

DIEGO AYUSO MURILLO ■
RODOLFO F. GRANDE SELLERA

Directores y coordinadores

LA GESTIÓN DE ENFERMERÍA Y LOS SERVICIOS GENERALES EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS

2ª Edición



DIEGO AYUSO MURILLO
RODOLFO F. GRANDE SELLERA
(Directores-coordinadores)

LA GESTIÓN DE ENFERMERÍA Y LOS SERVICIOS GENERALES EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS

2ª edición



Madrid • Buenos Aires • México • Bogotá

© Diego Ayuso Murillo, Rodolfo F. Grande Sellera, 2023 (Versión papel)

© Diego Ayuso Murillo, Rodolfo F. Grande Sellera, 2023 (Versión electrónica)

Reservados todos los derechos.

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la ley ,cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra sin contar con la autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (art.270 y siguientes del Código Penal). El Centro Español de Derechos Reprográficos (CEDRO) vela por el respeto de los citados derechos.

Ediciones Díaz de Santos

Email:ediciones@editdiazdesantos.com

www.editdiazdesantos.com

ISBN: 978-84-9052-507-4 (Libro electrónico)

ISBN: 978-84-9052-504-3 (Libro en papel)

AUTORES

DIRECCIÓN Y COORDINACIÓN

Diego Ayuso Murillo.

Graduado en Enfermería y Licenciado en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid. Máster en Dirección y Administración de Empresas ICAI-ICADE. Doctor por la UNED.

Rodolfo Felipe Grande Sellera.

Ingeniero T. Industrial y Técnico Superior de Prevención en la empresa. Máster en Gestión de la Prevención.

AUTORES

Laura Alfaro Cadenas. Directora de Calidad, Medio Ambiente y RSC del Hospital Universitario General de Villalba. Collado Villalba. Madrid.

Sonia Aparicio Ibáñez. MBA en Gestión de la Salud. Enfermera Especialista en Pediatría. Experta en seguridad del paciente. Directora de Enfermería. Vithas Madrid Aravaca.

Diego Ayuso Murillo. Enfermero. Secretario General. Consejo General de Enfermería de España. Profesor Cursos FNN, Universidad Europea de Madrid y el Instituto Superior de Formación Sanitaria. Madrid.

Luis Carretero Alcántara. Licenciado en Económicas. Consultor en Telomera Healthcare. Palma de Mallorca.

María Victoria Crespo Torres. Directora Corporativa de Enfermería. Departamento Corporativo de Personas y Organización. Grupo QuironSalud. Madrid.

Cristina Cuevas Santos. Enfermera Experta en Gestión Sanitaria. Madrid.

David Delgado Hidalgo. Enfermero. Máster en Dirección y Gestión de Enfermería. Máster en Dirección e Intervención Sociosanitaria. Dirección de Enfermería y Servicios Sociosanitarios. Madrid.



María Enríquez Jiménez. Doctora en Enfermería. Supervisora de la unidad de Neumología del Hospital 12 de Octubre. Máster en Gestión de unidades clínicas asistenciales. Experto Universitario en Gestión y Calidad desde el liderazgo enfermero. Máster en investigación de cuidados de salud. Madrid.

Juan Carlos Fernández Gonzalo. Doctor en Enfermería. Profesor Universidad Europea de Madrid. Enfermero Urgencias. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

Guadalupe Fontán Vinagre. Enfermera gestora. Coordinadora del Instituto Español de Investigación Enfermera. Consejo General de Enfermería. Madrid.

Soledad Gallardo Bonet. Licenciada en Antropología, Diplomada en Enfermería. Directora Gerente Hospital de Inca. Palma de Mallorca.

Rodolfo Felipe Grande Sella. Ingeniero Técnico Industrial. Jefe de Servicio de Mantenimiento e Infraestructuras. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

María Guedes Perera. Diplomada de Enfermería. Directora de Comunicación y Marketing Croma España. Supervisora Central Esterilización Hospital Universitario Burgos.

Roberto Guerrero Menéndez. Doctor en Enfermería. Clinical Instructor, Blackrock Health Hermitage Clinic, Dublín (Irlanda). Postgraduate Certificate (PGCert) in Healthcare Innovation (University College Dublin -UCD-), PGCert Strategic Leadership in Healthcare (UCD), PGCert Process Improvement in Healthcare, Lean Six-Sigma Greenbelt (UCD). Dublín.

Jesús Guinea Jaime. Supervisor de Productos, Equipamiento y Tecnología sanitaria. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.

Susana Lorenzo Martínez. Doctora en Medicina y Cirugía. Jefe de Área de Calidad y Gestión de Pacientes. Admisión, Documentación Clínica, Atención al Usuario y Trabajo Social e Información. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

José Macías Macías. Ingeniero Técnico Industrial del Hospital Infanta Elena de Huelva. Profesor Asociado del Departamento de Ingeniería Eléctrica, Térmica, de Diseño y proyectos. Universidad de Huelva.

Joan Carles March Cerdá. Doctor en Medicina. Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Profesor Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

Mariona Marrugat Brossa. Enfermera Experta en Medicina Preventiva. Palma de Mallorca.

David Medina Díaz. Enfermero Gestor. Experto en seguridad del paciente. Coordinador de enfermería. Vithas Madrid Aravaca.

Petra Moreno Martín. Enfermera. Directora de Cursos FNN-Group. Madrid.

Leticia Muller García. Directora de Calidad, Medio Ambiente y RSC del Hospital Universitario Infanta Elena. Valdemoro. Madrid.

Antonio Palou Bretones. Doctor en Derecho. Profesor Universidad Pontificia de Comillas. Madrid.

Dolores Pita Tenreiro. Directora de operaciones de Servicios Generales, SPS (Grupo QuirónSalud). Directora de Servicios Generales Hospital Universitario Fundación Jimenez Díaz. Madrid.

M^a Ángeles Prieto Rodríguez. Doctora en Enfermería. Socióloga. Profesora Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada.

Alberto Rando Caño. Enfermero. Director de proyectos y formación cursos FNN-Group. Madrid.

Manuel Revuelta Zamorano. Enfermero. Máster Investigación en Cuidados. Coordinador Formación Continuada Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

Pablo Emilio Rull Bravo. Enfermero. Máster en Bioética. Formación Continuada Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid.

María Cristina Sanchez Melgor. Doctora en Biología. Directora de Calidad y Garante Técnico Croma España. Supervisora Central de Esterilización Hospital de Parla y Henares.

Raquel Serrano Sanchez. Diplomada en Enfermería. Directora de Operaciones Croma España.

Aranzazu Tejero Zarca. Responsable Nacional de Calidad y Área de Limpieza, SPS (Grupo QuirónSalud). Madrid.

Blanca M^a Tourné Izquierdo. Supervisora de Productos, Equipamiento y Tecnología sanitaria. Hospital Universitario La Princesa. Madrid.

Eloy Villalba Ballesteros. Diplomado en enfermería. Executive MBA. Gerente SAMU061 Baleares. Palma de Mallorca.

PRESENTACIÓN

En el año 1995 inicié mi trayectoria como gestor enfermero al asumir la responsabilidad y el puesto como Supervisor de Enfermería de la Unidad de Cuidados Críticos y Grandes Quemados en el Hospital Universitario de Getafe en Madrid. Había realizado un pequeño curso para supervisores de enfermería y mi desconocimiento del ámbito de la gestión era absoluto, pero el interés, empeño y gran tozudez en conseguir que yo asumiera el puesto de supervisión por parte de Maribel Carrión, mi supervisora de enfermería en ese momento y actual Directora de Enfermería del Hospital de Getafe, me llevó a decir sí a este reto, convencido de que yo era enfermero asistencial y que la gestión sería algo puntual en mi vida profesional. Sin duda estaba muy equivocado, ya que llevo 28 años dedicado a la gestión enfermera y la gestión sanitaria de forma exclusiva, y gracias a esa oportunidad he vivido con pasión mi vida profesional hasta la actualidad.

De la supervisión de enfermería en el Hospital Universitario de Getafe, pasé a ser Subdirector y Director de Enfermería en la Fundación Hospital Alcorcón, sin duda una experiencia única para mí y el espaldarazo definitivo a mi carrera profesional. Tener la oportunidad de participar en la apertura de un hospital, con un modelo de gestión sanitaria diferente al modelo clásico y con un equipo de profesionales irreplicable, trabajando unidos y en equipo, fue una experiencia clave para mí. Además, en este hospital conocí a mi compañero de proyecto en este libro, Rodolfo Felipe Grande Sellera, excelente gestor y conocedor en profundidad de la ingeniería hospitalaria, y lo mejor para mí, desde entonces amigos para siempre.

Durante mi trayectoria profesional he trabajado en nueve hospitales diferentes y he sido director de enfermería en siete de ellos, conociendo de primera mano la gestión sanitaria en cuatro comunidades autónomas de nuestro país, lo que me ha permitido conocer muchos equipos de gestión, mucha variedad en la manera de gestionar y adquirir una gran experiencia como gestor enfermero.

La gestión de enfermería tiene sentido estando coordinada con las otras grandes direcciones existentes en los hospitales, la dirección médica y la dirección de gestión

y servicios generales. Este libro es la segunda edición del manual que publicamos en 2006; tras el paso de 17 años es necesario modernizar los temas que tratamos inicialmente y darle un enfoque más real y actualizado de la gestión sanitaria adaptada a los momentos que vivimos ahora, como el cambio demográfico y social en nuestro país, que requiere un cambio de modelo asistencial más centrado en los pacientes con patologías crónicas, incorporando nuevos escenarios de cuidados acorde a las necesidades de la población, implantando tecnologías que ayuden a dar eficiencia al sistema y nuevos tratamientos. Sin duda incorporar esto en las organizaciones sanitarias requiere gestores con visión integral y trabajar de forma intensiva para la mejora continua de los procesos asistenciales con modelos de calidad basados en resultados en salud.

Todo lo anterior se enfoca en esta segunda edición, continuando con el planteamiento inicial que es poner en valor la relevancia de que la dirección de enfermería y sus equipos trabajen de forma coordinada y multiprofesional con la dirección de servicios generales, teniendo un objetivo principal, ofrecer los mejores servicios y cuidados tanto a pacientes como a familiares que acuden día a día a los hospitales para recibir la prestación sanitaria.

En esta segunda edición participan profesionales expertos en gestión sanitaria de enorme prestigio y a todos ellos les doy las gracias por su contribución y aportación en esta obra, planteando la gestión con un enfoque multidisciplinar y multiprofesional acorde con la realidad práctica del tema que abordamos.

Los capítulos que pueden encontrar en este libro son de enorme interés tanto para los gestores sanitarios que ya ejercen, como para los que tienen como objetivo algún día aportar y desarrollar su profesión en gestión sanitaria, haciendo un recorrido desde la importancia de gestionar personas, gestión de procesos, gestión de servicios y circuitos tanto en áreas asistenciales como no asistenciales, gestión de la calidad o gestión económica entre otros. En definitiva una visión amplia y global de las claves de la gestión sanitaria.

Mi puesto actual como Secretario General del Consejo General de Enfermería de España me permite tener una visión y un abordaje de temas de gran relevancia e impacto en las políticas de salud y gestión, gracias a ello puedo trabajar sin descanso por impulsar la profesión enfermera, a la que amo en todas sus vertientes, aportando mi granito de arena como gestor para seguir mejorando en la atención, los cuidados y la salud de ciudadanos y pacientes. Sin duda por todo ello me siento enormemente afortunado.

Espero que este libro sea de gran utilidad y sirva para conseguir mejorar e impulsar la gestión desde la experiencia y la aportación de todos los autores, compañeros y amigos que participan en este manual, y que sea de referencia para los amantes de la gestión sanitaria.

ÍNDICE

Autores	VII
Presentación.....	XI

Capítulo 1. El paciente como eje central de la gestión sanitaria. 1

Diego Ayuso Murillo.

1. Introducción.....	1
2. Humanización de la asistencia.....	2
3. Los servicios de atención al paciente.....	7
4. Paciente activo.....	8
5. Asociaciones de pacientes.....	11
6. Enfermeras gestoras de casos y enlace.....	13
7. Gestión de la calidad asistencial centrada en los pacientes.....	16
8. Resumen.....	20
Referencias bibliográficas.....	21

Capítulo 2. Gestión de personas en las organizaciones sanitarias..... 23

Guadalupe Fontán Vinagre.

1. Introducción.....	23
2. El proceso clínico, los cuidados y los servicios generales.....	24
3. Gestión del centro. Plan estratégico.....	26
4. Política y gestión de personas.....	27
5. Ética en la gestión de personas.....	41
6. Tendencias de futuro para la gestión de personas.....	42
7. Resumen.....	44
Referencias bibliográficas.....	44

Capítulo 3. Dirección por objetivos en las organizaciones sanitarias. 47

Luis Carretero Alcántara.

1. Introducción.....	47
2. El proceso de despliegue de los objetivos. Desde el hospital y el sistema de salud hasta las distintas unidades.....	49

3. Factores relevantes en la fijación de objetivos.	57
4. Objetivos y motivación.	64
5. Resumen.	66
Bibliografía.	67

Capítulo 4. Claves para el desarrollo de un cuadro de mando. 69

Rodolfo F. Grande Sellera.

1. Introducción.	69
2. Definición de cuadro de mando.	69
3. Funcionalidad de los cuadros de mando. ¿Para qué sirve?.....	70
4. Decálogo en la elaboración de un cuadro de mando.	71
5. Componente clave del cuadro de mando: indicadores.	72
6. Clasificación de indicadores. Tipos.	73
7. Usuarios del cuadro de mando. El <i>controller</i>	75
8. El cuadro de mando como herramienta en la política de dirección por objetivos.	76
9. Buscando objetivos de mejora. Los mapas estratégicos.	76
10. Procesado de información.	78
11. Ejemplo práctico 1: cuadro de mando de gestión de residuos.	80
12. Ejemplo práctico 2: cuadro de mando de gestión del área de Urgencias.	84
13. Resumen.	89
Bibliografía.	90

Capítulo 5. Habilidades Directivas. 93

Diego Ayuso Murillo.

1. Introducción.	93
2. Definición de dirección.	93
3. Liderazgo y dirección.	96
4. La motivación en el trabajo.	102
5. Negociación.	107
6. Descentralización de la gestión.	111
7. Instrumentos para la toma de decisiones.	112
8. La delegación de tareas.	113
9. El trabajo en equipo.	114
10. Coaching.	116
11. Resumen.	119
Bibliografía.	120

Capítulo 6. La comunicación interna en las organizaciones sanitarias. 123

Joan Carles March Cerdá. M^a Ángeles Prieto Rodríguez.

1. Introducción.	123
2. La gestión de la comunicación interna.	125

3. Principales variables que intervienen en la comunicación interna en los centros sanitarios.	127
4. Auditorías de comunicación interna (ACI).....	131
5. Los planes de comunicación interna en las organizaciones sanitarias.....	140
6. Resumen.	149
Bibliografía.....	149

Capítulo 7. Unidades de hospitalización. 153

Sonia Aparicio Ibáñez. David Medina Díaz.

1. Introducción.....	153
2. Hospitalización convencional o unidades de enfermería de hospitalización.....	154
3. Hospitalización alternativa.	156
4. La gestión en las unidades de hospitalización.	161
5. Análisis de las necesidades de la plantilla.	166
6. Aumento de la esperanza de vida. Los niveles de dependencia	168
7. Los recursos materiales.....	169
8. La gestión de stock de farmacia y la unidosis.	172
9. Resumen.	173
Bibliografía.....	174

Capítulo 8. La gestión del bloque quirúrgico. 175

Maria Victoria Crespo Torres.

1. Introducción.....	175
2. Gestión de la actividad quirúrgica.	176
3. Comisión de programación quirúrgica.	179
4. Cuadro de mando en un bloque quirúrgico.....	179
5. Seguridad del paciente.....	180
6. Análisis y planeación de la calidad de un bloque quirúrgico.	181
7. Gestor del bloque quirúrgico.	181
8. Gestión de recursos materiales y control del gasto. Planificación de compras, organización de almacenes y control de consumos en un bloque quirúrgico	182
9. Central de esterilización.	184
10. Limpieza y desinfección de un bloque quirúrgico.....	185
11. La bioseguridad en el bloque quirúrgico.	186
12. Comité de infecciones.....	186
13. Resumen.	187
Bibliografía.....	187

Capítulo 9. Área ambulatoria. 189

Roberto Guerrero Menéndez. María Enriquez Jimenez.

1. Introducción.....	189
----------------------	-----

2. Mejora de la calidad y atención centrada en la persona aplicados al diseño, distribución y funcionamiento de los centros de atención ambulatoria.....	191
3. Organización de la asistencia ambulatoria. Tipos de intervenciones asistenciales.....	197
4. Organización y gestión de las unidades asistenciales. Relación cliente/proveedor.....	205
5. Potenciación del rol enfermero en el área ambulatoria.	208
6. Citación en el área ambulatoria.	209
7. Resumen.	211
Referencias bibliográficas.	212

Capítulo 10. Gestión de las centrales de esterilización. 217

Raquel Serrano Sánchez. María Guedes Perera. María Cristina Sánchez Melgor.

1. Introducción.....	217
2. De la descentralización a la centralización: un camino a medio recorrer.....	218
3. Trazabilidad, nuestra gran aliada.....	219
4. Trazabilidad digital mediante códigos UDI.	220
5. El papel de la enfermería en las centrales de esterilización (CE) y su situación actual.....	221
6. Métodos de esterilización.	222
7. Controles del proceso de esterilización.....	227
8. Pasos en el procesamiento del instrumental.....	230
9. Nuevo Real Decreto de productos sanitarios.	236
10. Resumen.....	240
Bibliografía.	241

Capítulo 11. Admisión y gestión de camas. 243

Juan Carlos Fernández Gonzalo.

1. Introducción.....	243
2. Área de admisión. Definición.	243
3. Área de admisión. Modelo funcional.....	244
4. Área de admisión. Organigrama y estructura.	247
5. Admisión de urgencias.	249
6. Admisión de consultas externas o actividad ambulatoria.....	250
7. Admisión de hospitalización.....	252
8. Gestión de camas.	254
9. Resumen.	261
Bibliografía.....	262

Capítulo 12. Gestión de cuidados. 265

Cristina Cuevas Santos.

1. Introducción.....	265
----------------------	-----

2. Nuevos enfoques directivos.....	267
3. Líneas institucionales.....	268
4. Modelo de gestión de la división de Enfermería.	269
5. Resumen.	277
Bibliografía.....	278

Capítulo 13. Servicios de limpieza y gestión integral de residuos. 281

Leticia Muller García. Laura Alfaro Cadenas.

1. Introducción.....	281
2. La limpieza de los centros sanitarios.....	282
3. La clasificación de las diferentes zonas de limpieza por su riesgo.....	286
4. Concepto y clasificación de residuos sanitarios.....	297
5. Marco legal en gestión de residuos.....	301
6. Segregación, recogida, manipulación y almacenamiento de residuos.....	304
7. Transporte intracentro de residuos.....	307
8. Tratamiento y eliminación de residuos.....	308
9. Resumen.	312
Bibliografía.....	313

Capítulo 14. Bioseguridad hospitalaria.....315

Mariona Marrugat Brossa.

1. Introducción.....	315
2. Gestión de la infección nosocomial.....	316
3. Higiene hospitalaria.....	316
4. Lavado de manos.....	316
5. Barreras de protección.....	318
6. Limpieza del utillaje hospitalario.....	319
7. Desinfección.....	321
8. Normas de circulación.....	322
9. Manipulación de ropa sucia.....	322
10. Control de bioseguridad ambiental en zonas de alto riesgo.....	322
11. Prevención de la legionelosis nosocomial.....	329
12. Coordinación entre los servicios generales y enfermería.....	335
13. Principales medidas de prevención y control de la infección.....	335
14. Resumen.....	336
Bibliografía.....	338

Capítulo 15. Servicio técnico de mantenimiento hospitalario.....341

Rodolfo F. Grande Sellera. José Macías Macías

1. Introducción.....	341
2. Definición.....	342
3. Cometidos básicos.....	342
4. Funcionalidad del servicio.....	344



5. Medios y dotaciones del servicio técnico de mantenimiento.	345
6. Organización de los trabajos de mantenimiento.	347
7. Control y gestión económica de la actividad.	351
8. Control de máquinas e instalaciones.	352
9. Formación del personal.	353
10. Enfoque práctico de la relación entre el servicio de mantenimiento y la dirección de enfermería.	353
11. Protocolo de uso del servicio de mantenimiento.	355
12. Modelo de servicio: mantenimiento propio o externo.	356
13. Proceso de control de reparación de material electromédico.	365
14. Resumen.	370
Bibliografía.	371

Capítulo 16. Servicio de alimentación a pacientes. 373

Aranzazu Tejero Zarca. Dolores Pita Tenreiro.

1. Introducción.	373
2. Tipo de hospital.	374
3. Características básicas en la cocina.	375
4. Definición de menús y dietas.	376
5. Composición de los menús.	380
6. Elección de menú y servicio de restauración en planta.	382
7. Protocolos de horarios.	382
8. Unidad de cocina.	383
9. Digitalización desde cocina a las distintas unidades.	388
10. Plan de calidad.	390
11. La instalaciones y el plan de mantenimiento.	391
12. ¿Quién hace qué? Formación de las plantillas.	393
13. Resumen.	394
Bibliografía.	396

Capítulo 17. Logística, compras y suministros. 397

Blanca M. Tourne Izquierdo. Jesús Guinea Jaime.

1. Introducción.	397
2. La logística dentro de las organizaciones sanitarias.	398
3. Gestión de la seguridad de los productos sanitarios.	404
4. Gestión de la calidad y gestión medioambiental en la cadena de distribución.	405
5. La compra dentro de las organizaciones sanitarias.	406
6. Resumen.	415
Bibliografía.	416

Capítulo 18. Gestión económica.....417

Eloy Villalba Ballesteros. Soledad Gallardo Bonet.

1. Introducción.....	417
2. Análisis de cuentas anuales.	417
3. Valoración de las inversiones.....	431
4. Elaboración y control presupuestario.	433
5. Resumen.	438
Bibliografía.....	439

Capítulo 19. Estrategia empresarial.....441

Petra Moreno Martín. Alberto Rando Caño.

1. Origen de la planificación estratégica: introducción e historia.....	441
2. Fases de la planificación estratégica.	442
3. Plan de empresa para una organización sanitaria.	448
4. Hospital magnético.	453
5. Resumen.	455
Bibliografía.....	455

Capítulo 20. La gestión de servicios sociosanitarios y residencias de mayores.....457

David Delgado Hidalgo.

1. Introducción.....	457
2. Marco actual.	458
3. Los recursos.	468
4. Relaciones internas.	471
5. Relaciones externas.	476
6. Resumen.	478
Bibliografía.....	479

Capítulo 21. Gestión de la calidad.....481

Susana Lorenzo Martínez.

1. Introducción.....	481
2. Evolución histórica.	483
3. Concepto de calidad asistencial.	484
4. Herramientas de evaluación y mejora de la calidad.	486
5. Elementos de la calidad: estructura, proceso y resultado.	489
6. Resumen.	502
Referencias bibliográficas.	504

Capítulo 22. Formación continuada.....509

Manuel Revuelta Zamorano. Pablo Emilio Rull Bravo

1. Introducción.....	509
2. Concepto de formación.....	511
3. Objetivos de la formación continuada.....	513

4. Legislación de la formación continuada en el Sistema Nacional de Salud.....	514
5. Acreditación de la formación continuada.	518
6. La formación continuada en los centros sanitarios.	520
7. Nuevas metodologías formativas.	528
8. Carrera profesional.	530
9. Resumen.....	531
Referencias bibliográficas	532

Capítulo 23. Las responsabilidades legales del personal de enfermería y del personal no sanitario..... 535

Antonio Palou Bretones.

1. Introducción.	535
2. Marco situacional de la responsabilidad del personal de enfermería.	537
3. Actividades de mantenimiento y asistencia técnica.....	540
4. Enfermería: material deteriorado. Responsabilidad. <i>Culpa in vigilando</i> . Imprudencia leve.....	544
5. Responsabilidad por descoordinación en el servicio de enfermería.	545
6. Medidas preventivas recomendadas en un servicio de enfermería.....	547
7. El derecho a la protección de datos en los centros sanitarios y el principio de confidencialidad.	547
8. La historia clínica.	554
9. Resumen.	556
Bibliografía.....	558
Normativa sobre responsabilidad y mantenimiento.	558
Normativa sobre protección de datos.	559

1

EL PACIENTE COMO EJE CENTRAL DE LA GESTIÓN SANITARIA

Diego Ayuso Murillo

1. INTRODUCCIÓN

La prestación sanitaria en la actualidad debe estar centrada en la persona que se atiende, el paciente y su familia deben ser el eje central de la actuación profesional. Los circuitos y procesos, tanto asistenciales como no asistenciales, deben organizarse de tal forma que el paciente y su familia reciban las mejores prestaciones, minimizando la gestión que tenga que realizar el paciente para conseguir la prestación sanitaria, empatizando y conociendo las necesidades asistenciales reales de la población, para conseguir desde este enfoque gestionar y organizar los servicios de salud con el mayor nivel de excelencia.

En este contexto es clave tener en cuenta aspectos esenciales como el adoptar la humanización de la asistencia como un valor esencial por parte de los profesionales sanitarios y no sanitarios que trabajan en las organizaciones sanitarias, profundizar y avanzar en la relación con las asociaciones de pacientes que nos van a proporcionar las necesidades reales que tienen los pacientes y lo que esperan de nosotros como profesionales, permitiendo enfocar nuestras políticas de salud y estrategias organizativas al verdadero valor de todo lo que hacemos que son ellos, impulsando la formación de pacientes y familiares cuidadores para conseguir empoderar al paciente en su proceso de salud-enfermedad y que participe de forma activa en la toma de decisiones en cada momento, trabajar la mejora continua de procesos para conseguir la calidad asistencial de la atención y cuidados que ofrecemos a nuestros ciudadanos dentro de un enfoque de gestión de la calidad total.

En este primer capítulo vamos a abordar temas de gran interés para alcanzar que el paciente sea el eje central de la gestión sanitaria. Plantearemos la humanización de la asistencia y sus componentes esenciales, la relevancia de los servicios de atención a pacientes en los hospitales, cómo conseguir un paciente activo y empoderado, prescribir asociacionismo en nuestra práctica diaria y la relevancia de las enfermeras gestoras de casos y de continuidad asistencial para conseguir que al paciente se le proporcionen los recursos sanitarios disponibles de forma ágil y sencilla con una

valoración individual y holística que sin duda mejora la calidad de vida y la calidad percibida de la atención sanitaria que se le ofrece, siendo realmente el centro de todo el proceso asistencial.

2. HUMANIZACIÓN DE LA ASISTENCIA

La práctica asistencial actual, estrechamente ligada al avance técnico y científico, conlleva un insospechado poder sobre las personas. Poder que, en ausencia de claros referentes éticos, puede conducir a un segundo plano la humanización de la asistencia (1).

Desgraciadamente, no es infrecuente escuchar, por parte de los profesionales en las organizaciones sanitarias, expresiones y situaciones del tipo: “Hazle tal cosa a la cama tal”, “la artroscopia de rodilla de ayer”, etc. Es la llamada cosificación del paciente, donde el paciente pierde sus rasgos personales e individuales, se prescinde de sus sentimientos y valores y se le identifica con sus rasgos externos.

Vivimos en una sociedad donde las relaciones interpersonales experimentan un palpable empobrecimiento al ser trastocadas en meras relaciones interindividuales, no nos interesa lo que le ocurre a los demás, no saludamos a nuestros vecinos, somos más egoístas, dudamos si alguien nos solicita ayuda. Esta situación desgraciadamente también se traslada a las organizaciones sanitarias, y es por ello por lo que desde la gestión debemos incidir y potenciar la humanización de la asistencia.

Por otro lado, con cierta frecuencia, es en la organización y funcionamiento de las estructuras sanitarias donde se hallan algunos de los factores que, de forma directa o indirecta, atentan contra una asistencia humanizada. A menudo el paciente se relaciona no con un médico o enfermera en particular, sino con un equipo más o menos extenso de personas. Esto impide la relación de confianza que solo es capaz de generarse en una comunicación interpersonal estrecha y fluida, a la vez que diluye el compromiso con su cuidado y la responsabilidad con los resultados de las acciones diagnósticas y terapéuticas. Por ello es fundamental asignar médico y equipo de enfermería responsable, con la mayor estabilidad posible de seguimiento de pacientes, siendo a veces muy complicado su logro por los ritmos de rotación del personal asistencial, pero tenemos que trabajar desde la gestión para conseguirlo en la mayor medida posible.

Otro factor de gran relevancia es la formación del personal sanitario, centrada de forma casi exclusiva en el desarrollo de habilidades técnicas, en detrimento de habilidades de comunicación y empatía, casi inexistentes en los programas de pre y postgrado, unido a la enseñanza de una ética deontológica limitada a códigos administrativos y procedimentales. Esto implica la existencia de profesionales con un elevado saber científico y gran pericia técnica, pero con una pobre formación humana y la consecuente incapacidad para interactuar con la persona enferma, lo cual impide comprender el proceso salud-enfermedad desde una perspectiva holística e integra-

dora. La enseñanza de la ética y de la bioética en los estudios de pregrado, debería combinar una parte de formación básica en forma de conferencias y seminarios, y una parte más práctica e interactiva que coincida con la formación clínica, que lleve al entrenamiento activo de estas habilidades.

Una excesiva presión asistencial dada por la duración, intensidad y el elevado volumen de trabajo, favorecen la despersonalización de la atención sanitaria, ya que en ambientes sanitarios sobrecargados no habrá tiempo, disponibilidad ni oportunidad de establecer una verdadera relación humana. Por ello es fundamental buscar el equilibrio y establecer ratios de profesionales-pacientes, que posibiliten dichas relaciones mejorando las condiciones de trabajo.

La competencia profesional constituye uno de los pilares deontológicos básicos para una atención sanitaria humanizada. Ser competente significa estar capacitado para desarrollar la propia profesión de un modo óptimo. No basta la presencia de un conjunto de aptitudes sino también de actitudes, como la capacidad de escucha y de diálogo, la empatía, la simpatía y el respeto. Estas importantes dotes necesitan ser educadas y ejercitadas, desde los primeros momentos de la iniciación profesional. El ser competente exige del profesional sanitario un esfuerzo constante, pues el saber humano se transforma y se enriquece aceleradamente; su deber es dominarlo y emplearlo adecuadamente para lograr atender al enfermo de una manera eficaz y a la vez humana.

Para conseguir lo anterior hay que destacar la habilidad en las relaciones interpersonales que los profesionales sanitarios deben poseer. Este es un factor clave dado que, tanto en la práctica asistencial como en la gestión, existe un punto común: la relación con las personas. Y por ello, la dirección y el personal sanitario han de ser muy hábiles en sus relaciones humanas, sin perder de vista la empatía, para atender a los pacientes de la mejor forma posible.

Si nuestra actuación profesional se sustenta en un trato más humano, potenciando las relaciones interpersonales empáticas, sin duda se logrará mejorar la calidad de las prestaciones asistenciales que se ofrecen a los usuarios de la sanidad.

Las virtudes que debería poseer idealmente el profesional sanitario son la veracidad, la intimidad, la confidencialidad, la compasión, el discernimiento, la confiabilidad y la integridad. Es decir, en especial la virtud de mostrar empatía con el malestar y el sufrimiento de los demás y la habilidad de llegar a una relación profesional de cordialidad y respeto, sin juicios de valor.

El principio que orienta y limita toda la actividad bioética se encuentra en la dignidad humana, los principios que tenemos que aplicar siempre como profesionales son la salvaguardia de la dignidad y los derechos de los seres humanos.

Los principios de la ética son las pautas para la toma de decisiones morales en el ejercicio profesional. Sirven para justificar las reglas seguidas en la atención del paciente. Los principios éticos más importantes en la práctica de las profesiones sanitarias son los siguientes: beneficencia y no maleficencia, justicia, veracidad y fidelidad.

Los profesionales sanitarios y de servicios generales deben tener una gran implicación en los aspectos bioéticos, fundamentalmente en lo que se refiere a la práctica del cuidado y el trato personal a partir de los valores de las personas, la relación de agencia que mantenemos con las personas enfermas y sus familias, la autonomía del paciente, el valor del autocuidado, los conflictos al final de la vida, en el mantenimiento del confort, etc.

El deber de los profesionales sanitarios es propiciar el mayor bien para sus pacientes; es decir, defender sus mejores intereses, que son la vida y la salud. Si como profesionales de la salud, en nuestra práctica profesional, nos ponemos a reflexionar si este o aquel acto mío va a beneficiar a mi paciente o a la comunidad, estoy adelantando un juicio ético.

Solo el desarrollo personal de hábitos intelectuales y morales nos pone en condiciones de tratar los problemas humanos en sus justos términos, en nuestra actuación profesional.

El proceso de humanización es parte fundamental de la calidad del servicio que se presta. Cuando una persona enferma, se sitúa en un estado de vulnerabilidad extrema, por lo que resulta crucial la actitud de los profesionales, dispuestos a respetar a las personas y su dignidad. La presencia humana ante las personas con enfermedad, sufrimiento y dolor es insustituible: mirar, hablar, sonreír, mostrar calidez, escuchar, mostrar sensibilidad y comprensión a la situación del otro.

Hay que destacar en este enfoque de humanización de la asistencia las habilidades de comunicación y la empatía, la cual consiste en escuchar atentamente realizando una adecuada escucha activa para comprender las peticiones de los familiares y dudas sobre la situación de su familiar.

Los profesionales sanitarios deben contar con unas competencias de comunicación que les ayuden a encarar de manera más satisfactoria las distintas situaciones que se presentan en su día a día, en la relación con pacientes, familiares y resto del equipo asistencial; esto es clave desde un enfoque humanista (2). La comunicación, igual que otras competencias, se puede aprender y practicar. Entre las habilidades comunicativas básicas se encuentran las siguientes:

- Escucha activa. Saber escuchar es una habilidad de comunicación básica, pero, aunque parezca simple, no todo el mundo tiene esta habilidad. Muchas veces solo oímos en vez de escuchar, y otras, nos escuchamos a nosotros mismos en vez de escuchar al otro con una actitud correcta. La escucha activa, tal y como su nombre indica, significa escuchar activamente, es decir, con atención plena, prestando atención con los cinco sentidos. La escucha activa hace referencia a atender no solamente a lo que la persona dice, sino también a los sentimientos, ideas o pensamientos que el individuo expresa.
- Empatía. En la comunicación eficaz, la empatía es importante para situarse en el lugar del otro. Los profesionales sanitarios y no sanitarios deben tener la

habilidad de percibir los sentimientos del paciente, “ponerse en su lugar”, para comprender en profundidad su situación. Debe obtener una percepción particularmente fina y sensible de los sentimientos, vivencias, etc., de la otra persona con la intención de conectar con el mundo interior del otro y el propósito de facilitarle la resolución de sus necesidades. La comprensión empática consiste en hacer el esfuerzo por entrar en el mundo del paciente para intentar comprender su experiencia y transmitirle comprensión. Se trata de intentar adoptar el punto de vista del paciente y familia para comprender su situación con el objetivo de poder transmitirle comprensión. Empatizar significa percibir en profundidad el significado especial y único que para cada enfermo en particular tiene su enfermedad, cómo la entiende, cómo la siente y cómo la acepta.

- Validación emocional, que sería la aceptación y el *feedback* para comunicar mejor. Porque cuando tenemos a otros delante, es necesario escuchar sin juzgar y es un requisito indispensable comunicar a la otra persona que se le ha entendido. La validación emocional mejora la comunicación puesto que el otro interlocutor se siente reconocido y comprendido, y así incrementa la verbalización de lo que piensa. La validación emocional tiene un efecto positivo pues crea un ambiente de confianza. Decirle a la otra persona que le has entendido, demostrarle que le has estado escuchando y dejarle claro que respetas su opinión son suficientes para crear un entorno comunicativo propicio.
- Comunicación no verbal, la postura corporal, el contacto visual o los gestos también comunican. Estar relajado y transmitir lo que intentamos decir puede maximizar el mensaje que queremos enviar a los demás. Un estudio llevado a cabo por Albert Mehrabian afirma que en una conversación cara a cara, el componente verbal es un 35% y más del 65% es comunicación no verbal. Según las palabras del propio Mehrabian: “El componente verbal se utiliza para comunicar información y el no verbal para comunicar estados y actitudes personales”.
- La habilidad de resolver conflictos de manera eficiente requiere una actuación calmada, no defensiva y respetuosa. Cuando uno controla sus propias emociones, es posible comunicar las propias opiniones sin que parezcan amenazas o ataques sino mostrando asertividad y convicción en su lenguaje y comportamiento.
- Lenguaje verbal. Uno de los elementos básicos de un buen comunicador es cómo suena frente a los demás. Hablar en voz demasiado baja o en voz alta, arrastrar las palabras, o utilizar demasiados términos de relleno como “ah”, “eh” o “um”, puede causar que el mensaje y la conexión con el interlocutor se pierdan. Por tanto, es necesario ser claro, utilizar ejemplos concretos, tener una buena capacidad de improvisación, vocalizar correctamente, considerar

los tiempos, y en definitiva expresar correctamente lo que tenemos en mente para conectar con nuestro interlocutor.

- **Respeto.** Las personas están más abiertas a comunicarse si mostramos respeto hacia ellas y sus ideas. Acciones simples como dirigirse al paciente por su nombre, tener contacto visual que indique sinceridad, y reflejar la escucha activa hace que la otra persona se sienta respetada y tenida en consideración.
- **Persuasión.** La persuasión es una herramienta de comunicación clave, especialmente a la hora de convencer a pacientes y familiares, clave en educación sanitaria y para la salud, porque transforma ideas, creencias, actitudes y comportamientos, e intenta satisfacer las necesidades de ambas partes. Para persuadir hay que estar convencidos de lo que decimos y dar ejemplo.
- **Credibilidad.** Si pensamos en el punto anterior, es imposible persuadir a un paciente si no demostramos credibilidad y autoridad. La credibilidad genera confianza, y, como ocurre con el respeto, la confianza es una gran aliada de la comunicación. Las personas están más receptivas cuando hay confianza. Por eso, es necesario ser coherente con lo que se dice y lo que se hace. Por ejemplo, que haya sintonía entre la comunicación verbal y no verbal.

Profundizando un poco más en la escucha activa como habilidad que puede ser adquirida y desarrollada con la práctica, en mi experiencia es más importante escuchar de forma activa que hablar y comunicar adecuadamente, ya que si escuchamos activamente al paciente y a la familia, estamos generando en el paciente un nivel de confianza, por un lado, de alto nivel, y por otro lado, nos permitirá conocer realmente las verdaderas necesidades y preocupaciones del mismo, lo que nos hará tener un nivel de partida envidiable, para actuar en el plan terapéutico y diseñar el plan de cuidados con los recursos que realmente necesita el paciente.

Uno de los aspectos más influyentes en la mejora de la comunicación es el desarrollo de los hábitos de escucha. Sin embargo, escuchar no es algo tan fácil y automático como oír y por experiencia se sabe que muchas veces se oye, pero no se escucha. El proceso de escuchar empieza primero como fisiológico y enseguida se convierte en proceso psicológico: “Escuchar es un proceso psicológico que, partiendo de la audición, implica otras variables del sujeto: atención, interés, motivación, etc. Y es un proceso mucho más complejo que la simple pasividad que asociamos al dejar de hablar” .

Sin embargo, la escucha activa no es solo una técnica, se trata de una actitud que exige del profesional sanitario una competencia especial: consiste en ayudar al paciente a exponer su situación y saber detectar lo que el paciente no ha dicho. Son habilidades que se aprenden y es necesario tener formación específica y entrenamiento.

La hipótesis de la que se parte es que la mayoría de las personas son capaces de resolver sus propios problemas si se les da la oportunidad. Teniendo esto en cuenta,

la función del profesional de la salud, a través de la escucha, es ayudar a las personas a encontrar sus propias soluciones; conseguir que el paciente, a través de sus propios conocimientos, opiniones y creencias se responsabilice y tome conciencia de que la solución de su problema depende, principalmente, de sí mismo. Esto es posible cuando se acepta al enfermo como persona madura y responsable capaz de transformar sus actitudes y resolver sus conflictos. Por lo tanto, la escucha activa es una destreza muy importante para aprender y dominar, porque sin ella no se podrá ofrecer una “respuesta” eficaz y sin duda es el inicio para conseguir pacientes activos e involucrados con la gestión de la enfermedad.

Es fundamental conocer y aplicar la legislación vigente relacionada con los derechos y deberes de los pacientes que aparecen en la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (3), donde aparece el derecho por parte del paciente a recibir información clara y sencilla de todos los profesionales que intervienen en su proceso asistencial, el consentimiento informado, el derecho a la intimidad, etc., sin duda esta Ley es de obligado conocimiento por parte de todos los trabajadores de la salud. Además es clave seguir fielmente los códigos deontológicos de las profesiones sanitarias, para que la humanización sea una prioridad ineludible en la actuación profesional, velando por la calidad y la seguridad de los pacientes, incorporando el trato, la comunicación, la escucha activa y el respeto tanto al paciente como a sus familiares.

Siendo más humanos ganamos todos, nuestra sociedad, los pacientes, los familiares y nosotros como profesionales. No olvidemos que lo que más valoran los pacientes de la atención sanitaria es el trato, el respeto, la atención humana y la información que les proporcionamos.

3. LOS SERVICIOS DE ATENCIÓN AL PACIENTE

Los servicios de atención al usuario o atención al paciente comenzaron a desarrollarse a principios de los años 80, como una necesidad de cambio en el sistema sanitario de nuestro país, con la intención de acercar las organizaciones sanitarias a los pacientes, y hacer más amable y más fácil la atención que se prestaba a los ciudadanos (4).

El servicio de atención al usuario realiza una labor de apoyo fundamental, tanto a pacientes como a familiares, que sirve sin duda de soporte a la actividad asistencial realizada en los centros sanitarios.

La percepción del usuario hacia este servicio es altamente satisfactoria, ya que las funciones que realizan resuelven en parte la falta de información de los usuarios y les ayuda a abordar situaciones desconocidas. Facilitando el adaptarse a un medio, muchas veces complejo para una gran parte de la población, siendo más fácil su estancia y acceso a los distintos servicios sanitarios.

Entre las funciones fundamentales del servicio de atención al usuario está:

- Facilitar información, para ello se debe ubicar el servicio de información de modo estratégico en los accesos principales del centro y en puntos bien visibles.
- Proporcionar documentación de apoyo y soporte, como son los manuales de acogida en los hospitales, planos, etc.
- Responder a las reclamaciones verbales, intentando buscar soluciones ágiles.
- Proporcionar la documentación para realizar reclamaciones escritas, sugerencias o felicitaciones.
- Realizar el acompañamiento al ingreso en hospitalización.
- Realizar visitas en planta, para atender distintas necesidades de los pacientes.
- Información y soporte a pacientes y familiares en la atención de urgencias.

En las urgencias hospitalarias el servicio de información que proporciona el equipo de atención al paciente, dando soporte a los familiares respecto a información no clínica, pero sí de cómo va transcurriendo el proceso de atención y en qué fase se encuentra en cada momento: pendiente de placa de toráx, pendiente de analítica, se está valorando la situación, pendiente de cama, etc., proporciona una calidad asistencial enorme a los familiares que están a la espera de conocer la situación del paciente.

4. PACIENTE ACTIVO

Entendemos por paciente activo aquella persona con uno o varios problemas de salud que demuestra una capacidad para buscar, entender, valorar y utilizar la información disponible sobre la salud y es responsable de sus acciones de autocuidado y de la toma de decisiones informadas (5). El paciente activo que se implica en la gestión de su enfermedad demuestra competencia para:

- Acceder a información sobre salud y a los recursos existentes.
- Entender la información sobre salud.
- Identificar y reconocer los mensajes necesarios para cuidar de su salud.
- Distinguir la información correcta y útil.
- Identificar la aplicabilidad de la información para su vida y su salud.
- Participar activa y positivamente en la toma de decisiones junto a los profesionales sanitarios.
- Aprender nuevas técnicas y habilidades.
- Demostrar una actitud y enfoque constructivo en la resolución de problemas en su vida relacionados con la salud.
- Autoevaluar, comprender y controlar lo que le sucede.
- Planificar sus autocuidados.
- Realizar sus autocuidados; realizar y mantener conductas y hábitos saludables.

- Resolver problemas.
- Tomar iniciativa en la comunicación con los profesionales.
- Identificar signos de alarma y saber actuar.
- Cumplir el régimen terapéutico.

El proceso de participación e involucración de las personas con su propia salud, así como con la organización y el uso de los diferentes servicios sanitarios, presenta un continuo que se puede clasificar en tres fases secuenciales: activación, empoderamiento y liderazgo compartido.

La activación es la disposición de conocimiento, habilidades y confianza por parte del individuo para manejar su propia salud y atención sanitaria, de modo que refleja de forma global el autoconcepto que tiene la persona como gestor de su propia salud y su percepción de confianza en ese rol. Un paciente activo es alguien que sabe cómo manejar su enfermedad y prevenir el deterioro de su salud.

Existen numerosos estudios que han investigado y que permiten afirmar, en relación a la activación de pacientes, lo siguiente:

- Cuenta con un elevado grado de uniformidad conceptual.
- Cuenta con una métrica robusta a través del *Patient Activation Measure* (PAM).
- Dispone de un cuerpo de evidencia sólido y creciente (EE.UU, Dinamarca, Japón, Noruega, Canadá, Australia y Reino Unido).
- Los cambios en el nivel de activación tienen un carácter perdurable en el tiempo.

La activación, por lo tanto, se entiende como la disposición de conocimiento y habilidades por parte de la persona para manejar su propia salud.

Patient Activation Measure (PAM) es una herramienta que mide la activación del paciente en una escala de cuatro niveles y que ha sido validada en numerosas patologías (asma, hipertensión, EPOC, diabetes, esclerosis múltiple, párkinson, cáncer, dolor crónico, osteoporosis, artritis, enfermedades cardiovasculares, insuficiencia cardíaca congestiva, esquizofrenia, depresión, entre otras) y en diferentes entornos geográficos (Japón, Alemania, Dinamarca, Holanda, Australia, Noruega, Canadá, EE UU y Reino Unido). La evidencia existente en este ámbito señala que los pacientes más activados presentan las siguientes características:

- Más participativos y empoderados. Presentan una mayor participación y compromiso con hábitos preventivos y de autocuidado.
- Más sanos.
- Con mejor calidad de vida.
- Más satisfechos con los servicios recibidos.

- Con mejores estilos de vida.
- Mejor informados.
- Más dispuestos a cambiar hacia hábitos de vida más saludables.
- Más “cumplidores” con los tratamientos.
- Más satisfechos en su trabajo.
- Con diferente conceptualización del autocuidado como capacidad para seguir con sus vidas.
- Menor uso de los recursos sanitarios: realizan menos visitas médicas y recurren en menor medida a urgencias. Asimismo, presentan un menor número de ingresos y estancias en hospital.
- Menos costosos: son pacientes con menor gasto sanitario (21% menos).

El empoderamiento del paciente es la adquisición de la capacidad y la motivación que los pacientes pueden utilizar para involucrarse o participar en la toma de decisiones.

Para desarrollar el empoderamiento es preciso que el individuo alcance el nivel de motivación necesario para adquirir una mayor responsabilidad en el cuidado de su condición de salud y asumir un rol más activo en su relación con el profesional sanitario.

A este respecto, un paciente empoderado (no solo activado) se convierte en un agente comunitario que contribuye activamente al propio proceso de activación y cambio.

Para conseguir pacientes activos y cuidadores principales implicados en el cuidado es necesario desarrollar las escuelas o universidades de pacientes. Una escuela de salud para los ciudadanos es un espacio de participación ciudadana y de aprendizaje compartido que tiene por objetivo promover la adopción de hábitos y estilos de vida saludables y fomentar la corresponsabilidad de las personas en el cuidado de su salud y en la autogestión de su enfermedad. Permite el intercambio de conocimientos y experiencias y ofrece a los pacientes y sus asociaciones, a las personas cuidadoras, a los profesionales sanitarios y a la población general, información de calidad y formación *on line* y/o presencial relacionada con la salud (6).

Una escuela de salud desarrolla la gestión del conocimiento y difunde las mejores prácticas de promoción y educación para la salud, así como incrementa la alfabetización sanitaria proporcionando a la ciudadanía información básica sanitaria actualizada, contrastada y veraz que pretende servir de apoyo para la toma de decisiones dirigidas a promover y mantener una buena salud.

En las escuelas de salud para la ciudadanía se ofertan cursos, talleres, actividades, encuentros dirigidos a ciudadanos con el objetivo de entrenar y educar para que las personas sean competentes y sean capaces de cuidar de su vida, de su salud y de su bienestar.

Entre los resultados esperados en una escuela de salud para la ciudadanía o escuelas de pacientes encontramos los siguientes:

- Ciudadanos con competencia para obtener, comprender y utilizar la información básica sanitaria para tomar decisiones dirigidas a promover y mantener una buena salud.
- Ciudadanos competentes para realizar por sí mismos los cuidados para promover, mantener y mejorar su salud, en su entorno y en sus circunstancias.
- Ciudadanos con habilidades para la vida capaces de afrontar activamente las diferentes situaciones que influyen en su salud y que pueden comprometerla.
- Ciudadanos competentes para afrontar las etapas y situaciones vitales que se les presenten.
- Pacientes informados y activos. Responsables de sus cuidados y de gestionar de forma eficiente una o varias enfermedades crónicas y/o agudas.
- Personas cuidadoras competentes para ejercer el rol del cuidador sin agotarse.
- Poblaciones y comunidades competentes para promover y mantener su salud colectiva.
- Agentes de salud, sociedad civil, profesionales en sinergia y colaboración para promover la salud de la población.

Sin duda educando a pacientes, familias y cuidadores conseguiremos una mejor gestión del proceso de salud-enfermedad por parte de pacientes y cuidadores principales no profesionales, y sin duda gestionamos los procesos de salud teniendo en el centro a los ciudadanos con procesos patológicos que debe ser nuestro objetivo prioritario como gestores sanitarios (7). El tener este enfoque consigue una mejor calidad de vida del paciente y su familia, se reducen el número de reagudizaciones de las patologías crónicas y se minimizan los costes de la cronicidad, al reducir ingresos hospitalarios y complicaciones asociadas al proceso patológico, entre otros aspectos.

5. ASOCIACIONES DE PACIENTES

Como profesionales sanitarios debemos prescribir asociacionismo, ya que es una alternativa clave para las personas con patologías crónicas o con enfermedades raras o poco frecuentes, permitiendo intercambiar experiencias entre personas que viven los mismos procesos patológicos, compartir estrategias para gestionar mejor sus patologías y conseguir mayor calidad de vida y generar sinergias de forma conjunta influyendo en las políticas y gestión sanitaria, como grupo relevante a tener en cuenta en la toma de decisiones organizativas.

Las asociaciones de pacientes tienen por misión promocionar los derechos y deberes de las personas afectadas por diferentes enfermedades, a nivel local, regional,

nacional y europeo a través de la formación, prevención e investigación para conseguir el impulso del asociacionismo.

Actualmente existen más de 10.000 asociaciones de pacientes en nuestro país y se calcula que en España más de 20 millones de personas mayores de 15 años padecen al menos una patología crónica. Sin embargo, el índice de asociacionismo es bajo. De hecho, la mayoría de los pacientes desconocen la existencia y labores de las asociaciones de pacientes.

Por otro lado es clave que, como gestores sanitarios, entendamos que hoy por hoy no podemos tomar ninguna decisión en la organización de servicios sanitarios y políticas de salud sin que los pacientes participen de forma activa en esta toma de decisión; incorporar las necesidades reales de los pacientes y sus familias es clave a la hora de adoptar estrategias sanitarias que resuelvan lo que el paciente demanda. Las asociaciones de pacientes deben incorporarse en los grupos de decisión a nivel del Ministerio de Sanidad, a nivel de los diferentes servicios de salud, a nivel autonómico; incorporarlos también en las juntas técnico-asistenciales de las organizaciones sanitarias como miembros de pleno derecho con voz y voto.

Existen miles de asociaciones de pacientes a nivel nacional, y la mayoría se aglutinan en grandes asociaciones de pacientes, entre las que destacan las siguientes:

- La Plataforma de Organizaciones de Pacientes, su página web es: <https://www.plataformadepacientes.org/>
- El Foro Español de Pacientes, su página web es: <https://forodepacientes.org/>
- Alianza General de Pacientes, su página web es: <https://alianzadepacientes.org/>

Como gestores sanitarios debemos conocer la actividad que realizan estas asociaciones, compartir jornadas y sesiones de trabajo con ellos y establecer líneas de acción conjunta con el objetivo de mejorar la prestación sanitaria que proporcionamos a nuestros ciudadanos, recomendando y prescribiendo el asociacionismo en la atención sanitaria que realizamos a pacientes con patologías crónicas.

Un ejemplo en esta línea sin duda es la Plataforma CH2025, en la cual están integrados los Consejos Generales de las profesiones sanitarias, entre ellas el Consejo General de Enfermería de España, las sociedades científicas de profesiones sanitarias, la industria farmacéutica y por supuesto las asociaciones de pacientes, y juntos persiguen objetivos comunes ligados a mejorar la atención y prestaciones a los pacientes con patologías crónicas, reorientando el sistema sanitario hacia los pacientes que más utilizan y frecuentan el sistema nacional de salud. Entre los objetivos principales de la Plataforma se encuentra incorporar estrategias nacionales de abordaje de la cronicidad y que se incluya en el debate político la necesidad de que los pacientes crónicos sean especialmente tenidos en cuenta a la hora de la organización de los servicios de salud, manteniendo reuniones con los portavoces de sanidad en el Congreso y Senado y con

las diferentes consejerías de Sanidad de las comunidades autónomas, visibilizando el problema existente y las necesidades de los pacientes con patologías crónicas y también realizando aportaciones para la mejora en salud digital tan relevantes en estos momentos como motor de cambio de modelo asistencial. En la Plataforma CH2025 los pacientes son parte activa en la toma de decisión estratégica y aportan las necesidades reales que tienen para que el sistema sanitario priorice en sus estrategias y políticas de salud una reorientación del sistema hacia el abordaje de la cronicidad de forma integral.

6. ENFERMERAS GESTORAS DE CASOS Y ENLACE

Sin duda para garantizar una atención centrada en la persona y garantizar una correcta prestación sanitaria de pacientes con patologías crónicas complejas (cada vez con mayor prevalencia en España), existe un perfil de enfermera con diferente implantación y desarrollo en las comunidades autónomas, que está demostrando excelentes resultados en salud, satisfacción del paciente y familia y ahorros de costes al sistema nacional de salud. Estas enfermeras son las que desarrollan la gestión de casos y las que se encargan de realizar la continuidad asistencial del paciente independientemente del nivel asistencial donde se encuentren, facilitando la coordinación de todos los recursos sanitarios disponibles con una visión holística de la persona, buscando la satisfacción de las necesidades en cada momento tanto de los pacientes como sus familias, por tanto si hablamos del paciente en el centro de la gestión sanitaria hay que abordar e implantar las enfermeras gestoras de casos y las de continuidad asistencial.

Las enfermeras/os gestoras de casos en la atención y cuidados al paciente crónico complejo gestionan necesidades de pacientes de alta complejidad y necesidades de cuidados de larga duración, sus funciones son exclusivas y tienen una responsabilidad transversal en todo el proceso asistencial. Sin embargo, por ejemplo, en nuestro contexto son prácticamente inexistentes los puestos de enfermera/o, tanto a nivel hospitalario como comunitario, que tenga estas atribuciones, alcance competencial de responsabilidad y autonomía organizativa y de gestión de pacientes (8).

La gestión de casos es un modelo de atención para mejorar la salud de las personas con enfermedades complejas, que valora la humanización de la trayectoria asistencial y empoderamiento del paciente y familia. Pretende una transición efectiva a través del sistema de salud mejorando la autogestión en la salud del paciente.

Esta figura es referente para el paciente que requiere una atención y/o cuidados de alta complejidad, con multiplicidad de proveedores de atención, servicios, unidades y/o niveles asistenciales. Facilita el transcurso del paciente por las diferentes organizaciones y le acompaña en su camino, evitando la fragmentación del proceso de atención y las duplicidades. Se trata de un profesional que trabaja de forma proactiva en el seguimiento de los pacientes con alta complejidad, en un modelo de atención

integrada, facilitando la coordinación entre los profesionales de los distintos niveles y sectores, con una respuesta única más eficiente para la atención integral de las necesidades de salud.

La gestora de casos trabaja con los pacientes a través de los límites de los servicios, lo que permite una atención que responde al paciente y permite que las variables en los elementos clínicos, sociales y prácticos de la atención se aborden de manera oportuna (9).

La enfermera gestora de casos tiene como objetivo general proporcionar atención a las personas con necesidades de cuidados complejos, dependencia y fragilidad de forma personalizada, colaborando con todos los profesionales que intervienen en el proceso para garantizar la accesibilidad y la integración de servicios múltiples, sobre población con problemas de salud crónicos y riesgo de alta complejidad, a través de relaciones colaborativas con el resto de miembros del equipo asistencial y maximizando la continuidad de cuidados y el acceso a servicios, recursos, proveedores e intervenciones en tiempo y forma.

Entre los objetivos específicos de las enfermeras gestoras de casos se encuentran:

- Proporcionar una atención coordinada a largo plazo, individualizada del proceso (paciente/cuidadores), sirviendo de guía y soporte a las visitas del paciente al centro sanitario.
- Conseguir un manejo adecuado de su salud teniendo en cuenta las preferencias de la persona fomentando el acompañamiento.
- Minimizar los elementos de discontinuidad y/o duplicidad en la asistencia, a través de la toma de decisiones compartidas, con el uso de recursos disponibles.
- Promover una atención de calidad, segura y costoefectiva.
- Ser referente dentro del equipo multidisciplinar de atención del paciente complejo.
- Identificar problemas potenciales y/o reales del paciente y familia/cuidador mediante una valoración integral.
- Facilitar y acompañar al paciente en su recorrido asistencial y/o sociosanitario.
- Elaborar un plan multidiciplinar de atención con los profesionales implicados que evite las interrupciones en el proceso de atención y las duplicidades.
- Coordinar la información centrada en el paciente con un enfoque multidisciplinar y holístico.
- Identificar la población crónica con mayor complejidad clínica y/o elevada necesidad de cuidados, dentro del marco de colaboración del equipo de salud.
- Asegurar la continuidad de cuidados y la coordinación entre los diferentes niveles de atención como elemento fundamental de calidad asistencial.
- Proporcionar acceso en el momento adecuado a información sobre recursos sociosanitarios disponibles y/o activarlos.

- Ayudar a la toma de decisiones informada a pacientes y cuidadores.
- Fomentar el autocuidado, la autogestión y la independencia.
- Participar en la planificación de cuidados de la población diana.
- Facilitar la participación del paciente y la familia en el plan de acción personalizado incluyendo metas, valores y prioridades con el objetivo de garantizar el compromiso.
- Fomentar sistemas para facilitar y aumentar la seguridad del paciente.
- Asegurar intervenciones que reduzcan la frecuentación en los centros y la tasa de reingresos de la población diana.
- Asesorar en cuidados dentro de los equipos asistenciales, incorporando prácticas basadas en la evidencia.
- Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes y personas que cuidan de la población diana del servicio.
- Mejorar la satisfacción respecto a la atención de los servicios de salud de la población diana.
- Facilitar la integración de servicios múltiples.
- Trabajar en coordinación con la red social en salud.
- Colaborar en el establecimiento y evaluación de objetivos, estándares de calidad e indicadores que favorezcan la implementación del servicio.
- Facilitar y colaborar en el desarrollo de la investigación en el ámbito del servicio.
- Contribuir a la sostenibilidad del sistema mediante el uso racional de recursos de apoyo al cuidado.

Las enfermeras de enlace o continuidad asistencial tienen como objetivo principal facilitar la continuidad asistencial entre los distintos proveedores, servicios y ámbitos asistenciales, potenciando la coordinación multidisciplinar para dar una respuesta integral, continua, segura y eficiente a los usuarios con necesidades de cuidados y/o a sus cuidadores durante los procesos asistenciales en todas las etapas de su vida y garantizar la continuidad de la atención y los cuidados en la transición de los pacientes entre los diferentes ámbitos asistenciales mediante la coordinación entre estos y la valoración y optimización de los recursos necesarios en su atención, con el fin de mejorar la calidad en la atención y los resultados en los procesos de salud-enfermedad (10).

Entre los objetivos específicos de las enfermeras de enlace se encuentran:

- Ser referente de la continuidad asistencial en el ámbito en que se trabaje y para las instituciones sociosanitarias.
- Promover la cultura de continuidad asistencial y de cuidados, actuando como agente impulsor de una atención integrada, evitando en lo posible la variabilidad de la práctica clínica utilizando las herramientas disponibles para tal fin.

- Trabajar proactivamente en la captación de la población con mayor complejidad, aquella con problemas de salud crónicos y elevada necesidad de cuidados con riesgo de interrupción o retraso de la continuidad de estos durante las transiciones asistenciales.
- Favorecer la transmisión de información estructurada entre todos los agentes de salud.
- Promover la seguridad y la calidad de los cuidados de forma transversal y principalmente en las transiciones asistenciales.
- Trabajar para la mejora de la gestión de la continuidad asistencial y la accesibilidad de los usuarios liderando proyectos en equipos multidisciplinares entre ámbitos sociales y sanitarios.
- Realizar captación y seguimiento de pacientes más vulnerables y complejos para que de una manera coordinada se les proporcione una respuesta integral a sus necesidades.
- Evitar la visión fraccionada del paciente siendo el nexo de unión entre los diferentes referentes de su proceso de salud.
- Potenciar la coordinación entre los diferentes profesionales para realizar un abordaje multidisciplinar de los pacientes.
- Fomentar la cultura de colaboración a través del conocimiento y del diálogo.
- Facilitar la comunicación entre los diferentes referentes del paciente para que esta pueda realizarse de una manera ágil, fluida, segura y rápida.
- Realizar una gestión efectiva y eficiente de los recursos tanto materiales como profesionales verificando los recursos necesarios y los disponibles en cada transición.
- Fomentar la cultura de continuidad asistencial con el fin de conseguir una atención coherente, continuada e integral en los diferentes ámbitos.

7. GESTIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL CENTRADA EN LOS PACIENTES

En un capítulo que se hable de la gestión sanitaria centrada en el paciente no podemos olvidarnos de plantear la gestión de la calidad asistencial, donde todo debe pivotar en facilitar la accesibilidad de los ciudadanos a los servicios sanitarios (demora asistencial lo más breve posible), proporcionar calidad en los procesos asistenciales y no asistenciales y garantizar la continuidad asistencial en los pacientes que lo precisen.

Todos los modelos de calidad asistencial tienen un apartado donde se hace referencia a los pacientes y ciudadanos, priorizando las estrategias que se dirigen en la mejora de la atención de los mismos.

Así el modelo EFQM de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad plantea como uno de los criterios clave del modelo los resultados en los clientes, de

hecho es el criterio con mayor puntuación, pudiendo alcanzar 200 puntos en el total de la evaluación de la calidad asistencial. Este criterio está enfocado en los logros que está alcanzando la organización sanitaria en relación con sus clientes externos (pacientes y familiares) (11).

Los clientes externos son los receptores o beneficiarios de la actividad, productos o servicios de los centros sanitarios (atención primaria, atención hospitalaria o socio-sanitaria), incluyendo los pacientes y sus familiares. Hay que buscar indicadores que demuestren el éxito de la organización para satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes y familiares como usuarios de los servicios de salud.

La organización debe buscar la satisfacción de sus clientes, entendida esta como una actitud positiva individual hacia las distintas dimensiones de los servicios de salud.

Este criterio a su vez se divide en dos, un subcriterio que hace referencia a las medidas directas de la percepción del cliente externo. Las medidas pueden hacer referencia a:

- Trato personal, cortesía.
- Calidad técnica.
- Hostelería.
- Prestación del servicio y capacidad técnica.
- Tiempo de respuesta en la prestación de servicios.
- Continuidad de cuidados.
- Presencia e identificación del personal.
- Información.
- Documentación: claridad y sencillez.
- Resolución del problema (resultados).

Como dirección de enfermería y de servicios generales, debemos ser conscientes de la importancia que tiene el trato al paciente y los aspectos humanos de nuestra profesión ampliamente valorados por los pacientes, y que sin duda incrementan la percepción de la calidad asistencial cuando son percibidos por los usuarios y sus familias.

Los aspectos hosteleros cada vez son más demandados y muy valorados por los pacientes. Como equipo de dirección, y de forma conjunta con la dirección de gestión, debemos dar relevancia a los mismos incrementando el confort de las instalaciones, cuidando especialmente los servicios de cocina y limpieza.

Otro subcriterio es el que plantea las medidas indirectas relacionadas con la percepción del cliente externo. Estas medidas pueden hacer referencia a:

- Gestión de reclamaciones, quejas, sugerencias o felicitaciones.
- Cobertura en medios de comunicación.

- Medidas de gestión del servicio de atención al cliente: tiempos de respuesta, resultados.
- Plan de acogida en el centro a pacientes y familiares.
- Información para pacientes y/o familiares.
- Demoras y listas de espera.
- Cancelaciones de citas.

En este subcriterio la dirección asistencial invertirá esfuerzos y trabajo, en la mejora de las listas de espera tanto quirúrgicas, como en pruebas diagnósticas, como en la atención en consultas externas, garantizando una rápida cobertura y facilitando la accesibilidad al sistema de los pacientes.

También, como dirección, debemos promover la realización de manuales de acogida a pacientes y familiares, en cada una de las unidades o servicios, donde se facilite información relacionada con el servicio, la organización del mismo, normas a respetar, horarios de visita e información, etc. Estos manuales son de gran utilidad y muy valorados por los usuarios.

Los indicadores para monitorizar este criterio son los siguientes:

- Encuestas de satisfacción que permitan conocer la opinión sobre la percepción de los servicios recibidos.
- Sistema de recogida y análisis de reclamaciones y su posterior gestión.
- Felicitaciones recibidas.

El modelo de calidad de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO) tiene dos secciones con estándares para conseguir la acreditación, y uno de ellos está enfocado exclusivamente a los pacientes y recoge los siguientes estándares (12):

- Accesibilidad y continuidad en la atención.
- Derechos del paciente y la familia.
- Evaluación de los pacientes.
- Atención a los pacientes.
- Educación del paciente y la familia.

En los Principios de la Gestión de la Calidad según las Normas ISO 9000, y la revisión de las Normas ISO 9001 e ISO 9004, se ha basado en ocho principios de gestión de la calidad, preparados como directrices, siendo el primero el Enfoque al cliente, donde se recoge que las organizaciones (empresas, servicios, instituciones, hospitales, etc.) dependen de sus clientes y por lo tanto deberían comprender las necesidades actuales y futuras de los clientes, satisfacer los requisitos y esforzarse en exceder las expectativas de los clientes (13).

Por tanto la gestión de los procesos asistenciales siempre deben establecerse poniendo al paciente en el eje central de la actuación, priorizando sus necesidades, proporcionando accesibilidad y agilidad en los procesos de atención, con una visión global y holística que permita satisfacer las necesidades del paciente de forma integral.

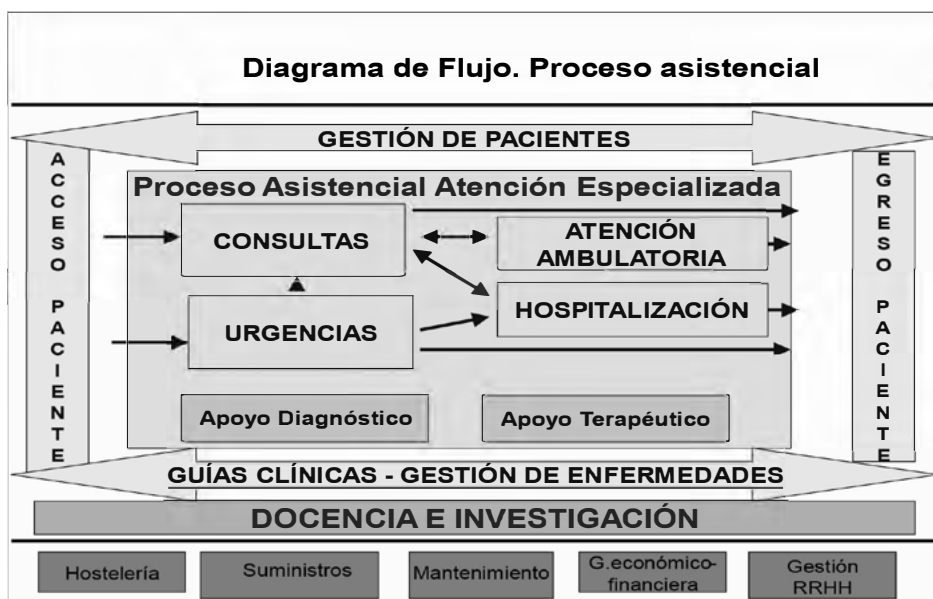


Figura 1.1. Diagrama del proceso asistencial. Fuente: elaboración propia.

Otro aspecto de la calidad clave poniendo al paciente como eje central son las encuestas de satisfacción con la atención percibida por los usuarios, es clave en los modelos de gestión de la calidad centrarse en la satisfacción del paciente, así como en las reclamaciones y sugerencias recibidas en los servicios de atención al paciente. Todo ello nos va a indicar áreas de mejora que podemos abordar como gestores, planteadas directamente por los pacientes y sus familiares, incorporando de forma directa las necesidades que tienen de respuesta y mejora de los servicios de salud.

El cuestionario SERVQHOS (14) es un cuestionario ampliamente utilizado en España para medir la satisfacción del paciente o usuario de los servicios de salud, está diseñado a partir de la teoría de la discrepancia entre las expectativas y percepciones, lo que espera el paciente y realmente recibe o percibe, y se utiliza para determinar la calidad percibida en la atención hospitalaria. Está organizado en cuatro partes:

- Describe los objetivos y la importancia de la información solicitada al usuario.
- Establece aspectos éticos como el permiso y el consentimiento para su aplicación: determina que la información será manejada de forma anónima y confidencial.

- Consta de 19 ítems que se evalúan mediante una escala de Likert, en la cual indaga al usuario por aspectos tangibles e intangibles de la calidad de la atención y los criterios basados en las expectativas y percepciones para la evaluación, que van de uno a cinco, siendo 1 “mucho peor de lo que esperaba” y 5 “mucho mejor de lo que esperaba”
- Es una encuesta adicional que indaga sobre la satisfacción global del usuario y aspectos relacionados con la misma.

En los profesionales sanitarios lo que más valoran los pacientes y familiares es el trato, la información que reciben y la comunicación, y en el ámbito de los servicios generales es la hostelería, confort de las habitaciones y la comida, por tanto como gestores sanitarios debemos priorizar estos aspectos si tenemos en cuenta al paciente en el eje de nuestras actuaciones.

8. RESUMEN

La gestión sanitaria y la toma de decisiones en políticas de salud deben tener como protagonista activo al paciente, el modelo sanitario actual pasa por que el paciente se implique y tome decisiones en su proceso de salud-enfermedad, y que los profesionales sanitarios pongamos a su disposición alternativas y estrategias de salud en todos los ámbitos de atención tanto a nivel primario, hospitalario o en el ámbito sociosanitario.

Dentro de este enfoque el humanismo es clave. Para que el paciente y su familia se encuentre en el centro del proceso asistencial, debemos adoptar estrategias que potencien el humanismo y la bioética, la comunicación, la información, la empatía.

El paciente activo y empoderado, que tiene información sanitaria suficiente para tomar decisiones, que está formado para hacer frente a su enfermedad, sepa gestionarla, minimice las complicaciones y tenga mejor calidad de vida, es otro objetivo clave que debemos tener los gestores sanitarios, y en esta línea juegan un papel muy relevante las escuelas o universidades de pacientes.

La continuidad asistencial es un enfoque organizativo clave, sobre todo para proporcionar la asistencia necesaria al paciente y familia independientemente del nivel asistencial donde se encuentre en cada momento. Los procesos asistenciales hay que enfocarlos siempre pensando y teniendo al paciente como referencia, en este enfoque las enfermeras gestoras de casos y de continuidad asistencial tienen un papel clave, y en los servicios de salud donde están implantadas y desarrolladas estas figuras los resultados en salud, la mejora de la calidad de vida y la eficiencia en costes están demostrados con evidencia científica.

Y para finalizar se ha abordado la gestión de la calidad centrada en el paciente, pudiendo ver cómo todos los modelos de gestión de la calidad tienen incorporados

los resultados en pacientes, por tanto cuando hablamos de calidad hablamos de gestión de pacientes y los resultados esperados, siendo un complemento importante las encuestas de satisfacción, las reclamaciones y las sugerencias como herramientas de mejora continua de la gestión en las organizaciones sanitarias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fernández Lobato R, Ayuso Murillo D, Gutiérrez Soriano A, Rando Caño A, Vega Barea J. *Humanización del Cuidado*. Madrid. Formación e Innovación Sanitaria SL. 2017.
2. Ayuso Murillo D, Fernández Lobato R, Gutiérrez Soriano A, Rando Caño A, Galilea Gorostiaga ME. *Comunicación y empatía*. Madrid. Formación e Innovación Sanitaria SL. 2017.
3. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
4. Cárceles Guardia F. El paciente como eje central de nuestra actuación. En: Ayuso Murillo D, Grande Sellera RF. *La gestión de enfermería y los servicios generales en las organizaciones sanitarias*. Madrid. Ediciones Díaz de Santos. 2006.
5. Mateos Rodilla J. Enfermera educadora en autocuidados, escuela de pacientes y salud. En: Ayuso Murillo D, Fernandez del Palacio E, Velasco Morillo E. *Cuidados al paciente crónico y gestión de casos en enfermería*. Madrid. Ediciones Díaz de Santos. 2019.
6. Comunidad de Madrid. *Documento Marco de la Escuela Madrileña de Salud*, Madrid: Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, 2017[Acceso: 8 febrero 2023]. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017989.pdf>
7. Ayuso Murillo D, Fontán Vinagre G. *Cuidados domiciliarios a pacientes con patologías crónicas y dependencia. Manual de Cuidadores*. Madrid. Ediciones Díaz de Santos. 2022.
8. Aguilera Serrano C, Casado Mora M^a I, de Andrés Gimeno B, López Langa N, Ruiz Miralles M^a L. *Marco de competencias de las/os enfermeras/os gestoras/es de casos en la atención al paciente con problemas de salud crónicos con complejidad*. Madrid. Consejo General de Enfermería. 2021.
9. Byrne AL, Harvey C. Exploring the nurse navigator role: A thematic analysis. *Nurs Manag*. 2020; 28:814821.
10. Atxutegi Cárdenas I, Del Olmo Rubio M^a J, Duarte Climent G, López Sánchez A, Ortega Atienza M^a C, Martínez Cuervo F. Medina Carrizo M^a A. *Marco de competencias de las/os enfermeras/os en el ámbito de la continuidad asistencial o enlace en la atención al paciente con problemas de salud crónicos*. Madrid. Consejo General de Enfermería. 2021.
11. Ayuso Murillo D. *La gestión de enfermería y la división médica como dirección asistencial*. Madrid. Ediciones Díaz de Santos. 2007.
12. Revilla Ramos F. *Acreditación de la calidad basada en el Modelo de la Joint Commission International*. Madrid. Ediciones Díaz de Santos. 2014.
13. Ayuso Murillo D, De Andrés Gimeno B. *Gestión de la calidad de cuidados en enfermería*. Madrid. Ediciones Díaz de Santos. 2015.
14. Numpaque-Pacabaque A, Rocha-Buelvas A. Modelos SERVQUAL y SERVQHOS para la evaluación de calidad de los servicios de salud. *Rev. Fac. Med.* 2016; 64 (4): 715-20.

2

GESTIÓN DE PERSONAS EN LAS ORGANIZACIONES SANITARIAS

Guadalupe Fontán Vinagre

1. INTRODUCCIÓN

Las organizaciones sanitarias están formadas por las personas que las componen y trabajan en ellas, incluyendo el personal sanitario y el no sanitario. Todos ellos aportan gran valor y desempeñan un papel esencial en la puesta en práctica de los principios inspiradores de la Ley General de Sanidad (LGS) de 1986 que ampara nuestro Sistema Nacional de Sanidad. Destacando algunos de los elementos básicos que han cimentado el Sistema de que nos hemos dotado por ello, incluimos en nuestra visión de los “trabajadores sanitarios” no solamente a quienes realizan su actividad en las áreas tradicionalmente consideradas como “sanitarias”, sino también a aquellos que desarrollan sus funciones en los denominados “servicios generales”.

Nuestro Sistema Nacional de Salud se sustenta en los principios de eficacia, celeridad, economía y flexibilidad. Asimismo, su actividad se orientará a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad sobre las bases de la universalidad, equidad y superación de los desequilibrios territoriales y sociales (1).

Teniendo en cuenta que el paciente es el eje de nuestras actuaciones, que la atención debe orientarse al proceso –que no al servicio o especialidad–, todas las actividades que se llevan a cabo en el ámbito sanitario tendrán como fin último el mejor pronóstico, diagnóstico, tratamiento y asistencia de los enfermos cuya salud se confía a los servicios sanitarios, cualesquiera que sea la especialidad laboral que se desempeñe (médica, de enfermería, administrativa, hostelera, de mantenimiento, alimentación, etc.) (2).

En consecuencia, todos los profesionales intervienen en la consecución de ese objetivo final, y por lo tanto, son protagonistas de un entramado complejo que, finalmente, hace posible una atención integral de calidad.

La revolución en el modelo de gestionar los recursos humanos y el talento en las organizaciones sanitarias está íntimamente relacionado con (3):

1. La introducción de valores humanos, emocionales, de liderazgo con corazón y de comunicación.



2. Que sus profesionales conozcan, entiendan y compartan los retos de su organización y el sentido de su trabajo.
3. Que los trabajadores puedan cuestionar y proponer de manera constante nuevas maneras de actuar.
4. Que el aprendizaje sea parte del trabajo, no algo que ayuda a mejorar su trabajo.

Los Servicios Generales del Hospital son los encargados de proporcionar el apoyo necesario para posibilitar que la actividad asistencial pueda desarrollarse de la forma más adecuada y eficiente posible, siendo sus áreas de actuación las siguientes: prevención de riesgos laborales, de obras mantenimiento y electromedicina, lavandería y lencería, alimentación y hostelería, gestión de limpieza y vigilancia, gestión ambiental y energética, telefonía, registro general, responsabilidad social y apoyo a la gestión. En cada una de estas áreas, la planificación y desarrollo de sus funciones se realiza primando los criterios de calidad, eficiencia y responsabilidad social, buscando siempre la mejor adecuación a las necesidades y expectativas de profesionales, pacientes y ciudadanía en general.

Actualmente, existen retos como la captación y retención del talento, por lo que es importante conocer en profundidad no solo las capacidades técnicas y habilidades de los empleados sino, sobre todo, sus inquietudes personales, para poder potenciar sus capacidades en un clima de confianza y comunicación.

2. EL PROCESO CLÍNICO, LOS CUIDADOS Y LOS SERVICIOS GENERALES

Para poder atender los procesos clínicos en las organizaciones sanitarias y alcanzar el buen fin de los mismos pueden considerarse elementos clave como (4):

- Formación académica acorde con los objetivos del SNS y las exigencias de las necesidades de la población actual.
- Formación técnica que permita un ejercicio profesional eficiente.
- Formación ética que permita mantener el mayor nivel de calidad posible según el estado de la ciencia en el momento de realizar las actividades que corresponda.
- Trabajo en equipo, coordinación intrainstitucional, y entre instituciones, participación en comisiones técnicas y grupos de mejora interdisciplinares.
- Participación en actividades docentes, pre y postgrado.
- Información clara y de fácil comprensión a los pacientes y familiares.
- Comunicación constante y abierta entre todos los colectivos que hacen posible el funcionamiento del centro como un todo.
- Coordinación entre niveles asistenciales.

- Relaciones fluidas con las asociaciones de enfermos y familiares, con los consejos de salud, portavoces vecinales, instituciones educativas y grupos de interés en general.
- Buzón de sugerencias, reclamaciones y felicitaciones.

Entre los profesionales sanitarios estos elementos son más conocidos, pero la repercusión que pueden tener en el éxito de los cuidados y atención en el proceso clínico, el papel protagonista que desempeñan los profesionales de servicios generales como los de obras, mantenimiento, electromedicina, limpieza, cocina, seguridad, lavandera, lencería, gestión de residuos, etc., no lo es tanto.

La gestión clínica persigue un tratamiento integral del mismo, y así deberán tenerse en cuenta los siguientes elementos íntimamente relacionados con los servicios generales, tomando como referencia los centros hospitalarios por la mayor complejidad de los servicios que se prestan a los ciudadanos (5):

- Formación profesional acorde con los requerimientos del sector.
- Nutrición: dietas; menús; menús especiales; alimentación a los enfermos ingresados en UCI; elección de menú: calidad de materias primas; elaboración; presentación; temperatura a la que se sirven los alimentos en el momento de llegar a la mesa del enfermo; horario de las comidas; necesidad de ayuda para alimentarse; retirada de las bandejas, servicios entre horas; buzón de sugerencias, reclamaciones y felicitaciones.
- Limpieza: bloque quirúrgico; pruebas diagnósticas (laboratorios, radiología, pruebas especiales); hospitalización; consultas externas; dirección y administración; áreas de servicios generales; zonas en obras; coordinación con las direcciones de obra y con el servicio de prevención de riesgos laborales; buzón de sugerencias, reclamaciones y felicitaciones.
- Mantenimiento y electromedicina: preventivo; correctivo; calibrado de equipos; cumplimiento de normativa (técnica, de prevención de riesgos, de seguridad); inventario; plan de seguridad y protocolo de adquisición de equipos o reparaciones, teniendo en cuenta el impacto en el proceso asistencial.
- Seguridad: en las obras, en las instalaciones, en materia de prevención de riesgos, en las personas; protocolos de actuación (creación, desarrollo, evaluación, modificación).
- Lavandería y lencería: prendas suficientes, limpias, lisas; respuesta inmediata; calidad contrastada.
- Gestión de residuos: según normativa; conocida por todos los profesionales.
- Colaboración en la docencia: formación continuada, reciclaje.

La complejidad y relevancia del ejercicio profesional en los ámbitos de la enfermería y servicios generales requieren el reconocimiento expreso del valor que aportan estos colectivos a la gestión clínica del proceso asistencial.

3. GESTIÓN DEL CENTRO. PLAN ESTRATÉGICO

El plan estratégico establecerá las líneas integrales para que toda la organización y los trabajadores de las distintas divisiones compartan objetivos interrelacionados a través de (5):

- Planes de trabajo que recojan para cada propuesta estratégica, línea de actuación y proyecto específico, la intervención de cada colectivo profesional en los mismos, así como la necesaria relación interprofesional para alcanzar los resultados propuestos.
- Plan de comunicación interna.
- Proyectos de formación; participación conjunta (formación continuada, reciclaje).
- Orientación al paciente.
- Orientación al proceso.

Por todo ello, la participación activa, interdisciplinaria, coordinada, en el enfoque, tratamiento y evolución del proceso asistencial, contribuye decisivamente a (3):

- a. Conocer, asentar y difundir la misión, visión y valores del sistema y de la organización.
- b. Conocer y respetar lo que hace cada uno desde su ámbito profesional.
- c. Reconocer la necesidad de trabajar juntos para obtener los mejores resultados.
- d. Romper las barreras corporativas, administrativas y burocráticas.
- e. Acercar posturas entre profesionales.
- f. Aceptar que “nuestras dificultades” no son “las” dificultades.
- g. Aportar ideas para mejorar o solucionar problemas.
- h. Mejorar el clima laboral.

La importancia de un plan estratégico del centro orientado de esta manera, garantizará los mejores resultados para la organización, contando con todas las personas que la componen y con todo lo que pueden aportar, la parte clínica pero también todo lo que aportan las divisiones no sanitarias.

4. POLÍTICA Y GESTIÓN DE PERSONAS

Para garantizar el funcionamiento de las organizaciones sanitarias se requiere una planificación estratégica de todo el personal, así como medidas de apoyo y aumento de la capacidad para los profesionales.

En este sentido, es necesario el desarrollo e implementación de políticas y procedimientos como las que se abordan en los siguientes apartados.

4.1. Selección y vinculación de profesionales a la organización (4)

Contratación y retribuciones. Independientemente del nivel de integración de las nuevas tecnologías a estos procesos, los departamentos de recursos humanos deberán ser los encargados de la selección y vinculación de nuevos profesionales a la organización. Serán los encargados de realizar la contratación oportuna en cada momento, independientemente del régimen jurídico de la organización, ya estemos hablando de personal estatutario o de contratación laboral.

Sea como sea, la contratación debe cumplir en todo momento con la legislación vigente y ajustarse a las causas de incorporación, plazos de cumplimentación y comunicación oficial con los órganos correspondientes.

Deberán tener bien definidos los perfiles de los profesionales necesarios en cada unidad organizativa para realizar los procesos de selección específicos adecuados en cada momento, o disponer de bolsas de trabajo temporales con las que cubrir las necesidades del día a día de las organizaciones, habida cuenta de que en ellas se trabajan las 24 horas y los 365 días del año.

Una vez seleccionados los profesionales que se incorporarán a la organización, será fundamental realizar una adecuada vinculación a la organización, con los correspondientes procesos formativos del plan de acogida y las distintas particularidades de los respectivos servicios a los que se vayan a incorporar.

En cuestiones retributivas ocurre como en las anteriores, cada organización se basará en la estructura retributiva que, o bien por Servicio Autonómico de Salud, o bien por convenio colectivo propio de la organización se haya establecido.

Es importante tener en cuenta que parte de la retribución de las organizaciones sanitarias se basa en una variable vinculada a los turnos de trabajo de los trabajadores, nocturnidad, festividad y/o guardias en función del trabajo realizado en los distintos servicios de la empresa.

Por ello, será vital disponer de sistemas de información vinculados de tal forma que el volcado de dicha información a los sistemas de retribución garantice un correcto pago de los servicios realizados por cada uno de los trabajadores.

En este sentido es muy importante establecer los canales de comunicación, tanto verticales de arriba a abajo y de abajo a arriba, como horizontales, que permitan que los trabajadores poder reclamar errores en la retribución y poder ser revisados

y solucionados de la manera más rápida y eficiente posible para todas las partes implicadas.

La descripción de puestos de trabajo es una herramienta informativa sobre el objetivo del puesto en la organización. Su contenido es dinámico, es decir, puede variar en función de las necesidades de la organización, puntual o permanentemente.

Hemos querido incorporar un ejemplo con la descripción de puesto de trabajo y perfil profesional para ilustrar este apartado de un puesto de Servicios Generales y sus competencias.

<u>I. IDENTIFICACIÓN</u> Nivel: Asistencial Denominación del Empleo: Auxiliar de Servicios Generales Clasificación: Empleado Oficial Dependencia: Administración de Recursos Cargo del Jefe Inmediato: Jefe de oficina Administración de Recursos
<u>II. PROPÓSITO PRINCIPAL</u> Efectuar las tareas de limpieza y desinfección a las diferentes dependencias, garantizando las condiciones de Higiene Hospitalaria necesarias para la adecuada prestación del servicio
<u>III. DESCRIPCIÓN DE COMPETENCIAS COMPORTAMENTALES</u> COMPETENCIAS COMUNES Orientación a resultados Cumple las funciones que le son asignadas con oportunidad en función de estándares, objetivos y metas establecidas por la entidad. Asume la responsabilidad por sus resultados. Compromete recursos y tiempos para mejorar la productividad tomando las medidas necesarias para minimizar los riesgos. Realiza todas las acciones necesarias para alcanzar los objetivos propuestos enfrentando los obstáculos que se presentan. Orientación al usuario y al ciudadano Atiende y valora las necesidades y peticiones de los usuarios y de ciudadanos en general. Considera las necesidades de los usuarios al diseñar proyectos o servicios. Da respuesta oportuna a las necesidades de los usuarios de conformidad con el servicio que ofrece la entidad. Establece diferentes canales de comunicación con el usuario para conocer sus necesidades, propuestas y responde a las mismas. Reconoce la interdependencia entre su trabajo y el de otro. Transparencia Proporciona información veraz, objetiva y basada en hechos. Facilita el acceso a la información relacionada con sus responsabilidades y con el servicio a cargo de la entidad que labora.

Demuestra imparcialidad en sus decisiones.

Ejecuta sus funciones con base en las normas y criterios aplicables.

Utiliza los recursos de la entidad para el desarrollo de las labores y la prestación del Servicio.

Compromiso con la organización

Promueve las metas de la organización y respeta normas.

Antepone las necesidades de la organización a sus propias necesidades.

Apoya la organización en situaciones difíciles.

Demuestra sentido de pertenencia en todas sus actuaciones.

COMPETENCIAS DE NIVEL ASISTENCIA

Manejo de la información

Evade temas que indagán sobre información confidencial.

Recoge solo información imprescindible para el desarrollo de la tarea.

Organiza y guarda de forma adecuada la información a su cuidado, teniendo en cuenta las normas legales y de la organización.

No hace pública información laboral o de las personas que pueda afectar a la organización o las personas.

Es capaz de discernir que se puede hacer público y que no.

Transmite información oportuna y objetiva.

Adaptación al cambio

Acepta y se adapta fácilmente a los cambios. Responde al cambio con flexibilidad. Promueve el cambio.

Disciplina

Acepta instrucciones, aunque se difiera de ellas.

Realiza los cometidos y tareas del puesto de trabajo.

Acepta la supervisión constante.

Realiza funciones orientadas a apoyar la acción de otros miembros de la organización.

IV. DESCRIPCIÓN DE COMPETENCIAS FUNCIONALES

- Ceñirse a las normas y reglamentos de cada servicio.
- Realizar limpieza diaria de todas las áreas, haciendo énfasis en unidades sanitarias, incluido ducha, baño, sanitario y lavamanos.
- Realizar los pedidos oportunos y necesarios de implementos de aseo cada 8 días a la persona encargada de la bodega.
- Cumplir con todas las normas definidas por el Comité de Infecciones y Salud Ocupacional.
- Mantener en óptimas condiciones de limpieza y desinfección las áreas asignadas.
- Aprovisionarse diariamente de los carros de aseo asignados por la institución, llevar todos los elementos necesarios para el trabajo.
- Retirar los residuos en bolsas cerradas con las precauciones estipuladas según la clasificación del residuo y disponer según normas del programa de residuos hospitalarios.
- Barrer con trapero húmedo sin levantar polvo, corriendo muebles con cuidado para no hacer ruido y que estos no sufran deterioro.



- Limpiar paredes, vidrios, ventanas, puertas, marcos, cielos rasos, evitando acumulación de polvo o telarañas.
- Sacudir diariamente todas las superficies de trabajo con paño húmedo.
- Lavar, desinfectar y secar diariamente los recipientes utilizados para el depósito de basuras.
- Colocar bolsas en los basureros, según código de colores, dejando las tapas debidamente ajustadas.
- Utilizar adecuadamente las sustancias implementadas por la institución como antisépticos y desinfectantes, siguiendo las recomendaciones del proveedor.
- Aplicar en todas las labores realizadas los principios de higiene hospitalaria.
- Mantener los cuartos de aseo en perfectas condiciones de orden y aseo.
- Almacenar los productos de limpieza en un lugar seguro, evitando las pérdidas de los implementos.
- Mientras se esté realizando limpieza y desinfección deben mantenerse los sitios de trabajo ventilados.
- Utilizar las señales de advertencia en las áreas de circulación, cuando los pisos se encuentren húmedos.
- Realizar limpieza y desinfección de áreas cuantas veces sea necesario.
- Lavar y desinfectar completamente todo lo que le ha sido asignado y depositarlo en el sitio respectivo al finalizar labores.
- Participar en el control integral de plagas y roedores, informando la presencia de ellos a Salud Ocupacional.
- Reportar los daños o averías a su jefe inmediato, para que sean corregidos lo más pronto posible.
- Conservar la discreción y la ética. Tocar la puerta antes de entrar, saludar y anunciar el servicio que se va a prestar. Trabajar siendo amable con el usuario, pero no detenerse a conversar y mucho menos hacer preguntas que no sean acordes con el trabajo que están realizando.
- Evitar todos los ruidos, para no perturbar la tranquilidad del usuario.
- Utilizar los elementos de protección y las precauciones que se deban en determinadas áreas, con el fin de proteger su salud y la del paciente como tal.
- Intensificar la limpieza, siguiendo las indicaciones del jefe del servicio en áreas altamente contaminadas o infectadas. Utilizar adecuadamente los recursos entregados para la realización de las labores de aseo.
- Utilizar el sistema del doble balde, para limpieza y desinfección (uno contiene agua jabonosa, el otro contiene solución desinfectante). No mezclar.
- Realizar limpieza general semanal, en coordinación con el jefe de cada área quien asignará un día y hora.
- Participar activamente en el desarrollo del Sistema de Gestión de Calidad de la entidad, responsabilizándose del cumplimiento de los estándares que se relacionan con los procesos a cargo.
- Mantener adecuados niveles de interacción con todos los niveles de la organización y cumplir con el valor institucional de trabajar en equipo.
- Las demás funciones que le sean asignadas por autoridad competente, de acuerdo con el nivel, la naturaleza y el área de desempeño del cargo.

V. CONTRIBUCIONES INDIVIDUALES (CRITERIOS DE DESEMPEÑO)

- Eficiente prestación del servicio de Higiene Hospitalaria en los distintos sitios de trabajo y áreas comunes, contribuyendo al cumplimiento de los requerimientos.
- El servicio de Higiene Hospitalaria contribuye a la prevención de Infecciones Intrahospitalarias.
- La Higiene del Hospital contribuye a la imagen positiva del Hospital.
- El servicio se realiza con todas las técnicas de bioseguridad recomendadas y satisface las necesidades del cliente externo e interno.
- Las rutinas de higiene definidas para cada servicio de acuerdo a las condiciones específicas se cumplen, y permiten mantener condiciones favorables para los usuarios de los servicios.

VI. HABILIDADES Y DESTREZA

- Servicial.
- Respeto por jerarquías.
- Diligente.
- Prudente con el manejo de información institucional.
- Acata instrucciones.
- Participativo en eventos de la institución.
- Relaciones cordiales con clientes internos y externos.

VII. REQUISITOS DE ESTUDIO Y EXPERIENCIA

EDUCACIÓN: Dos años de educación básica secundaria o educación básica primaria.

EXPERIENCIA: Dos años de experiencia específica o relacionada.

Fuente: elaboración propia adaptado de *Manual Específico de Funciones y Competencias Laborales del Hospital Santa Sofía de Caldas*. Consultado 16-01-2023. Disponible en <https://www.santasofia.com.co/ss/phocadownload/Ley-de-Transparencia-Acceso-a-la-Informacion/Planeacion/TH090-R1-M01-Manual-Especifico-de-funciones-y-Competencias-Empleados-Planta-Resolucion-123-de-2019-V7.pdf>

4.2. Desarrollo de carrera profesional, movilidad y promoción interna (5)

Una parte fundamental, y a veces la más olvidada, es la de gestionar los planes de desarrollo de las personas de la organización, que puedan crecer a la vez que la organización lo hace, que tengan las oportunidades regladas y con garantías de igualdad de oportunidad para todos los trabajadores, de poder moverse a otros servicios o que puedan ascender a puestos de superior categoría profesional, tanto en la parte no asistencial (auxiliares administrativos, administrativos o técnicos de gestión) como en la parte asistencial (auxiliares de enfermería que terminan estudios de grado de enfermería, enfermeras que obtienen especialidad de matrona, etc.).

Todos estos procesos de movilidad y promoción interna deben estar claramente reglados, que todo el mundo conozca las reglas desde el inicio y que se realicen con una periodicidad suficiente para no ralentizar las oportunidades de mejora de las personas de la organización.

Las convocatorias de puestos de responsabilidad deben ser publicadas en tiempo y forma, velando por la transparencia del proceso para ofrecer la oportunidad de presentarse a todas las personas que puedan estar interesadas.

RESOLUCIÓN DE 17 DE JUNIO DE 2021, DE LA DIRECCIÓN GERENCIA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO "GREGORIO MARAÑÓN", POR LA QUE SE CONVOCA/N PARA SU COBERTURA, CINCO PUESTOS DE SUPERVISOR/A DE UNIDAD DE ENFERMERÍA POR EL SISTEMA DE LIBRE DESIGNACIÓN

La ley 55/2003, de 16 de diciembre (B.O.E. de 17 de diciembre), del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, en la disposición transitoria sexta, punto 1 c) establece que **"se mantendrá vigente, con rango reglamentario y sin carácter básico, y en tanto se proceda a su modificación en cada servicio de salud, el Real Decreto Ley 1/99, de 8 de enero, sobre selección de personal estatutario y provisión de plazas en las Instituciones Sanitarias de la Seguridad Social."**

El Real Decreto-Ley 1/1999, de 8 de enero, (B.O.E. de 9) sobre selección y provisión de plazas de personal estatutario de los Servicios de Salud establece en su artículo 23 que "Cuando los puestos de jefatura de unidad, tanto sanitaria como no sanitaria, lo tengan así establecido en las plantillas correspondientes, se proveerán por el sistema de libre designación".

El Plan de Ordenación de los Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud, en el apartado 6 sobre Provisión de puestos de Jefatura en Centros Hospitalarios, previene que "la implantación de estas reglas de provisión se irá realizando de forma progresiva en lo que se refiere a los puestos de Jefaturas que ocupa el personal sanitario no facultativo, esto es, Supervisores de Área y Unidad y Coordinadores de Calidad, entre otros. Asimismo, se impulsará la adecuación de este procedimiento en los supuestos de provisión de cualquier tipo de puestos de Jefatura del personal de gestión y servicios".

Existiendo puestos vacantes dotados presupuestariamente en este Centro de Gestión, y con el fin de atender a las necesidades organizativas y asistenciales, en virtud del o establecido en la ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud y en uno de las competencias que tiene delegadas en virtud de lo establecido en el apartado primero de la Resolución de 12 de junio de 2018 de la Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales del Servicio Madrileño de Salud, por la que se delegan competencias en materia de selección, contratación y cese de personal temporal estatutario o laboral (B.O.C.M. Núm. 145 de 19 de junio de 2018: corrección de errores B.O.C.M. de 9 de julio de 2018) esta Dirección Gerencia acuerda la convocatoria de tres puestos de **Supervisor/a de Unidad**, incluido en las plantillas orgánicas por el sistema de libre designación, con sujeción a las siguientes

BASES DE LA CONVOCATORIA

PRIMERA.- CONDICIONES GENERALES

1. Se convoca/n para su provisión por el sistema de libre designación, tres puestos de **Supervisor/a de Unidad de Enfermería**, figurando en el **Anexo I** el perfil profesional, titulación y baremo de

Figura 2.1. Ejemplo de convocatoria de supervisión. Fuente: página web del Codem. Disponible en: <https://www.codem.es/Adjuntos/CODEM/Documentos/Informaciones/Publico/6751f809-829b-49b0-8331-68ee98f4d0dd/58FE25DA-8BE5-440D-96B3-F456DADB5D79/b07cbfb8-b43f-4e21-82d4-cb94ab22c3ad/b07cbfb8-b43f-4e21-82d4-cb94ab22c3ad.pdf>

4.3. Desarrollo y evaluación de competencias

Las competencias son una combinación de conocimientos, habilidades y actitudes y cada uno de estos elementos se desarrolla a través de diferentes medios.

Determinar el nivel de un empleado en una determinada función depende de establecer criterios medibles y observables.

El modelo de gestión por competencias suele ser el marco de referencia que define cómo la organización gestiona a sus profesionales, que recoge la forma en que

la organización entiende, estructura, describe y gestiona sus competencias y que sistematiza todas las prácticas y actividades de gestión que utilizan las competencias. Estos modelos parten del concepto central de “competencia” y se estructuran en torno a tres pilares básicos: el diccionario de competencias, el inventario de perfiles y la guía de desarrollo (6).

Los conocimientos se desarrollan mediante el acceso a información y la adquisición de nuevos datos cuantitativos y cualitativos acerca de un aspecto de la realidad. Para iniciar el aprendizaje de una competencia se requiere, en general, comenzar con esta asimilación de aspectos teóricos sobre un tema determinado.

Las habilidades se aprenden mediante un proceso de entrenamiento que permite adquirir y consolidar nuevos hábitos y modos de actuar que resultan más efectivos. Las habilidades suponen una capacidad operativa que facilita la acción y, por tanto, los comportamientos asociados a las competencias.

Las actitudes se desarrollan mediante una formación y sensibilización orientadas a generar determinadas motivaciones o tendencias hacia una acción, así como una evaluación más amplia y rica de la realidad. Las actitudes están asociadas a una forma de percibir el entorno y a una inclinación hacia ciertas conductas, y, en este sentido, facilitan o dificultan que aparezcan los comportamientos asociados a las competencias (7).

Las competencias pueden clasificarse en (11):

- A) Competencias estratégicas: son aquellas competencias que derivan de la particular actividad profesional de la organización y se encuentran especialmente vinculadas a su misión y sus valores.
 - Orientación al paciente.
 - Orientación al cliente interno.
 - Ética profesional y ejemplaridad.
 - Innovación y mejora continua.
 - Orientación al conocimiento.
 - Facilitación del cambio.
- B) Competencias personales: son aquellas competencias que hacen referencia a los aspectos que deben ser propios de los profesionales que integran la organización, tanto en su dimensión individual, como en su interacción con otros.
 - Madurez y equilibrio emocional.
 - Iniciativa y profesionalidad.
 - Aprendizaje y desarrollo individual.
 - Comunicación.