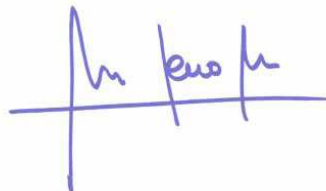


PROPUESTA DE MODELO DE
GESTIÓN DE LOS MANDOS
INTERMEDIOS DE
ENFERMERÍA EN EL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
DE PAMPLONA-TUDELA

TRABAJO FIN DE MÁSTER
GESTIÓN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA
UPNA 2017

AUTORA: SUSANA MARTÍNEZ AGORRETA
DIRECTORA: MERCEDES FERRO MONTIU

El presente trabajo fin de máster denominado “*Propuesta de modelo de gestión de los mandos intermedios de enfermera en el Hospital San Juan de Dios de Pamplona-Tudela*” ha sido supervisado y aprobado por la profesora tutora Mercedes Ferro Montiu, de la Universidad Pública de Navarra, para su presentación y defensa ante el tribunal que calificará los trabajos fin de Máster de Gestión de los Cuidados de Enfermería en el curso 2016/2017.



Fdo: Mercedes Ferro Montiu

Pamplona, 1 de Marzo de 2017
A/A de: Dña. Susana Martínez Agorreta

Atendiendo la solicitud recibida en la Dirección del Hospital San Juan de Dios el día 1 de marzo de 2017 para la realización del Trabajo Fin de Máster titulado "Propuesta de modelo de gestión de los mandos intermedios de enfermería en el Hospital San Juan de Dios de Pamplona-Tudela", se autoriza a llevar a cabo las tareas necesarias descritas en su petición para su correcto desarrollo.

Atentamente,



Fdo: **Dra. Patricia Segura**
Directora Gerente

Calidad Hospitalaria

Beloso Alto, 3 • 31006 Pamplona • Navarra
Tel. 948 29 03 10 • Fax 948 012 160
hsjdpamplona@ohsjd.es
www.hsjdpamplona.com

NIF. R-3100274-D



AGRADECIMIENTOS

*A mi familia: mi marido Jorge y mis hijas Uxue e Irati, por su apoyo incondicional y su paciencia, por contagiarme su energía y por saber esperar.
A mi madre, por estar siempre ahí.*

A Mercedes Ferro por la oportunidad de aprender de su experiencia y sabiduría y guiarme con entusiasmo en cada etapa de este proyecto.

A toda la Familia Hospitalaria del Hospital San Juan de Dios: Hermanos, Equipo Directivo, Responsables de Enfermería y profesionales que, con su compromiso y dedicación, hacen que día a día la vida de los enfermos sea mejor.

ÍNDICE

1.- RESUMEN.....	13
2.- INTRODUCCIÓN	17
2.1 Contexto social y sanitario	19
2.2 Modelos organizativos.....	20
2.3 Descentralización de la gestión	21
2.4 Gestión Clínica	24
2.5 Gestión Clínica en enfermería	25
3.- JUSTIFICACIÓN	29
3.1 Papel de las direcciones de enfermería.....	31
3.2 Los mandos intermedios de enfermería.....	33
3.3 Desarrollo de competencias de gestión	35
4.- OBJETIVOS	39
4.1 General.....	41
4.2 Específicos.....	41
5.- ANÁLISIS ESTRATÉGICO	43
5.1 La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios	45
5.2 Hospital San Juan de Dios de Pamplona-Tudela.....	47
5.3 Modelos organizativos de otros centro de la OHSJD.....	56
6.- MATRIZ DAFO.....	59
6.1 Análisis interno: debilidades y fortalezas.....	61
6.2 Análisis externo: amenazas y oportunidades.....	63
6.3 Análisis de precepción de los actuales mandos intermedios	65
7.- PROPUESTA DE MEJORA.....	71
7.1 Introducción.....	73
7.2 Propuesta de diseño organizativo	76
7.3 Definición del perfil competencial de los mandos intermedios	80
7.4 Propuesta de itinerario formativo	85
7.5 Plan de puesta en marcha.....	89
7.6 Presupuesto.....	90
7.7 Evaluación del modelo	90
8.- CONCLUSIONES	93
9.- BIBLIOGRAFÍA.....	97
10.- ANEXOS.....	103

1.- RESUMEN



1.- RESUMEN

Introducción: Las organizaciones sanitarias desarrollan su actividad en entornos cambiantes y exigentes lo cual demanda una alta capacidad de adaptación tanto de la propia organización como de los profesionales. El Hospital San Juan de Dios (HSJD) de Pamplona-Tudela ha acometido un proyecto de renovación de estructuras con la construcción de un nuevo edificio moderno y funcional. Esta renovación ha supuesto un cambio sustancial en la estructura física y organizativa del hospital lo cual ha incrementado la complejidad de la gestión a nivel de enfermería.

Objetivos: proponer un nuevo modelo organizativo y de gestión de los mandos intermedios de enfermería del HSJD que se adapte a la nueva realidad del hospital.

Metodología: se realizó una revisión bibliográfica sobre los modelos organizativos de enfermería y las principales competencias que deben tener los mandos intermedios para ejercer un liderazgo eficaz. Mediante la matriz DAFO se identificaron las fortalezas y oportunidades que se deberán promover para realizar la propuesta. También se recogió la opinión de las actuales supervisoras de enfermería en relación al ejercicio de sus funciones y las necesidades formativas que perciben.

Conclusiones: se ha diseñado una propuesta de mejora fundamentada en la Gestión Clínica de los cuidados y los modelos de gestión de recursos humanos basados en competencias. Tras identificar los objetivos estratégicos de la Dirección de Enfermería del HSJD se proponen las competencias que necesitarán los mandos intermedios para llevarlos a cabo con éxito. También se ha trazado un itinerario formativo que haga posible el desarrollo de estas competencias.

Palabras clave: modelo organizativo, Gestión Clínica, mandos intermedios de enfermería, competencias, liderazgo enfermero.

1.- ABSTRACT

Introduction: Health organizations develop their activity in changing and demanding environments, which require a high capability for adaptation either the own organization or their professionals. Hospital San Juan de Dios (HSJD) of Pamplona-Tudela has undertaken a project of renewal its structures with the construction of a new modern and functional building. This renewal has supposed a substantial change in the physical and organizational structure of the hospital, which has increased the complexity of nursing management.

Aim: to propose a new organizational and management model of intermediate charges of HSJD that fits better to the new reality of the hospital.

Methods: a research review was made about nursing organizational models and main competences that intermediate charges must comply to exercise an effective leadership. With DAFO matrix strengths and opportunities were identified for taking them into account to make a proposal. Current nursing supervisors' opinions also were collected related to the exercise of their functions and educational needings that they perceive.

Conclusions: an improvement proposal has been designed substantiated in the Clinical Management of care and the human resources management models based on competences. After identify the strategic aims of HSJD Nursing Chief, competences needed by intermediate charges were proposed to accomplish it with success. It has been also devised an educational itinerary that enables the developing of these competences.

Key words: organizational model, Clinical Management, nursing intermediate charges, competences, nursing leadership.

2.- INTRODUCCIÓN



2.- INTRODUCCIÓN

2.1 Contexto social y sanitario

En los últimos años estamos asistiendo a cambios sociales y culturales que afectan de manera directa a la salud de los ciudadanos. El progresivo envejecimiento de la población y el aumento de la esperanza de vida ha conducido a un incremento del número de patologías crónicas. Por otro lado, la innovación tecnológica en materia de salud y la investigación biomédica han supuesto grandes avances para la medicina contribuyendo también a este aumento de la supervivencia. Al mismo tiempo, los presupuestos asignados al área de salud se han visto reducidos con motivo de la crisis económica que ha atravesado España en los últimos años, lo cual ha tambaleado la sostenibilidad de nuestro Sistema Sanitario. (Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea [SNS-O], 2013; Zárate, 2004; Del Llano et al., 2011; Ruiz, 2004)

Es por ello que se ha puesto de manifiesto la necesidad de acometer una profunda reforma del sistema que garantice los pilares fundamentales que lo definen, como son la universalidad, equidad y gratuidad, de una manera sostenible y eficiente. (ANDE, s.f.; Brea, 2003; Zárate, 2004)

A pesar de los esfuerzos realizados por el Sistema Sanitario en los últimos años para adaptarse a los cambios epidemiológicos, asumiendo un mayor volumen de actividad, no se ha conseguido el efecto esperado ya que dichas reformas pasan por realizar profundas transformaciones a través de la búsqueda de nuevas fórmulas de gestión. Tanto el modelo de atención como las estructuras sanitarias están orientados a la asistencia de patología aguda, cada vez más especializado y fragmentado, lo cual está generando un elevado coste sin dar respuesta a las necesidades reales de la población, tal como demuestra la evolución demográfica. (SNS-O, 2013; Pérez 2002)

Por otro lado, los sistemas sanitarios presentan estructuras organizativas complejas con características propias que dificultan la transformación o adaptación a los cambios antes mencionados. (Aparicio, 2002)

En los últimos años todos los sistemas sanitarios están incorporando innovaciones tanto en el modelo organizativo como de gestión, en los modelos de atención y en el uso adecuado de los recursos, con el objetivo de aumentar la productividad y eficiencia que garantice su sostenibilidad. Dicha transformación ha de llevarse a cabo con la participación activa de los profesionales y de los propios pacientes de manera que no se pierda de vista uno de los objetivos principales de los sistemas sanitarios como es el de asegurar la máxima calidad y seguridad en la atención. (Brea et al., 2003; Santiñá, 2013)

2.2 Modelos organizativos

En el ámbito empresarial el modelo organizativo define la empresa a través de su marco de trabajo. Incluye los puestos y funciones, la coordinación de las actividades, los canales de comunicación interna y de toma de decisiones, el estilo de dirección, el modelo de gestión de recursos humanos, etc. El modelo organizativo condiciona los procesos y por tanto la calidad del servicio que se presta. (Orden Hospitalaria San Juan de Dios [OHSJD], 2016)

La estructura organizativa influye en la distribución interna de la responsabilidad de los profesionales. Tal como cita Aparicio (2002), “al establecer una estructura organizativa se están condicionando aspectos como el control de los recursos, la asignación de roles, las relaciones entre el personal o el sistema de comunicación. Por tanto, la estructura organizativa ha de ser aquella que mejor contribuya a conseguir los objetivos de la organización dependiendo de criterios de eficiencia y eficacia”. (p. 43)

Existen una serie de variables que van a influir en el diseño organizativo, las cuales Mitzberg denominaba “variables de diseño” y que se pueden agrupar como: (Aparicio, 2002, pp. 45-46)

- 1.- Variables externas: el entorno sanitario, social, económico, cultural, legislativo, etc.
- 2.- Variables internas: la estrategia empresarial, los valores, el personal, la tecnología, tipo de actividad, tamaño, etc.

3.- Además, se pueden identificar algunos elementos que impactarán en el diseño: división del trabajo, información sobre los recursos, distribución de responsabilidad, relaciones profesionales y comunicación, proceso de toma de decisiones, etc.

Así pues, el tipo de estructura organizativa que adopte una empresa ha de considerarse como una herramienta que va a influir y modificar aspectos como la eficiencia, la comunicación interna, el comportamientos de sus miembros e incluso el éxito empresarial.

Se puede concluir que las organizaciones sanitarias son empresas de servicios cuya estructura está configurada por áreas o divisiones que se coordinan entre sí para alcanzar los objetivos propuestos: proporcionar una atención sanitaria de calidad con la máxima eficiencia posible. (Del Llano et al., 2011). Habitualmente, los organigramas de los hospitales y de los diferentes servicios de salud se han constituido según un modelo jerárquico vertical donde la toma de decisiones está centralizada en los gestores y el margen de participación de los profesionales es muy reducido. (Santiñá, 2013; Ruiz, 2004)

Como ya hemos comentado, la transformación de los sistemas sanitarios pasa por la implicación de los profesionales por lo que deberemos orientar la organización hacia modelos matriciales más horizontales y descentralizados desde los cuales los profesionales puedan aplicar sus conocimientos científicos a la toma de decisiones que afecte a los procesos asistenciales. (OHSJD, 2016; Del Llano et al., 2001)

2.3 Descentralización de la gestión

Tal como describe Ruiz (2004) “las organizaciones sanitarias tienden hacia modelos organizativos descentralizados, focalizados en la calidad de atención al paciente, alineados con los objetivos estratégicos y los valores de la institución y con sistemas de evaluación y control muy desarrollados” (p. 48).

Desde la década de los 90 se viene regulando la incorporación de nuevas formas de gestión sanitaria tal como se establece en la Ley 15/1997, de 25 de abril, sobre habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, la cual dice en su preámbulo: “la presente Ley se enmarca dentro del necesario proceso de

flexibilización, descentralización y autonomía de la gestión sanitaria”. (Ruiz, 2004; Aparicio, 2002)

Este cambio en el modelo de gestión será necesario si queremos alcanzar la excelencia en la atención teniendo en cuenta criterios de eficacia y eficiencia. (Confederación Estatal de Sindicatos Médicos [CESM], 2014; Pérez, 2002). Se han de procurar organizaciones más flexibles que se orienten hacia una mayor productividad mediante la optimización de los costes y fomentando el compromiso y responsabilidad de los profesionales. (ANDE, 2000; Moreu, 2015). En este sentido, se ha de trabajar también en la coordinación de los procesos asistenciales y la continuidad de la atención, pasando de la gestión centrada en el episodio a la gestión por procesos. (Ruiz, 2004)

La Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE) (2000), destaca que “en el concepto de descentralización subyacen cuatro premisas: autonomía, autoridad, responsabilidad y evaluación”, recalando que los centros de decisión se han de acercar a los lugares donde se realiza la acción. (p. 7).

Por tanto, se puede concluir que estas reformas tienen un objetivo común: romper las estructuras jerárquicas rígidas y la burocracia en la toma de decisiones, que crea desmotivación e impide la innovación, e intentar crear estructuras más flexibles que se adapten a los cambios de la sociedad.

La gestión descentralizada promueve y pone el énfasis en la autonomía de actuación a nivel profesional teniendo en cuenta que, tanto en el ámbito clínico como en el de gestión, las decisiones las toman las personas técnicamente competentes y más cercanas a la acción ya que son las que disponen de la mayor parte de la información. (OHSJD, 2016; Moreu, 2015). Será necesario, por tanto, implantar nuevos sistemas de control de gestión para la evaluación de los resultados. (Pérez, 2002)

Las principales características de los modelos de gestión descentralizada son, según Aparicio (2002):

- “Ubicar el poder de decisión en los profesionales que mayor conocimiento poseen para tomar la decisión.

- Los servicios asistenciales se tendrán en cuenta como unidades estratégicas de negocio que responderán de sus resultados de manera solidaria con todo el hospital.
- Aplanar la línea jerárquica del hospital y cada uno de los centros que lo componen.
- Incorporar el departamento de RRHH como facilitadores de la gestión del cambio.
- El grado óptimo de descentralización dependerá del tipo de hospital, filosofía del centro, dimensión, tecnología y experiencia en el control de gestión.
- Cambios en el papel de los profesionales clínicos: aumento de la responsabilidad para la toma de decisiones de los jefes de servicio.
- Adecuación del sistema de control de gestión.” (p.p. 180-181)

Con el objetivo de alcanzar la máxima eficiencia, se han de implantar unidades funcionales autónomas, con menos jerarquía y más poder de decisión, enlazadas con el vértice de la estructura mediante coordinaciones ejercidas por líderes o responsables que se comprometan con la gestión del centro. (Bernardes, 2011).

El grado de descentralización de las organizaciones es variable según el tipo de organización y la madurez de la misma pudiendo variar tanto en el número de niveles jerárquicos creados en el nivel más operativo como en el volumen de decisiones delegadas. (Aparicio, 2002)

Existen diferentes formas de llevar a la práctica la descentralización de la gestión: (Delgado, 2015; Aparicio, 2002)

- Estructuras de responsabilidad limitada.
- Institutos, unidades o grupos funcionales homogéneos.
- Unidades de gestión clínica.
- Pequeñas empresas o consorcios.
- Fundaciones públicas.
- Gobierno Clínico

En este trabajo se va a profundizar en el ámbito de la creación de unidades de gestión clínica como modelo en el cual se basará la propuesta de mejora.

2.4 Gestión Clínica

En España, el término Gestión Clínica surge tras las reformas sanitarias emprendidas en los años noventa dentro del debate sobre la autonomía de los centros sanitarios, la introducción de nuevos modelos de gestión y la participación de los profesionales clínicos en la gestión de las organizaciones. (Delgado, 2015; Ruiz, 2004; Aparicio, 2002). Hasta esas fechas, el modelo de organización de los hospitales se había mantenido como un modelo jerárquico, centralizado y ordenado por especialidades clínicas, con un grado importante de autonomía de los jefes de servicio y muy poco flexible. (Santiñá, 2013). Hacia los años noventa la participación de los profesionales clínicos en la gestión de las organizaciones comienza a ser relevante en política sanitaria. (Ruiz, 2004) Es así como aparece la Gestión Clínica como una forma de dotar a los profesionales de mayor autonomía y proporcionarles participación en la gestión incorporando valores como el desarrollo de la calidad asistencial y la potenciación de buenas prácticas. (Delgado, 2015; Aparicio, 2002). Sin embargo, la necesidad más inminente pasa por comprometer a los profesionales en la eficiencia de los recursos potenciando el ahorro y el control del gasto. (Ruiz, 2004). Este modelo, involucra activamente a los profesionales adoptando un lenguaje clínico y se ha centrado en el proceso asistencial como razón de ser de la organización. (ANDE, 2000; Ortún, 2003).

Existen numerosas definiciones que hacen referencia al término Gestión Clínica. Pérez (2002) la define como “el uso de los recursos intelectuales, humanos, tecnológicos y organizativos para el mejor cuidado de los enfermos y están en relación con el conocimiento clínico, la mejora de los procesos asistenciales y la organización de las unidades clínicas.” (p. 307). Del Llano et al. (2002) mencionan la Gestión Clínica “como la estrategia de mejora que permite sistematizar y ordenar los procesos de atención sanitaria de forma adecuada y eficiente, sustentados en la mejor evidencia científica del momento y con la participación de los profesionales en la gestión para la toma de decisiones entorno al paciente”. (p. 15). Sintetizando el concepto de Gestión Clínica podría decirse que la persona que realiza la acción es la que toma las decisiones respecto a la idoneidad de la misma, forma de llevarla a cabo y recursos que utiliza. De manera inconsciente, los profesionales sanitarios toman decisiones diariamente que afectan tanto a la calidad de los servicios que prestan como a su coste, impactando por tanto en la

efectividad y eficiencia del servicio. (Delgado, 2015). Es por ello, que con este modelo se busca la implicación y responsabilidad de los profesionales sanitarios en el impacto de las decisiones que toman. (ANDE, 2000)

Por tanto, se puede concluir que el objetivo de la Gestión Clínica será que los profesionales tengan capacidad para organizarse y diseñar estrategias para la mejora de los resultados de atención a los pacientes.

Pérez (2002) delimita 3 niveles de Gestión Clínica:

1. “Gestión de la asistencia sanitaria individual: se refiere a la elección de un determinado tratamiento médico o quirúrgico por parte del profesional médico de referencia, teniendo en cuenta la evidencia científica, guías de práctica clínica, protocolos, etc. Tiene como base la eficacia de la decisión tomada.
2. Gestión de los procesos asistenciales: tiene que ver con la efectividad clínica de los procesos y recursos empleados. El análisis continuado de los procesos asistenciales y administrativos denominado reingeniería es una herramienta esencial.
3. Gestión de la unidad: está vinculado a la eficiencia, organización del servicio, número de profesionales, motivación, capacitación profesional así como la gestión de los recursos asignados. Las decisiones que toman los profesionales tienen reflejo en los costes asistenciales de la unidad.” (p. 307)

La mayor parte de las Comunidades Autónomas (CCAA) han desarrollado modelos de Gestión Clínica en sus sistemas sanitarios adaptando las características de este modelo a las necesidades de cada uno de los sistemas de salud. Cabe señalar experiencias como la del Hospital Clínico de Barcelona o la del Servicio Andaluz de Salud con más de 15 años de trayectoria. (Delgado, 2015).

2.5 Gestión Clínica en enfermería

Tal como hemos visto, la implicación de los profesionales es fundamental en los nuevos modelos de gestión para poder avanzar en la calidad de los servicios prestados y la contención del gasto sanitario. El colectivo de enfermería no es ajeno a estas cuestiones y se enfrenta a la oportunidad de alcanzar un modelo de organización de cuidados que dé

respuesta a las necesidades de los ciudadanos con la máxima calidad posible, al tiempo que avanza en el desarrollo y motivación de los profesionales.

Para dar respuesta a estas necesidades la oferta de cuidados ha de estar guiada por un modelo centrado en el paciente y con una visión integral, que ponga el foco en las personas, y que se lleve a cabo desde la máxima colaboración con todos los profesionales. (OHSJD, 20016)

Tal como reseña ANDE (2000), “el modelo de Gestión Clínica aplicado a los servicios de enfermería supone integrar la mejor práctica clínica con el mejor uso de los recursos y por tanto supone:

- Garantizar que los cuidados y técnicas que se aplican en enfermería estén sustentados en la investigación y evidencia científica.
- Conseguir el máximo beneficio para los pacientes en todos los procedimientos y cuidados prestados.
- Asegurar la eficiencia a través de la excelencia de los cuidados y con el menor número de recursos.” (p. 6).

La implantación de la Gestión Clínica de los cuidados ha de ir acompañada de cambios en la estructura organizativa de las direcciones de enfermería de manera que se permita una mayor autonomía a los profesionales, mayor participación en la toma de decisiones y una mejora del conocimiento científico aplicado a los cuidados. (ANDE, 2000; OHSJD, 2016). Además, implicará un grado de madurez suficiente de la organización en cuanto a la participación e implicación de los profesionales de enfermería y el compromiso con la gestión responsable de los líderes de las unidades asistenciales. (Santiñá, 2013)

Estas estructuras pueden organizarse en base a centros de responsabilidad, como las unidades clínicas, o a agrupaciones de pacientes por tipología de cuidados. Sus principales características son: (ANDE, 2000)

- Autonomía y capacidad de autoorganización.
- Existencia de un líder o coordinador con capacidad de decisión.
- Responsabilidad compartida entre sus miembros.
- Equipo humano, recursos materiales y presupuesto asignados.

- Definición de la cartera de servicios, normas de funcionamiento y protocolos.
- Sistema de evaluación y control.

El control de la gestión se llevará a cabo mediante acuerdos o contratos de gestión entre la dirección de enfermería y el responsable o coordinador de la unidad clínica, mediante el cual se establecerán los objetivos, estándares de calidad e indicadores de evaluación. Para ello, será necesario contar con un sistema de información que permita recoger datos clínicos para poder evaluarlos posteriormente. (Brea et al., 2003)

También va a ser imprescindible la modificación de los roles del directivo y supervisores de las unidades, los cuales van a actuar más como coordinadores o facilitadores que desde una función jerárquica. (OHSJD, 2016). El liderazgo ejercido por los gestores y responsables de estas unidades deberá facilitar la coordinación con los miembros del equipo transmitiendo confianza y facilitando los cambios necesarios a través de un “compromiso inspirador” (Germain et al., 2010)

3.- JUSTIFICACIÓN



3.- JUSTIFICACIÓN

Las organizaciones sanitarias están viviendo una reorientación del modelo asistencial para afrontar nuevos retos y oportunidades. En este momento se requieren profesionales sanitarios que asuman el rol gestor con la máxima responsabilidad y desarrollen la función directiva con un nuevo estilo de liderazgo. (Brea et al., 2003; ANDE, 2000; Zárate, 2003)

Sabemos que la función de los gestores es la de planificar, organizar, dirigir y evaluar los recursos financieros, humanos y materiales con el objetivo de responder a los fines de la institución. Pero además, precisa de un profundo conocimiento de las necesidades de las personas atendidas para asegurar servicios de salud centrados en la persona, humanizados y de calidad. Para poder llevar a cabo este compromiso responsable se requerirán nuevos diseños organizativos que favorezcan la coordinación y el trabajo colaborativo de todos los profesionales implicados en la atención integral a los pacientes y aseguren un sistema de calidad sin riesgos y eficiente en la gestión de los recursos. (OHSJD, 2016)

El HSJD de Pamplona se encuentra actualmente en una etapa de transformación, tras una gran reforma estructural que ha hecho posible una mayor adaptación a la demanda asistencial actual y la consolidación como centro complementario al SNS-O. Afrontar este reto va a requerir de profesionales motivados que lideren el cambio y sean capaces de acompañar a la plantilla asistencial, proporcionando confianza, espacios de participación y reconocimiento profesional, en la prestación de una atención de calidad.

Es por ello que la estructura de la Dirección de Enfermería del HSJD ha de adecuarse a esta nueva situación mediante la implantación de un modelo de gestión que oriente a los mandos intermedios al alcance de los objetivos tanto operativos como estratégicos, desde la definición de un nuevo marco organizativo y competencial para las enfermeras gestoras.

3.1 Papel de las direcciones de enfermería

Tal como se recoge en la Ley 44/2003 de Ordenación de Profesiones Sanitarias corresponde a las direcciones de enfermería “la dirección, evaluación, prestación de cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la

salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades, quedando como competencia específica la dirección del proceso de cuidados”

Para alcanzar este objetivo las direcciones de enfermería se enfrentan al reto de ajustarse a presupuestos limitados, así como rediseñar la organización para orientarla hacia una mejora de la calidad asistencial para lo cual deberán contar con una visión más empresarial y profesional. (Brea et al., 2003; Bernardes, 2011). Este reto pasa por diseñar estrategias que permitan a los profesionales de enfermería tomar decisiones en equipos multidisciplinares, con apoyo de guías de práctica clínica y la mejor evidencia científica. (OHSJD, 2016).

En estructuras descentralizadas el rol de las direcciones de enfermería se orienta a disminuir los niveles jerárquicos y de responsabilidad de la organización, para facilitar que la toma de decisiones se realice por los profesionales que más conocimientos tengan y que más cerca estén de la acción. Los directivos de enfermería se convierten en facilitadores que apoyan la gestión clínica con los recursos, información y formación necesarios. (ANDE, 2000)

Las responsabilidades de la Dirección de Enfermería son: (OHSJD, 2016)

- Dirigir, coordinar y evaluar el funcionamiento de las unidades de cuidados para asegurar la continua y oportuna disponibilidad de estos servicios para los pacientes que concuerden con los principios, valores, modelo y método adoptados.
- Promover y evaluar la calidad de los cuidados, la docencia y la investigación para garantizar que los estándares de la práctica estén en consonancia con los avances en la investigación y que los profesionales realicen los procesos de acuerdo a esos estándares. (ANDE, 2004)
- Compartir con el resto del equipo directivo la responsabilidad de las decisiones que se tomen con el fin de alcanzar los logros del hospital.
- Participar activamente en el comité de dirección en el diseño, planificación, promoción y dirección de las actividades de mejora.
- Compartir la gestión de la parte del presupuesto destinada a los cuidados.

- Favorecer el desarrollo de interacciones óptimas entre unidades que repercutan en la calidad total de la asistencia.
- Prestar confianza, colaboración, ayuda y apoyo al nivel operativo de la organización.
- Favorecer el desarrollo del liderazgo de los colaboradores.

3.2 Los mandos intermedios de enfermería

El supervisor o mando intermedio de enfermería es un puesto clave dentro del organigrama de un hospital y en particular, de la división de enfermería. Ejerce de enlace entre la dirección y los profesionales y su misión consiste en alcanzar los objetivos y resultados propuestos para su área de responsabilidad, promover actuaciones para el desarrollo de los profesionales y generar la motivación y actitud necesarias para una mayor eficiencia en el desempeño del puesto de trabajo. (Blanco, 2008)

Un mando intermedio ha de cumplir una serie de funciones dentro de las unidades de cuidados como son, según cita García (2015) “ejercer un liderazgo activo, organizar la actividad enfermera, dirigir a los profesionales de su equipo, mantener la comunicación entre dirección y profesionales, realizar una gestión eficiente del presupuesto y recursos materiales, teniendo en cuenta el mantenimiento y conservación de las estructuras, garantizar la transmisión de información entre niveles, impulsar la formación continuada, identificar necesidades, demandas y expectativas de los pacientes, e innovar e informar sobre las directrices a seguir”. Recuperado de ([http://: portalesmédicos.com](http://portalesmédicos.com)) en marzo 2017.

El rol tradicional de la supervisora de enfermería como gestora de recursos está evolucionando de manera que se acerque más a la gestión de los cuidados, convirtiéndose en coordinadora de equipos de trabajo cuyos profesionales tienen como objetivo proporcionar cuidados de calidad basados en la evidencia científica al paciente y su familia. (Prieto et al, 2005)

La seguridad del paciente y la Práctica Basada en la Evidencia (PBE) son dos temas relevantes en la calidad de los cuidados. Las gestoras de enfermería tienen un rol importante en las organizaciones siendo responsables de la calidad de los cuidados que

prestan los profesionales por lo que deberán conocer los programas que la gestionan. (Sunol et al., 2015). Además, son responsables también de generar entornos laborales de calidad que promuevan la participación de los profesionales, por lo que han de ejercer su rol con un alto grado de compromiso. Así pues, se debe garantizar que estas enfermeras alcancen las competencias de PBE así como el análisis de los resultados de los cuidados de manera que sean verdaderas facilitadoras del desarrollo enfermero y la mejora de la calidad. (Gunningberg et al, 2010).

Por tanto, los mandos intermedios de enfermería han de ser capaces de transmitir los valores del hospital y hacerlos compatibles con el desarrollo personal de los profesionales, para lo cual deberán de ejercer un liderazgo de influencia y de autoridad clínica en el personal de la unidad. Además, han de prepararse para trabajar en condiciones de autonomía, asumiendo que la relación con los profesionales ha de basarse en la cooperación más que en la jerarquía.

Se pueden resumir las responsabilidades de los mandos intermedios: (OHSJD, 2016)

- Velar por la coordinación del proceso asistencial.
- Planificar los cuidados de acuerdo con los principios, valores y modelo adoptado.
- Gestionar los recursos humanos y materiales de la unidad con el fin de garantizar la utilización óptima de las competencias y de los recursos.
- Organizar y coordinar la distribución del trabajo para la resolución efectiva de los problemas de salud de los pacientes.
- Procurar que la atención que el paciente precise se realice lo antes posible velando además que se dé en condiciones óptimas de resolución, accesibilidad, confort, amabilidad y seguridad.
- Evaluar la competencia del equipo en función de los estándares y criterios establecidos, tanto en los aspectos clínicos como de utilización de recursos.
- Evaluar la calidad de cada uno de los procesos que se establezcan en la unidad.
- Desarrollar mecanismos que favorezcan valores y comportamientos éticos comunes.
- Coordinar la formación, el perfeccionamiento y la orientación de los profesionales de su unidad.

- Favorecer la búsqueda, valoración y utilización del conocimiento y promover y dirigir proyectos de mejora.
- Participar en el desarrollo y vigilancia medioambiental en el lugar de trabajo.
- Impulsar la utilización de sistemas de registros y gestión de la información y asegurar que estos guarden la confidencialidad de los datos de las personas.

Para llevar a cabo todas estas tareas y funciones estos profesionales sanitarios han de ejercer un liderazgo eficaz mediante la aplicación de las competencias gestoras, habilidades y actitudes para las cuales deben estar debidamente preparados.

3.3 Desarrollo de competencias de gestión

Son numerosas las definiciones que hacen referencia al término competencia en la bibliografía actual. Según Spencer y Spencer (1993) las competencias son “características subyacentes de las personas que indican formas de comportarse o de pensar, generalizables de una situación a otra y que se mantienen durante un tiempo razonablemente largo”. (Larumbe, 2014); (Sanz et al., 2015)

Richard Boyatzis, se refiere a este concepto como “la capacidad o característica personal estable y relacionada causalmente con un desempeño bueno o excelente en un trabajo y organización dados”. (Sanz et al, 2015; Junta de Andalucía: Consejería de Salud, 2006)

La Ley de Cohesión y Calidad del SNS en su artículo 42 define competencia como “la aptitud del profesional sanitario para integrar los conocimientos, habilidades y actitudes asociados a las buenas prácticas de su profesión para resolver las situaciones que se le plantean”

Se puede concluir que el término competencia hace referencia a las características tanto técnicas como personales que un profesional debe poseer para alcanzar un excelente desempeño en su puesto de trabajo.

Por tanto, la identificación de estas características va a constituir una herramienta fundamental para la configuración de los perfiles profesionales, lo cual ayudará posteriormente en la selección de los profesionales más adecuados, planificación de la formación y evaluación de su desempeño. Esto es precisamente lo que busca el modelo

de gestión por competencias, la medición de los comportamientos, actitudes, aptitudes y conocimientos de los profesionales con el objetivo de poder evaluarlos y, por tanto, mejorarlos. Para ello, se han de tener en cuenta el contexto organizativo así como la misión, visión y valores de la institución en la que se trabaja. (Junta de Andalucía: Consejería de Salud, 2006; Baquero et al., 2009)

Así pues, las competencias constituyen comportamientos observables que incluyen 5 componentes fundamentales: (ANDE, 2004; Junta de Andalucía: Consejería de Salud, 2006; Sanz et al., 2015)

- Saber: conocimientos
- Saber hacer: habilidades y destrezas
- Saber estar: actitudes e intereses
- Querer hacer: motivaciones
- Poder y hacer: métodos y recursos

Existen diversas clasificaciones de las competencias que van a servir de guía en la identificación de las mismas y que, posteriormente, ayudarán en la elaboración de los mapas de competencias de los diferentes perfiles profesionales: (Larumbe, 2014);

- a. Competencias técnicas: (conocimientos y habilidades) Se refieren a los conocimientos específicos que se requieren para desempeñar un determinado puesto de trabajo.
- b. Competencias genéricas: (actitud) Son el conjunto de comportamientos, características personales o patrones de conducta, medibles y observables, necesarios para desarrollar las actividades de un determinado puesto.

Es importante destacar que las competencias técnicas se pueden aprender, las habilidades entrenar y las actitudes fomentar, ya que esta perspectiva servirá de ayuda en el diseño de planes de formación que permitan a los profesionales alcanzar el nivel competencial exigible para el puesto.

Este modelo de gestión de recursos humanos promueve el liderazgo transformacional mediante la influencia de los líderes en la cultura de la organización, los valores y las

actitudes de los profesionales, consiguiendo generar un mejor entorno de trabajo y por tanto, una mayor satisfacción de los profesionales. (Baquero et al., 2009; OHSJD, 2016).

Es por ello, que los mandos intermedios de enfermería han de poseer una serie de conocimientos, habilidades y actitudes orientados al desarrollo de un liderazgo eficaz de los equipos de enfermería, tales como habilidades de comunicación, trabajo en equipo, resolución de conflictos y visión estratégica de la organización, entre otras. (García, 2015; Jiménez et al., 2013). Definir el mapa de competencias de los supervisores o mandos intermedios de enfermería va a proporcionar a la Dirección de Enfermería una herramienta fundamental para describir el puesto de trabajo, identificar las funciones relacionadas con la gestión, seleccionar a personal capacitado para el puesto, evaluar el desempeño y planificar la formación específica. (Baquero, 2009)

Finalmente, la integración de profesionales cualificados para la gestión de enfermería dentro de un modelo organizativo acorde con la misión, visión y valores de la institución, va a contribuir al alcance de dos de los principales objetivos que forman parte de la misión de la Dirección de Enfermería: la búsqueda de la excelencia de los cuidados y el desarrollo y satisfacción profesional. Desde esta afirmación, se planteará la propuesta de mejora desarrollada en este trabajo sobre el actual modelo de gestión de los mandos intermedios de enfermería en el Hospital San Juan de Dios de Pamplona- Tudela.

4.- OBJETIVOS



4.- OBJETIVOS

4.1 General

Diseñar un modelo organizativo y de gestión de los mandos intermedios de enfermería en el HSJD Pamplona-Tudela que permita dar respuesta a los retos presentes y futuros del hospital, en línea con el modelo de atención integral centrado en la persona y respetando los valores fundamentales de nuestra Institución.

4.2 Específicos

4.2.1 Definir el modelo organizativo y organigrama de la Dirección de Enfermería así como la integración de esta estructura en la organización general del Hospital.

4.2.2 Describir las competencias básicas de los mandos intermedios de enfermería.

4.2.3 Desarrollar un itinerario formativo para los mandos intermedios que facilite la adquisición de las habilidades y conocimientos necesarios para alcanzar dichas competencias.

4.2.4 Garantizar la concordancia de este nuevo modelo con el modelo de atención y los valores de la Institución.

5.- ANÁLISIS ESTRATÉGICO



5.- ANÁLISIS ESTRATÉGICO

Para la realización del análisis estratégico, en primer lugar, será necesario explicar el **contexto** en el cual se ha enmarcado este trabajo de manera que se pueda entender con mayor profundidad la propuesta de mejora que se desarrollará más adelante. Toda la información referente a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios (OHSJD) ha sido obtenida de fuentes institucionales como la “Carta de Identidad” y los “Estatutos generales”, documentos que sustentan tanto las normas como la filosofía de trabajo para llevar adelante la misión de la Institución.

5.1 La Orden Hospitalaria de San Juan de Dios

La OHSJD es una institución católica cuyo origen se remonta al siglo XVI y está considerada como una de las mayores organizaciones internacionales de cooperación sin ánimo de lucro.

Desde sus inicios, los Hermanos de San Juan de Dios desarrollan y transmiten un proyecto de asistencia que ha variado mucho en sus formas y expresiones pero que mantiene como eje central la acogida y atención a personas enfermas y necesitadas en todo el mundo. Esta predilección por las personas más vulnerables, sea a causa de su enfermedad o por su limitación de recursos, les lleva a la puesta en marcha y desarrollo de programas internacionales de acción social y de salud.

Se entiende la cooperación como algo que aglutina a todos, cada uno desde su compromiso: profesionales, hermanos, voluntarios y donantes hacen posible que se puedan llevar a cabo múltiples programas de acción en los ámbitos más desfavorecidos y mantener proyectos asistenciales en los países más empobrecidos de los cinco continentes.

El valor central de la OHSJD es la HOSPITALIDAD. Es desde la opción por este valor y su desarrollo desde donde se quiere contribuir al desarrollo y bienestar de la sociedad.

Las acciones que guían y motivan el desarrollo de la OHSJD son:

- Permanencia histórica basada en la respuesta a las necesidades de la persona bajo el concepto de Hospitalidad y humanización de la asistencia.
- Institución con identidad cristiana que promueve y practica el respeto y diálogo con otras posturas y creencias a partir de su propia identidad.
- Apuesta por la convivencia multicultural e interreligiosa, poniendo especial cuidado en la acogida del fenómeno migratorio.
- Acogida y centralidad desde una visión antropológica que valora y defiende la dignidad de toda persona, sus derechos y deberes, y favorece todas sus potencialidades.
- Universalidad traducida en la acción prioritaria a los grupos y países más desfavorecidos, evitando cualquier sesgo de tipo ideológico, religioso o cultural.
- Vivencia de la Orden no como mera suma de personas, sino como patrón cultural que enriquece y transmite a lo largo de la historia desde sensibilidades, experiencias y reflexiones compartidas. El sentido de pertenencia y la implicación aportan valor añadido al trabajo individual.
- La eficiencia asistencial y del ámbito social requiere un trabajo constante para ofrecer una estructura laboral y de responsabilidades transparente, honrada y seria.
- Todos los medios, humanos y materiales, están destinados a la misión de servicio y por tanto a la atención de quienes lo precisan.
- Fidelidad a los fines originarios desde la modernización y actualización constante desde la formación, la investigación y la adaptación de estructuras.
- Voluntad de ofrecer un proyecto creativo que integra y aúna personas y sensibilidades desde una visión global, amplia y abierta.
- Se aceptan los límites de la ciencia evitando formas de encarnizamiento terapéutico u otras que pongan en entredicho la dignidad de la persona. En este sentido se ha puesto gran interés en impulsar y promocionar unidades de cuidados paliativos desde una filosofía de acompañamiento, eliminación del dolor y oferta de humanización en la última etapa de la vida.

5.2 Hospital San Juan de Dios de Pamplona-Tudela

El Hospital San Juan de Dios de Pamplona y Tudela (HSJD) es un centro sanitario privado sin ánimo de lucro, con vocación de servicio público, de confesión católica e integrado en la Red Sanitaria de Navarra.

Inaugurado en 1943 como clínica abierta de cirugía y tocoginecología ha ido evolucionando a lo largo de los años al mismo tiempo que las necesidades de la Sanidad Pública de Navarra. En 1969 se concierta con el entonces Instituto Nacional de Previsión la asistencia hospitalaria pública de pacientes de medicina interna y cirugía y en 1978 se firma un convenio con INSALUD para la asistencia de los beneficiarios de la Seguridad Social.

Será en 1990 cuando el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (SNS-O) integre el Hospital en la Red Pública Asistencial de Navarra como centro privado de utilización pública sin ánimo de lucro, a través de un convenio que se ha ido renovando periódicamente hasta la actualidad.

5.2.1 Misión, visión y valores

En palabras de la Directora Gerente del HSJD de Pamplona-Tudela, Dra. Patricia Segura, la misión es la de proporcionar atención integral al paciente y familia de manera que se pueda garantizar la máxima calidad hospitalaria en todos los procesos de enfermedad, bien sea por un problema quirúrgico, una enfermedad crónica o un proceso de cuidados con los tratamientos más adecuados en cada una de las fases y con un trato personalizado para él y quienes le acompañan.

Se busca la excelencia en la atención sanitaria con el objetivo de la mejora constante de la calidad y la seguridad clínica. Para mantener un servicio y atención de calidad adaptado a los nuevos tiempos.

Todo ello con el espíritu del fundador San Juan de Dios y la filosofía y valores de la Orden: Hospitalidad entendida desde la Responsabilidad, Calidad, Respeto y Espiritualidad.

HOSPITALIDAD se considera el valor supremo que incluye los otros cuatro valores guía que le siguen. La HOSPITALIDAD es el valor por excelencia y se expresa a través de:

- CALIDAD que es la base esencial de nuestro servicio y de nuestra gestión.
- RESPETO por todas las personas que acuden a nuestros servicios y nuestros centros.
- RESPONSABILIDAD que representa un criterio fundamental para nuestro servicio y nuestra gestión.
- ESPIRITUALIDAD para guiar a cada persona de hoy en su búsqueda de significado, de religión y de lo trascendental.

5.2.2 Cartera de servicios

A día de hoy, el HSJD de Pamplona es complementario al SNS-O en las siguientes especialidades:

- Medicina interna y geriatría en periodo de convalecencia
- Cuidados paliativos oncológicos y no oncológicos tanto en régimen de hospitalización como en domicilio
- Daño cerebral irreversible
- Cirugía mayor ambulatoria y cirugía menor
- Rehabilitación ambulatoria y de paciente hospitalizado

Para dar este servicio cuenta con una modernas y renovadas instalaciones inauguradas en abril de 2016, proyecto que tiene como fin mantener el servicio y calidad asistencial adaptándose a los requerimientos de la sociedad actual. Dicha renovación de estructuras ha consistido en la construcción de un nuevo edificio y la renovación del antiguo, diseñado por el arquitecto Víctor Eusa y protegido desde el punto de vista arquitectónico por la Institución Príncipe de Viana de Navarra.

Gracias al proyecto el HSJD ha triplicado su tamaño pasando de 10.902 m² a 31.400 m². Una gran ampliación que ha facilitado la asistencia integral al paciente

cumpliendo con la legislación sanitaria vigente y que ha abierto la puerta a la implantación de nuevos proyectos.

Entre las principales novedades que incorporan las nuevas instalaciones están:

- La creación de una Unidad de Rehabilitación Ambulatoria de 300 m²
- Unidad de Rehabilitación de Paciente Ingresado de 600 m²
- Un nuevo Bloque Quirúrgico con 8 quirófanos: 5 de Cirugía Mayor Ambulatoria y 3 de Cirugía Menor
- Se pasa de 67 a 120 habitaciones completamente equipadas, la mayor parte de uso individual
- Creación de un nuevo Servicio de Radiología
- Nuevo Laboratorio
- Nuevas Consultas Externas
- Nueva Farmacia

Además de los servicios asistenciales el hospital cuenta también con parking subterráneo para 167 plazas, una cafetería amplia y luminosa y la implantación de sistemas de ahorro y eficiencia energética.

En el anexo III se realiza una descripción más detallada de la cartera de servicios del HSJD.

Para completar la atención que presta en Navarra, el HSJD cuenta con una Unidad Asistencial de 20 camas en Tudela, inaugurada en el año 2008, y que atiende las especialidades de medicina interna/geriátrica, cuidados paliativos y psicogeriatría.

De esta manera pone a disposición de la sociedad navarra un conjunto de estructuras más modernas y adaptadas a las exigencias de la medicina actual que contribuyen a la sostenibilidad y eficiencia de la Comunidad Foral de Navarra en materia de salud.

5.2.3 Modelo de atención

La OHSJD cuenta con una cultura institucional ampliamente compartida basada en principios y valores acordes con los enfoques de la atención integral centrada

en la persona y una cultura que incorpora a la persona como valor central, desde el reconocimiento de su dignidad, sus potencialidades y sus aspiraciones, y que genera prácticas orientadas a la calidad de vida de las personas. (OHSJD, 2016)

En su Carta de Identidad, documento corporativo que define el proyecto de la institución, la OHSJD hace referencia a la “Asistencial integral y derechos del enfermo” en su artículo 5.1 diciendo: “deberemos dar una asistencia que considere todas las dimensiones de la persona humana: biológica, psíquica, social y espiritual. Solamente una atención que trate todas estas dimensiones, al menos como criterio de trabajo y como objetivo a lograr, podrá considerarse como asistencia integral”.

El modelo de atención centrado en la persona une dos conceptos complementarios: la integralidad y la personalización. Se entiende por integralidad la atención a todas las dimensiones de la persona: biológica, social, psicológica y espiritual, además de la planificación y coordinación de los distintos recursos y niveles de atención con el fin de garantizar la continuidad asistencial. La personalización se refiere a la participación activa de la persona atendida con el objetivo de desarrollar al máximo sus capacidades y autonomía respetando su propio proyecto de vida. (Fundación Pilares, 2013)

Recogiendo las palabras de la OMS, la atención centrada en la persona “se consigue cuando se pone a la persona como eje sobre el que giran el resto de dimensiones relacionadas con: la intervención basada en la evidencia científica, la organización del servicio, el equipo, la interdisciplinariedad y el ambiente”

Este enfoque busca el desarrollo de una relación profesional-paciente más horizontal, que apoye al paciente para que tome sus propias decisiones, respetando sus preferencias y modo de vida.

Para llevarlo a la práctica será necesario un cambio cultural en la organización, habitualmente centrada en los profesionales o servicios, que permita alcanzar la flexibilidad y participación necesarias mediante el acompañamiento en la toma de decisiones.

5.2.4 Organigrama

El organigrama del HSJD está compuesto por la Dirección de Gerencia de la cual dependen 4 direcciones, dos de ellas asistenciales: Dirección Médica y Dirección de Enfermería, Dirección Económica Administrativa y Dirección de RRHH, Calidad y Organización.

De las direcciones asistenciales dependen todos los servicios médicos y de enfermería así como la unidad de continuidad asistencial y servicios de apoyo.

Si se analiza el diseño organizativo del organigrama se puede concluir que está estructurado en base a un modelo divisional, con cuatro direcciones diferenciadas de las cuales dependen profesionales especializados en funciones específicas de sus áreas. Se trata del modelo más aplicado en las estructuras organizativas hospitalarias.

En este tipo de organizaciones, existe una Dirección de Gerencia encargada de proponer las estrategias y los directores de cada división se ocupan de planificar y coordinar las acciones para alcanzar los objetivos estratégicos de sus áreas. Existe cierto grado de descentralización ya que la Dirección de Gerencia delega responsabilidades en los directores de cada área o división los cuales están entrenados para la toma de decisiones dentro del área que les compete. Además, es necesario contar con departamentos centrales de apoyo comunes a todas las divisiones ya que no sería operativo ni eficiente contar con estos servicios en cada una de ellas. (Aparicio, 2002)

Además, el modelo asistencial del HSJD está orientado a la gestión por procesos a través de la cual se consigue enlazar las diferentes divisiones del hospital y unir tanto la actividad asistencial como no asistencial dando horizontalidad al modelo de gestión. Este tipo de organización se acerca más a un modelo matricial en el cual las direcciones delegan responsabilidades en los profesionales referentes de cada proceso, que son los que poseen el conocimiento en relación a las necesidades de atención de los pacientes.

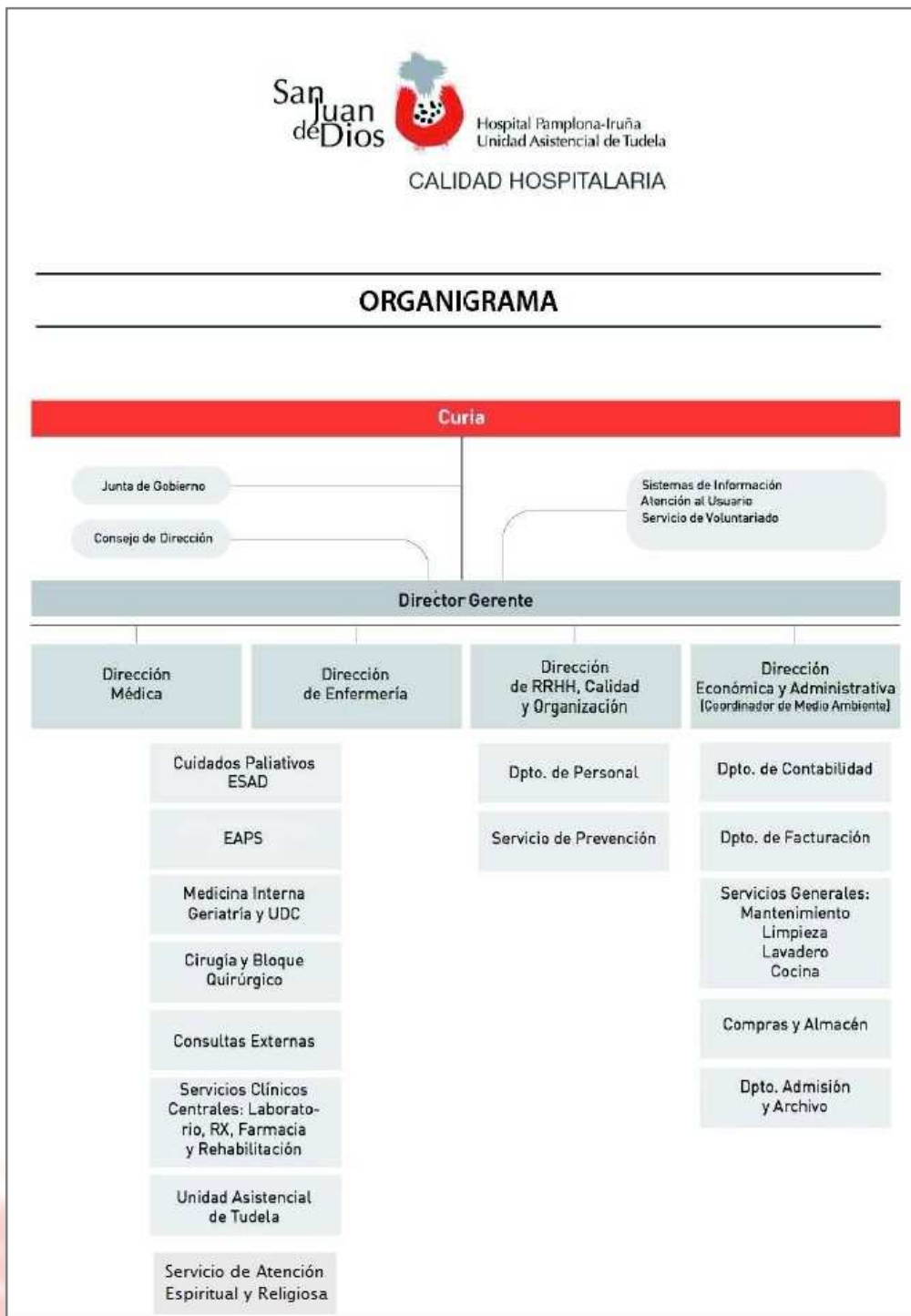


Gráfico 1: Organigrama HSJD

La Dirección de Enfermería del HSJD está integrada en el organigrama del hospital como una de las dos direcciones asistenciales junto con la Dirección Médica. De ella dependen 280 trabajadores¹ de diferentes roles profesionales, todos ellos en contacto directo con el paciente mediante su actividad asistencial.

La composición y distribución de la Dirección de Enfermería por categorías profesionales es la siguiente:

- Enfermeras
- Técnicos auxiliares de enfermería
- Celadores
- Técnicos de rayos
- Fisioterapeutas
- Terapeutas ocupacionales
- Logopedas
- Atención espiritual y religiosa

PLANTILLA DE ENFERMERÍA		2016
DISTRIBUCIÓN POR CATEGORÍAS	ENFERMERÍA	91
	ENFERMERÍA ESPECIALISTA	22
	FISIOTERAPEUTA	15
	LOGOPEDA	2
	TERAPEUTA OCUPACIONAL	2
	AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y CELADOR	140
	TER	8
TOTAL	280	

Tabla 2: datos de plantilla de enfermería año 2016

¹ Datos de plantilla de HSJD año 2016

Todos ellos conforman la estructura que proporciona atención y cuidados a nuestros pacientes desde un modelo de atención integral centrado en el paciente y en base a los valores de la institución, fundamentados en la Hospitalidad.

Para coordinar todas las tareas asistenciales es necesario contar con una estructura de mandos intermedios que actúen como engranaje de la organización para la consecución de los objetivos asistenciales acordados con el paciente y los objetivos estratégicos propuestos por la dirección.

Tras el traslado al nuevo hospital, en el año 2014, se prosiguió con un modelo organizativo de la Dirección de Enfermería basado en niveles jerárquicos y distribuido por servicios, que respondía a las necesidades de la estructura hospitalaria antigua pero que no se adaptaba a la realidad actual del hospital. Con la nueva configuración de las unidades de hospitalización se introdujeron cambios para adaptarla a la nueva organización aunque conservando la misma filosofía de modelo. Así todo, el volumen de actividad y plantilla gestionados por cada una de ellas era variable y poco equitativo generándose desigualdades importantes entre unos servicios y otros, tal como se verá más adelante.

El organigrama de la Dirección de Enfermería estaba compuesto por 5 supervisoras de día, una de ellas en la Unidad Asistencial de Tudela, y 2 de noche:

- Supervisora de quirófano: responsable del bloque quirúrgico y esterilización.
- Supervisora de cirugía, rayos y consultas: responsable de la unidad de hospitalización postquirúrgica, servicio de radiología y consultas externas.
- Supervisora de medicina interna/geriátrica: responsable de 2 unidades de hospitalización médica de las especialidades de medicina interna y geriatría.
- Supervisora de cuidados paliativos, daño cerebral y rehabilitación: responsable de 2 unidades de hospitalización médica en las especialidades de cuidados paliativos oncológicos y no oncológicos, daño cerebral irreversible y rehabilitación.
- Supervisora de la Unidad Asistencial de Tudela.

- 2 supervisores del turno de noche: con actividad asistencial asignada en la unidad de hospitalización postquirúrgica pero sin responsabilidad sobre ningún servicio ni personal a su cargo.

En la siguiente tabla se detalla el volumen de actividad y plantilla gestionado por cada una de las supervisoras:

SUPERVISORA	SERVICIOS GESTIONADOS	VOLUMEN DE ACTIVIDAD GESTIONADO	VOLUMEN DE PLANTILLA GESTIONADO
Supervisora Quirófano	Bloque quirúrgico y esterilización	5 quirófanos CMA y 3 cirugía menor	30 personas
Supervisora cirugía, rayos y consultas	2 unidades de hospitalización posquirúrgica Servicio de radiología y consultas externas.	17 camas de hospitalización corta estancia 34 boxes para CMA Rx: ecografía y Rx convencional Consulta de anestesia	30 personas
Supervisora de medicina interna/geriatría	2 unidades de hospitalización médica	80 camas de hospitalización	70 personas
Supervisora de cuidados paliativos, daño cerebral y rehabilitación	2 unidades de hospitalización médica. Servicio de RHB	70 camas hospitalización RHB: actividad de fisioterapia y terapia ocupacional	70 personas
Supervisora de Unidad Asistencial de Tudela	Unidad Asistencial Tudela	20 camas	20 personas
Supervisores de noche	Actividad asistencial asignada	No gestionan	No gestionan

Tabla 3: distribución de actividad y plantilla por supervisora.

Como podemos observar tanto el volumen de personal a su cargo como la distribución de servicios no responde a un criterio de equidad sino que se basa,

como ya se ha apuntado, en una organización por servicios, “heredada” del modelo de trabajo implantado en el hospital antiguo.

Todas ellas forman parte de las comisiones existentes en el hospital que, de manera transversal e interdisciplinar, ponen el foco de atención en temas clave relacionados con la práctica asistencial.

Además son responsables junto con el referente médico correspondiente de la monitorización de la calidad de sus respectivas unidades o servicios a través de la participación en los comités de calidad diseñados para tal fin.

5.3 Modelos organizativos de otros centro de la OHSJD

En este apartado se han recogido las experiencias de otros centros pertenecientes a la OHSJD en relación a la organización de la Dirección de Enfermería que incluye la distribución de los mandos intermedios dentro del organigrama y la descripción de las competencias que desempeñan. A continuación se describen los aspectos principales de la estructura de tres de esos centros:

- a. Hospital materno-infantil de Esplugas de Llobregat: hospital terciario de referencia en la atención materno infantil en el área de Esplugas de Llobregat, en Barcelona.
- b. Fundación Instituto San José: centro situado en Madrid cuya misión es ofrecer atención integral a las personas con procesos clínicos complejos en fase subaguda y crónica, con alto nivel de dependencia, en régimen de hospitalización, ambulatorio y domiciliario.
- c. Parc Sanitari de San Boi de Llobregat: centro integrado por el hospital general de San Boi de Llobregat, en Barcelona y el área de salud mental de referencia para dicha población.

Como se puede deducir se trata de 3 centros con características muy diferentes en cuanto a tamaño y tipo de actividad, vinculados entre sí por la pertenencia a una potente organización como es la OHSJD, por lo que comparten una misma forma de hacer en relación al modelo de atención.

En la siguiente tabla se ha realizado una comparativa entre centros para analizar qué tipo de mandos intermedios tienen, volumen de plantilla que gestionan y qué estructuras de

soporte presenta la Dirección de Enfermería así como el papel de los mandos intermedios en las mismas.

CENTRO	TIPO DE MANDO INTERMEDIO	PERSONAS GESTIONADAS	ÁREAS DE SOPORTE	OBSERVACIONES
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE PAMPLONA	SUPERVISORA DE ENFERMERÍA	25-70	Comisión de cuidados Comisión de infecciosas Comisión de formación, docencia e investigación Comisión quirúrgica Comisión de hemoterapia Comisión de farmacia	Todas las supervisoras forman parte de las diferentes comisiones del hospital sin ser responsables de ninguna de ellas.
HOSPITAL MATERNO-INFANTIL ESPLUGAS	CAP ENFERMERÍA	60-150	Responsable de recursos materiales Responsable de recursos humanos Continuidad asistencial	Las áreas de soporte están integradas por profesionales de enfermería que se dedican en exclusiva a cada una de ellas
	COORDINADOR DE UNIDAD	25-30	Responsable de formación y docencia Responsable de calidad Responsable de innovación e investigación	
FUNDACIÓN INSITUTO SAN JOSÉ DE MADRID	COORDINADOR DE UNIDAD	15-20	Comisión de cuidados Comisión de seguridad Responsable de planificación recursos humanos Docencia Investigación, metodología y nuevas tecnologías Proyecto de autonomía en rehabilitación	Tanto las comisiones como las diferentes áreas de soporte son llevadas por coordinadores de unidad, no dedicados a estas tareas en exclusiva
PARC SANITARI DE SANT BOI DE LLOBREGAT	SUPERVISORA DE ENFERMERÍA	24-48	Comité de seguridad Comité de RCP Comité de infecciones Comité de ética Comité de hemoterapia	Tanto las comisiones como las diferentes áreas de soporte son llevadas por coordinadores de unidad, no dedicados a estas tareas en exclusiva

Tabla 4: comparativa de la estructura de la Dirección de Enfermería en centros de la OHSJD.

Se puede observar que la distribución de los mandos intermedios es variable dependiendo del volumen y tipo de actividad del centro analizado. En los centros más grandes, como puede ser el caso del Hospital materno infantil de Esplugas, existe la figura del “cap de enfermería”, equivalente a un jefe de área, que es responsable de varios coordinadores de unidad. En este caso, sería más correcto realizar la comparación a nivel de coordinador o supervisor ya que la mayoría de los centros no dispone de esta figura.

Así pues, el volumen de personal gestionado por los supervisores o coordinadores de unidad es muy variable oscilando entre las 15 y las 70 personas, lo cual muestra una amplia diferencia entre centros.

Cabe destacar también que la participación de los mandos intermedios en las áreas de soporte para las actividades asistenciales, como son las comisiones, no se lleva a cabo en su mayoría de manera activa al no poder ejercer el liderazgo exclusivo de estas áreas, salvo en los casos en los cuales existen personas asignadas propiamente a estas funciones.

6.- MATRIZ DAFO



6. - MATRIZ DAFO

A continuación se expone un análisis más detallado de las debilidades y fortalezas del modelo organizativo actual de la Dirección de Enfermería en el HSJD así como las amenazas y oportunidades que se plantean, ayudándonos de la matriz DAFO como herramienta de trabajo. Para realizar este análisis se ha tenido en cuenta las opiniones e inquietudes de la plantilla de enfermería manifestadas a través de una encuesta de clima laboral realizada durante el mes de febrero de 2016. También se recogerá, en un apartado posterior, la percepción de las actuales supervisoras respecto a su situación en vigor.

Este estudio permitirá conocer más a fondo las razones que han motivado la propuesta de mejora del modelo así como las líneas de trabajo que guiarán dicho cambio.

6.1 Análisis interno: debilidades y fortalezas

El cambio al nuevo hospital ha supuesto una crisis interna en la plantilla de enfermería teniendo que hacer frente a la resistencia típica de estos procesos junto con dificultades adaptativas propias de un cambio de esta envergadura. **(debilidad)** A pesar de las ventajas que puede suponer el traslado a una nuevas instalaciones y áreas de trabajo más modernas, espaciosas y cómodas, tanto para los pacientes, como para los trabajadores, la crisis de adaptación surge por el miedo a lo desconocido, la pérdida de control y la modificación de nuestra zona de confort. **(debilidad)** En este momento es clave el papel de las supervisoras de enfermería y el liderazgo ejercido sobre los profesionales gracias a su alto compromiso y vinculación con el hospital. **(fortaleza)** Estos valores, están presentes en la mayoría de nuestros profesionales que gracias a su esfuerzo y dedicación permitieron una mayor adaptación a la nueva organización. **(fortaleza)**

El incremento progresivo de actividad en el área de hospitalización médica complejizó las tareas de gestión internas: gestión de camas, organización interna, coordinación con servicios, etc. evidenciándose carencias en las tareas de control que deben ejercer las supervisoras. **(debilidad)** La plantilla también va creciendo en volumen, lo cual eleva el tiempo que deben emplear en la gestión de los turnos, incidencias, contrataciones, incorporación de nuevos profesionales e incremento de la rotación de la plantilla. **(debilidad)** De hecho, las supervisoras de las unidades de hospitalización médica pasaron

a llevar a su cargo alrededor de 70 personas, frente a las 50 que gestionaban en el hospital antiguo.

Esto hace que las supervisoras tengan que centrar su gestión en los problemas y no tanto en la búsqueda de soluciones, siendo más reactivas que proactivas en su quehacer diario.

(debilidad)

Por otro lado, la distribución de las responsabilidades se desequilibra considerablemente teniendo supervisoras con 70 personas a su cargo, como es el caso de las unidades de hospitalización médica y otras sin responsabilidad de plantilla, caso de los supervisores de noche, aumentando la inequidad en el volumen de trabajo. **(debilidad)**

Estas cuestiones no aparecen por igual en todos los servicios y como decíamos, el elevado compromiso de los profesionales se ha puesto de manifiesto siempre a través de la capacidad de trabajo, la elevada productividad y la eficiencia. **(fortaleza)**

Otra cuestión que complica la gestión de los mandos intermedios es que, hasta la fecha, no hemos desarrollado ningún programa de formación específico para ellos y por tanto, la motivación y desarrollo profesional dependía directamente de cada profesional. Las acciones llevadas a cabo no han estado enmarcadas en un plan de trabajo concreto. **(debilidad)** Del mismo modo, tampoco se han desarrollado acciones para promover el liderazgo enfermero y motivar a los profesionales asistenciales a desempeñar tareas relacionadas con la gestión. A día de hoy no están bien definidas las competencias de los mandos intermedios de enfermería lo cual dificulta el conocimiento de este rol y, por tanto, el interés por promocionar a dicho puesto. Este hecho se ha visto reflejado cuando se han abierto procesos de selección para cargos de responsabilidad los cuales han contado con escasa participación e interés por parte de los profesionales. **(debilidad)**

Por otro lado, la plantilla de enfermería está en pleno relevo generacional mediante un acuerdo para la realización de prejubilaciones al cual están adheridos 30 profesionales que se desvincularán del hospital en un plazo de 3 años. Este hecho puede suponer una debilidad ya que son profesionales altamente comprometidos con los valores de la institución y con una dilatada experiencia laboral lo cual aporta un gran valor a su actividad asistencial. Por otro lado, este proceso aumenta la rotación de plantilla en los

equipos de enfermería lo cual añade dificultad a la gestión del trabajo en equipo. **(debilidad)**

Una de las grandes fortalezas del HSJD es que pertenece a una institución con más de 500 años de historia la cual cuenta con unos pilares muy sólidos en relación a su misión, visión y valores, y por tanto, unas bases en las cuales se sustentan el modelo asistencial. Esto hace que, a pesar de los cambios estructurales y las rotaciones de plantilla, siempre podamos tener presente hacia dónde debe ir encaminada la gestión del hospital y la gestión de los cuidados. **(fortaleza)**

Otra de las fortalezas del HSJD es que cuenta con un Sistema Integrado de Gestión de Calidad muy consolidado, con más de 17 años de implantación. Acreditado por la ISO-9001, es uno de los pilares en los que se sustenta el control y medición de resultados de calidad asistencial mediante indicadores de estructura, proceso y resultado y la medición de la percepción de los pacientes. No obstante, la participación de los profesionales en este proceso es bastante mejorable, incluyendo la implicación de los mandos intermedios, en parte, por la dificultad que supone la recogida de datos de índole asistencial para la medición de resultados de cuidados. **(debilidad)**

6.2 Análisis externo: amenazas y oportunidades

El HSJD es un hospital concertado con el SNS-O en un 97% de su actividad lo que supone una gran dependencia del Sistema Público de Salud. Este hecho ha supuesto una amenaza en determinados momentos debido a la fluctuación de la actividad enviada, bien por disminución de la demanda o por motivos presupuestarios. Esta falta de estabilidad genera dificultades en la gestión de la plantilla al precisar de una gran flexibilidad de adaptación, lo que puede repercutir negativamente en el clima laboral. **(amenaza)**

En estos momentos se trabaja con el Gobierno de Navarra para alcanzar una estabilidad en la fórmula jurídica que dé forma a la relación de ambas instituciones. **(oportunidad)**
La recuperación económica tras la profunda crisis vivida y la consolidación del presupuesto general del Departamento de Salud también son síntomas de estabilidad para el hospital. **(oportunidad)**

Tras la puesta en marcha de las estructuras completamente renovadas, más modernas y funcionales, en 2014 se abren nuevas oportunidades para la realización de programas de atención que complementen la sanidad pública de Navarra. **(oportunidad)** El hospital dispone de la última tecnología en áreas como el bloque quirúrgico, lo cual abre nuevas oportunidades para la realización de cirugías de mayor complejidad o procesos hasta ahora imposibles de realizar.

Enfermería jugará un papel importante en el desarrollo de nuevos roles profesionales que aporten valor al sistema, como la enfermera de enlace para garantizar la continuidad de cuidados. **(oportunidad)**

La atención al paciente crónico pluripatológico y el desarrollo de los cuidados paliativos no oncológicos son dos áreas en las que el HSJD debe estar presente. **(oportunidad)**

En relación a la plantilla, con el plan de prejubilaciones vamos a asistir a un relevo generacional en la división de enfermería que nos da la oportunidad de vincular profesionales jóvenes, con una gran formación técnica y alta motivación por trabajar. Este cambio que veíamos como debilidad, es a su vez una oportunidad de romper resistencias e inercias adquiridas tras años de trabajo, además de la actualización de conocimientos a través de una visión crítica de la profesión. **(oportunidad)**

Los profesionales de enfermería cada vez están más formados y preparados tanto en competencias técnicas como personales lo cual aporta un gran valor a los equipos de enfermería. La selección de profesionales es complicada en determinados momentos ya que la oferta del Servicio Público de Salud es muy amplia y atractiva, resultando complicado la atracción y retención del talento profesional. **(amenaza)**

A continuación, se puede ver una tabla resumen con el análisis DAFO realizado.

ANÁLISIS INTERNO	
DEBILIDADES	FORTALEZAS
<p>Cambio de hospital: resistencias y dificultades.</p> <p>Incremento de la complejidad en la gestión diaria que realizan las supervisoras por aumento del volumen de tareas.</p> <p>Incremento de la plantilla: gestión más compleja.</p> <p>Las supervisoras centran su gestión en los problemas y no en las soluciones: reactividad vs proactividad.</p> <p>Inequidades en el volumen de trabajo que asumen las supervisoras.</p> <p>No están definidas las competencias de los mandos intermedios de enfermería.</p> <p>No existe un programa de formación específico para mandos intermedios.</p> <p>Escasa motivación de los profesionales para promocionar a puestos de gestión.</p> <p>Gestión del relevo generacional por el plan de prejubilaciones.</p> <p>Escasa implicación de las supervisoras en la gestión de indicadores de calidad y seguridad clínica.</p>	<p>Alto grado de compromiso y vinculación de las supervisoras con el hospital.</p> <p>Valores de la OHSJD y modelo de atención definido en la Carta de Identidad.</p> <p>Elevada productividad y eficiencia de los profesionales.</p> <p>Sistema integrado de gestión de la calidad sólido y consolidado.</p> <p>Alta satisfacción de los pacientes con la calidad de la atención prestada.</p>
ANÁLISIS EXTERNO	
AMENAZAS	OPORTUNIDADES
<p>Elevada dependencia del SNS-O.</p> <p>Fluctuaciones de actividad por disminución de la demanda o problemas presupuestarios.</p> <p>Impacto negativo en el clima laboral de la falta de estabilidad en la actividad asistencial.</p> <p>Dificultades en la selección de profesionales y retención del talento por competencia del SNS-O.</p>	<p>Desarrollo de nueva ley que dará estabilidad al Concierto a largo plazo.</p> <p>Recuperación económica y aumento del presupuesto general del Departamento de Salud.</p> <p>Estructuras renovadas, modernas y funcionales.</p> <p>Posibilidad de desarrollar nuevos programas de atención.</p> <p>Implantación de nuevas tecnologías médicas y quirúrgicas.</p> <p>Desarrollo de nuevos roles profesionales en enfermería.</p> <p>Cambio generacional: incorporación de nuevos profesionales formados y motivados.</p>

6.3 Análisis de percepción de los actuales mandos intermedios

Para completar el análisis interno hemos recogido la opinión de los mandos intermedios que trabajan actualmente en el hospital. La recogida de datos se realizó a través de un cuestionario anónimo de elaboración propia (Anexo IV) con el objetivo de conocer su percepción en relación al grado de ejecución de determinadas funciones relacionadas con la gestión y consideradas clave por la Dirección de Enfermería. Además, a través de la introducción de un campo abierto, el cuestionario recoge también las necesidades de formación que perciben así como la modalidad formativa de elección.

Se ha de tener en cuenta que el objetivo de este apartado no es el de realizar un análisis estadístico profundo sino recoger las opiniones y percepciones de las actuales supervisoras que nos aporten una visión más completa de la realidad que viven actualmente, permitiéndonos extraer conclusiones aplicables posteriormente al proyecto de mejora.

En cuanto a las variables utilizadas en la encuesta se recogió únicamente el género y el tiempo de ejercicio de la responsabilidad.

Los resultados fueron los siguientes:

- Se recogieron un total de 6 encuestas de una muestra de 8 personas lo que supone un 75% de participación.
- El 100% de las encuestadas son mujeres.
- En relación al tiempo medio de ejercicio de la responsabilidad: 4 de ellas llevan menos de un año en el cargo (66,6 %), una de ellas entre 1 y 3 años (16,6%) y otra lleva más de 6 años (16,6 %). En este sentido, cabe reseñar que durante el último año se ha realizado un profundo cambio en el equipo de mandos intermedios que explica que más de la mitad de las actuales responsables lleven menos de un año en el cargo.
- En cuanto a la valoración del grado de ejecución de actividades consideradas clave por la Dirección de Enfermería, se puede observar los resultados en la siguiente tabla en la cual se refleja el valor dado a cada pregunta por parte de las encuestadas así como la puntuación media para cada pregunta, siendo 1=Nada, 2=Poco, 3= Algunas veces, 4= Bastante y 5= Mucho.

FUNCIONES	VALORACIÓN DE LAS SUPERVISORAS						PUNTUACIÓN MEDIA
	S 1	S 2	S 3	S 4	S 5	S 6	
Contribución a la eficiencia mediante una adecuada gestión de la actividad y procesos de mi unidad y la gestión de recursos materiales	4	5	3	3	3	5	3,8
Mejora de la calidad de los cuidados mediante la monitorización de indicadores objetivos y recogida de la percepción de los pacientes	4	5	2	3	3	1	3
Mejora de la seguridad de los cuidados en mi unidad mediante la medición de indicadores específicos y la aplicación de protocolos de prevención de riesgos	4	4	2	4	3	1	3
Transmisión de los valores de la OHSJD y el estilo de San Juan de Dios: atención integral centrada en la persona	4	5	5	3	5	5	4,5
Ejercer un liderazgo eficaz en el equipo de enfermería de mi unidad: referente de cuidados, gestión de incidencias, cohesión del grupo, participación, comunicación		5	3	3	3	4	3
Gestión de personas: turnos, contrataciones, desempeño	4	5	5	4	5	5	4,6
Utilización de la evidencia científica en la toma de decisiones clínicas: revisión y actualización de protocolos y procedimientos en base a la evidencia científica	4	4	2	4	3	1	3

Tabla 6: resultados encuesta de percepción de los mandos intermedios.

Analizando la información obtenida podemos concluir que la mayor puntuación se otorga a las tareas relacionadas con la gestión de las personas, con 4.6 puntos, y por tanto consideran que son tareas que se realizan entre bastante y mucho. No es de extrañar teniendo en cuenta que la gestión de turnos y personal es a día de hoy la tarea que ocupa la mayor parte de su tiempo.

Otro ítem valorado con una puntuación media alta, de 4.5 puntos, es el referente a la transmisión de los valores de la OHSJD, lo cual pone de manifiesto el alto grado de compromiso con la filosofía de la institución.

El resto de actividades señaladas en la encuesta son valoradas con una puntuación media de 3, por lo que se considera que están realizadas sólo algunas veces. Además, en algunos de los ítems, como la mejora de la calidad, mejora de la seguridad y la utilización de evidencia científica, podemos observar cómo la puntuación fluctúa entre 1 (nunca) y 5 (mucho) lo cual evidencia las diferencias existentes en cuanto al grado de desempeño de estas tareas entre las componentes del equipo de mandos intermedios. Este hecho podría deberse a una falta de formación en esas áreas además de otras causas que se deberán analizar.

- Respecto a los comentarios realizados por las supervisoras en el campo libre referidos a las necesidades de formación, al igual que en los apartados anteriores, observamos diferencias entre el grado de percepción manifestado. Las necesidades más destacables y que se repiten con mayor frecuencia son:
 - Formación específica sobre liderazgo, comunicación y resolución de conflictos.
 - Formación continuada en los valores de la OHSJD para poder transmitirlos a los equipos asistenciales.
 - Formación básica en prevención de riesgos laborales: orientada a la mejora de la salud laboral de los profesionales asistenciales.
 - Formación sobre creación y revisión de protocolos: práctica basada en evidencia.
 - Elaboración de planes de cuidados estandarizados e individualización de los mismos: metodología enfermera.
 - Conocimientos básicos sobre calidad: estándares e indicadores.
 - Conocimientos básicos sobre seguridad del paciente: identificación de riesgos, protocolos de prevención y monitorización de indicadores.

Además destacan la importancia de la comunicación tanto con el equipo directivo como con los equipos de trabajo de las diferentes unidades y la necesidad de contar con personas de apoyo dentro de la organización que den soporte metodológico para la implantación de nuevos programas y proyectos. Del mismo modo, hacen hincapié en la importancia de la actualización de conocimientos técnicos específicos de las áreas en las que desempeñan su trabajo.

- Por último, en la pregunta 10 del cuestionario se solicitó opinión sobre las modalidades de formación preferidas para la adquisición de los conocimientos: 4 de las 6 supervisoras que respondieron al cuestionario (66,6%) optó por la formación presencial mientras que 3 de ellas (50%) prefieren la formación on line. Tan solo una de las encuestadas (16,6%) ha mostrado interés por la formación de postgrado y otra (16,6%) por la adquisición de conocimientos a través de estancias clínicas. Por tanto, podemos concluir que prevalece la preferencia por

metodologías formativas tradicionales, probablemente, porque confieren una mayor confianza y garantía al profesional que la recibe.

PREGUNTA 10: modalidades formativas	S1	S2	S3	S4	S5	S6
Post grado					x	
Formación presencial	x		x	x		x
Formación on line	x	x			x	
Estancias clínicas						x
Otras						

Tabla 7: resultados sobre modalidades formativas

7.- PROPUESTA DE MEJORA



7.- PROPUESTA DE MEJORA

7.1 Introducción

Para elaborar la propuesta de mejora se toman como punto de partida las líneas estratégicas definidas en el Plan Estratégico del HSJD para los años 2015-2020. Estas líneas de trabajo van a guiar la gestión del centro en los próximos años y por tanto, la Dirección de Enfermería junto con el resto de direcciones deberán orientar sus acciones a la consecución de los objetivos estratégicos planificados.

El Plan Estratégico del HSJD se realizó en el año 2014, con el objetivo de analizar el posicionamiento del hospital en Navarra y definir las áreas de trabajo para los próximos 5 años. Se realizó en un momento clave para el centro ya que en noviembre de ese mismo año se procedió a la apertura de un nuevo edificio para albergar la actividad asistencial, más moderno y funcional, lo cual iba a suponer un gran cambio de estructuras y por tanto una oportunidad de avanzar en el desarrollo de nuevos procesos asistenciales.

Tras un profundo proceso reflexivo apoyado en un análisis interno y externo, se definieron 4 líneas principales de trabajo:

- a. Desarrollo comercial
- b. Organización y procesos
- c. Personas
- d. Comunicación



Gráfico 8: Líneas Estratégicas del Plan Estratégico HSJD 2015-2020

Desde la Dirección de Enfermería se llevó a cabo un proceso de deliberación tras el cual se definieron los siguientes objetivos estratégicos para cada una de estas 4 áreas:

a. Desarrollo comercial:

- Fomentar las relaciones externas con los profesionales de enfermería del SNS-O y todas aquellas entidades con las cuales colaboramos sea el ámbito asistencial, docente o social.
- Contribución a la captación de actividad asistencial: quirúrgica, consultas, hospitalización, etc.
- Participar en el desarrollo de nuevos programas de atención.

b. Personas:

- Pacientes:
 - Desarrollar el modelo de atención integral centrada en la persona como modelo asistencial de referencia, integrando los valores de la OHSJD en la práctica clínica.
 - Búsqueda de la excelencia mediante la participación activa en el sistema de gestión de calidad y seguridad clínica.
 - Implantación de la metodología enfermera como herramienta para el registro de los cuidados y medición de resultados.
 - Desarrollar proyectos orientados a la mejora continua de la práctica asistencial.
 - Facilitar el uso de la evidencia científica para apoyar la práctica clínica y disminuir la variabilidad de los cuidados.
- Profesionales:
 - Fomentar el trabajo en equipo como herramienta para garantizar la atención integral y facilitar un buen clima laboral.
 - Promover el desarrollo profesional del personal de enfermería a través de la formación, docencia e investigación.
 - Facilitar la implicación y participación de los profesionales así como el liderazgo enfermero en la gestión de los cuidados.
 - Realizar la evaluación de desempeño de los profesionales de enfermería como instrumento para el reconocimiento y mejora continua.

- Promover la cultura de la organización y los valores de la Institución entre los profesionales de enfermería.
- c. Organización y procesos:
 - Contribución a la eficiencia mediante una adecuada gestión de la actividad asistencial: ingresos, altas, actividad quirúrgica, etc.
 - Garantizar la máxima coordinación con todos los servicios del hospital como medio para dar una atención de calidad.
 - Participar en la mejora de los procesos internos y/o implantación de nuevas líneas de actividad con el fin de asegurar la máxima eficiencia y calidad de los mismos.
- d. Comunicación:
 - Comunicación interna:
 - Garantizar la máxima comunicación y coordinación de todo el equipo de la Dirección de Enfermería.
 - Garantizar una comunicación eficaz dentro de los equipos asistenciales.
 - Mantener una comunicación fluida y bidireccional entre el equipo directivo y las responsables enfermería.
 - Comunicación externa:
 - Promover una comunicación fluida entre el equipo asistencial y los pacientes y familias.
 - Mantener una comunicación cordial con el SNS-O y las Instituciones con las que colabora el hospital.
 - Contribución al posicionamiento y visibilidad de los profesionales de enfermería del hospital dentro de la sociedad de Navarra.

No cabe duda que el desarrollo y alcance de estos objetivos estratégicos pasa por la implicación de los mandos intermedios de enfermería los cuales deberán planificar y desarrollar acciones encaminadas a su consecución.

Dentro de su misión, los mandos intermedios deben favorecer un clima de trabajo adecuado para garantizar la prestación de los cuidados con la máxima calidad y seguridad, fomentando la implicación de los profesionales, la comunicación, el trabajo colaborativo

y la toma de decisiones en la práctica asistencial en base a la evidencia científica. Sin olvidar la humanización de la asistencia como pilar básico para la prestación de los cuidados, para lo cual será necesario que los profesionales de enfermería asuman el liderazgo de los mismos. (Ruiz, 2011)

Para ello, será imprescindible contar con una estructura interna que favorezca la responsabilidad que se les atribuye así como promover la capacitación para que desarrollen los conocimientos, habilidades y actitudes adecuadas para llevar a cabo estas funciones.

El análisis estratégico nos ha proporcionado una orientación de las cuestiones que se deberá perpetuar, las que habrá que eliminar o minimizar y las que será necesario potenciar o desarrollar dentro de la estructura de la Dirección de Enfermería del HSJD.

Así pues, el **objetivo** de esta propuesta de mejora será diseñar un modelo organizativo de los mandos intermedios de enfermería que facilite la distribución equitativa de la responsabilidad y favorezca su implicación en las líneas o áreas fundamentales definidas por la Dirección de Enfermería, mediante la adquisición de las competencias necesarias para llevar a cabo las responsabilidades asignadas.

7.2 Propuesta de diseño organizativo

Como ya se ha recogido en los apartados anteriores la estructura organizativa de un hospital es la base sobre la que se sustenta la responsabilidad de los profesionales, la forma de relacionarse a nivel profesional o los niveles de comunicación, por lo que dicha estructura ha de ser coherente con la misión de la organización. Su representación gráfica se lleva a cabo a través del organigrama como forma de expresar los niveles de jerarquía y la relación existente entre ellos.

La estructura de la Dirección de Enfermería del HSJD parte de un modelo divisional con una distribución de las supervisoras por servicios asistenciales, tal como se ha puesto de manifiesto en el apartado 4.2.4.

La propuesta de mejora se orienta hacia la descentralización de la gestión en las unidades hospitalarias mediante un acercamiento de los mandos intermedios tanto a la realidad asistencial como a los profesionales. Para ello, se ha elegido el modelo basado en

Unidades de Gestión Clínica (UGC) como guía para elaborar la nueva estructura y filosofía de trabajo. Se han tomado como referencia varias de las características básicas de este modelo teniendo en cuenta que no es el objetivo de este trabajo realizar un planteamiento para su implantación plena, ya que para ello sería necesaria la implicación de todos los roles profesionales de manera que fuera un proyecto interdisciplinar.

Las principales características que sustentan las UGC y que servirán como guía son: (Santiñá, 2013)

- Existencia de un líder de la unidad: en este caso la responsable de enfermería ejercerá el rol de líder del equipo de cuidados, desterrando el antiguo papel de supervisora vinculado a un estilo más directivo.
- Gestión de la calidad: es uno de los objetivos que se marcaba en el plan estratégico y que coincide con la filosofía de trabajo de las UGC.
- Práctica basada en evidencia: como guía para eliminar la variabilidad de la práctica clínica y guiar a los profesionales en la toma de decisiones.
- Fomentar la participación de los profesionales en la toma de decisiones: promover el liderazgo enfermero de los cuidados hacia profesionales con criterio clínico y capacitados para la toma de decisiones dentro de la práctica asistencial.
- Control del presupuesto mediante el seguimiento de la información y la revisión de los costes atribuidos a la unidad. Mediante la participación en la comisión de compras se obtendrá información periódica de los costes de atención de cada unidad.

Además, será un elemento a tener en cuenta que tanto el modelo de gestión por procesos implantado en el HSJD como el modelo de atención centrado en la persona, implica necesariamente el trabajo colaborativo con otros roles y servicios del hospital así como estar en continua comunicación y trabajar para garantizar la máxima coordinación.

Cada líder de la UGC elaborará anualmente una memoria de la unidad con la evaluación de los objetivos previstos para ese año así como los resultados derivados del cuadro de mando asistencial proponiendo objetivos para el año siguiente.

Para completar la propuesta se plantea implantar un sistema de retribución variable asociado al alcance de los objetivos estratégicos tanto generales como específicos de la

unidad, de manera que sirva como elemento motivador tanto para el líder como para los integrantes de la UGC.

Para adaptar la estructura actual a estos requerimientos será necesario implantar algunas modificaciones relevantes respecto al modelo actual:

- Cambio de nomenclatura: de supervisoras a responsables de enfermería

Se plantea un cambio de nomenclatura de los mandos intermedios con el objetivo de romper con el modelo anterior y desechar la concepción de la supervisora de enfermería como jefa. Para ello, se ha analizado la definición que da la Real Academia de la Lengua Española (RAE) a varios de los términos más utilizados para el nombramiento de estos cargos:

- Supervisor: que supervisa. Supervisar: ejercer la inspección superior en trabajos realizados por otros.
- Jefe: superior o cabeza de una corporación, partido u oficio.
- Coordinador: que coordina. Coordinar: unir dos o más cosas de manera que formen una unidad o un conjunto armonioso.
- Responsable: persona que tiene a su cargo la dirección y vigilancia del trabajo en fábricas, establecimientos, oficinas, inmuebles, etc.

Los dos primeros términos, supervisor y jefe, se desecharon por presentar acepciones más próximas a la concepción tradicional, asociada habitualmente a modelos jerárquicos en los cuales está más presente el estilo directivo. La opción de coordinador también se desestimó porque se percibía como una figura que podía diluirse en exceso dentro de los equipos, aunque la acepción quizás sea la más próxima a un modelo de gestión descentralizado. Finalmente se optó por el término responsable ya que se consideró que el propio término representa uno de los principales atributos que debe tener un mando intermedio, además de que la responsabilidad es uno de los valores de la institución.

- **Modificación de la categoría profesional**

Hasta la fecha el término supervisora no describía únicamente un puesto de trabajo sino que se correspondía también con una categoría profesional. Al realizar este cambio, se propone la modificación de dicha categoría hasta conseguir su extinción de manera progresiva, entendiendo que en este nuevo modelo los mandos intermedios van a estar representados por profesionales de enfermería que ejercerán una responsabilidad en la unidad o servicio, desechando nuevamente la idea de que los líderes deben ser profesionales situados en niveles jerárquicos superiores.

Para reconocer e incentivar la responsabilidad ejercida percibirán un complemento salarial por esta función.

- **Ampliación de la estructura de mandos intermedios**

Como ya se ha dicho, una de las características de las UGC es la existencia de un líder comprometido con la gestión. Hasta ahora, las supervisoras del área de hospitalización gestionaban más de una unidad por lo que será necesario ampliar el número de responsables de enfermería hasta alcanzar el objetivo de disponer de una responsable por unidad. En concreto, será necesario incorporar 3 nuevos profesionales. Esta medida va a implicar un aumento de coste para el hospital que se detalla más adelante.

- **Participación en las comisiones y órganos transversales**

Las responsables de enfermería han de seguir formando parte de las diferentes comisiones del hospital tomando un papel más activo como líderes de cuidados, fomentando también la participación de los profesionales en la gestión de la calidad y seguridad clínica o en el desarrollo profesional. Para ello, se les adjudicará un papel más relevante en la gestión de áreas como la formación y docencia, la metodología enfermera o la práctica basada en la evidencia de manera que sean personas de referencia en el desarrollo de estas materias.

Con todos ello, se ha elaborado la siguiente propuesta de organigrama para la Dirección de Enfermería del HSJD:

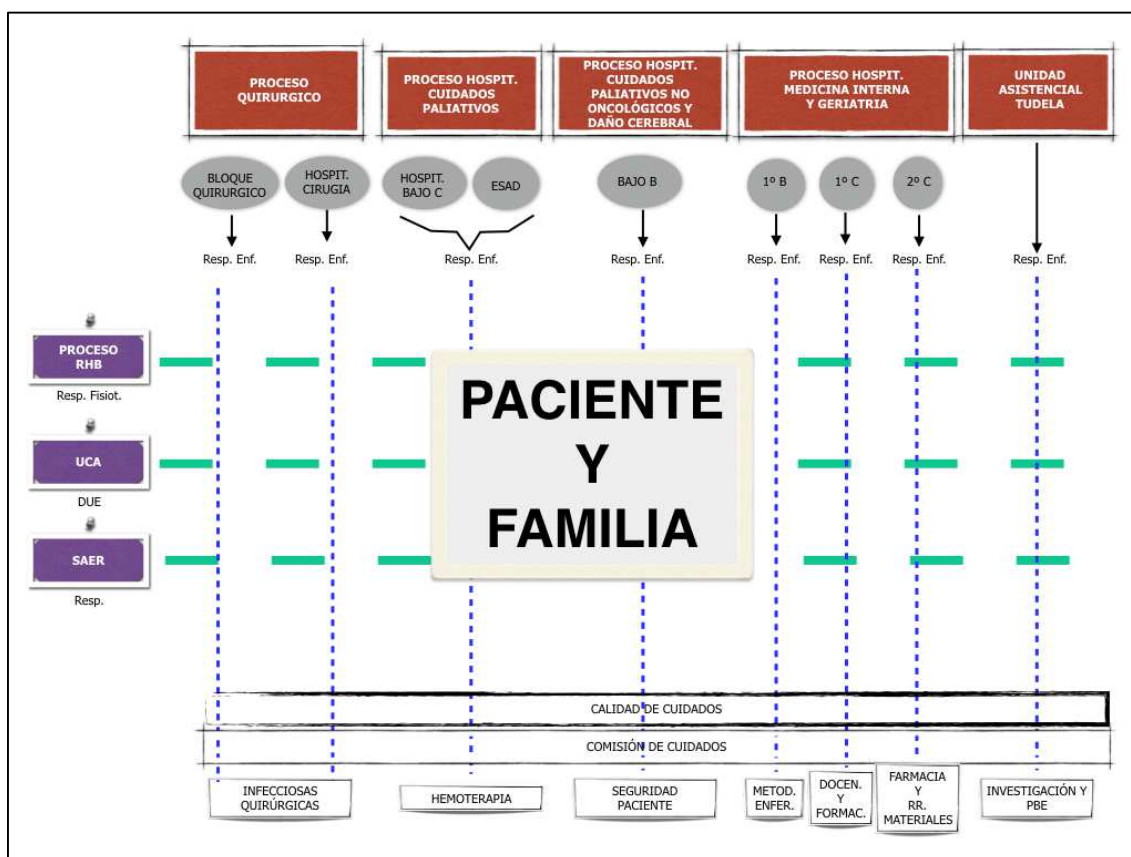


Gráfico 8: organigrama Dirección de Enfermería (elaboración propia)

7.3 Definición del perfil competencial de los mandos intermedios

Son numerosos los trabajos que se pueden encontrar en la bibliografía actual referidos al análisis y definición de las competencias de enfermería en materia de gestión. Por ejemplo, Soto-Fuentes et al. (2014) realizaron una revisión de 140 artículos en los cuales se identificaron un total de 894 competencias sobre liderazgo y gestión, de las cuales “las diez más importantes fueron: las habilidades y cualidades interpersonales, el pensamiento crítico, la comunicación, las habilidades de gestión como la planificación y organización, habilidades de negocio como marketing y finanzas, gestión del cambio y conocimientos sanitarios de atención de salud”. (p.88)

El papel de las enfermeras gestoras es cada vez más complejo ya que los sistemas sanitarios están en un momento de continua transformación, lo cual requiere de una adaptación permanente de sus funciones y responsabilidades. El primer paso para avanzar

en este tema será reconocer e identificar las competencias necesarias para ejercer estas funciones así como establecer sistemas de aprendizaje y desarrollo de las mismas. (Soto-Fuentes et al., 2014)

Para identificar las principales competencias que han de tener las responsables de enfermería en el HSJD se ha realizado un análisis comparativo de los mapas de competencias diseñados e implantados en otras Comunidades Autónomas (CCAA) y hospitales del ámbito nacional y los referidos en algunos estudios de investigación de ámbito internacional. El objetivo de esta revisión es identificar las competencias, tanto generales como específicas, que tienen en común todos los modelos para tomarlas como referencia en la elaboración de la propuesta de mejora. También se relacionan esas competencias con las líneas y objetivos del Plan Estratégico del HSJD para garantizar su concordancia.

No es objetivo de este trabajo diseñar un modelo completo de gestión por competencias ya que requiere una compleja metodología tanto en la planificación como implantación que se desviaría del objetivo final de este proyecto. Por otro lado, ya existe en Navarra un trabajo previo sobre “Gestión por competencias” referido a las jefas de unidad del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) y realizado como trabajo final del Máster de Gestión de Cuidados por M^a Carmen Larumbe en el año 2014.

Las competencias que se han identificado como más relevantes son:

- Orientación al paciente
- Orientación a objetivos y resultados
- Trabajo en equipo y cooperación
- Identificación con el hospital: valores
- Dirección de personas y equipos
- Desarrollo de personas
- Liderazgo: transformacional y ético
- Influencia consciente y persuasión.
- Gestión del cambio
- Iniciativa
- Flexibilidad

- Comunicación: empatía y asertividad
- Gestión de conflictos: mediación y negociación.
- Toma de decisiones
- Visión estratégica y planificación
- Gestión eficiente del tiempo
- Organización y planificación del trabajo
- Innovación y mejora continua
- Manejo de las relaciones interpersonales
- Justicia y equidad
- Inteligencia emocional y autocontrol
- Conocimientos técnicos específicos del área de gestión
- Conocimientos sobre metodología enfermera

A continuación se establece la relación de dichas competencias con los objetivos estratégicos planteados en el Plan Estratégico del hospital:

EJE ESTRATÉGICO	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	COMPETENCIAS
DESARROLLO COMERCIAL	<p>Fomentar las relaciones externas con los profesionales de enfermería del SNS-O y todas aquellas entidades con las cuales colaboramos sea el ámbito asistencial, docente o social.</p> <p>Contribución a la captación de actividad asistencial: quirúrgica, consultas, hospitalización, etc.</p> <p>Participar en el desarrollo de nuevos programas de atención.</p>	<p>Gestión de las relaciones interpersonales</p> <p>Visión estratégica y planificación</p> <p>Innovación y mejora continua</p> <p>Innovación</p> <p>Toma de decisiones</p>

EJE ESTRATÉGICO	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	COMPETENCIAS
PERSONAS: pacientes	<p>Desarrollar el modelo de atención integral centrada en la persona como modelo asistencial de referencia, integrando los valores de la OHSJD en la práctica clínica.</p> <p>Búsqueda de la excelencia mediante la participación activa en el sistema de gestión de calidad y seguridad clínica.</p> <p>Implantación de la metodología enfermera como herramienta para el registro de los cuidados y medición de resultados.</p> <p>Desarrollar proyectos orientados a la mejora continua de la práctica asistencial.</p> <p>Facilitar el uso de la evidencia científica para apoyar la práctica clínica y disminuir la variabilidad de los cuidados.</p>	<p>Orientación al paciente</p> <p>Orientación a objetivos y resultados</p> <p>Innovación y mejora continua</p> <p>Conocimientos sobre metodología enfermera</p> <p>Conocimientos técnicos específicos</p> <p>Trabajo en equipo y cooperación</p> <p>Organización y planificación del trabajo</p> <p>Gestión del cambio</p> <p>Toma de decisiones</p> <p>Iniciativa y flexibilidad</p>
PERSONAS: profesionales	<p>Fomentar el trabajo en equipo como herramienta para garantizar la atención integral y facilitar un buen clima laboral.</p> <p>Promover el desarrollo profesional del personal de enfermería a través de la formación, docencia e investigación.</p> <p>Facilitar la implicación y participación de los profesionales así como el liderazgo enfermero en la gestión de los cuidados.</p> <p>Realizar la evaluación de desempeño de los profesionales de enfermería como instrumento para el reconocimiento y mejora continua.</p> <p>Promover la cultura de la organización y los valores de la Institución entre los profesionales de enfermería.</p>	<p>Trabajo en equipo y cooperación</p> <p>Identificación con el hospital</p> <p>Dirección de personas y equipos</p> <p>Desarrollo de personas</p> <p>Liderazgo transformacional, ético</p> <p>Influencia consciente y persuasión</p> <p>Comunicación: empatía y asertividad</p> <p>Gestión de conflictos: mediación y negociación</p> <p>Gestión eficiente del tiempo</p> <p>Manejo de relaciones</p> <p>Justicia y equidad</p> <p>Inteligencia emocional y autocontrol</p>

EJE ESTRATÉGICO	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS	COMPETENCIAS
<p align="center">ORGANIZACIÓN Y PROCESOS</p>	<p>Contribución a la eficiencia mediante una adecuada gestión de la actividad asistencial: ingresos, altas, actividad quirúrgica, etc.</p> <p>Garantizar la máxima coordinación con todos los servicios del hospital como medio para dar una atención de calidad.</p> <p>Participar en la mejora de los procesos internos y/o implantación de nuevas líneas de actividad con el fin de asegurar la máxima eficiencia y calidad de los mismos.</p>	<p>Orientación a objetivos y resultados</p> <p>Trabajo en equipo y cooperación</p> <p>Gestión del cambio</p> <p>Iniciativa</p> <p>Toma de decisiones</p> <p>Visión estratégica y planificación</p> <p>Gestión eficiente del tiempo</p> <p>Organización y planificación del trabajo</p> <p>Innovación y mejora continua</p>
<p align="center">COMUNICACIÓN</p>	<p>Garantizar la máxima comunicación y coordinación de todo el equipo de la Dirección de Enfermería.</p> <p>Garantizar una comunicación eficaz dentro de los equipos asistenciales.</p> <p>Mantener una comunicación fluida y bidireccional entre el equipo directivo y las responsables enfermería.</p> <p>Promover una comunicación fluida entre el equipo asistencial y los pacientes y familias.</p> <p>Mantener una comunicación cordial con el SNS-O y las Instituciones con las que colabora el hospital.</p> <p>Contribución al posicionamiento y visibilidad de los profesionales de enfermería del hospital dentro de la sociedad de Navarra.</p>	<p>Trabajo en equipo y cooperación</p> <p>Liderazgo: transformacional y ético</p> <p>Influencia consciente y persuasión.</p> <p>Flexibilidad</p> <p>Comunicación: empatía y asertividad</p> <p>Gestión de conflictos: mediación y negociación.</p> <p>Manejo de las relaciones interpersonales</p> <p>Inteligencia emocional y autocontrol</p>

Una vez determinadas las competencias es importante definir los niveles de aprendizaje y desarrollo de las mismas. Se pueden encontrar varios modelos de clasificación de estos niveles. Uno de los más utilizados es el de Patricia Benner, que en su modelo teórico de enfermería “De novicia a experta” define cinco niveles de desarrollo competencial: novicia o principiante, principiante avanzado, competente, capaz y experto. (Soto-Fuentes et al., 2014; Larumbe, 2014)

La clasificación de estos niveles competenciales va a permitir la elaboración de un plan de formación que se oriente a la adquisición de las competencias de manera progresiva. Esta propuesta de mejora se basará únicamente en los 3 niveles más avanzados de la teoría de Patricia Benner: competente, capaz y experto, entendiendo que las responsables de enfermería parten de una experiencia previa como enfermeras asistenciales que les confiere unas competencias básicas en relación al desempeño profesional.

Por otro lado, proporcionará también un sistema válido para la evaluación de las responsables de enfermería en base al alcance de estos niveles de desarrollo y la posterior implantación de un sistema de desarrollo profesional.

7.4 Propuesta de itinerario formativo

La propuesta del itinerario formativo se ha basado en las necesidades expuestas por las propias supervisoras en la encuesta de valoración teniendo en cuenta, a su vez, las competencias definidas en el apartado anterior que dan respuesta a los objetivos estratégicos.

En la revisión bibliográfica se han encontrado experiencias sobre escuelas de liderazgo o proyectos similares, los cuales despliegan planes especializados para la adquisición de las competencias necesarias para desempeñar con éxito el puesto de enfermera gestora. Un ejemplo es el trabajo realizado por Maite Soria en 2013 para el Máster de Gestión de Cuidados de Enfermería titulado “Texere: diseño de una escuela de liderazgo enfermero”

A su vez, estos programas pueden proporcionar apoyo a las nuevas líderes en la transición de enfermera asistencial a enfermera gestora, garantizando el relevo en los puestos de gestión de enfermería mediante la captación y desarrollo del talento interno de la organización. (Strickler et al., 2017)

Por otro lado, la metodología docente ha de adecuarse a las necesidades y tiempo reales utilizando las nuevas tecnologías como herramientas de aprendizaje interactivo y práctico. Los resultados de la encuesta realizada a las actuales supervisoras del HSJD reflejaron que la mitad de ellas prefiere la metodología on line ya que confiere una mayor autonomía para el aprendizaje aunque cabe destacar que la mayoría sigue apostando por las clases presenciales.

Se ha de tener en cuenta que una parte de las competencias están relacionadas con las habilidades y actitudes personales por lo que no bastará con aprender conocimientos teóricos sino que el aprendizaje ha de ser experiencial, a través de metodologías prácticas que permitan el autoconocimiento y el entrenamiento de estas cuestiones.

Actualmente podemos recurrir a dos figuras emergentes como son el coach y el mentor las cuales darían respuesta a esta necesidad brindando apoyo como guía personal. El coach es un “entrenador personal” que orienta al profesional dentro de su entorno analizando sus dificultades concretas y realizando un asesoramiento individualizado. El mentor aporta, además, su experiencia dentro del mismo ámbito laboral que el profesional al que guía. (Soria, 2013)

Las principales acciones formativas planificadas dentro de esta propuesta de mejora se explican en la siguiente tabla, relacionándolas con las competencias a las cuales darían respuesta y con las líneas estratégicas con las que se corresponden.

EJE ESTRATÉGICO	COMPETENCIAS	ACCIONES FORMATIVAS
DESARROLLO COMERCIAL	Gestión de las relaciones interpersonales Visión estratégica y planificación Innovación y mejora continua Innovación Toma de decisiones	Habilidades de comunicación: empatía y asertividad Planificación estratégica: metodología de planificación y evaluación.

EJE ESTRATÉGICO	COMPETENCIAS	ACCIONES FORMATIVAS
PERSONAS: pacientes	<p>Orientación al paciente</p> <p>Orientación a objetivos y resultados</p> <p>Innovación y mejora continua</p> <p>Conocimientos sobre metodología enfermera</p> <p>Conocimientos técnicos específicos</p> <p>Trabajo en equipo y cooperación</p> <p>Organización y planificación del trabajo</p> <p>Gestión del cambio</p> <p>Toma de decisiones</p> <p>Iniciativa y flexibilidad</p>	<p>Conocimientos sobre el modelo de atención centrada en la persona.</p> <p>Conocimientos sobre metodología enfermera: elaboración de planes de cuidados e individualización.</p> <p>Formación continuada y/o formación especializada a nivel técnico</p> <p>Metodología de calidad: ciclo de mejora continua, elaboración de planes de mejora, manejo de indicadores y cuadros de mando.</p> <p>Conocimientos sobre metodología de práctica basada en evidencia.</p>
PERSONAS: profesionales	<p>Trabajo en equipo y cooperación</p> <p>Identificación con el hospital</p> <p>Dirección de personas y equipos</p> <p>Desarrollo de personas</p> <p>Liderazgo transformacional, ético</p> <p>Influencia consciente y persuasión</p> <p>Comunicación: empatía y asertividad</p> <p>Gestión de conflictos: mediación y negociación</p> <p>Gestión eficiente del tiempo</p> <p>Manejo de relaciones</p> <p>Justicia y equidad</p> <p>Inteligencia emocional y autocontrol</p>	<p>Relaciones de trabajo y política contractual.</p> <p>¿Cómo realizar la evaluación del desempeño?</p> <p>¿Cómo ser un buen líder?: estilos de liderazgo, toma de decisiones, influencia consciente</p> <p>Programa de coaching individual: autoconocimiento, inteligencia emocional.</p> <p>Metodología para la gestión del tiempo: reuniones eficaces.</p> <p>Técnicas de mediación y negociación para el manejo de conflictos.</p> <p>Los valores de la OHSJD: transmisión y puesta en práctica.</p>

EJE ESTRATÉGICO	COMPETENCIAS	ACCIONES FORMATIVAS
ORGANIZACIÓN Y PROCESOS	Orientación a objetivos y resultados Trabajo en equipo y cooperación Gestión del cambio Iniciativa Toma de decisiones Visión estratégica y planificación Gestión eficiente del tiempo Organización y planificación del trabajo Innovación y mejora continua	Planificación estratégica: metodología de planificación y evaluación. Metodología de análisis y resolución de problemas: análisis causa raíz, DAFO.
COMUNICACIÓN	Trabajo en equipo y cooperación Liderazgo: transformacional y ético Influencia consciente y persuasión. Flexibilidad Comunicación: empatía y asertividad Gestión de conflictos: mediación y negociación. Manejo de las relaciones interpersonales Inteligencia emocional y autocontrol	Habilidades para la comunicación empresarial: comunicación reactiva y proactiva.

Tabla 9: propuesta de acciones formativas en relación a las competencias y líneas estratégicas.

Para la puesta en marcha de estas acciones se realizará un proceso de priorización de las mismas con la participación de las responsables de enfermería, destinatarias de este itinerario. Se establecerá un número máximo de horas anuales para garantizar la sostenibilidad y el éxito de la formación, tanto desde el punto de vista económico como del esfuerzo personal de las responsables.

7.5 Plan de puesta en marcha

A continuación se desarrolla la planificación para la puesta en marcha de este plan de mejora, de manera que se pueda asegurar el éxito del mismo, a través de un cronograma con las etapas que se desplegarán en la implantación del nuevo modelo de gestión.

ACTIVIDAD	MES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Finalización de la memoria de la propuesta de mejora	■											
Presentación del proyecto al actual equipo de responsables de enfermería		■										
Discusión e incorporación de aportaciones al plan de mejora		■										
Presentación al equipo directivo y aprobación del plan en comité de dirección			■									
Difusión del nuevo modelo a líderes y responsables de todas las áreas asistenciales			■									
Difusión del nuevo modelo a toda la plantilla de enfermería			■									
Apertura de un proceso de selección para la cobertura de los nuevos puestos de responsable de enfermería				■	■							
Adaptación de las categorías profesionales para realizar la transición de supervisoras a responsables				■	■							
Adaptación y equipamiento de un despacho para las nuevas incorporaciones						■						
Difusión del plan de formación a las responsables de enfermería							■					
Priorización de las acciones formativas							■	■				
Concretar número de horas de cada acción y máximo de horas anuales								■				
Puesta en marcha del plan de formación									■	■	■	■
Consensuar los estándares de los indicadores de evaluación del proyecto											■	
Primera evaluación de la puesta en marcha del nuevo modelo de gestión												■

Tabla 10: cronograma de puesta en marcha para el primer año

7.6 Presupuesto

Para la elaboración del presupuesto que se necesitará en el despliegue de este plan de mejora se han tenido en cuenta las siguientes necesidades:

- Recursos humanos: la propuesta incluye la incorporación de 3 nuevos responsables de enfermería. Dado que este coste supone una inversión importante en materia de recursos humanos se planifica realizarlo en 2 años de manera que se minimice el impacto económico.
- Recursos materiales: equipamiento para los despachos: mobiliario y equipamiento informático y de oficina. Se adecuará al ritmo de incorporación de los nuevos responsables previsto para 2 años.
- Plan de formación: coste aproximado de las horas de formación previstas en el itinerario formativo. La planificación aproximada de todo el plan es de 144 horas que se prevé repartir en un periodo de 3 años a razón de unas 50 horas anuales.

ÁREA	CONCEPTO	COSTE UNITARIO	COSTE FINAL
RECURSOS HUMANOS	Salario anual responsable de enfermería	34.000	102.000
RECURSOS MATERIALES	Mobiliario de despacho	1500	3000
	Ordenador	500	1500
	Impresora	400	800
FORMACIÓN	Coste/hora medio de formación	50	7200
		TOTAL	114.500

Tabla 11: presupuesto del proyecto medido en €

7.7 Evaluación del modelo

La última etapa del plan de mejora es la evaluación, proceso mediante el cual se pueden medir los resultados de la implantación del nuevo modelo de gestión y reorientarlo, introduciendo las modificaciones oportunas, en el caso de que no sea satisfactorio.

Para realizar la evaluación se han determinado indicadores de distinta índole, de manera que se pueda disponer de una visión lo más completa posible, incluyendo todos los grupos de interés a los que está dirigido este proyecto.

En esta propuesta no se detallan los estándares para cada indicador ya que se determinará en la fase de consenso que se llevará a cabo con las responsables de enfermería y el departamento de calidad del hospital.

Propuesta de indicadores:

- Indicadores de clima laboral: mejora del clima laboral
 - Mejora de la percepción de los profesionales de enfermería respecto al clima laboral medido a través de la encuesta OPINA.
 - Medición de datos de absentismo: contención de la tasa de absentismo.
- Indicadores de cuidados: mejora de la calidad y seguridad
 - Determinación de indicadores de cuidados a incluir en los cuadros de mando asistenciales:
 - Tasa de UPP intrahospitalarias
 - Tasa de caídas
 - Errores de medicación
 - Mejoría funcional medida mediante el test de Barthel al ingreso y al alta.
 - Control del dolor: medición de escala EVA para control de síntomas en cuidados paliativos.
- Indicadores de eficiencia:
 - Control del gasto en recursos materiales por unidad de gestión.
 - Control de los costes de personal por unidad de gestión.
 - Tasa de ocupación por unidad.
 - Volumen de actividad quirúrgica realizada.
 - Estancia media y mortalidad.

- Indicadores de formación, docencia e investigación:
 - Tasa de participación de los profesionales de enfermería en las acciones formativas planificadas.
 - Número de protocolos y procedimientos revisados según la evidencia científica.
 - Número de planes de cuidados implantados y grado de cumplimiento.

8.- CONCLUSIONES



8.- CONCLUSIONES

La elaboración de este trabajo me ha permitido profundizar en los tipos de modelos organizativos implantados en las organizaciones sanitarias y la importancia que tienen en las relaciones entre los profesionales. El organigrama de un hospital no es sólo una representación gráfica de su estructura interna sino que nos da una visión sobre las responsabilidades de sus miembros y el tipo de jerarquía sobre el que se basa.

La gestión de las organizaciones sanitarias tiende hacia la descentralización mediante el modelo de Gestión Clínica con el objetivo de buscar una mayor participación de los profesionales y facilitar la toma de decisiones cercana al paciente. A pesar de que en sus inicios surgió como una forma de control del gasto sanitario se ha demostrado que la Gestión Clínica ha facilitado la implicación de los profesionales sanitarios en las decisiones relativas a la organización y gestión interna de los servicios, alcanzando resultados satisfactorios en la calidad de la atención prestada y en la motivación de los profesionales.

Por otro lado, también he podido constatar cómo este modelo, Gestión Clínica, puede aplicarse a la organización de los cuidados de enfermería a través de la participación de los profesionales en la toma de decisiones relacionadas con su práctica clínica e involucrándolos en la mejora de la calidad mediante el uso de la práctica basada en evidencia. Para ello, será necesario contar con líderes de enfermería fuertes que acompañen a los profesionales en este nuevo modelo y faciliten el cambio necesario.

Este ha sido el punto de partida para la elaboración de la propuesta de mejora en relación al modelo de gestión de los mandos intermedios de enfermería en el HSJD. La transformación que ha experimentado el HSJD en los dos últimos años requiere de profesionales comprometidos que ejerzan un liderazgo nuevo, con motivación y visión de futuro. Ejercer este rol en entornos de cambio exige el desarrollo de unas capacidades acordes con el reto al que se enfrentan. Los modelos de gestión por competencias tienen como fin identificar los conocimientos, habilidades y actitudes requeridas para un puesto de trabajo, de manera que nos sirvan como guía para la selección, evaluación y reconocimiento de los profesionales que lo desempeñan. He podido constatar que este modelo de gestión favorece el desarrollo profesional y por tanto, contribuye a la

consolidación de los profesionales de enfermería. Tras la revisión bibliográfica y el análisis de los modelos de gestión por competencias de otros hospitales de ámbito nacional he podido identificar las competencias más relevantes que han de tener los mandos intermedios de enfermería del HSJD para alcanzar los objetivos estratégicos del hospital, formulados en el Plan Estratégico 2015-2020.

Por último, ha quedado evidenciado que contar con mandos intermedios que ejerzan desde un estilo de liderazgo transformacional y basado en principios éticos favorece un entorno de trabajo motivador para los profesionales de enfermería, lo cual repercute directamente en su satisfacción y en la calidad del cuidado prestado.

9.- BIBLIOGRAFÍA



9.- BIBLIOGRAFÍA

- AbbVie. Informe Amphos. (2014). Guía práctica para la implantación de unidades de gestión clínica. Madrid.
- Aparicio, M.P. (2002). Descentralización y diseño organizativo de los hospitales de la “Xarxa Hospitalària d’Utilització Pública”. Propuesta de un índice de medición de descentralización global. (Tesis Doctoral) Universitat de Barcelona.
- Asociación Nacional de Directivos de Enfermería. (2000). Gestión Clínica de los cuidados de enfermería. Madrid.
- Asociación Nacional de Directivos de Enfermería.(2004). Carrera profesional y Gestión por Competencias. Madrid.
- Asociación Nacional de Directivos de Enfermería. (s.f). Gestión del producto enfermero. Madrid.
- Barquero, A., León, R., Pascual, L.M., y Blasco, R.M. (2009) El mapa de competencias para directivos de enfermería como herramientas de gestión y evaluación. *Revista Nursing*, 27(9), 62-66.
- Barrett, P. (2009). An online nursing leadership literature centre at the University of Manitoba Health Sciences Libraries. *Health Information and Libraries Journal*, 26, pp.232–239.
- Bautista, G.O. (2014). Tendencias y retos de enfermería en la gerencia de los servicios de salud en el ámbito mundial, nacional y regional. *Revista ciencia ciudad*, 11(1), 68-86.
- Bernardes, A., Cecilio, L.C.O., Évora, Y.D.M., Gabriel, C.S., y Carvalho, M.B. (Julio-Agosto 2011). Modelo de gestión colegiada y descentralizada en hospital público: la óptica del equipo de enfermería. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 19(4). Recuperado de: <http://www.eerp.usp.br>
- Brea, P., y Martínez, M. (2003). La Dirección de Enfermería: Empresa de Servicios. *Revista Administración Sanitaria*, 1(1), 135-44.
- Broome, M.E. (2015) Nurse leaders can shape ethical cultures. *Nursing Outlook*, 63, 377-378. Recuperado de <http://www.nursingoutlook.org>
- Cabo, J. (2017). Aplicación práctica. Modelo de Gestión por competencias en el Hospital Ramón y Cajal. *Gestión sanitaria integral: pública y privada* (Libro electrónico). Recuperado de <http://www.gestión-sanitaria.com>.
- Cañibano, A. (Noviembre 2003). Impactos de los instrumentos de gestión en el rol profesional. *Revista Metas de Enfermería*, 60, 6-10.

- Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (Enero 2014). Bases para la Gestión Clínica en el SNS. Madrid.
- Contreras, Z. (Junio 2006). Desarrollo e implementación de la gestión clínica de profesionales en enfermería. *Revista Enfermería en Costa Rica*, 27(1), 25-27.
- Del Llano, J., Pinto, S., Colomer, J., Alonso, P., Sanz, J., Quevedo, L.,...Arjona, M. (Diciembre 2011). *Gestión Clínica*. Madrid: Fundación Gaspar Casal.
- Delgado, P. (2015) Evolución y modelos de la Gestión Clínica. (Trabajo Fin de Grado) Universidad de La Laguna.
- Diputación Provincial de Jaén. (Mayo 2010). Mapa de competencias de la Diputación Provincial de Jaén y sus organismos autónomos.
- Estefo, S., y Paravic, T. (2010). Enfermería en el rol de gestora de cuidados. *Revista Ciencia y enfermería*, 16(3), 33-39.
- Ferreira, F., Menezes, M.J., Lopes, M.C.O., Marques, A.L., y Mendes, L.N. (Julio 2012). “¿Quién soy yo?” con la palabra, enfermeros supervisores de un hospital privado de Belo Horizonte“. *Revista Enfermería global*, 27, 259-275.
- Rodríguez, P. (2013). La atención integral centrada en la persona. Papeles de la Fundación Pilares para la autonomía personal, 1. Recuperado de <http://www.fundacionpilares.org>.
- García, M.C. (Agosto 2015). Perfil del mando intermedio de la dirección de enfermería. *Revista médica electrónica*. Recuperado de <http://www.portalesmédicos.com>.
- Germain P.M., y Cummings, G.G. (Mayo 2010). The influence of nursing leadership on nurse performance: a systematic literature review. *Journal Nursing Management*, 18(4), pp. 425-39.
- Guedes, J. L., Giacomelli, A., Soares de Lima, S.B., Luzia, J., Lorenzini, A., (2011). Concepciones de comunicación en la Gerencia de Enfermería hospitalaria entre enfermeros gerentes de un hospital universitario. *Revista Esc Enferm USP*, 45(4), 959-65. Recuperado de <http://www.ee.usp.br/reeusp>.
- Gunningberg, L., Brudin, L., y Idwall, E., (2010). Nurse Managers' prerequisite for nursing development: a Surrey on pressure ulcers and contextual factors in hospital organizations. *Journal of Nursing Management*, 18, pp. 757-766.
- Halcomb, L. (Julio 2016). Choosing a supervisor. *Revista Nurse Researcher*, 23(6) Recuperado de <http://www.nurseresearcher.com>.
- Harahan, M.F., Alisha, M.P.H., Stone, R.I., Bowers, B.J., Nolet, K.A., Krause, M. R., y Gilmore, A.L., (June 2011). Implementation and evaluation of LVN LEAD: a leadership and supervisory training program for nursing home charge nurses. *Gerontol Nurs*, 37(6), 26-33.

- Jeans, M.E. (2003). Designing and managing our infrastructure for success. *Revista Nursing Leadership*, 16(4). 31-33.
- Jiménez, G.M.A., y Lopera, C.P. (2013). Relevance y level of application of management competencies in nursing. *Invest Educ Enferm*, 31(1), 8–19.
- Junta de Andalucía: Consejería de Salud. (2006). Modelo de Gestión por Competencias del Sistema Sanitario Público de Andalucía.
- Larumbe, M.C. (Septiembre 2014). Gestión por competencias. (Trabajo fin de Máster). Universidad Pública de Navarra, Pamplona.
- Ley 44/2003 de Ordenación de Profesiones Sanitarias. Recuperado de <http://www.boe.es>.
- Lolo, M., Llach, y R., Grau, N. (1997) El mando intermedio de enfermería pieza clave de la gestión. (Trabajo Fin de Máster) Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona, Barcelona.
- Luther, C. Survival Kit for Nurse Manager. (April 2002). *Critical Care Nurse*, 22(2). Recuperado de <http://ccn.aacnjournals.org/>.
- Moreu, F., y Vilana, J. (2015). Modelo de conversión de servicios en unidades de gestión clínica e institutos de gestión: Aspectos clave y los requisitos en la implementación del modelo. *Revista Gestión & Desarrollo*, 12, 85-94.
- Nicklin, W. (1993). Understanding the transition from head nurse to nurse manager. *CAN MED ASSOC J*, 148(4), 501-504.
- Orden Hospitalaria San Juan de Dios. (2016). Documento de trabajo sobre modelos organizativos: grupo de direcciones de enfermería. Barcelona.
- Ortún-Rubio, V. (2003). Claves de Gestión Clínica. En *Gestión Clínica y sanitaria: De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta*. (pp. 2-33). Barcelona: Masson.
- Pérez, JJ., García, J., y Tejedor, M. (2002). Gestión clínica: conceptos y metodología de implantación. *Revista Calidad Asistencial*, 17(5), 305-11.
- Rey, J. (1998). Descentralización de los servicios sanitarios: aspectos generales y análisis del caso español. Escuela Andaluza de Salud Pública: Granada.
- Ruiz, A. (2011). Análisis organizativo sobre la provisión de cuidados en la práctica enfermera en los centros hospitalarios de la comunidad valenciana. (Tesis Doctoral). Universidad Cardenal Herrera, Valencia.
- Ruiz, L. (2004). *Claves para la Gestión clínica*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España.
- Santiña, M. (2013). La reorganización funcional del hospital para la gestión clínica. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad. Tema 13.3. Recuperado de: <http://www.espacio.uned.es>.

- Santiña, M. (2014). Experiencias de las unidades de gestión clínica. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad. Tema 13.5 Recuperado de: <http://www.e-spacio-uned.es>.
- Sanz, M.L., Delgado, E., García, L.A., y Álvarez, M.V. (2015). Modelo de competencias de enfermería en un área de salud con gestión integrada. *Revista Gestión y Evaluación Coste Sanitario*, 16(1), 43-58
- Servicio Navarro de Salud- Osasunbidea. (2013). Estrategia Navarra de Atención Integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos. Pamplona.
- Silva, V.A., y Galleguillos, L., (2009). Diseño de un modelo de gestión para un establecimiento hospitalario. *Revista Ingeniería Industrial*, 1, 5-20.
- Sociedad Española de Directivos de la Salud. (Marzo 2017). Código ético de la Sociedad Española de Directivos de la Salud. Madrid.
- Soria, M.T. (Pamplona 2013). Texere: diseño de una escuela de liderazgo. (Trabajo Fin de Máster). Universidad Pública de Navarra: Pamplona.
- Soto-Fuentes, Paz., Reynaldos, K., Martínez, D., y Jerez, O. (marzo 2014). Competencias para la enfermera/o en el ámbito de gestión y administración: desafíos actuales de la profesión. 14(1), pp. 79-99.
- Souza, L.P., Ferreira, A.L., Nunes, R., de Freitas, S., Maxwell, J., Veloso, O., Vieira, M.A., y Ramos, L.H., (abril 2013). El liderazgo en la visión de enfermeros líderes. *Revista Enfermería Global*, 30, 268-280.
- Strickler, F., Bohling, S., Kneis, C., O'Connor, M., y Yee, P.L. (Enero-Febrero 2017). Desarrollo de líderes de enfermería desde dentro. *Revista Nursing*, 34(1), 27-29.
- Telaranta, S. (noviembre 2002). Opiniones sobre gestión y liderazgo en enfermería. *Revista Enfermería Global*, 1.
- Veliz, L., y Paravic, T. (2012). Coaching educativo como estrategia para fortalecer el liderazgo en enfermería. *Revista Ciencia enfermería*, 18 (2), 111-117.
- Villa, J. M., Garví, M., García, S., Galindo, A., Merchán, M. N., Rojo, R.M. (noviembre 2004). La gestión por competencias: un modelo para la gestión de recursos humanos en las organizaciones sanitarias. *Revista Enfermería global*, 5.
- Yáñez, R., Loyola, H., y Huenumilla, F. (2009). La confiabilidad en el líder: un estudio sobre las enfermeras jefes de un hospital. *Revista Ciencia y Enfermería*, 15(3): 77-89.
- Zarate, R.A. (2004). La Gestión del Cuidado de Enfermería. *Index Enfermería*, 13, 44-45.

10.- ANEXOS



ANEXO I: BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

A continuación se describe la estrategia de búsqueda empleada en la elaboración de este trabajo.

La búsqueda se ha centrado en dos temas:

- a) Modelos organizativos y Gestión Clínica
- b) Competencias de los mandos intermedios de enfermería

La estrategia utilizada ha sido la siguiente:

1.- Bases de datos:

- Google scholar.
 - PubMed
 - Ciberindex
- a) Se han utilizado las palabras clave: *modelo organizativo, gestión clínica, gestión clínica de cuidados* combinadas con la palabra *enfermería* a través del booleano “and”. La búsqueda se realizó tanto en castellano como en inglés.

Como límites se utilizaron:

- Idioma: inglés y español
- Tiempo: años 2000-2017.

El número de documentos encontrado en la primera búsqueda fue muy amplio: 15.100, observando que muchos de ellos no se correspondían con el objetivo de la búsqueda. Se desearon los documentos repetidos y se utilizó como criterio de selección la disponibilidad del documento entero. Finalmente fueron seleccionados 25 artículos. Además, se obtuvieron otras 15 referencias al revisar la bibliografía de los anteriores.

- b) Se han utilizado las palabras clave: *mando intermedio de enfermería, competencias, liderazgo de enfermería, gestión de enfermería* combinados con los booleanos “and” y “or”. Al igual que en el caso anterior se realizó la búsqueda

tanto en castellano como en inglés, siendo necesario utilizar sinónimos para el término *mando intermedio* como, *supervisora o jefa de enfermería*. En el caso de la búsqueda en inglés se utilizaron los sinónimos: *nurse supervisory, head nurse* y *nurse management*. Los límites utilizados fueron los mismos que en el caso anterior. (Idioma y tiempo)

El número de referencias encontradas fueron 4.870, observando nuevamente que muchas de ellas no se correspondían con el objetivo de la búsqueda. Al igual que en la primera búsqueda, se desestimaron los artículos repetidos y se eligieron los artículos con disponibilidad de texto completo. Finalmente se obtuvieron 38 referencias.

2.- Búsqueda en revistas especializadas:

Se realizaron búsquedas en revistas especializadas en gestión de enfermería.

- Tesela
- Journal of Nursing Management
- Gestión Clínica y Sanitaria
- Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI

ANEXO II: GLOSARIO DE ABREVIATURAS Y SIGLAS
--

OHSJD: Orden Hospitalaria San Juan de Dios

HSJD: Hospital San Juan de Dios

SNS-O: Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea

CCAA: Comunidades Autónomas

ANDE: Asociación Nacional de Directivos de Enfermería

SEDISA: Sociedad Española de Directivos de la Salud.

PBE: Práctica Basada en Evidencia

UGC: Unidad de Gestión Clínica

ANEXO III: CARTERA DE SERVICIOS DEL HSJD

HOSPITALIZACIÓN

*

ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN

- Área de Medicina Interna
- Área de Geriatría
- Área de Cuidados Paliativos
- Área de Daño Cerebral

Disciplinas complementarias

- Área clínica de RHB
 - Fisioterapia
 - Terapia ocupacional
 - Logopedia
- Equipo de Atención Psicológica
- Equipo de Atención Psicosocial (EAPS)
- Hospital de Día de Cuidados Paliativos
- Equipo de Atención Social
- SAER: Servicio de Atención Espiritual y Religioso
- Voluntariado
- Atención al usuario

ÁREA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

- Cuidados Paliativos (ESAD)
- Unidad de Continuidad Asistencial

***UNIDAD ASISTENCIAL DE TUDELA**

El Hospital cuenta con una Unidad de Hospitalización en el área de Salud de Tudela con 20 camas para: Geriatría y Psicogeriatría, Cuidados Paliativos y Medicina Interna que dispone también de RHB.

Además, cuenta también con un Equipo de soporte domiciliario para Cuidados Paliativos (ESAD).

CIRUGÍA

*

ÁREAS DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA

- Cirugía Mayor Ambulatoria
- Unidad de hospitalización de corta estancia

BLOQUE QUIRÚRGICO

- Cirugía menor: tres quirófanos
- Cirugía mayor ambulatoria: cinco quirófanos
- URPA: Unidad de Recuperación post-anestésica
- Central de esterilización

ATENCIÓN AMBULATORIA

*

ÁREA DE CONSULTAS EXTERNAS

Especialidades:

- Traumatología y Cirugía Ortopédica
- Angiología y Cirugía Vascular
- Oftalmología
- Dietética y Nutrición
- Geriatria
- Cirugía Plástica, Estética y Reparadora
- Medicina Estética
- Neurocirugía
- Unidad del dolor
- Urología
- Cirugía General
- Dermatología
- Ginecología y Obstetricia
- Psicología Clínica
- Rehabilitación y Fisioterapia
- Logopedia Clínica

OTROS SERVICIOS

*

UNIDAD DE TRÁFICO

SERVICIO DE RADIOLOGÍA

- Radiología simple digital
- Ecografía
- TAC
- RMN

LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS

SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA

ANEXO IV: ENCUESTA REALIZADA A LOS MANDOS INTERMEDIOS DE ENFERMERÍA
--

ENCUESTA DE VALORACIÓN DE LA REALIZACIÓN DE FUNCIONES PROPIAS DE LOS MANDOS INTERMEDIOS Y NECESIDADES DE FORMACIÓN

El objetivo del siguiente cuestionario es valorar la percepción de los mandos intermedios de enfermería en relación a la ejecución de una serie de funciones consideradas clave por la Dirección de Enfermería del HSJD, así como detectar las necesidades formativas que perciben los profesionales en relación a cada área.

Los resultados de esta encuesta, realizada de forma anónima, serán utilizados en la elaboración de un proyecto para la Dirección de Enfermería del HSJD.

Para ello se utiliza una escala de 1 a 5: donde 1 = Nada, 2= Poco, 3= Algunas veces, 4= Bastante y 5= Mucho.

- En primer lugar se pide una valoración del grado en que están ejerciendo las funciones consideradas “clave” por la Dirección de Enfermería, en la actualidad.
- En segundo lugar: qué necesidades formativas tienen como profesionales para mejorar en cada área. (campo abierto)
- En tercer lugar: qué modalidad o tipo de formación considera más apta para adquirir conocimientos.

Nota: Señale con un circulo la palabra o número que sea su elección.

1.- Genero:

Mujer Hombre

2.- Tiempo de ejercicio en la responsabilidad actual:

Menos de 1 año Entre 1 y 3 años Entre 3 y 6 años Por encima de 6

3.- Contribución a la eficiencia mediante una adecuada gestión de la actividad y procesos de mi unidad (ingresos, altas, actividad quirúrgica, agendas...) y gestión de recursos materiales.

1 2 3 4 5

Formación necesaria:

4.- Mejora de la calidad de los cuidados mediante la monitorización de indicadores objetivos y recogida de la percepción de los pacientes.

1 2 3 4 5

Formación necesaria:

5.- Mejora de la seguridad de los cuidados en mi unidad mediante la medición de indicadores específicos y la aplicación de protocolos de prevención de riesgos.

1 2 3 4 5

Formación necesaria:

6.- Transmisión de los valores de la Orden Hospitalaria y el estilo de San Juan de Dios: atención integral centrada en la persona.

1 2 3 4 5

Formación necesaria:

7.- Ejercer un liderazgo eficaz en el equipo de enfermería de mi unidad: ser referente de cuidados, gestionar incidencias, contribuir a la cohesión del equipo, fomentar participación de los profesionales, facilitar la comunicación interna.

1 2 3 4 5

Formación necesaria:

8.- Gestión de personas: turnos, contrataciones, evaluación de desempeño.

1 2 3 4 5

Formación necesaria:

9.- Utilización de la evidencia científica en la toma de decisiones clínicas: revisión y actualización de protocolos y procedimientos en base a la evidencia científica.

1 2 3 4 5

Formación necesaria:

10.- Respecto a las modalidades formativas ¿Qué modalidad de formación crees que se adapta mejor a las necesidades que tú tienes?

- 1.- Post grado
- 2.- Formación continuada presencial
- 3.- Formación continuada on line
- 4.- Estancias clínicas
- 5.- Otras

11.- Espacio abierto a las consideraciones personales que al respecto consideres de interés aportar: