgos es, por tanto, un componente esencial de seguridad, que se basa en cuestiones organizativas, normas y procedimientos así como en la dotación de instalaciones que reúnan las condiciones necesarias. Los riesgos pueden ser previstos y evitados y éste es uno de los enfoques principales que debe utilizarse en una empresa sanitaria, donde las consecuencias de los riesgos pueden revestir una gravedad extrema. Parte importante de este componente de seguridad reside en la confidencialidad de la información referida a los usuarios, que garantiza la ausencia de riesgos para la integridad individual del paciente o cliente, derivados de una incorrecta utilización, ya sea de los datos personales (filiación, domicilio, financiación de la atención) o de su condición patológica (diagnóstico, resultados de pruebas, etc.).
- Comodidad: la atención sanitaria se aprecia o valora también por las condiciones de confort presentes o que la acompañan. Este aspecto suele ser de especial

relevancia en la opinión del usuario y se refleja en la presencia de algunas características de las instalaciones (espacios, mobiliarios, comunicaciones, disponibilidad de ciertos accesorios –televisión, teléfono–, etc.). También es destacado este aspecto para los profesionales, que demandan unos espacios adecuados a la tarea que realizan.

- Satisfacción: se puede observar y valorar este componente desde dos vertientes: la satisfacción del profesional y la del usuario. La satisfacción del profesional es un componente de la calidad, que se relaciona principalmente con las condiciones organizativas, tecnológicas y de relación interpersonal en las que tiene la oportunidad de desarrollar su trabajo. Este aspecto de la satisfacción profesional ha sido considerado generalmente como un condicionante para la calidad, en relación con la motivación, suponiendo que si se dispone de personal satisfecho con su trabajo, éste será de buena calidad. En este sentido, las actuales investigaciones sobre este aspecto tienden a demostrar que la satisfacción no es sólo una condición para la calidad o incluso un resultado de la misma, sino un elemento más de ella [17].

La satisfacción del cliente o usuario es un tema que reviste mayor complejidad, ya que incide en la calidad de diversas maneras. Por un lado, es un elemento que va a permitir establecer los límites y criterios de cada actividad que se estudie. Por otro, es un resultado en sí mismo, es decir, la satisfacción define y sirve, al igual que los otros elementos que se han reseñado, para valorar la calidad de la atención y, al mismo tiempo, se la considera como el resultado de una atención sanitaria de elevada calidad, tal como será tratada más adelante. Presenta, además, particularidades en su apreciación, como podría ser la dificultad que el usuario tiene en formarse una opinión acerca del servicio recibido, sobre todo cuando se refiere a aspectos particulares y específicos de ese servicio. Por lo general, el cliente tiende a manifestarse satisfecho o no de una forma global y es más reticente o se encuentra menos capacitado para valorar particularidades o acciones concretas dentro del total de la atención que se le ha prestado. Incluso se puede hacer referencia a la situación que en ocasiones se plantea cuando un usuario, por desconocimiento o desinformación, demanda una atención que no es la adecuada, bien por su estado de salud, bien porque no existen los recursos precisos. Se genera entonces una insatisfacción que, de alguna manera, no está justificada y, por tanto, incide sesgadamente en la valoración de la calidad.



La JCAHCO, por su parte, ha fijado una serie de factores que considera determinantes en la calidad de los cuidados de salud [18]:

- **Accesibilidad:** la facilidad con la que un paciente puede obtener la atención que precisa.
- **Oportunidad:** el grado en el cual el cuidado se realiza cuando el paciente lo requiere.
- **Efectividad:** define la forma en que la atención es ofrecida en la forma correcta, según el actual estado del conocimiento de la disciplina.
- **Eficacia:** el potencial que un servicio tiene para atender las necesidades del paciente.
- **Adecuación:** la relación entre el servicio recibido con las necesidades del paciente.
- **Eficiencia:** la relación entre el servicio recibido con el efecto deseado, con un mínimo posible de esfuerzo, gasto o material desechable.
- **Continuidad:** el grado en el que el cuidado recibido por el paciente es coordinado de forma efectiva por todos los profesionales e instituciones a lo largo del tiempo.
- **Intimidad:** el derecho del paciente a controlar la distribución y empleo de los datos referidos a su enfermedad, incluyendo la información utilizada por los profesionales de la salud y cualquier otra información personal contenida en su historia u otros documentos.
- **Confidencialidad:** la información que obtiene el equipo de salud debe ser privilegiada y, por tanto, excepto en circunstancias específicas que pueden variar por causa de enfermedad o por cuestiones legales, no puede ser entregada a terceras partes sin consentimiento del usuario.
- **Participación de la familia y del paciente:** es precisa la participación activa del paciente (y de su familia) en la toma de decisiones pertinentes a su estado de salud.
- **Seguridad del entorno:** el grado en el que los espacios, equipo y medicamentos son obtenidos cuando se precisan, en condiciones no perjudiciales.

Finalmente, el propio Donabedian, en lo que denomina los siete pilares de la calidad de salud [19], enuncia los componentes ideales de un sistema de calidad:

- **Eficacia:** la capacidad del cuidado en su forma más perfecta para contribuir a la mejora de las condiciones de salud.
- **Efectividad:** la consecución de hecho de las mejoras posibles en las condiciones de salud.
- **Eficiencia:** la capacidad de obtener la mayor mejora posible al menor costo posible en las condiciones de salud.

- **Optimización:** la relación más favorable entre coste y beneficios.
- **Aceptabilidad:** conformidad del paciente en lo concerniente a aspectos tales como la accesibilidad, la relación médico-paciente, las comodidades, los efectos y el coste del cuidado prestado.
- **Legitimidad:** conformidad con las normas sociales en todos los aspectos mencionados en el punto anterior.
- **Equidad:** igualdad en la distribución del cuidado y sus efectos en la salud.

## CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN

El lugar que ocupan las enfermeras en los servicios de salud hace de este grupo profesional un importante elemento en la definición y consecución de niveles adecuados en la calidad asistencial. Los cuidados enfermeros son parte sustancial del contexto total de la atención sanitaria y, por este motivo, influyen decisivamente en la calidad global por la que se valora una institución. Hoy nadie se atrevería a negar la influencia que un buen servicio de enfermería tiene en una empresa sanitaria y en que ésta obtenga unos buenos resultados. Sin embargo, a veces es difícil ponderar el impacto que estos cuidados de enfermería tienen en el total del servicio prestado por el centro o el equipo sanitario.

Las actividades de las enfermeras ocupan un amplio rango en todos los niveles de la organización: la atención directa en la prestación de cuidados a los usuarios, la gestión de personal, gestión de recursos, formación de personal básica, posbásica y continuada, relaciones externas de la institución: familiares, otros centros, etc. En este abanico de posibilidades la actuación de las enfermeras tiene un peso importante en los resultados que se obtienen y, por tanto, es una realidad a tener en cuenta para delimitar la calidad total de la organización.

Además de este primer enfoque de la calidad de los cuidados relacionado con los servicios y la consideración de los profesionales de la enfermería como parte de un todo asistencial, es necesario identificar los aspectos concretos que posibilitan y permiten la consideración y valoración de la calidad en su relación estrecha con las enfermeras y los cuidados enfermeros:

- La importancia de las acciones enfermeras y sus consecuencias en el estado de salud de los usuarios: el

impacto que producen en el bienestar y la salud hace patente la necesidad de controlar estas acciones y valorarlas en sí mismas, garantizando su calidad, determinante tanto para el paciente o cliente como para la institución. La definición que cada institución haga de los cuidados enfermeros es un paso previo a este control y valoración.

- El volumen de trabajo y las acciones de las enfermeras supone un elevado porcentaje del total de la actividad de cualquier institución sanitaria. Ello hace preciso que las consideraciones de coste, eficacia, eficiencia, adecuación y otros se apliquen muy especialmente a la labor y actividades que llevan a cabo estos profesionales. Frecuentemente se analiza el coste de los servicios de enfermería como un peso adicional en el presupuesto de la empresa; sin embargo, estos cuidados deberían ser considerados más bien como una plusvalía, ya que de su adecuación, efectividad y resultados depende en buena manera los cambios positivos en el estado del paciente o cliente.
- En las modernas instituciones de salud las enfermeras se mueven en un contexto de autonomía y responsabilidad profesional propia, en cooperación e interdependencia con otros profesionales. La capacidad de planificar, ejecutar y evaluar sus acciones profesionales sólo es posible si se acompaña de una seguridad y calidad en la acción, que garantice a quien requiera los servicios enfermeros, ya sean los pacientes o los otros profesionales, que estos servicios con identidad propia se prestan en los niveles de calidad idóneos e incluso tendiendo a la excelencia.

## LOS PROCESOS SANITARIOS Y SU DISEÑO DE CALIDAD

Las instituciones de salud desarrollan sus actividades dentro de un marco de complejidad creciente, que ha hecho preciso que todas estas acciones se enmarquen dentro de secuencias con sus diversos pasos establecidos, lo que hace que las actividades se lleven a cabo en condiciones de seguridad, fiabilidad y eficacia. Estas secuencias se denominan procesos, es decir, son actividades organizadas y diseñadas para producir un resultado definido y preestablecido para unos usuarios previamente identificados.

Los procesos deben tener, básicamente, unas características principales:

- Ser definibles: significa que un proceso debe poder ser denominado y explicado claramente, de acuerdo

con su secuencia y finalidad, así como en cuanto a sus procedimientos y a los elementos humanos y materiales que sean precisos para su desarrollo. En esta definición se debe establecer cuáles son los objetivos que pretende conseguir con su aplicación (en términos de resultados) así como las necesidades de los usuarios que intenta satisfacer.

- Ser predecibles y repetibles: es decir, que se prevea con exactitud sus resultados finales y que éstos se den en las mismas circunstancias y con las mismas características cuantas veces se repita el proceso y sus actividades asociadas.

## Tipos de procesos sanitarios

En una organización sanitaria los procesos pueden ser denominados y clasificados de variadas maneras, según la orientación y tendencia de la propia organización. Se presentan a continuación algunas de estas clasificaciones, que son complementarias según el enfoque que se elija para su consideración:

### Según su función

- Asistenciales o primarios: son los más típicos dentro de los servicios de salud y se dirigen a la prestación de la atención sanitaria específica que requiera cada usuario. Comprenden todas las actividades de los técnicos en salud, médicos y enfermeras principalmente, y pueden darse de manera individual por cada tipo de profesional o incluir actividades coordinadas entre varios de ellos.
- Dirección y gestión: son los procesos que tienen lugar en la empresa como parte de la gestión de la misma y de apoyo técnico-empresarial a las actividades primarias o asistenciales. Comprenden los aspectos de planificación, establecimiento de metas, presupuestos, reclutamiento de personal, etc.
- Tecno-estructurales: también sirven como apoyo, tanto a los procesos primarios como a los de gestión y dirección. Entre ellos se encuentran los procesos de información, formación, mantenimiento de instalaciones, innovaciones tecnológicas, etc.

### Según el producto

- Clínicos: aluden a las actividades encaminadas a la obtención de resultados sobre los usuarios, tanto en la atención directa como en medios de diagnóstico (intervenciones quirúrgicas, realización de diagnósticos, procesos de atención de enfermería, etc.).
- Hosteleros: en este tipo entran los procesos o actividades que se realizan para mantener el confort del



internamiento de los pacientes en los hospitales (dieta, dotación y mantenimiento de instalaciones, comunicaciones externas, etc.).

- **Técnicos:** se refieren a aquellos procesos que sirven de apoyo a los clínicos (almacenamiento y distribución de medicamentos, archivos, informática, etc.).
- **Administrativos:** los procesos de apoyo que tratan de ayudar a la labor clínica desde un punto de vista organizativo. Se consideran en este apartado las actividades de contratación, facturación, distribución y control de recursos, adquisición de materiales, etc.

### Según el cliente

- **Asistenciales:** los dirigidos hacia los clientes externos, en actividades de diagnóstico y tratamiento.
- **No asistenciales:** aquellos que tienen como destinatarios a los trabajadores, clientes internos de la organización. Entran en éste, como en puntos anteriores, los procesos de selección, promoción y formación de personal, principalmente.

## Elementos de los procesos

Como se ve, la denominación de los procesos es similar en unas y otras clasificaciones y tiene su importancia en el sentido de representar la orientación que la empresa quiera dar a cada uno de los procesos o al conjunto de ellos. Sea cual sea la clasificación elegida, los elementos de los procesos sanitarios son:

- **Los usuarios:** constituyen la base sobre la que se inicia y diseña el proceso, la fuente de información más completa previa al inicio de las actividades, el elemento sobre el que se van a llevar a cabo la mayoría de las acciones, es decir, el destinatario o cliente principal. En consecuencia, es el componente que va a producir una evaluación más ajustada de la calidad de la atención recibida, en virtud de la respuesta del proceso y su diseño a sus expectativas, deseos y necesidades.
- **Los técnicos:** llevan a cabo los procedimientos y actividades integrantes del proceso, tanto aquellos que practican la atención directa como los que llevan a cabo las diversas acciones dentro del entorno sanitario, ya sean administrativas, hoteleras, de gestión, etc. El número y relación de estos elementos que componen el personal técnico, sanitario y no sanitario de la empresa incide directamente en la complejidad de los procesos.
- **La tecnología** que se emplea en la realización de las distintas actividades que forman parte del proceso (instalaciones, procedimientos).

- **Otros clientes:** distintos del usuario directo de los servicios, como la familia del mismo, pero también pueden incluirse aquí a los financiadores y otros grupos (asociaciones, sindicatos) que tienen interés en el resultado de los procesos y que pueden influir de alguna manera en la marcha de los mismos.

### Variabilidad en los procesos, concepto, causas

El diseño de los procesos es importante en relación con la calidad de la asistencia sanitaria, ya que implica la evaluación previa de las posibles variaciones en unas acciones predeterminadas. Frecuentemente los profesionales sanitarios defienden la posibilidad de que se produzcan diferentes formas de actuar, es decir, variaciones en las actividades y procesos de atención, argumentando que éste es necesario dada la condición de los usuarios, la individualización de los cuidados y las circunstancias cambiantes del entorno, incluso la autoridad de un determinado profesional para actuar de diferente manera en virtud de sus conocimientos, posición o criterios.

Aun teniendo en cuenta todas estas circunstancias, se ha asumido hoy, de forma general y en base a la evidencia científica que, de hecho, la variabilidad que se puede producir en la atención de salud es un grave riesgo e implica una gran probabilidad de mala calidad asistencial, llegándose a decir incluso que “la variabilidad es el error”. En consecuencia, un proceso que no alcance a producir resultados similares o incluso iguales en diferentes aplicaciones, precisa que se evalúe su variabilidad y se identifiquen y controlen sus pasos defectuosos para, en su caso, proceder a un nuevo diseño.

Las fuentes y causas de variabilidad y, de acuerdo con lo anterior, el origen de posibles errores y falta de calidad en los procesos sanitarios son múltiples, dada la complejidad de estos procesos en la organización. Pueden depender de las personas, de la tecnología, de los proveedores, del propio diseño, de los usuarios, etc. De acuerdo a su control estadístico se pueden clasificar en:

- **Aleatorias:** cuando no es predecible que ocurran.
- **Asignables:** ocurren con una frecuencia mayor que la aleatoria.

En un determinado proceso, adecuadamente diseñado y controlado, las causas asignables han de ser identificadas y eliminadas previamente en la fase de diseño, siendo solamente aceptables, en su caso, las causas aleatorias.

## VALORACIÓN DE LA CALIDAD: LA ESTRUCTURA, EL PROCESO Y LOS RESULTADOS

Se ha aceptado de forma general que la calidad de la atención sanitaria puede evaluarse en tres aspectos que la integran: la estructura, el proceso y los resultados. Responde este enfoque, cuya formulación se realizó por primera vez en 1966, con una posterior revisión del propio Donabedian y otros autores [16, 20], a la necesidad de valorar los diferentes componentes o elementos de la calidad (Ver Imagen 3) en función de:

- La estructura de la institución: es decir, el análisis de los medios empleados.
- El proceso seguido: los métodos utilizados para prestar la atención.
- Los resultados de la acción: el impacto producido en la situación de salud o enfermedad objeto de análisis.

### El análisis de la estructura

Se realiza por la apreciación de la calidad presente en los medios materiales, los recursos humanos y los sistemas de la organización mediante la comparación de todos o algunos de ellos con un modelo o prototipo bien conocido.

- Los medios materiales: se valora tanto la disposición física de los espacios asistenciales y administrativos, su diseño y distribución, como la cantidad y tipo de éstos y la dotación en mobiliario, medios técnicos y de soporte a la atención.
- Los medios organizativos: son valorados en función de la existencia y adecuación de estructuras, normas, procedimientos, sistemas de formación y actualización del personal, métodos de control y mecanismos de actividad y control económico y financiero.
- Los medios humanos: se valoran por su número, cualificación, niveles de formación y titulación, experiencia, así como formas de organización y distribución.

El análisis de la estructura constituye en realidad un método indirecto de valoración de la calidad, ya que no informa específicamente de cómo funciona una institución o un servicio, sino que más bien proporciona una base para asegurar que se dispone, al menos teóricamente, de las condiciones adecuadas para el buen funcionamiento en los niveles de calidad esperados. Este enfoque de valoración parte de la premisa que afirma que si se dispone de buenos medios, el trabajo que se lleve a cabo con ellos ha de estar en la misma tónica de calidad.

En sentido estricto, la evaluación de la estructura no dice cómo funciona un centro, sino cómo debería funcionar si

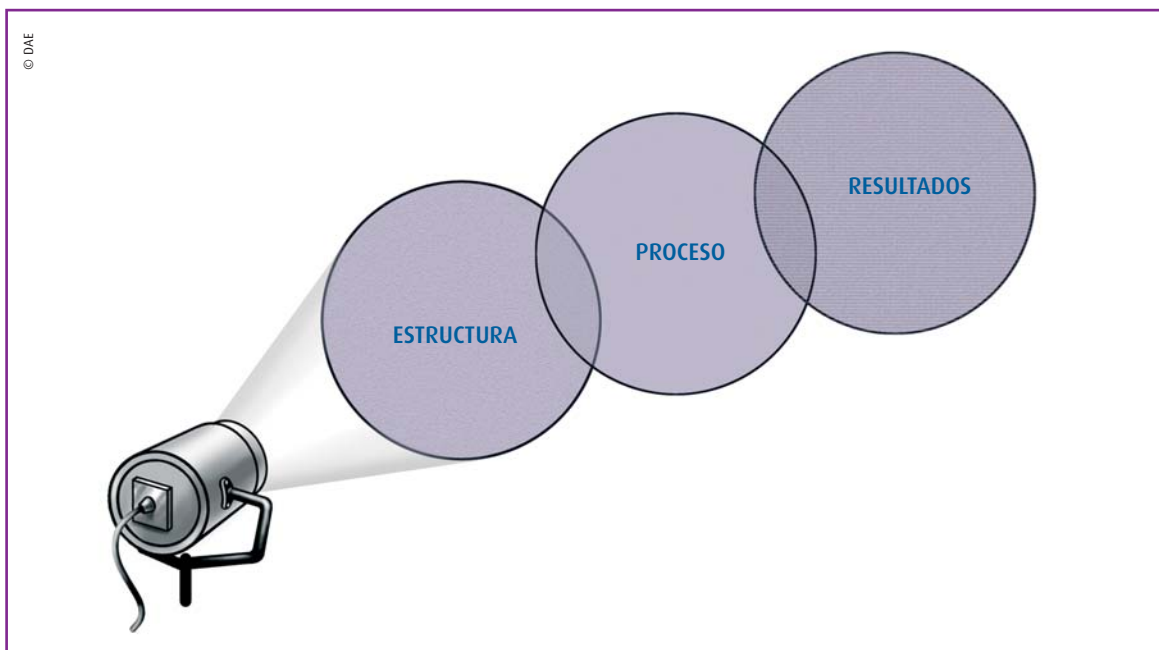


Imagen 3. Los enfoques de la calidad, según Donabedian [16]





dispusiera de medios adecuados, tanto los que tienen relación directa con la asistencia como los que sirven de apoyo a la misma e incluso, en el caso de una institución que participa en la enseñanza de pre o postgrado, los que contribuyen al desarrollo de esta docencia: biblioteca, comisión de docencia, etc. Por lo general, la evaluación de la estructura se realiza siguiendo un formulario o protocolo de valoración, en el que figuran los diversos aspectos a evaluar, a los que se otorga un valor de acuerdo a su presencia, su ausencia o a la importancia relativa de cada uno de ellos en la calidad asistencial.

El método seguido es la aplicación de este protocolo o cuestionario por una comisión externa, es decir, compuesta por evaluadores ajenos a la institución o unidad, que contrastan y valoran, de acuerdo con el cuestionario, cada una de las características o variables, y les otorgan una puntuación si ello está previsto.

Este enfoque de la valoración de la calidad asistencial tiene un reflejo en la práctica en un sistema de acreditación de los centros sanitarios, a efectos de su habilitación para realizar algunas actividades complejas, para las que se requiere un alto nivel de calidad de los servicios: determinadas técnicas (trasplante de órganos), enseñanza de profesionales de pre y postgrado, por ejemplo. Actualmente, la acreditación por criterios de estructura se complementa con otras valoraciones, especialmente de resultados, como se verá más adelante.

## El análisis de los procesos

El enfoque del análisis del proceso se basa en la valoración de lo que la institución y los profesionales sanitarios realizan en función de las necesidades de atención de los pacientes o clientes, de la habilidad y competencia profesional con la que se llevan a cabo las acciones y de las características de la atención en sí. Incluso en ciertos casos se puede valorar, según este enfoque, las actividades llevadas a cabo por los usuarios de acuerdo a su situación y en relación con los servicios de salud.

El análisis del proceso proporciona una visión más ajustada y cercana a la realidad de la calidad asistencial que el análisis de la estructura, aunque también se puede argüir que proporciona información acerca de la corrección de la acción o la competencia de los profesionales, si bien no directamente sobre el efecto de esa competencia en la salud o el bienestar de los usu-

rios. En todo caso, si la valoración de la estructura informaba sobre cómo podría funcionar un servicio o un centro, caso de disponer de medios idóneos, la valoración del proceso proporciona datos reales sobre cómo funciona en la práctica un grupo o institución.

El instrumento utilizado es, por lo general, la historia y los registros de los pacientes, sobre los que se realiza una inspección o auditoría por un grupo de evaluadores habitualmente constituido para este fin. El prototipo o modelo con el que se contrasta la actuación o el proceso seguido suele ser el protocolo o el procedimiento que se tenga establecido en la institución, respecto a la actividad o conjunto de actividades sometidas a la valoración de su calidad.

El análisis de la calidad del proceso también puede llevarse a cabo por otros métodos directos como la observación de las acciones por medio de evaluadores en el lugar de la práctica, o bien por métodos indirectos como la entrevista estructurada a los profesionales sobre la forma en que realizan la acción o acciones a evaluar. Existen igualmente experiencias de este análisis mediante entrevistas o encuestas a usuarios, a los que se interroga sobre los aspectos valorables de la atención, y se les piden datos acerca de las acciones que se les hicieron y las circunstancias que las acompañaron.

Un aspecto importante de este enfoque de valoración es justamente el de la elección del proceso a valorar, ya que, como es obvio, no es posible proceder a evaluar todas las actividades que se llevan a cabo en una institución o unidad. Sin embargo, es de general consenso que un grupo, servicio o institución que realiza con toda corrección una determinada actividad o el conjunto de varias de ellas relacionadas entre sí aplicará esa misma competencia a todas las acciones que desarrollen. Por ello, se trata de seleccionar un proceso que sea suficientemente significativo en la calidad de la atención prestada y represente adecuadamente todos los elementos de esa calidad (Ver Imagen 4). En este sentido, como ya se ha señalado, la expresión proceso conlleva un significado amplio y puede referirse a considerar para su valoración:

- Grupos de pacientes estandarizados o tipo de pacientes: agrupados por diagnósticos médicos o de enfermería (oncológicos, crónicos, colostomizados, neonatos, etc.).
- Conjunto de actividades o procedimientos: de tipo asistencial o administrativas (alimentación parenteral, sondajes, altas, ingresos, comunicación, etc.).



Imagen 4. La evaluación de calidad se hará sobre actividades de enfermería representativas de la calidad prestada

- Algunos tipos de tratamientos o técnicas: curas específicas, escaras, etc.

Para seleccionar el proceso o conjunto de actividades a evaluar se utilizan diversos métodos, que tratan de determinar tanto la pertinencia del proceso elegido como el consenso de los profesionales acerca de su utilidad como elemento de valoración de la calidad. Puede, a este fin, emplearse los métodos de trabajo que conduzcan a la decisión por consenso de los expertos (técnica Delphi o de Grupo Nominal), o bien el método de trazador, elaborado por Kessner, que permite seleccionar un proceso, ya sea una categoría diagnóstica u otra condición, que responda a las siguientes características: alta prevalencia, buena definición, conocimiento de los efectos de la actividad, influencia directa de las acciones que se llevan a cabo [21].

La aplicación del método de trazador ha permitido a algunos grupos de enfermeras seleccionar procesos de cuidados enfermeros altamente representativos de la calidad de estos cuidados. Por ejemplo, en sus pioneros trabajos sobre calidad de cuidados enfermeros, Chagnon [5] pro-

puso evaluar la calidad de la atención de enfermería a grupos de usuarios reunidos en las siguientes categorías de situaciones de cuidado: diabéticos, neonatos, primíparas, colostomizados, accidentes cerebrovasculares, cirugía abdominal y niños con problemas respiratorios. Para elegir estos grupos utilizó el método de trazador, planteando al respecto de cada uno de los procesos tomados en consideración las siguientes cuestiones, cuya respuesta afirmativa le ha llevado a aceptarlos como grupo de valoración de la calidad:

- La necesidad de cuidados de enfermería es alta: significa que hay una cierta intensidad de cuidados o gravedad e importancia de la situación.
- La categoría diagnóstica es fácilmente identificable: no hay dudas sobre cuál es la situación del paciente o usuario.
- Los efectos de los cuidados de enfermería son identificados claramente y valorados con seguridad: es decir, se conoce la consecuencia de las acciones enfermeras.
- Existe acuerdo general acerca de los objetivos y las condiciones de la prestación de cuidados de enfermería: o lo que es lo mismo, hay un consenso profesional acerca de cuál es la atención enfermera más adecuada.
- La influencia del trabajo de otros profesionales (médicos, fisioterapeutas, etc.) en la situación del paciente, que resulta bien conocida y se identifica claramente.
- La tasa de prevalencia es alta: es decir, existe un número adecuado de usuarios sobre los que se realizan los cuidados a valorar.

Una vez seleccionado el proceso, que puede ser tanto para un grupo de pacientes como referirse a una actividad más concreta, se procede a determinar si la valoración se llevará a cabo sobre el total de la población afectada por la situación o bien sobre una muestra representativa de ella. Posteriormente se establece el prototipo o modelo correcto de actuación, con el que se ha de contrastar los resultados del proceso evaluado. Por lo general, el prototipo es el procedimiento o protocolo que se tenga establecido al respecto de la prestación de los cuidados específicos, ya que es de suponer que estos protocolos reúnen las características de calidad que aseguran la idoneidad de la ejecución del proceso.

La comparación de la acción realizada con el prototipo, que puede hacerse mediante un sencillo instrumento de evaluación, permite establecer una valoración de la calidad medida en porcentaje de cumplimiento del protocolo. Por ejemplo, si el protocolo contiene veinte condiciones o aspectos del cuidado y se cumplen los veinti-



te, se obtendrá un índice de calidad (IC) sobre ese proceso del 100%. Si, por el contrario, el cumplimiento sólo es en quince de los aspectos, el IC quedará establecido en un 75%. De acuerdo con la situación evaluada y dependiendo de su complejidad, dificultad o del nivel previo conocido, puede establecerse que el IC quede fijado en un porcentaje que, aunque no alcance el 100%, refleje una calidad "aceptable" (p. ej.: más del 75%, entre el 70 y el 80%) e incluso se establezcan índices mínimos por debajo de los cuales sería preciso abordar urgentes y drásticas medidas de corrección. Todo ello, como se ha dicho, según la importancia, dificultad e impacto previsto del proceso en cuestión.

En definitiva, el análisis de la calidad enfocado a los procesos presenta dos aspectos y consecuencias. Por un lado, permite hacer una valoración de la calidad de la actuación de los profesionales, manteniendo un sistema permanente de control que garantice esta calidad y permita su mejora. Por otro lado, respecto a los procedimientos utilizados, puede ser útil para efectuar una valoración tanto de la corrección del propio procedimiento, es decir, constatar si el protocolo utilizado es el más adecuado a la situación que se emplea, como de su oportunidad, o lo que es lo mismo, si está realmente indicado en las situaciones en las que se utiliza o se lleva a cabo.

## El análisis de los resultados

El análisis de la calidad según los resultados trata de evaluar las consecuencias de la actividad realizada por instituciones o por profesionales, en grupo o individualmente. Estas consecuencias pueden observarse en tres áreas:

- El rendimiento de la actividad.
- La opinión del paciente o usuario.
- Los costes producidos.

### El rendimiento de la actividad

Se evalúa por indicadores establecidos, por lo general, en modelos o prototipos, bien propugnados por instituciones u organismos nacionales o internacionales, bien por la elección de un hospital o centro considerado con niveles de funcionamiento excelentes.

En un hospital, la valoración del rendimiento se realiza por la medición de resultados tales como días de estancia media, estancia prequirúrgica, tasas de reingresos injustificados, tasas de mortalidad, general y específicas

de infecciones, altas voluntarias, diagnósticos exactos (o erróneos), necropsias, exploraciones inadecuadas, costes, etc.

En un centro de salud se pueden valorar los resultados por la medida del número de consultas, médicas y de enfermería, tiempo por consulta, población atendida o cobertura real, descenso de tasas de morbilidad, número de programas y población incluida en ellos, tasas de prescripción farmacéutica, niveles de participación de la comunidad, etc.

En general, en uno y otro ámbito se trabaja en la calidad con tasas y medidas acerca de situaciones que pueden ser patológicas, sociales o de organización.

En los servicios de enfermería se viene evaluando la calidad de los resultados por la valoración de la implantación y cumplimiento de las normas y protocolos de actuación en los cuidados enfermeros, o bien por la monitorización de la aparición de riesgos o complicaciones de los cuidados.

En el primero de los casos, los resultados de calidad de un servicio o unidad de enfermería podrían medirse por la observación del número de actividades protocolizadas en un determinado período, su iniciación, aceptación y seguimiento por los profesionales.

En el segundo, la evaluación de la calidad se basaría en la cuantificación y disminución de los problemas aparecidos que estuvieran relacionados con la prestación de cuidados, ya sea por efectos adversos de los cuidados, o por errores u omisiones en los mismos.

### La opinión del paciente o usuario

La opinión del usuario constituye un resultado específico de especial utilidad para la valoración de la calidad asistencial y, por tanto, debe ser cuantificada como medida de esa calidad. Se comprende este aspecto de la calidad sanitaria si se tiene en cuenta que un amplio concepto de ésta vendría a afirmar que la calidad es mayor cuanto más grande sea el grado de aceptación por parte de las personas que son sus destinatarios, es decir, los pacientes o los usuarios de los servicios de salud. Por ello, los modernos estudios sobre la calidad de la asistencia sanitaria incluyen de forma destacada toda una serie de medidas de satisfacción del usuario como resultado de la atención prestada en niveles óptimos. Tales medidas presentan, sin embargo, serios problemas que diferencian este resultado de otros parámetros observables y cuantificables, principalmente el

de la subjetividad a que se ve sometida cualquier medida que, en definitiva, se basa en la expresión de una opinión personal y se manifiesta en circunstancias que se acompañan de factores emotivos, así como el de los aspectos de vinculación y dependencia de la institución sanitaria y de los profesionales que han prestado la atención sobre la que se demanda al usuario un juicio valorativo.

Para que una evaluación de resultado que tome como medida la satisfacción del paciente o usuario tenga auténtico valor, ha de procurarse que los datos se recojan de forma que se potencie la objetividad de la opinión manifestada y que evite los sesgos que pudieran presentarse. Para ello, se procura alejar a la persona a la que se le pide la valoración de la influencia del ámbito asistencial. Suele a estos efectos utilizarse un formato de cuestionario anónimo, que contiene una encuesta cerrada, entregada al paciente bien durante su periodo de atención en el hospital o centro o pasado un tiempo prudencial después de producirse el alta, tiempo que no suele exceder de un mes para asegurar la objetividad y ponderación de la respuesta así como la capacidad de recuerdo de las circunstancias sobre las que se demanda la opinión.

En este caso, la encuesta se envía por correo, solicitando su cumplimentación y retorno al centro donde recibió atención el usuario. El cuestionario puede estar enfocado a valorar la atención completa recibida por parte de médicos, enfermeras y otros profesionales u orientarse más en algunos aspectos complementarios o de hostelería: tiempo de espera, circunstancias de la atención, alimentación, higiene, comunicación, etc.

En definitiva, este enfoque particular de la valoración de la calidad de los resultados mediante la opinión y satisfacción del paciente o cliente de los servicios de salud forma parte hoy en día de cualquier sistema de control y garantía de calidad, ya que permite valorar la asistencia, tanto desde un aspecto global como desde apreciaciones en cuestiones más concretas y específicas [22, 23].

### Los costes como resultado

Existe, como se ha señalado ya en anteriores ocasiones, una tendencia a relacionar el tema de los costes, su descenso en determinados procesos o en el conjunto de la empresa como un indicador de calidad de la misma. Ello es, por lo general, erróneo si no se acompaña de otros resultados que indiquen si la atención ha producido el impacto esperado (p. ej.: el resultado medido

en bienestar, mejora de la patología en índices claros, satisfacción, etc.).

En base a los mismos resultados un descenso del coste es significativo de calidad, sin embargo, con peores resultados hay que cuestionar seriamente este enfoque fundamentalmente monetario, que está llevando, por ejemplo, a la disminución de personal (enfermeras, sobre todo), a la reducción o empeoramiento del material o a la exigencia de rendimientos superiores, con consecuencias que no se puede afirmar que sean de calidad.

## ESTÁNDARES, INDICADORES Y CRITERIOS DE CALIDAD

Una vez establecidos los componentes del concepto de calidad sanitaria, se está en condiciones de proceder a su valoración, es decir, se sabe qué es y además en qué ámbitos o campos se va a estudiar. El sistema de valoración de la calidad asistencial tiene su base en la comparación de la situación real que se produce en la estructura, el proceso o los resultados de una institución o grupo de profesionales, con una situación ideal que se presenta en el prototipo o modelo de atención de calidad a alcanzar. De ello se desprende que cuanto más claro y definido esté el modelo, más fácil será el proceso que garantice que la actuación se ajusta a él. La definición pasa por el establecimiento de estándares, indicadores y criterios de calidad (Ver Cuadro 2).

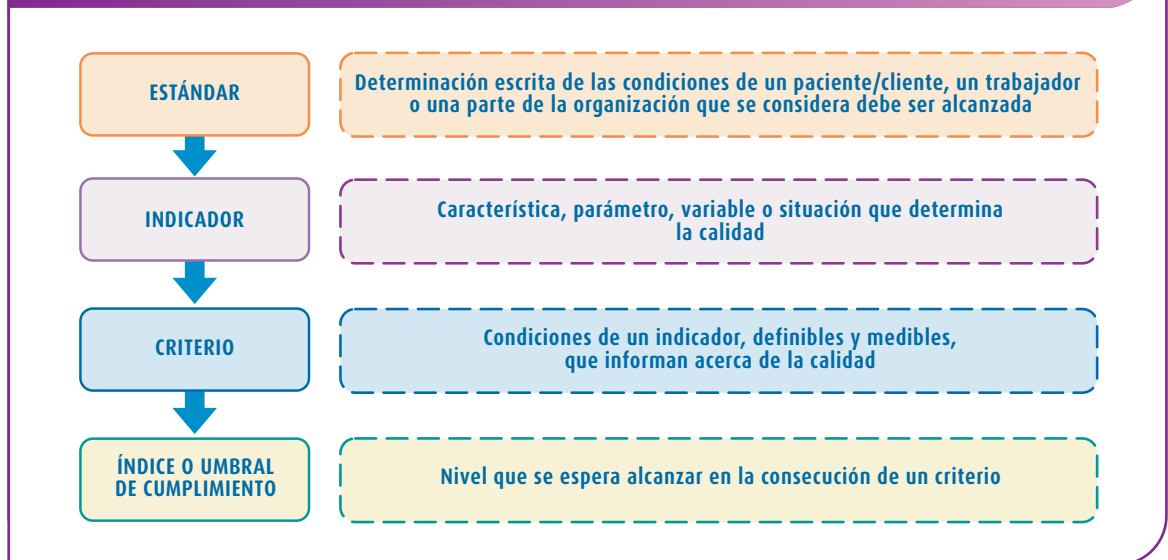
### Los estándares

La calidad de la atención que se espera de una institución sanitaria se muestra en primer lugar en la fijación de estándares que determinan la definición de los servicios que se prestan con las condiciones de los usuarios a los que se atiende. Un estándar es una determinación escrita de las reglas, condiciones y acciones sobre un usuario (paciente o trabajador) o el sistema organizativo, que es elaborada por los expertos, aprobada por la autoridad competente y aceptada por los usuarios. Un estándar debe estar escrito y presentado de forma que sea fácilmente comprendido por todas las personas afectadas en su cumplimiento y describir una forma adecuada de llevar a cabo las acciones o de consecución de los resultados en el cliente.

Los estándares, en definitiva, explican qué va a recibir el usuario como atención, cómo funciona la organiza-



Cuadro 2. Relación entre estándar, indicador, criterio e índice o umbral de cumplimiento



ción o cómo actúan los trabajadores en los aspectos de estructura, proceso y resultados. Así, por ejemplo:

- “La dirección de enfermería es responsable de la formación continuada de su personal”: sería un estándar de estructura referido a la gestión.
- “Las enfermeras mantienen actualizados sus conocimientos y habilidades en el servicio”: es un estándar de resultado referido a la práctica profesional de cada una de las enfermeras.
- “La enfermera asegura la comunicación e información del paciente”: estándar de proceso referido a las acciones profesionales del cuidado enfermero.
- “El paciente recibe información adecuada a su situación de forma veraz y en el tiempo adecuado”: estándar de calidad referido a resultados en la situación del usuario.

## Los indicadores

Se define un indicador de calidad como una característica o parámetro, o una situación de la atención sanitaria (o enfermería) que reviste la suficiente importancia como para ser determinante de esa calidad. Los indicadores de calidad de los cuidados de enfermería son variables presentes en la atención enfermera y pueden identificarse, según sean los enfoques de la valoración de la calidad, como:

- Indicadores de estructura: normas, protocolos, registros, personal (tipo y distribución).

- Indicadores de proceso: tipos de pacientes atendidos, técnicas realizadas, cuidados específicos.
- Indicadores de resultados: beneficios definidos y producidos por la aplicación de cuidados enfermeros, cambios observados en la situación de pacientes o usuarios, opinión de los mismos.

Un indicador de calidad es, en definitiva, un área o aspecto general de la atención, claramente observable, que permite señalar el ámbito y grado de la calidad de los cuidados que se van a evaluar.

## Los criterios

Por su parte, los criterios son condiciones presentes en una situación, en un indicador, claramente definidas y medibles con precisión, que informan del grado de calidad obtenida. Por ejemplo, si se establece como indicador de la calidad de la atención de enfermería en un servicio hospitalario el ingreso del paciente, los criterios observables podrían ser, entre otros:

- Revisión de la historia clínica al ingresar.
- Informar adecuadamente al paciente acerca de la unidad.
- Presentarse personalmente al paciente y a su familia.
- Valoración inicial del estado físico del paciente, incluida la toma de constantes vitales, el peso y la talla.
- Cumplimentar la historia de enfermería en todos los apartados referidos al ingreso.

### Condiciones de un criterio de calidad

Los criterios de calidad deben reunir una serie de condiciones para poder utilizarse con ese fin de medida, tales como:

- Validez: permiten una definición exacta de lo que se pretende.
- Pertinencia: están relacionados con la situación y con los objetivos generales de cuidados.
- Medición: presentan valores claramente medibles. En el ejemplo planteado anteriormente, los criterios pueden medirse en “Sí” o “No”, si se han realizado o no las acciones. En otros casos, podrían establecerse por medio de puntuaciones que reflejaran la realización del criterio, en su totalidad o parcialmente e, incluso, si se realiza de una manera adecuada podrían obtenerse valores numéricos.
- Objetividad: no sujeto a interpretaciones.
- Especificidad: contempla cada uno un sólo aspecto del cuidado o de la atención a valorar.
- Practicidad: deben ser situaciones fáciles de observar, es decir, que habitualmente se realizan o se dan en la práctica.
- Sensibilidad: son capaces de detectar deficiencias o desviaciones de la práctica observada.
- Economía: no requieren gastos adicionales excesivos, están adaptados a los recursos existentes y a la realización habitual de la práctica del cuidado de los pacientes.

Por su parte, el índice de cumplimiento (umbral, en algunos textos) es la frecuencia o nivel deseable que debe ser alcanzado para obtener el grado de calidad establecido o, lo que es lo mismo, constituye el valor objetivo de cumplimiento de un criterio, de acuerdo a la norma que la institución o grupo haya fijado. El grado de cumplimiento de un estándar se establece en un índice, que denota el valor real obtenido.

Como ejemplo, sobre un indicador de calidad: “ingreso del paciente” y en el criterio sobre este indicador “la enfermera revisa la historia clínica del paciente”, el umbral o nivel de cumplimiento se establecerá en: “todos los pacientes que ingresen procedentes de consulta externa”, con lo que se fijaría el valor “todos” igual al 100% ideal, aunque el índice de cumplimiento, la práctica real llevada a cabo, pueda ser menor. Si la situación de partida es de cumplimiento muy bajo, puede optarse por establecer índices o umbrales de cumplimiento que se acerquen a esa práctica, tendiendo a elevarlos según se implante el programa o la actividad de calidad tal como se haya diseñado.

## LA GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LA EMPRESA SANITARIA

El establecimiento de medios de valoración y control conduce a poder garantizar la calidad, en una situación que, en la realidad, se traduce en un auténtico compromiso que se establece entre las instituciones y los profesionales, por una parte y el usuario de los servicios de salud, por otra. Este compromiso asegura que la atención prestada por los primeros reúne las mejores características para atender a las necesidades de los segundos.

Como ya se ha mencionado, el concepto de calidad y el de su evaluación van unidos a los conceptos de garantía y mejora de la atención y, en principio, no deben confundirse. Por ello, es preciso aclarar que:

- La calidad no es simplemente la detección de errores: como todo sistema de control, lo que pretende el sistema de calidad es justamente actuar anticipadamente, no para constatar que se han producido errores y solucionarlos, sino ante todo para evitar la oportunidad de que se produzcan.
- Las acciones de calidad no son simplemente una investigación: aunque se vale de métodos investigadores, los sistemas de control, de garantía y mejora de la calidad tienden a valorar el estado de la calidad y a mantenerla en niveles óptimos, mientras que la investigación clínica pretende fundamentalmente comprobar una hipótesis previamente establecida.
- El control de calidad no es exclusivamente un objetivo de la administración: más bien es un instrumento que le ayuda a mantener los límites previstos en el cumplimiento de objetivos y, por tanto, el plan diseñado.

Finalmente, el sistema de calidad en una empresa no ha de significar un sinónimo de represión de los trabajadores, ya que lo que pretende no es la localización de aquellos profesionales o trabajadores que hayan actuado incorrectamente sino conseguir que todos mantengan elevados niveles de competencia y que, de hecho, todos se sientan responsables de la calidad alcanzada.

En consecuencia, la valoración y la garantía de la calidad asistencial tienen utilidad en una institución de servicios de salud en cuanto al mantenimiento de una dinámica que se proyecta hacia adelante, la constante mejora de la atención, pudiéndose observar otros beneficios tales como la ayuda que puede aportar para una correcta planificación, constituirse como un elemento motivador al



favorecer el grado de conocimiento del valor y las consecuencias de las acciones profesionales, personales y colectivas y propiciar la cohesión de los equipos de trabajadores de reconocida competencia, que por ese reconocimiento se pueden sentir más inclinados a aceptar sugerencias de mejora. No es la menor de las consecuencias esperadas la de conseguir clientes que se sientan satisfechos con la atención recibida y, aunque éste es un tema de aparente poco interés en las instituciones sanitarias públicas, cada vez se hace más patente que una organización sanitaria de calidad, pública o privada, de atención primaria o especializada, sólo puede ser considerada de calidad o incluso excelente si sus usuarios se sienten verdaderamente satisfechos, bien atendidos de acuerdo a sus necesidades y deseos.

Para ejercer esa valoración, las empresas han de hacer de la calidad un enfoque clave, central de su funcionamiento, mediante el diseño de los procesos que van a hacer posible su producción de acuerdo a este enfoque. Desde las primeras investigaciones de W. E. Deming y otros teóricos de la calidad empresarial, se insiste en que éste debe ser un objetivo de toda de la empresa, por lo que precisa ser establecido en todos los niveles de la organización. Véase como ejemplo los catorce puntos de Deming [24] (Ver Tabla 3).

### EL CONCEPTO DE CALIDAD TOTAL, SU GESTIÓN Y MEJORA

De acuerdo con estos planteamientos, en la actualidad se trabaja en el desarrollo e implantación de sistemas globales de garantía y mejora de la calidad total de la atención en una institución, que no tiendan a parcializar la evaluación según aspectos concretos y por parte de grupos de profesionales, por muy importantes que éstos puedan resultar. El concepto actual de calidad total implica, pues, el desarrollo de una cultura de la institución de salud que permita la ampliación de los tradicionales métodos de control de calidad sobre los puntos más relevantes o más llamativos (por su impacto, por su costo) de la atención, a un proceso continuado y dinámico de mejora permanente de la calidad asistencial, que incluya todas las áreas de la empresa sanitaria, tanto las clínicas como las administrativas y de apoyo asistencial, con el fin de asegurar un nivel de excelencia para todos los servicios prestados [25].

Se afirma, pues, que el enfoque actual de la gestión de la calidad se centra fundamentalmente en los procesos



Tabla 3. Los 14 puntos de Deming

1. Fomentar fidelidad al propósito de mejora del servicio
2. Adoptar la nueva filosofía
3. Ceser la dependencia de la inspección para alcanzar la calidad
4. Acabar con la práctica de adjudicar negocios solamente por el precio
5. Mejorar constantemente cada proceso de planificación de la producción y del servicio
6. Establecer una formación y adiestramiento continuados en el servicio
7. Establecer el liderazgo para la mejora
8. Ahuyentar los miedos y mantener la seguridad en los trabajadores
9. Derribar las barreras entre las diferentes áreas del personal
10. Eliminar lemas, exhortaciones y objetivos para los trabajadores
11. Eliminar las cuotas numéricas para el personal (los trabajadores) y las metas numéricas para la administración
12. Retirar las barreras al orgullo del trabajo bien hecho
13. Establecer un vigoroso programa de educación y auto-mejora para todos
14. Involucrar a todos en el trabajo de la transformación

y en los resultados (Ver Imagen 5). Este principio es válido tanto para los servicios de atención primaria como para la atención hospitalaria o especializada y debe partir de políticas generales del sistema, tal como está recogido por la OMS en su programa SPT-XXI, que establece en su objetivo 16: *“Para el año 2010, los Estados miembros deberán garantizar que la gestión del sector sanitario, desde los programas de salud basados en poblaciones hasta la atención individual a los pacientes a nivel clínico, está orientada hacia los resultados en materia de salud”*[8].

En este contexto de calidad total, cada una de las áreas de atención o cada grupo de trabajadores debe verse reflejado, aunque lo más importante justamente es que el objetivo de la garantía y mejora no sean los aspectos concretos sino que la totalidad de la atención presente las características de calidad esperadas. La calidad total incluye tres premisas fundamentales:

- Se obtienen servicios con “0” errores: es decir, se tiende a prestar cuidados de salud exentos de efectos no deseados e imprevisibles.

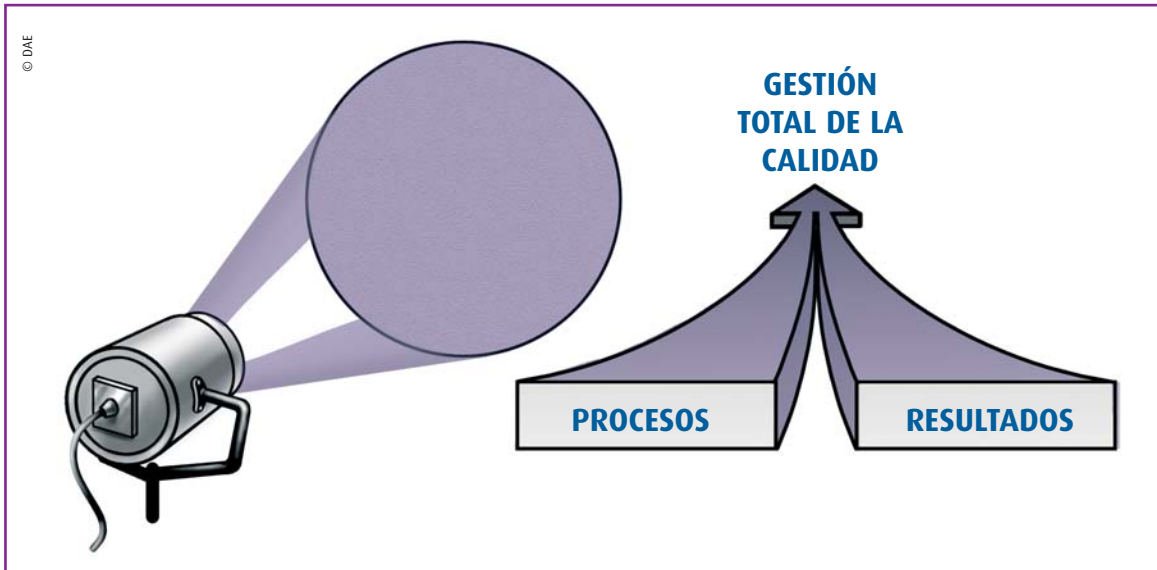


Imagen 5. El enfoque actual de la gestión total de la calidad

- Abarca todas las áreas y servicios de la institución: aunque la valoración sea realizada sobre algún indicador referido preferentemente a un área o grupo profesional, se identifican las relaciones de éstos con el resto de actividades y resultados de la institución a efecto de valorar igualmente la influencia en la calidad de otras áreas y servicios.
- Comprende a todas las personas, sea cual sea su categoría, titulación y situación laboral, de la empresa sanitaria: en un concepto de sistema organizativo, que es el manejado habitualmente en una institución de salud, es evidente que la calidad de todo el sistema estará definida por el elemento que presente el menor grado y que influya decisivamente en el total. Por otra parte, la estrecha relación presente en la labor asistencial entre todos los elementos hace preciso esta consideración de calidad en función de una valoración global. Así, por ejemplo, un grupo de enfermeras de unidad tienen interés en realizar una evaluación de la calidad de su trabajo, con indicadores tales como la infección hospitalaria producida en los pacientes de su unidad, reflejada en criterios de cuidados enfermeros: manejo de sondas, catéteres, material de un solo uso, medicación, etc. Tal valoración, de excepcional importancia por el impacto que se produce en la seguridad del paciente, los costes económicos y otros aspectos, ha de tener en cuenta no sólo el trabajo de las propias enfermeras, sino también la relación con los médicos, la farmacia, el servicio de compras, el de limpieza y un largo etcétera de situaciones relacionadas, cuyos criterios también se deben considerar en un contexto de calidad total.

El concepto de garantía de la calidad total se complementa con las ideas de su gestión, en cuyo desarrollo han participado gestores de todo el mundo, entendiéndose la gestión de la calidad total (GCT) como un sistema estructurado para hacer partícipe a toda una organización en un proceso de mejora continua, destinada a satisfacer y superar las expectativas del consumidor. También se utiliza en la actualidad el término mejora continua de la calidad (MCC), que se define como los esfuerzos de la empresa en un proceso permanente de información en relación con los resultados de trabajos multidisciplinarios para analizar el sistema, proponer cambios y medidas de mejora.

Los principios de gestión y mejora de la calidad total se pueden enunciar de la manera siguiente [26]:

- Establecer un compromiso en el seno de la organización como un todo con la calidad.
- Establecer un compromiso para comprender las necesidades y expectativas de los usuarios.
- Asegurar el esfuerzo continuo para mejorar el proceso.
- Capacitar a los trabajadores para mejorar el proceso, mediante la delegación de autoridad, la formación y la dotación de recursos.
- Formular el compromiso de la organización en la oferta de servicios de alta calidad.
- Utilizar la información y los datos de forma integral.
- Establecer el compromiso de la organización para aprender de aquellos que realizan las mejores prácticas.





- Compromiso de la administración al más alto nivel con la calidad total.
- Establecer relaciones a largo plazo con pocos proveedores que puedan ofrecer productos de calidad.

### La elaboración de un programa de gestión y mejora de la calidad total

A continuación, se describe un proceso de diez etapas para la consecución del objetivo de garantía y mejora de la calidad total:

- **Asignar la responsabilidad:** aunque la responsabilidad final en la atención sanitaria y, por tanto, en la garantía de la calidad de la atención reside en la institución y su órgano directivo, los programas de garantía de la calidad deben tener asignado un o unos responsables, generalmente un grupo en el que participen profesionales de las diferentes áreas de la atención. Tales grupos revisten diferentes formas, de acuerdo al ámbito de trabajo, las áreas de cuidados o los estamentos de trabajadores que se incluyan. En todo caso, si existen varios grupos que trabajan en calidad (p. ej.: el personal de enfermería, los laboratorios, los quirófanos), todos deben converger en un organismo que coordine esas actividades.
- **Delinear el ámbito:** significa decidir el área de la atención que se va a evaluar, de tal manera que no ocurra una fragmentación o parcelación de la visión de la calidad que se pretende. Este paso supone la identificación de los clientes de los programas de calidad, que no son solamente los pacientes o usuarios sino también los miembros del personal, los gestores, la propia administración. La calidad puede estar relacionada con procesos que afecten a cualquiera de estos clientes, tanto los externos (pacientes) como internos (personal y otros).
- **Identificar los aspectos importantes del cuidado y de los servicios, de acuerdo a los siguientes enfoques:**
  - **Incidencia:** o alto volumen de ocurrencia, es decir, situación que ocurre frecuentemente o que afecta a un gran número de pacientes o clientes.
  - **Alto coste:** la situación produce costes directos o indirectos de importante cuantía.
  - **Alto riesgo:** se observa que los riesgos son frecuentes o producen consecuencia de gravedad.
  - **Producción de problemas:** el aspecto en cuestión es causa de aparición de situaciones problemáticas, tanto para los pacientes como para la familia o los profesionales.

- **Identificar indicadores y criterios:** deben identificarse aquellos que sean adecuados para cada uno de los aspectos del cuidado. Un indicador, como ya se ha descrito, no es en sí mismo una medida sino una señal de la situación que se puede medir. Los indicadores pueden ser de estructura, de proceso o de resultados, según sea el enfoque de análisis de la calidad que se haya decidido realizar. El criterio o criterios de cada indicador permitirá la medida ajustada de ese aspecto del cuidado.

- **Establecer umbrales de cumplimiento:** o, en otras palabras, definir el nivel de evaluación que se va a utilizar. El umbral o índice de cumplimiento puede establecerse en valores distintos al del estándar, dependiendo de la situación que se analice. Por ejemplo, en el caso del ingreso del paciente antes planteado, el umbral del criterio de valoración por la enfermera puede ser del 100%, si bien el índice de cumplimiento esperado se establece en un 90%, dadas las circunstancias presentes en la unidad: número de personal, formación de las enfermeras, número de ingresos según turnos. En ese caso, sólo se considerará la calidad como no aceptable y, por tanto, con la necesidad de adoptar medidas de corrección, cuando el umbral de cumplimiento descienda del 90%.

Por contra, existen criterios cuyo índice de cumplimiento es absoluto, del 100% de cumplimiento o del 0% de presencia de una situación relacionada con el cuidado, en aspectos de especial gravedad en las consecuencias de la atención. Por ejemplo, en un indicador de seguridad del paciente encamado, los criterios elegidos pueden ser: “todos los pacientes encamados con niveles de conciencia disminuidos dispondrán de barras laterales en la cama”, o “se evitarán las caídas de la cama en los pacientes que tengan niveles de conciencia disminuidos”. En el primero, el umbral será del 100%, es decir, todos los pacientes que se encuentren en esa situación; en el segundo, se fijará en 0%, o sea, se espera que ningún paciente sufra caídas de la cama en las condiciones especificadas.

- **Recogida y organización de la información:** cada una de las situaciones debe tener adecuados registros y sistemas que aseguren que la información se recoge, se utiliza y se almacena de tal forma que permita realmente la evaluación de la situación. Es también importante fijar criterios acerca de qué tipos de datos son necesarios, quién ha de recogerlos y en qué cantidad se han de recoger y manejar. Este aspecto es, por lo general, el que más tiempo consume del trabajo de las enfermeras involucradas en el programa y requie-

re de especial diseño y, en ocasiones, del empleo de medios y programas informáticos específicos.

- Evaluar las variaciones producidas: a lo largo del proceso de mejora de la calidad puede producirse una cierta variabilidad que, como se vio, se puede considerar aleatoria o asignable, según se conozca o no su causa. Por lo general, la variabilidad aleatoria es de carácter menor y se produce con relación a las características del personal, a las limitaciones del equipo o al puro azar. Las variaciones se deben valorar estadísticamente y buscar sus causas, de forma que se conozca la frecuencia y el motivo de su aparición y, en su caso, deba ser considerada la necesidad de rediseñar el proceso si la variabilidad producida así lo aconseja, es decir, si el error o riesgo se ha incrementado. Se suele utilizar a este efecto diversos tipos de gráficas, que aseguran la valoración de los cambios producidos y la variabilidad del proceso: árboles de decisiones, diagramas de flujo, de Pareto, etc.
- Adoptar medidas que mejoren los cuidados: todo programa de garantía y mejora de la calidad total ha de estar enfocado prioritariamente a elevar los niveles de calidad obtenidos. Por ello, en esta etapa del programa se ha de definir en qué aspecto hay que actuar para la mejora, quién ha de hacerlo y con qué medios, recursos, tiempo, etc., ha de contarse. Es decir, se ha de proceder a una planificación de los cambios necesarios y, en ocasiones, a un completo rediseño de la organización. El plan debe enfocarse a los resultados de los procesos destinados a los pacientes y usuarios, y también a todos los componentes de la organización. En un concepto de calidad total, el enfoque multidisciplinario de las medidas de mejora es importante, por los motivos antes referidos de la estrecha interrelación de las acciones enfermeras con otras áreas de la atención. Naturalmente, las medidas adoptadas no pueden quedarse en un plan escrito, sino que deben ser llevadas a la práctica lo antes posible, determinando quién o quiénes van a tener la responsabilidad de estos cambios.
- Evaluar la acción y documentar la mejora: garantizar la calidad no es un hecho en sí mismo, sino un camino que debe continuarse permanentemente. Así pues, en un programa de calidad, hay que establecer un sistema de monitorización continua de aquellos aspectos destacados en los que se haya valorado la calidad y sobre los que se haya actuado para su mejora. Tal monitorización debe seguirse durante un tiempo para asegurar que los cambios producidos se mantienen permanentemente.
- Comunicar la información: todos los que están relacionados con el resultado del programa deben recibir infor-

mación acerca de él, así como sobre las acciones emprendidas y las mejoras esperadas y obtenidas. La comunicación de resultados favorables es, en principio, necesaria para los que han contribuido a ello, y se debe discutir la oportunidad de su difusión general, más aún si la evaluación resulta negativa. Es frecuente que los trabajos sobre calidad asistencial se presenten en reuniones científicas y profesionales, lo que ayuda a otros grupos a trabajar en el mismo sentido o a utilizar la experiencia adquirida en otras áreas. Sin embargo, es preciso, en todo caso, el general consenso de todos los que han participado en el programa sobre la difusión de la información obtenida, para garantizar la confidencialidad y la confiabilidad de los datos obtenidos y de las acciones emprendidas.

Para su mejor comprensión, se representa un esquema de estas diez etapas de un programa de gestión de la calidad, propuesto por la *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations* (Ver Cuadro 3).

## TENDENCIAS ACTUALES: LA AUTOEVALUACIÓN, LA CERTIFICACIÓN Y LA ACREDITACIÓN

### La autoevaluación: el modelo EFQM

El modelo de la *European Foundation for Quality Management* o Modelo Europeo de Excelencia (EFQM), data de 1991 y, patrocinado por la Comisión Europea, constituye un instrumento de autoconocimiento o de autoevaluación para las empresas, aunque sin valor normativo. La EFQM otorga premios de calidad a aquellas empresas que utilizan este enfoque, con un fuerte componente de satisfacción de las personas, clientes y empleados, basado en el respeto a los valores de todos ellos. El modelo consta de nueve elementos [27]:

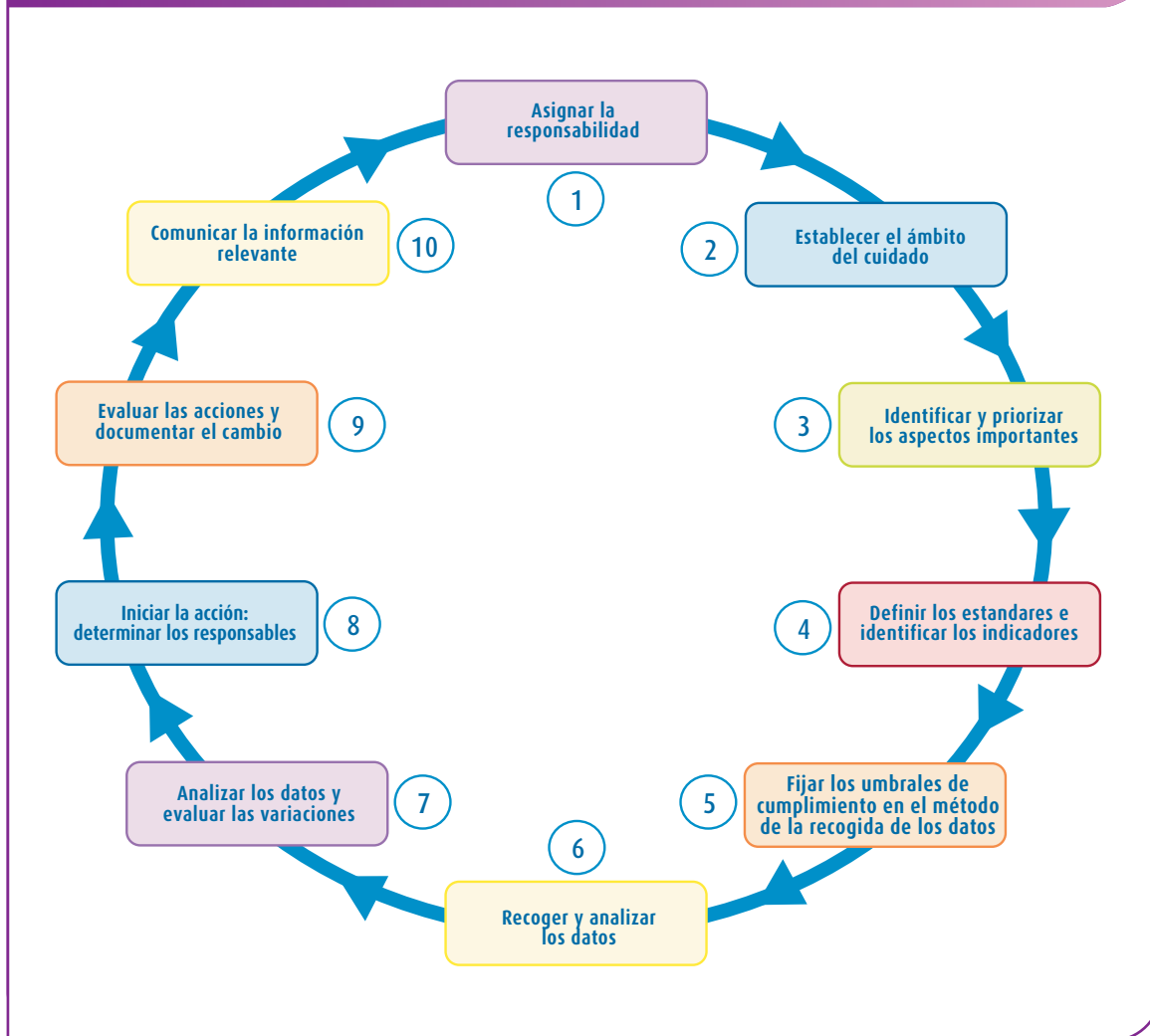
- Agentes facilitadores: constituidos por cinco de los elementos (liderazgo, política y estrategia, gestión de personal, recursos y procesos).
- Agentes de resultados: comprenden los cuatro restantes (satisfacción del cliente, satisfacción del personal, impacto en la sociedad y resultados empresariales).

#### Liderazgo

El criterio define cómo el comportamiento y las actuaciones del equipo directivo y de los demás líderes de la



Cuadro 3. Los diez pasos en un programa de calidad (JCAHCO)



organización estimulan, apoyan y fomentan una cultura de gestión de la calidad total (GCT). El modelo hace hincapié en diferenciar, para el sector público, el papel de los líderes políticos del de los líderes que gestionan la organización. El modelo EFQM no busca evaluar la calidad de las medidas políticas tomadas, sino la excelencia en la gestión que se lleva a cabo dentro de la organización. Los líderes que gestionan las organizaciones deben demostrar que conocen a sus clientes y sus necesidades específicas.

### Política y estrategia

El criterio define cómo pone en práctica la organización su misión y visión mediante una estrategia que se orienta principalmente a los actores, es decir, a los profesionales y a los clientes/usuarios.

### Gestión de personal

El criterio define cómo aprovecha la organización los conocimientos y potencial general de las personas individualmente, en equipo y en el total de la organización o, lo que es lo mismo, la manera en que se organiza el conocimiento útil para el trabajo, se desarrolla y se transmite.

### Recursos y alianzas (colaboradores externos)

El criterio define cómo gestiona la organización sus recursos de manera eficaz y eficiente y los pone en contacto productivo con posibles colaboradores externos. En el medio sanitario, las organizaciones de la sanidad pública están limitadas a veces por regulaciones legislativas de obligado cumplimiento (como normativas de compras, convenios con otras empresas de servicios)

que pueden dificultar la gestión de los recursos económicos e incluso las alianzas o colaboraciones externas (p. ej.: la universidad, algunas empresas, etc.).

### Procesos

El criterio define cómo la organización identifica, gestiona, revisa y mejora sus procesos, mediante el apoyo en ellos de su política y el incremento de valor añadido a sus acciones. En ello se incluye el diseño y la mejora de los procesos, de los productos y servicios basados en las necesidades y expectativas de los usuarios, la distribución de los mismos y las relaciones con los clientes. En el sector público los llamados procesos críticos (los que tienen mayor impacto por su coste, sus resultados o la opinión de los profesionales y los usuarios) guardan relación con la prestación de servicios claves para la empresa y con la naturaleza de los procesos de apoyo esenciales para la organización (administrativos, de hostelería, transporte de usuarios y materiales, como por ejemplo, muestras de analítica de laboratorio).

### Resultados en los clientes

El criterio define lo que consigue la empresa con sus clientes externos, en el caso de las organizaciones sanitarias, los pacientes o usuarios, medido en base a las percepciones de éstos y a indicadores cuantitativos (porcentajes o tasas de atención en diversas áreas, actividades realizadas, etc.).

### Resultados en las personas

El criterio fija los logros en relación a la satisfacción de los empleados, también en percepción y en medida cuantitativa. El personal de la organización está integrado por todos los empleados y las demás personas que directa o indirectamente ofrecen un servicio a los clientes (p. ej.: contratistas externas, de limpieza o alimentación).

### Resultados en la sociedad

El criterio define qué logros se están alcanzando en relación a la satisfacción de las necesidades y las expectativas del entorno social más cercano, la comunidad, o más alejado, su impacto en el ámbito nacional. Este criterio tiene en cuenta cómo se percibe la calidad de vida, el entorno y la conservación de los recursos naturales tanto por la organización como por la comunidad a la que atiende. En las instituciones de salud se observa en algunos sectores de manera muy especial, como puede ser en las universidades el manejo de residuos de forma no contaminante, la participación en actividades sociales de desarrollo de la comunidad, etc.

### Rendimiento final o resultados claves

El criterio define qué logros se están alcanzando en relación a los objetivos de la empresa. Los resultados empresariales son las mediciones realizadas de la efectividad y eficiencia en la prestación de los servicios y en el logro de objetivos y metas. El modelo mantiene, respecto a cada uno de estos indicadores, unas puntuaciones y un peso que funcionan correlacionados, según el esquema que se presenta en el Cuadro 4.

Como ya se ha dicho, éste es un modelo enfocado a la autoevaluación, por lo que los resultados han de mostrar tendencias positivas, compararse favorablemente con los objetivos propios y con los resultados de otras organizaciones, estar causados por los enfoques de los agentes y abarcar todas las áreas relevantes.

Por su parte, los agentes, personal y clientes, han de tener un enfoque bien fundamentado e integrado con otros aspectos del sistema de gestión, su efectividad ha de revisarse periódicamente con objeto de aprender y mejorar y han de mantenerse en contacto con los objetivos de la organización

### Aplicación a los servicios de salud

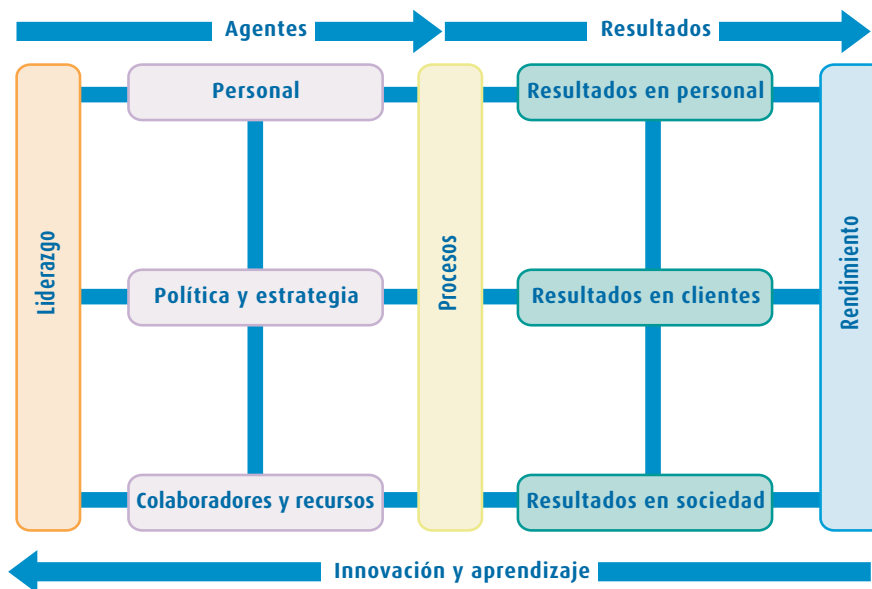
Este modelo de gestión de la calidad o de gestión de la excelencia ha sido ampliamente utilizado en el contexto de los servicios de salud y de atención enfermera, demostrando su utilidad y aplicabilidad, dadas sus amplias posibilidades no sólo de evaluación de los servicios prestados en cuanto a los procesos, sino sobre todo a los resultados que trascienden la propia atención de salud [28]. Su potencial de mejora de los agentes y de los resultados futuros también es motivo de uso en muchas de las instituciones y servicios sanitarios en España [29, 30].

## La acreditación y la certificación

El término acreditación se refiere al reconocimiento externo que una institución sanitaria puede recibir, al concedérsele una valoración de su calidad en determinados niveles, que se consideran aceptables, buenos u óptimos. Se define también como el *“procedimiento de evaluación de las condiciones de funcionamiento de una determinada estructura sanitaria, tanto en términos de calidad como de seguridad, aplicado por personal independiente”* [31]. En consecuencia, significa el reconocimiento profesional y público de que los servicios sanitarios de una institución son de calidad [32].



Cuadro 4. Esquema del módulo EFQM



La acreditación es un proceso de evaluación de la calidad de las organizaciones sanitarias que se efectúa de forma voluntaria, es decir, las instituciones han de solicitar ser sometidas a este método evaluador, que depende de un organismo externo, que es el que determina las normas o prototipo de la calidad asistencial con las que se practica la valoración. Tal organismo es el que, una vez superado el proceso, otorga o no la acreditación, que nunca es permanente sino que debe ser revisada en plazos variables, en torno a los tres años. La acreditación tiene una doble consecuencia:

- Asegura a los profesionales y a los usuarios del centro que se han logrado los niveles de calidad exigidos: lo cual a veces puede tener cierto impacto satisfactorio en los trabajadores y gestores, así como en la retribución a los profesionales o incluso en el precio de los servicios. Esta acreditación se efectúa por personas o, más frecuentemente, por organizaciones independientes y de alta fiabilidad, como la JCAHCO, que establecen los estándares de calidad con los que se evalúa a los centros que lo requieren, a los que otorgan un certificado de calidad que reconoce el cumplimiento de los estándares de evaluación.
- Se utiliza para conseguir autorización en determinados hospitales para la realización de atención sanitaria

de especial relevancia o dificultad y complejidad tecnológica: como pueden ser los trasplantes de órganos o para realizar acciones o colaboraciones en la enseñanza universitaria de las profesiones sanitarias, de acuerdo con lo establecido en la Ley General de Sanidad (Ver Imagen 6). Estas acreditaciones dependen en España del Ministerio de Sanidad o de las autoridades autonómicas que tengan competencia, que mantienen un sistema de acreditación periódica a estos efectos de prestación de determinadas prácticas y también para la enseñanza universitaria.

### Los sistemas de acreditación

- Sirven para certificar la calidad de una organización, un servicio o un proceso.
- Se basan en el reconocimiento y cumplimiento de normas concretas y específicas.
- En el campo de los servicios sanitarios sirven para autorizar o validar ciertas técnicas.
- En el terreno de la gestión implican, por lo general, tanto una mejor valoración de la empresa sanitaria (más beneficios) como un descenso de los costes.



Imagen 6. La acreditación de calidad puede emplearse para conseguir autorización en la realización de operaciones sanitarias complejas, como los trasplantes de órganos

### Las Normas ISO 9000

Un sistema actual de acreditación lo constituyen las Normas ISO de calidad para la empresa, que son un conjunto de normas y directrices internacionales para la gestión de la calidad. Tales normas contienen las especificaciones técnicas y otros criterios concretos para asegurar que los productos, procesos y servicios son adecuados a los propósitos para los que han sido diseñados, es decir, tienen condiciones de calidad. Las siglas ISO responden a la denominación de la *International Organization for Standardization* y se ha buscado con ellas que signifiquen justamente la imagen que la organización busca, ya que *iso* es una palabra griega que significa "igual" y lo que pretende la estandarización es establecer marcos de procesos, técnicas, productos que sean similares en la exigencia de la calidad.

Las organizaciones así diseñadas pueden ajustarse a las normas establecidas y recibir un certificado de calidad,

según la norma. Tales normas son elaboradas por comités técnicos internacionales, en los que participan entidades de cada país; por ejemplo en España, la AENOR (Agencia Española de Normatización). Para las empresas de servicios, como las sanitarias, existe la familia o grupo de normas que se integran en la *Norma ISO 9001*, que constituye el conjunto de requisitos para el diseño y funcionamiento de calidad de las empresas de servicios [33].

La utilidad de estas normas se cifra en la posibilidad de disponer de un marco común y homologado para el establecimiento de requisitos uniformes de diseño de los procesos asistenciales, los medios de funcionamiento y los sistemas de control, de manera que se consigue tanto una mejora de los procesos y resultados, por ejemplo, en costes, y además una acreditación externa, mediante la certificación de la calidad por la entidad responsable del sistema ISO.



## RESUMEN

- El presente capítulo ha abordado el tema de la calidad desde la perspectiva de su desarrollo histórico en la empresa en general y en los servicios sanitarios en particular, destacando los nombres y aportaciones de algunos de los teóricos más importantes en este campo, como Deming, Ishikawa y sus círculos de calidad o Donabedian con su visión sobre los enfoques de la evaluación en estructura, proceso y resultados.
- En el terreno de los servicios de salud, el estudio y la práctica de la calidad parte de planteamientos legales, económicos, éticos y profesionales. En cuanto a la evaluación, es importante destacar la dificultad que representa la evaluación de la calidad desde los puntos de vista de los técnicos, de los gestores y de los usuarios, siendo éstos últimos, en su papel de clientes, los que actualmente determinan con más adecuación la calidad del servicio.
- Por ello, tanto la OMS como la JCAHCO integran en sus definiciones los elementos de conocimiento de los técnicos y de los usuarios, además de los de eficacia, eficiencia, adecuación y competencia profesional y ausencia de riesgos. Se acepta en la actualidad que estos elementos se acompañan de otros: accesibilidad, comodidad, oportunidad, continuidad, confidencialidad e intimidad, posibilidad de participación, etc.
- La aportación de las enfermeras y de sus cuidados es de relevancia, ya que representa un buen porcentaje del total de la atención prestada, así como el papel que juegan en el manejo de recursos financieros y materiales y su evaluación, como algunas de las experiencias que grupos de enfermeras han llevado a cabo en este terreno.
- El aspecto de la calidad total es uno de los instrumentos de la gestión en una moderna organización de servicios de salud, y hace énfasis en las ideas de gestión de la calidad y de su mejora, planteándose el desarrollo de un programa de gestión de la calidad de acuerdo con el modelo de las diez etapas o pasos de la JCAHCO.
- Los modelos actuales de gestión de la calidad, como los de la EFQM o las normas ISO, son avances en el camino, ya que suponen nuevos enfoques de la asistencia y aseguran una mejor calidad, reconocida por la certificación o los premios de carácter público.



## BIBLIOGRAFÍA

- [1] Mompert MP. Administración de servicios de enfermería. Barcelona: Masson; 2004.
- [2] Cohen B. Florence Nightingale. *Investig Cienc* 1984; 92:92-100.
- [3] Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Q* 1996; 44 :166-203.
- [4] Phaneuf MC. *The nursing audit: profile for excellence*. New York: Appleton-Century-Crofts; 1972.
- [5] Chagnon M. MAQSI. *Méthode d'appréciation de la qualité des soins infirmiers*. Quebec: OIIQ; 1989.
- [6] Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE núm. 128, de 29 mayo de 2003).
- [7] Hoyer RW, Hoyer Brooke BY. What Is Quality? *Qual Progr* 2001; 34(7):53-62.
- [8] OMS. *Salud para todos en el Siglo XXI. Programa Región Europea*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1998.
- [9] Consejo Internacional de Enfermería (CIE). *La ética en la práctica de la enfermería. Guía para la toma de decisiones éticas*. CIE: Ginebra; 2002.
- [10] Consejo General de Enfermería. *Código Deontológico de la Enfermería Española*. Madrid: CGE; 1989.
- [11] World Health Organization. *Guidance on developing quality and safety strategies with a health system approach*. Copenhagen: WHO. Regional Office for Europe; 2008.
- [12] Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHCO). *Standards improvement initiative update 1*. Release Date. 2008 March 13. [En línea] [fecha de acceso 28 de julio de 2008]. URL disponible en: [http://www.jointcommission.org/Standards/SII/Update\\_1.htm](http://www.jointcommission.org/Standards/SII/Update_1.htm)



## BIBLIOGRAFÍA

- [13] Donabedian A. Quality assurance in health care: the consumer's role. *Qual Health Care* 1992; 1:1-5.
- [14] Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. CDC. Calidad de vida relacionada con la salud. 6 de diciembre de 2005. [En línea] [fecha de acceso 20 de julio de 2008]. URL disponible en: <http://www.cdc.gov/spanish/hrqol/default.htm>
- [15] Drucker PF, Garvin DA, Ostroff F. *Innovar la gestión empresarial*. Bilbao: Deusto; 2007.
- [16] Donabedian A. *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press; 2003.
- [17] Schroeder P. Approaches to nursing standards. *Encyclopedia of Nursing Care Quality*. Vol 2. New York: Aspen Publisher; 2007.
- [18] JCAHCO. 2009 Accreditation requirements chapters. [En línea] [fecha de acceso 31 de julio de 2008]. URL disponible en: <http://www.jointcommission.org/Standards/SII/>
- [19] Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990; 114:1.114-1.118.
- [20] Malagón-Londoño G, Galán Morera R, Pontón Laverde G. *Garantía de calidad en salud*. Madrid: Médica Panamericana; 2001.
- [21] Joint Commission Resources. *Applied tracer methodology: tips and strategies for continuous systems improvement*. Illinois: JCAHCO; 2008.
- [22] Duarte Climents G, Aguirre-Jaime A. Enfermera amable, paciente satisfecho. Validación de una nueva escala de la satisfacción de los usuarios. *Enferm Clin* 2003; 13(1):7-15.
- [23] Fernández Reboredo JJ, Gandoy Crego M, Fernández Prieto M, Mayán Santos JM. Estudio de la satisfacción asistencial de una población gerontológica gallega. *Gerokomos* 2005; 16(3):130-137.
- [24] Walton M. *The Deming management method*. New York: Berkeley Pub & Co; 2000.
- [25] Ignacio García EI, Rodríguez Cornejo MJ. *Un modelo de gestión de la calidad total para la enfermería hospitalaria*. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz; 2000.
- [26] Rodríguez Pérez P, García Caballero J. *Calidad en la atención sanitaria. Conceptos teóricos y aplicaciones prácticas*. Madrid: Sociedad Española de Medicina Preventiva-Sociedad Española de Calidad Asistencial; 2001.
- [27] EFQM. European Foundation for Quality Management. *Introducción a la excelencia*. Madrid: Club Gestión de Calidad. 2003. [En línea] [fecha de acceso 27 de julio de 2008]. URL disponible en: [http://www.efqm.org/uploads/introducing\\_spanish.pdf](http://www.efqm.org/uploads/introducing_spanish.pdf)
- [28] Pastor Tejedor J. *Modelo de gestión de calidad en instituciones sanitarias. Integrando los modelos de gestión EFQM y CMI*. Madrid: CES; 2008.
- [29] *Guía de diseño y mejora continua de procesos asistenciales: calidad por sistema*. Sevilla: Consejería de Salud; 2001.
- [30] Clemente PA, Fortuna B, Tort-Martorell X. *Modelo de excelencia de la EFQM aplicado al ámbito sanitario*. Barcelona: Faura Casas; 2003.
- [31] Auray et al. *Diccionario comentado de economía de la salud*. Barcelona: Masson; 1998.
- [32] Álvarez Nebreda C. *Glosario de términos para la administración y gestión de los servicios sanitarios*. Madrid: Díaz de Santos; 1998.
- [33] AENOR. *Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos (ISO 9001:2000)*. [En línea] [fecha de acceso 31 de julio de 2008]. URL disponible en: <http://www.aenor.es/desarrollo/certificacion/sistemas/descripcion2.asp?tipos=1>