GRADO EN ENFERMERÍA

Prof. Dra. Rosa Pérez Contreras
rosa.perez@denf.uhu.es

*Las presentaciones que se detallan a continuación se han elaborado a partir del libro: González-Sanz, J.D. (2024). *ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA*. Materiales para la docencia (189.1). Universidad de Huelva. Servicio de Publicaciones.

ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE ENFERMERÍA

EL PROCESO ADMINISTRATIVO
1. PLANIFICACIÓN

ÍNDICE

1. Planificación

I. Valoración de la realidad

II. Identificación de problemas/necesidades

III. Plan de trabajo

1. Planificación

El proceso administrativo es el conjunto de mecanismos que cada organización y/o gestor articula para dar respuesta a las siguientes preguntas:

- *¿Qué debo hacer?* *(o cuáles son mis fines)*
- *¿Qué puedo hacer?* *(o con qué medios cuento)*
- *¿Qué haré primero?* *(o qué orden voy a seguir)*
- *¿Cómo sabré si lo he conseguido?* *(o cómo evaluar).*

- Hay muchas diferencias entre unos autores y otros en torno a la cuestión de cuántas fases o etapas lo componen y cuáles son

- Suele admitirse que hay, al menos cuatro fases esenciales:

✓ **PLANIFICACIÓN**
✓ **ORGANIZACIÓN**
✓ **EJECUCIÓN**
✓ **EVALUACIÓN**

- También podríamos dividir estas fases **en tres momentos**:

✓ lo que hay que tener en cuenta **antes de actuar** (planificación y organización)
✓ lo que ocurre **al actuar** (ejecución)
✓ lo que hay que considerar **después de actuar** (evaluación)

I. Valoración de la realidad

VALORAR CONSISTE EN OTORGAR UN VALOR A LAS COSAS

Establecimiento de un juicio de valor del tipo

«esto es bueno» o **«esto es malo», «conveniente»** o

«inconveniente», «peligroso» o **«inútil»,** etc.

I. Valoración de la realidad

La emisión de estos juicios de valor se la suele asociar **en enfermería** con la palabra **«diagnóstico»**

Valoración → **recolección de datos sobre la realidad** acerca de la que se quiere emitir un diagnóstico

En el campo de la **administración la palabra «diagnóstico» no tiene tanto peso**

I. Valoración de la realidad

- El gestor **NECESITA CONORCE LA REALIDAD** sobre la que trabaja lo mejor posible

- **OBTENER DATOS** sobre:

✓ **la realidad en la que opera la organización**
✓ **la organización misma**
✓ **el modo en que se relaciona con esa realidad**

- El gestor tiene que responderse a la pregunta: **¿QUÉ DATOS NECESITO?**

I. (1)NIVELES DE GESTIÓN

(ejemplo: la organización de los cuidados de enfermería de Atención Primaria en un Servicio Autonómico de Salud)

a. NIVEL INDIVIDUAL

- La gestión del **propio trabajo y es la posición que ocupa cualquier enfermero** en su desempeño habitual
- Para una **correcta planificación de los cuidados**, este profesional necesitará los **datos de salud de la población** diana a la que atiende y los datos personales de cada usuario
- Respecto a los **datos relativos a la propia organización**, estos profesionales tienen acceso a lo que está a su alcance directamente —su propio centro— y del resto del sistema reciben una información muy procesada por los niveles superiores

I. (1)NIVELES DE GESTIÓN

B. NIVEL MICRO

- Lo ocupan **los coordinadores de Cuidados de los Centros de Salud** (**o los supervisores en la Atención Hospitalaria**)
- Responsables de la actividad de enfermería del centro o unidad en su conjunto
- **Necesitarán conocer** todos los **datos** de los que disponen los **enfermeros asistenciales y de su la actividad asistencial, docente e investigadora**
- Pueden tener **acceso a algunos datos más detallados respecto de la organización** en su conjunto (grado de consecución de objetivos de otras unidades o centros, etc.)

I. (1)NIVELES DE GESTIÓN

C. NIVEL MESO

- Los gestores:

✓ **En Atención Primaria directores de Cuidados de los Distritos Sanitarios**

✓ **En Atención Hospitalaria los jefes de Bloque y directores de Enfermería**

- Necesitan **disponer de información** relacionada con las **labores de gestión del nivel micro**

- La cantidad y calidad de **la información intraorganizacional** de que disponen estos gestores es **significativamente mayor** que la de los niveles inferiores

I. (1)NIVELES DE GESTIÓN

d. Nivel macro

- **Dirección General de Humanización, Planificación, Coordinación y Cuidados**
- Es el **cargo de mayor nivel del SAS** que incluye explícitamente los cuidados
- Son también de nivel macro los **puestos de la titular de la Consejería de Salud y Consumo y su equipo**
- **Suelen trabajar en agrupaciones**
- Disponen de un **mayor acceso a los datos propios de la organización**

I. (2) FUENTES DE INFORMACIÓN

Cuando el gestor ha identificado QUÉ DATOS NECESITA

TIENE QUE SABER DÓNDE ENCONTRARLOS

FUENTES DE DATOS

De carácter público

De acceso restringido

I. (2) FUENTES DE INFORMACIÓN

CARÁCTER PÚBLICO

Destacan las **fuentes gubernamentales**, que dependen de la Administración del Estado o de las Administraciones autonómicas:

- ✓ **Instituto Nacional de Estadística**
- ✓ **Boletín Epidemiológico Semanal (del Instituto de Salud Carlos III),** etc.

I. (2) FUENTES DE INFORMACIÓN

DE ACCDESO RESTRINGIDO

Podemos encontrar las **fuentes de datos propias de la organización sanitaria** (en el caso del Servicio Andaluz de Salud, la aplicación informática *DIRAYA* y todas las aplicaciones derivadas que contiene) **y las que cada gestor construye para su propio uso** (como pueden ser estadísticas propias, contactos personales, etc.).

I. (3) TÉCNICAS INSTRUMENTALES DE VALORACIÓN

Existen diferentes técnicas

Algunas están pensadas para ser **utilizadas por una única persona**

➔***checklists***

Otras para llevarse a cabo con la **participación de varios individuos o incluso grupos**

➔**Matriz DAFO** (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades)

➔**Método Delphi** (técnica basada en el juicio de expertos)

II. Identificación de problemas/necesidades

II. Identificación de problemas/necesidades

TRAS LA VALORACIÓN

Diagnóstico sobre la situación ante la que se encuentra la organización

Cuando

Se dispone de una cantidad de información suficiente

No hay más tiempo para continuar con la valoración porque urge tomar una decisión y actuar

II. Identificación de problemas/necesidades

EL GESTOR DESCRIBE UNA SITUACIÓN

A otros profesionales, usuarios o gestores

No siempre es posible usar expresiones inespecíficas

«algo va mal» o «esto no me huele bien»

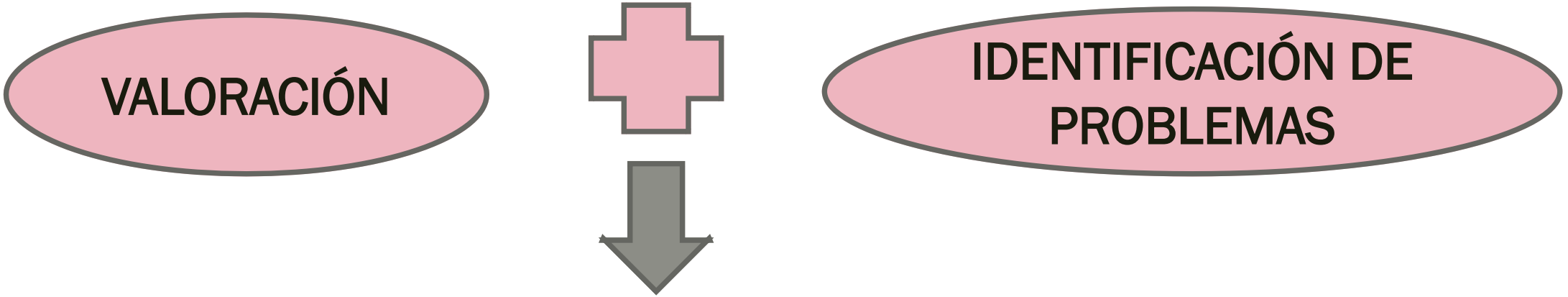
II. Identificación de problemas/necesidades

A todo gestor se le pide que, para planificar correctamente las acciones a ejecutar:

- **Identifique con claridad problemas** y/o necesidades en referencia al funcionamiento de la organización a su cargo
- Que **tenga en cuenta** no sólo **la realidad** a la que se enfrenta, sino **los diferentes niveles de gestión** y las **distintas áreas de la organización** (personal, recursos materiales, procesos, etc.)

III. Plan de trabajo

III. (1) ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES



¿Es posible abordar todos estos problemas a la vez?

Elegir qué problema se va a intentar resolver en primer lugar y cuáles quedarán en un segundo plano

III. (1) ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

a. La lucha entre lo urgente y lo importante

Es el problema de **las «fechas tope»** o la independencia del gestor, que pone sobre la mesa la cuestión del tiempo disponible para intentar resolver el problema, bien por exigencias de otras instancias superiores en la jerarquía de la organización o bien por la propia naturaleza del problema en cuestión

III. (1) ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

b. La lucha entre lo caro y lo barato

Este es el problema de la **«hucha vacía»** o la impotencia del gestor, que aparece cuando **los recursos disponibles** (de todo tipo: materiales, de infraestructura, de personas, etc.) **son inferiores a lo que se necesita**, lo que es habitual en muchas de las situaciones en que se detectan problemas en la organización

III. (1) ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

c. La lucha entre la tarea y las personas

Es el problema de la lejanía del gestor, que suele surgir cuando las **circunstancias personales de los miembros de la organización entran en colisión con la necesidad de cumplir los objetivos marcados**. Ante esto el gestor debe elegir entre centrarse en la consecución de dichos objetivos o en la atención a las necesidades de los trabajadores

III. (1) ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

d. La lucha entre lo nuevo y lo tradicional

El problema del **«siempre se ha hecho así»** o de la audacia del gestor, que se manifiesta cuando la solución elegida para el problema detectado pasa por **la innovación**, es decir, por hacer algo que nunca se ha hecho hasta entonces en esa organización, lo que **a menudo genera una gran resistencia al cambio**

III. (1) ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES

e. La lucha entre lo fácil y lo difícil

El problema del **«no te compliques»** o de la responsabilidad del gestor, que es una constante cuando el gestor quiere tomarse en serio la **resolución de los problemas detectados**, sobre todo cuando estos **vienen de antiguo**. Muchos le dirán que por qué tienen que resolverse precisamente en este momento cuando hace ya tanto que están presentes en la organización y sin embargo esta sigue adelante

III. (2) REDACCIÓN DE OBJETIVOS

NÚCLEO CENTRAL DE LA FASE DE PLANIFICACIÓN

Definir y redactar las metas que se espera alcanzar

En función del tiempo

corto, medio y largo plazo

En función de su amplitud

estratégicos y tácticos u operativos

PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA Y TÁCTICA

III. (2) REDACCIÓN DE OBJETIVOS

Algunas **características básicas** de un buen objetivo son las siguientes:

- ❑**Está escrito y es accesible a los miembros de la organización**
- ❑**Es comprensible y breve**
- ❑**Está redactado con un verbo en infinitivo**
- ❑**Supone un reto, pero es realista**
- ❑**Está descrito con detalle e incorpora medidas cuantificables, por lo que es evaluable**

III. (3) DISEÑO DE INTERVENCIONES/ ACTIVIDADES

Entre las fuentes que se pueden utilizar para identificar posibles intervenciones:

- **Externas al equipo de la organización** (profesionales expertos en distintos ámbitos, manuales, monografías y/o artículos de investigación, otros gestores, etc.)

- **Internas al equipo**, es decir, las que forman parte (se sepa o no) del bagaje propio de la organización.

III. (3) DISEÑO DE INTERVENCIONES/ ACTIVIDADES

Para facilitar la identificación de posibles intervenciones en el ámbito interno de la organización existen varias técnicas de creatividad

Destaca la conocida como *BRAINSTORMING* o lluvia de ideas

III. (3) DISEÑO DE INTERVENCIONES/ ACTIVIDADES

Una vez elegida la intervención o intervenciones que se quiere llevar a cabo

OPERATIVIZARLA

Describir pormenorizadamente las actividades que la componen

III. (4) PRODUCTOS DE LA PLANIFICACIÓN

EL PROCESO DE PLANIFICACIÓN

Identificación de problemas, priorización de los mismos, redacción de objetivos, elección de intervenciones y descripción de actividades

Creación de algún tipo de herramienta que permita ver todo el conjunto

EL PLAN DE TRABAJO

III. (4) PRODUCTOS DE LA PLANIFICACIÓN

EL PLAN DE TRABAJO

- **Documento escrito** en el que se recogen todos estos elementos
- Incluyen el **detalle de los procesos** por los cuáles se ha llegado a definir cada uno de los **aspectos principales**
- Por su **prolijidad y extensión** no suelen ser herramientas útiles para que el plan sea conocido y asumido por los integrantes de la organización
- Uso de **otro tipo de herramienta** que complementa al plan escrito: **EL CUADRO DE MANDOS**

III. (4) PRODUCTOS DE LA PLANIFICACIÓN

EL CUADRO DE MANDOS

Es una **tabla** que recoge, de forma muy **resumida y fácil de interpretar**, los objetivos establecidos y su orden de prioridad, las intervenciones propuestas y sus actividades, y, a menudo, los resultados esperados y las personas responsables de su consecución

EL PROCESO ADMINISTRATIVO
2. ORGANIZACIÓN

ÍNDICE

2. Organización

I. Trabajar con la estructura

II. Particularidades laborales en el ámbito sanitario

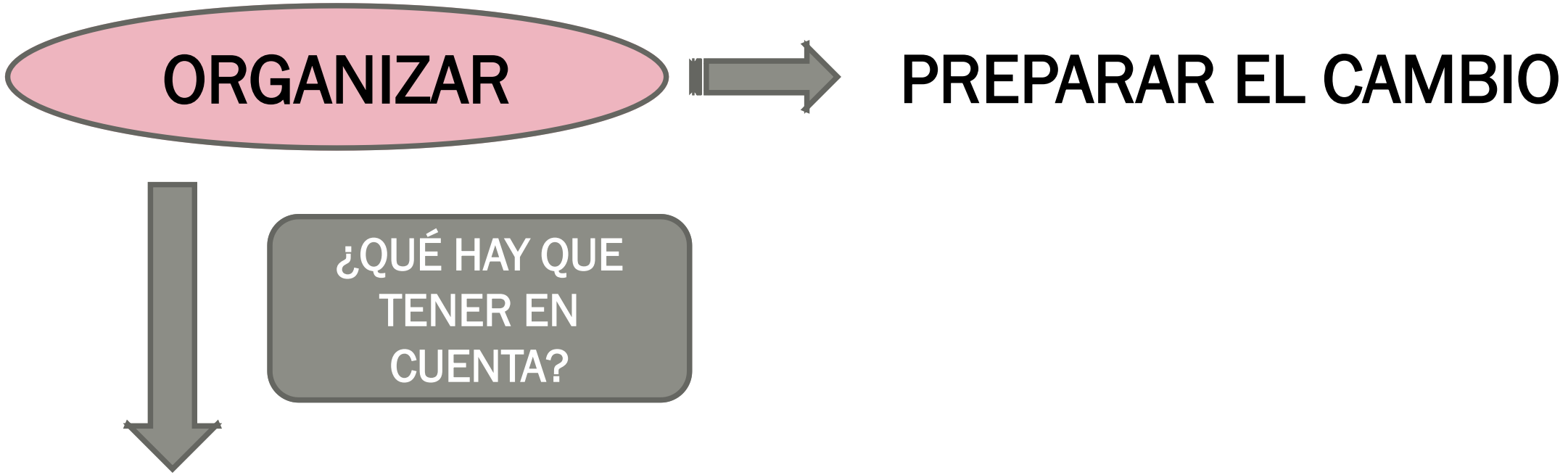
III. Satisfacción laboral

IV. Perfil del organizador

2. Organización

2. Organización

2. Organización



LOS MEDIOS DE QUE SE DISPONE (*PERSONAS Y RECURSOS*) PARA CONSEGUIR LOS FINES (*OBJETIVOS*) INCLUIDOS EN EL PLAN DE TRABAJO

2. Organización

«La **estructura de la organización** puede definirse simplemente como el conjunto de todas las formas en que se **divide el trabajo en tareas** distintas, consiguiendo luego la **coordinación de las mismas.»** (MINTZBERG, *La estructuración de las organizaciones*, p. 26.)

2. Organización

«La verdadera esencia de toda buena organización estriba en que **cada uno lleve a cabo su trabajo** de forma que **no obstaculice** el trabajo de todos **los demás.»** (Florence Nightingale citada en ULRICH, *Liderazgo y dirección según Florence Nightingale,* p. 19.)

I. Trabajar con la estructura

I.(1) PERSONAS

SON LA PARTE MÁS IMPORTANTE DE CUALQUIER ORGANIZACIÓN

El gestor de enfermería

EL NÚCLEO DE SU ATENCIÓN

SON LOS PROFESIONALES

ALCANZAR LA MISIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

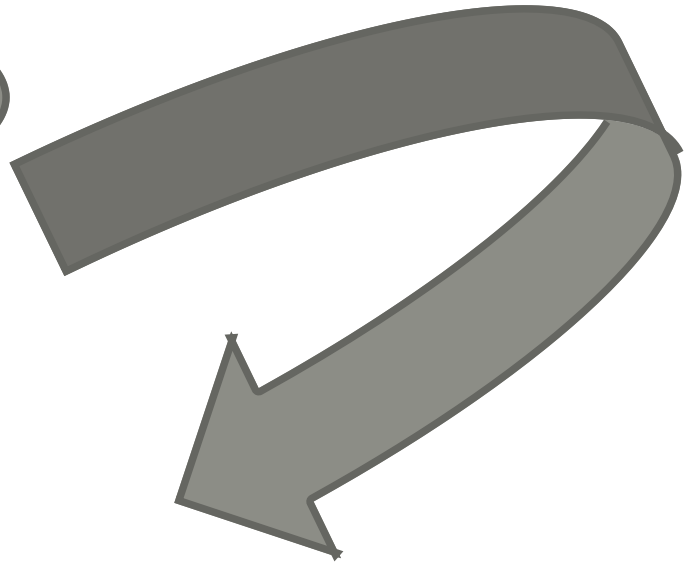
EL CUIDADO DE LA SALUD DE LOS USUARIOS

I.(1) PERSONAS

- **Conjunto de los puestos de trabajo** que una organización establece de **forma teórica** como necesario y suficiente para poder desarrollar su actividad
- **Elemento técnico de la estructura de la organización** y está directamente **vinculada a la capacidad económica** de ésta
- **NO CONFUNDIR LA PLANTILLA CON LAS PERSONAS QUE LA COMPONEN**

I.(1) PERSONAS

EL DISEÑO DE LA PLANTILLA



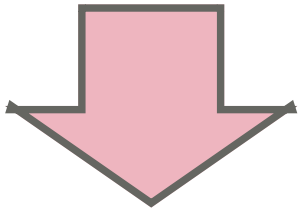
DATOS RELATIVOS A LOS RECURSOS

DATOS DE LA TAREA A REALIZAR

DATOS LABORALES DEL ENTORNO SOCIAL

I.(1) PERSONAS

ASPECTOS MÁS RELEVANTES SOBRE LOS TRABAJADORES QUE INTEGRAN EL EQUIPO HUMANO DE UNA ORGANIZACIÓN



Número

Estabilidad

Actitudes

Tiempo

Aptitudes

I.(1) PERSONAS

a) Número

Es una de **las cuestiones más discutidas** dentro de la gestión de servicios de enfermería. ¿Cuántos enfermeros hacen falta para poder cuidar adecuadamente a la población asignada a la organización? Aunque una **mirada apresurada** podría llevar a decir que **«cuántos más, mejor»,** la experiencia pondrá enseguida numerosos matices a esta idea

I.(1) PERSONAS

b) Tiempo

Los trabajadores pueden estar **contratados a jornada completa o parcial**. El tiempo de trabajo de cada empleado **se calcula de forma anual** y después se divide en unidades más pequeñas (meses, semanas, días, turnos). **La planificación de los descansos, vacaciones y permisos** está estrechamente vinculado a este cálculo anual.

En el caso de la **enfermería**, hay otro factor **a considerar que es la turnicidad**. El cálculo de la jornada anual de cada trabajador es diferente si hace un turno rotatorio, en el que se incluyen tardes y noches, o si hace un turno fijo de mañana

I.(1) PERSONAS

c) Estabilidad

A los trabajadores que ocupan cada uno de los puestos de la plantilla de **forma permanente o estable**, porque les ha sido adjudicado de forma definitiva por la organización, se les denomina **personal fijo**. Sin embargo, a los que ocupan un puesto de plantilla sin dicha adjudicación definitiva, sino por un **proceso de cobertura provisional**, se les denomina **personal temporal**.

I.(1) PERSONAS

d) Aptitudes

Son las **capacidades personales que tienen los trabajadores**. Suelen ser estables, pero **no son estáticas**, sino que **pueden modificarse** con el tiempo, especialmente a través de la **formación y la experiencia**. Entre estas aptitudes están: **habilidades técnicas, contactos personales, capacidad de gestión, herramientas comunicativas**, y todo un conjunto de competencias genéricas y específicas.

I.(1) PERSONAS

e) Actitudes

Están **influidas por los diferentes estados emocionales de cada trabajador.** Son mucho más dinámicas que las anteriores y, aunque hay personas con un nivel de estabilidad emocional muy alto, **varían fácilmente a lo largo del tiempo.** Es importante para el **gestor saber identificar** las actitudes de los trabajadores y aprender a adaptarse a ellas **para poder liderar eficazmente el equipo**.

I.(2) RECURSOS

Todos los elementos de la organización que **NO SON PERSONAS** son los recursos. Pueden dividirse en:

- **RECURSOS MUEBLES E INMUEBLES**
- **FUNGIBLES** (no reutilizables para el mismo uso)
- **ECONÓMICOS** (incluyendo dinero disponible en efectivo y otros recursos financieros)
- **INMATERIALES** (conocimiento adquirido con el tiempo, patentes, etc.)

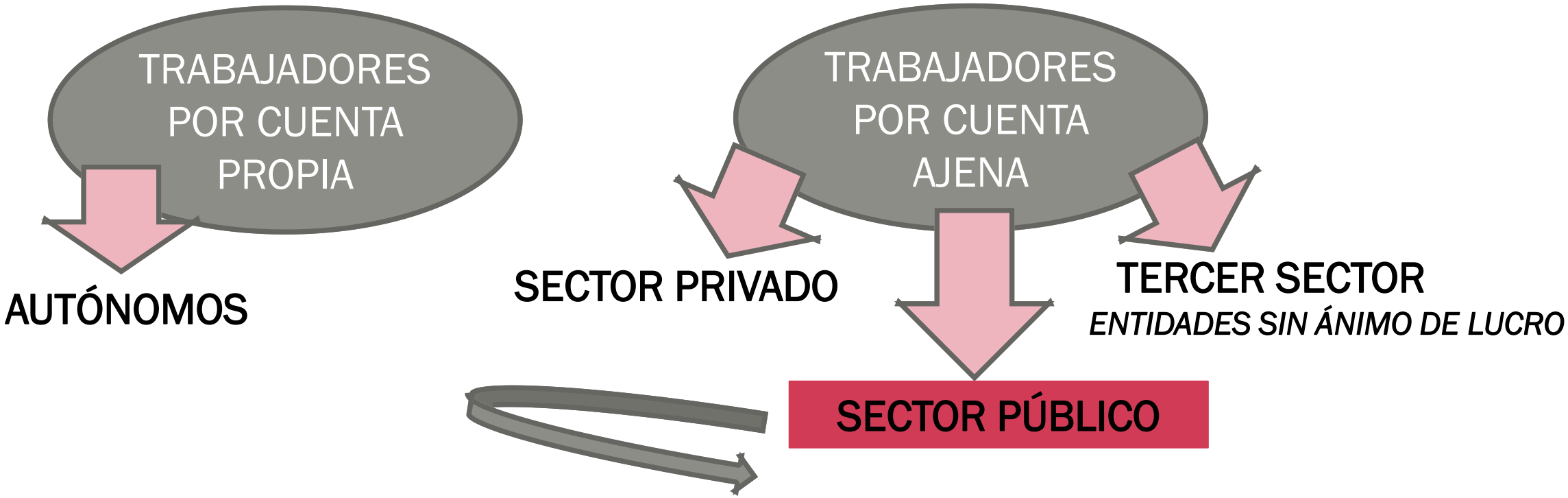
I.(3) INTERACCIÓN ENTRE PERSONAS Y ENTRE PERSONAS Y RECURSOS

CULTURA ORGANIZACIONAL

Conjunto de **hábitos, costumbres, tradiciones, estilos de liderazgo y estrategias de resolución de problemas** (recogidas o no de forma explícita en documentos o protocolos), que están **vigentes en cada organización** y que **marcan la pauta de la relación** entre las **personas y los recursos** y también entre las **personas entre sí**

II. Particularidades laborales en el ámbito sanitario

II. (1) TIPOS Y SECTORES DE TRABAJO



Administraciones Públicas de ámbito nacional→ Administración General del Estado

Autonómico →los Servicios Autonómicos de Salud

Local → los Ayuntamientos

El universitario → Universidades Públicas

II. (2) TIPOS DE PERSONAL EN EL SECTOR PÚBLICO

Todos los trabajadores que desarrollan su labor profesional y reciben sus **retribuciones en una Administración Pública** son **empleados públicos**

FUNCIONARIOS DE CARRERA

FUNCIONARIOS INTERINOS

PERSONAL LABORAL

PERSONAL EVENTUAL

II. (2) TIPOS DE PERSONAL EN EL SECTOR PÚBLICO

a. Personal funcionario de carrera

Son aquellos trabajadores que por su nombramiento tienen una **vinculación permanente con la Administración**. Hay una serie de funciones que les pertenecen en exclusiva (EBEP, art. 9).

II. (2) TIPOS DE PERSONAL EN EL SECTOR PÚBLICO

b. Personal funcionario interino

Son quienes **ocupan con carácter temporal una plaza de funcionario de carrera que esté vacante o cuyo titular haya de ser sustituido por un tiempo limitado**, o que son nombrados para la ejecución de un programa temporal o para afrontar un exceso o acumulación de tareas (EBEP, art. 10).

II. (2) TIPOS DE PERSONAL EN EL SECTOR PÚBLICO

c. Personal laboral

Son los trabajadores que la Administración contrata**, con carácter fijo o temporal**, para prestar servicios retribuidos, **pero sin tener la condición de funcionarios** (EBEP, art. 11). Aunque en las tareas que realizan y en sus retribuciones puede haber pocas diferencias, es importante notar que **ambas figuras no son iguales**.

II. (2) TIPOS DE PERSONAL EN EL SECTOR PÚBLICO

c. Personal laboral

La estabilidad de su vinculación con la Administración, que es permanente en el caso de los funcionarios de carrera y estable, pero no permanente en el mismo sentido, en el caso de los laborales.

II. (2) TIPOS DE PERSONAL EN EL SECTOR PÚBLICO

c. Personal laboral

Esto se debe, entre otras cosas, a que **estas figuras están reguladas por derechos distintos: derecho administrativo para el personal funcionario (EBEP) y derecho laboral para el personal laboral (ET).**

II. (2) TIPOS DE PERSONAL EN EL SECTOR PÚBLICO

d. Personal eventual

Son aquellos trabajadores a los que la Administración encarga funciones de confianza o asesoramiento **con carácter temporal** (EBEP, art. 12).

II. (3) PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

HAY UNA DIVISIÓN MÁS, EN FUNCIÓN **DEL ÁREA DE LA ADMINISTRACIÓN** EN QUE SE TRABAJE

Empleados públicos que desempeñan su labor en **el Sistema Nacional de Salud**

PERSONAL ESTATUTARIO

II. (3) PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

PERSONAL ESTATUTARIO

«**Los profesionales sanitarios y demás colectivos de personal que prestan sus servicios en los centros e instituciones sanitarias de la Seguridad Social han tenido históricamente en España una regulación específica**. Esa **regulación propia se ha identificado con la expresión "personal estatutario"** que deriva directamente de la denominación de los tres estatutos de personal -el estatuto de personal médico, el estatuto de personal sanitario no facultativo y el estatuto de personal no sanitario de tales centros e instituciones. […] La conveniencia de **una normativa propia** para este personal deriva de **la necesidad de que su régimen jurídico se adapte a las específicas características del ejercicio de las profesiones sanitarias y del servicio sanitario-asistencial**, así como a las peculiaridades organizativas del Sistema Nacional de Salud»

Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, modificada en 2023 (EMPESS)

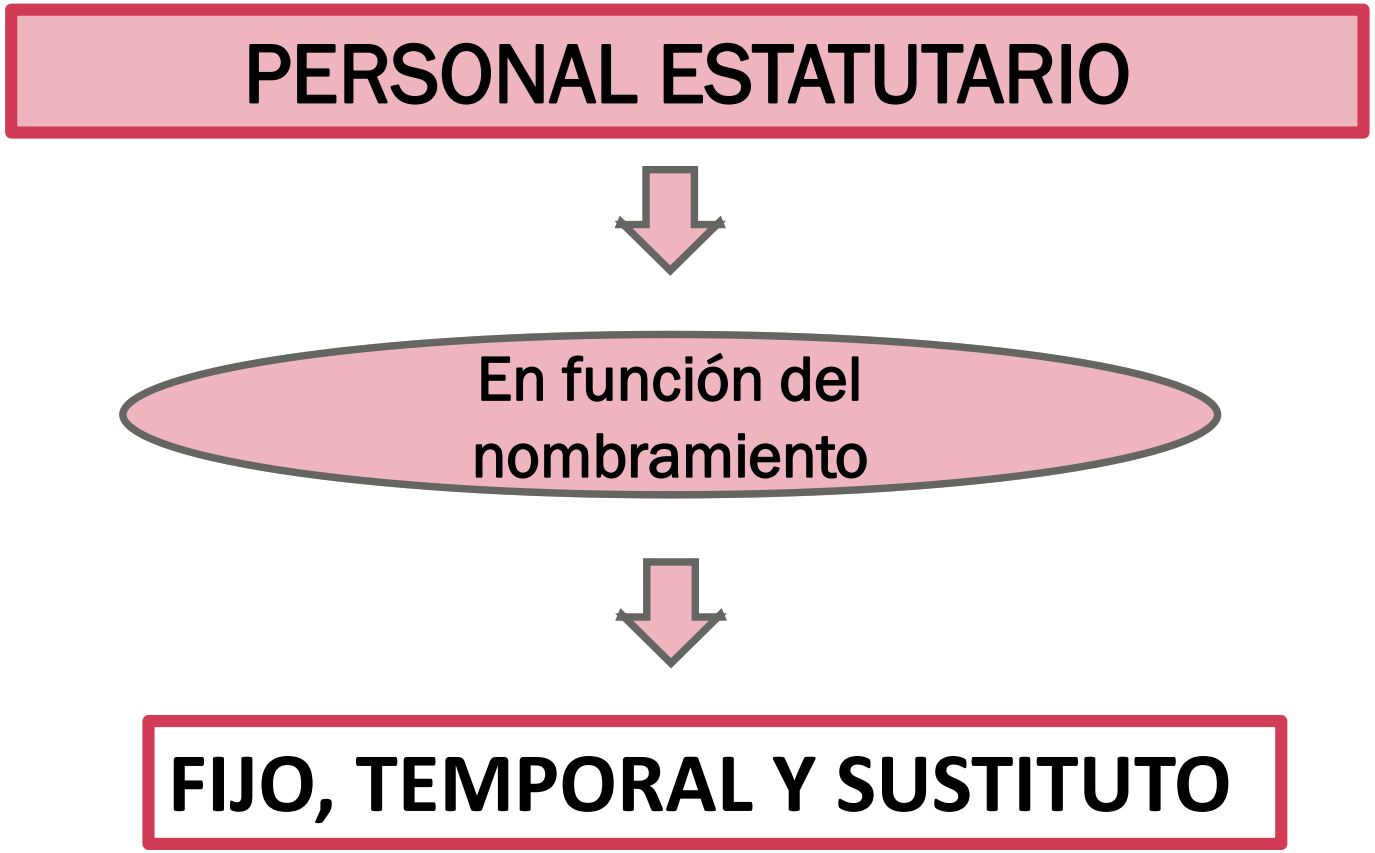
II. (3) PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Se establece una **división en función de la titulación exigida** para acceder al puesto :

- **universitaria —licenciatura o diplomatura** (con especialidad o sin ella)
- **de formación profesional** (superior o no)

(EMPESS, art. 5-7)

II. (3) PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD



II. (3) PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

a. Personal fijo

Es aquel cuyo **nombramiento tiene carácter permanente** (EMPESS, art. 8) y, por tanto, cesa solo por los siguientes motivos: renuncia, pérdida de la nacionalidad exigida, sanción disciplinaria firme, inhabilitación, jubilación o incapacidad permanente (art. 21-27).

II. (3) PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

b. Personal temporal

Es aquel cuyo nombramiento **tiene carácter temporal bien sea para cubrir una plaza vacante, un programa temporal o un exceso/acumulación de tareas**. Cesa por la cobertura/supresión/amortización de la plaza cubierta, por el fin del plazo de contratación o por la finalización de la causa del nombramiento (EMPESS, art. 9).

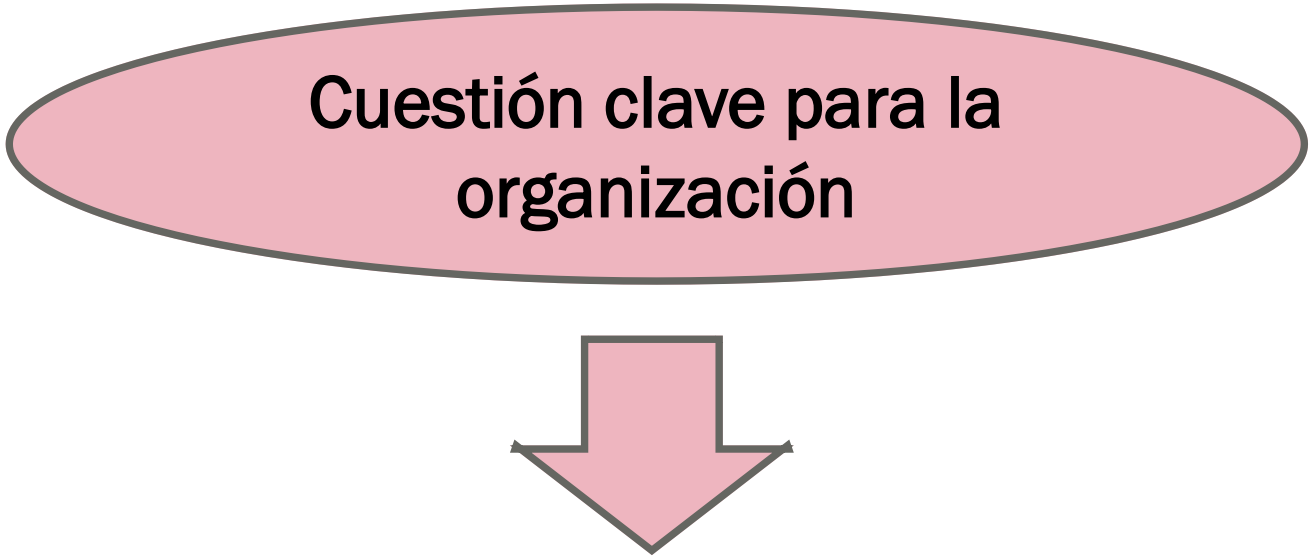
II. (3) PERSONAL ESTATUTARIO DE LOS SERVICIOS DE SALUD

c. Personal sustituto

Es aquel cuyo **nombramiento tiene como objetivo cubrir la actividad del personal fijo o temporal que esté de vacaciones o permiso, exento de guardias o con reducción de jornada**. Cesa por el fin del plazo de contratación o por la finalización de la causa del nombramiento (EMPESS, art. 9 bis).

III. Satisfacción laboral

III. Satisfacción laboral



LAS PERSONAS QUE LA COMPONEN APORTEN A LA CONSECUCIÓN DE LA MISIÓN SU MÁXIMO POTENCIAL

III. Satisfacción laboral

¿Qué puede hacer el gestor para desarrollar todo lo posible las capacidades de las personas a su cargo?

III. Satisfacción laboral

ATENCIÓN EN LA MOTIVACIÓN DE LOS TRABAJADORES

TEORÍA DE LA MOTIVACIÓN/ HIGIENE DE FREDERICK I. HERZBERG

DOS TIPOS DE FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS TRABAJADORES

Factores intrínsecos o motivadores

Causa de satisfacción laboral

Factores extrínsecos o higiénicos

Causa de insatisfacción laboral

III. Satisfacción laboral

Factores intrínsecos o motivadores

En este grupo encontramos aquellas **cuestiones que atañen a las necesidades de realización de la persona**. Tiene un **componente ideal**, es decir, referente a **las ideas que cada trabajador tiene sobre** la vida en general, sobre **lo que está bien y mal**, sobre la plenitud y la belleza.

III. Satisfacción laboral

Factores intrínsecos o motivadores

Algunos de estos factores son los siguientes:

- las **posibilidades de promoción** dentro de la organización
- el **reconocimiento**
- la **consecución de logros**
- la **autonomía** en la toma de decisiones profesionales
- la relevancia de estas decisiones (**responsabilidad**)
- la **adecuación entre las perspectivas** creadas durante la formación y la realidad del trabajo cotidiano

III. Satisfacción laboral

Factores intrínsecos o motivadores

La presencia de estos factores produce en el trabajador **satisfacción laboral**, que está **relacionada con la productividad, la fidelidad del trabajador a la organización y la creatividad**, además de con la **satisfacción de los usuarios**

III. Satisfacción laboral

Factores extrínsecos o higiénicos

- Son los factores **relativos a la sensación de seguridad del trabajador** en el desempeño de su puesto de trabajo; no solo seguridad física, sino psicológica y social.
- Son elementos que se **asocian con las condiciones de trabajo**.

III. Satisfacción laboral

Factores extrínsecos o higiénicos

- **el salario recibido por el trabajo**
- **la estabilidad laboral**
- **las indicaciones de la organización** (cumplimiento de objetivos, carga de trabajo)
- **el régimen de vigilancia y supervisión** de la organización (los jefes, normas, protocolos, etc.)
- **las condiciones ambientales** (calor, frío, luz, espacio, etc.)
- **las relaciones entre los diferentes trabajadores**

III. Satisfacción laboral

Factores extrínsecos o higiénicos

- El **enfrentamiento de la persona con la situación real de su puesto de trabajo** es un esfuerzo de adaptación que **va acompañado de un cierto nivel de estrés**.
- Hay diferentes **estrategias de afrontamiento del estrés** y es responsabilidad del **gestor facilitar que los trabajadores** a su cargo las conozcan y puedan ponerlas en marcha.
- Si el **nivel de estrés se mantiene** mucho tiempo puede aparecer **el síndrome de *Burn-Out*** o del profesional quemado

III. Satisfacción laboral

Factores extrínsecos o higiénicos

- Los factores extrínsecos **son de la mayor relevancia para el gestor**
- Son los factores sobre los que **la organización tiene más posibilidades de actuar**
- Una fuerte **insatisfacción laboral**, puede llevar **AL ABANDONO LABORAL** y genera también serias **dificultades en la captación de nuevos profesionales** para la enfermería

IV. Perfil del organizador

IV. Perfil del organizador

A lo largo de esta fase del proceso administrativo es fundamental que **exista una visión, una descripción más o menos detallada del camino a seguir para llegar a la meta deseada**

IV. Perfil del organizador

NO ES LO MISMO ORGANIZAR QUE DIRIGIR

ORGANIZAR

Conocer bien la realidad y visualizar claramente el cambio que se quiere introducir

DIRIGIR

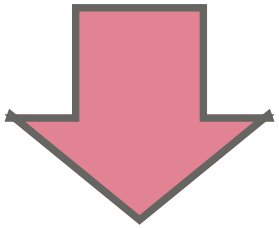
Consiste en ejecutar ese cambio

IV. Perfil del organizador

«Hay dos clases de personas en el mundo —aquellos que toman lo mejor de él y lo disfrutan y aquellos que desean algo mejor y tratan de crearlo—. Lo que el mundo necesita es la apreciación de los primeros y el descontento de los segundos». (Florence Nightingale, citada ULRICH, *Liderazgo y dirección según Florence Nightingale*, p)

IV. Perfil del organizador

Ser capaz de hacer que las personas lleven a cabo las actividades precisas para que el cambio se produzca



LA DIRECCIÓN Y EL LIDERAZGO

IV. (1) CLARIVIDENCIA Y ANTICIPACIÓN

IMPORTANTE

CLARIVIDENCIA

- La capacidad de **ver la realidad tal como es**.
- Ser capaz de definir, en cada momento, **qué no es posible cambiar, qué sí lo es** y, dentro de esto, qué se debe cambiar.

ANTICIPACIÓN

- Es la **clave de una mente organizadora**.
- **Mirar al futuro para adelantarse a él** y prever los beneficios resultantes de la consecución del cambio que se busca, así como las dificultades que le opondrá la realidad

EL PROCESO ADMINISTRATIVO
3. EJECUCIÓN: DIRECCIÓN Y LIDERAZGO

ÍNDICE

3. Ejecución: Dirección y liderazgo

I. Los límites del liderazgo

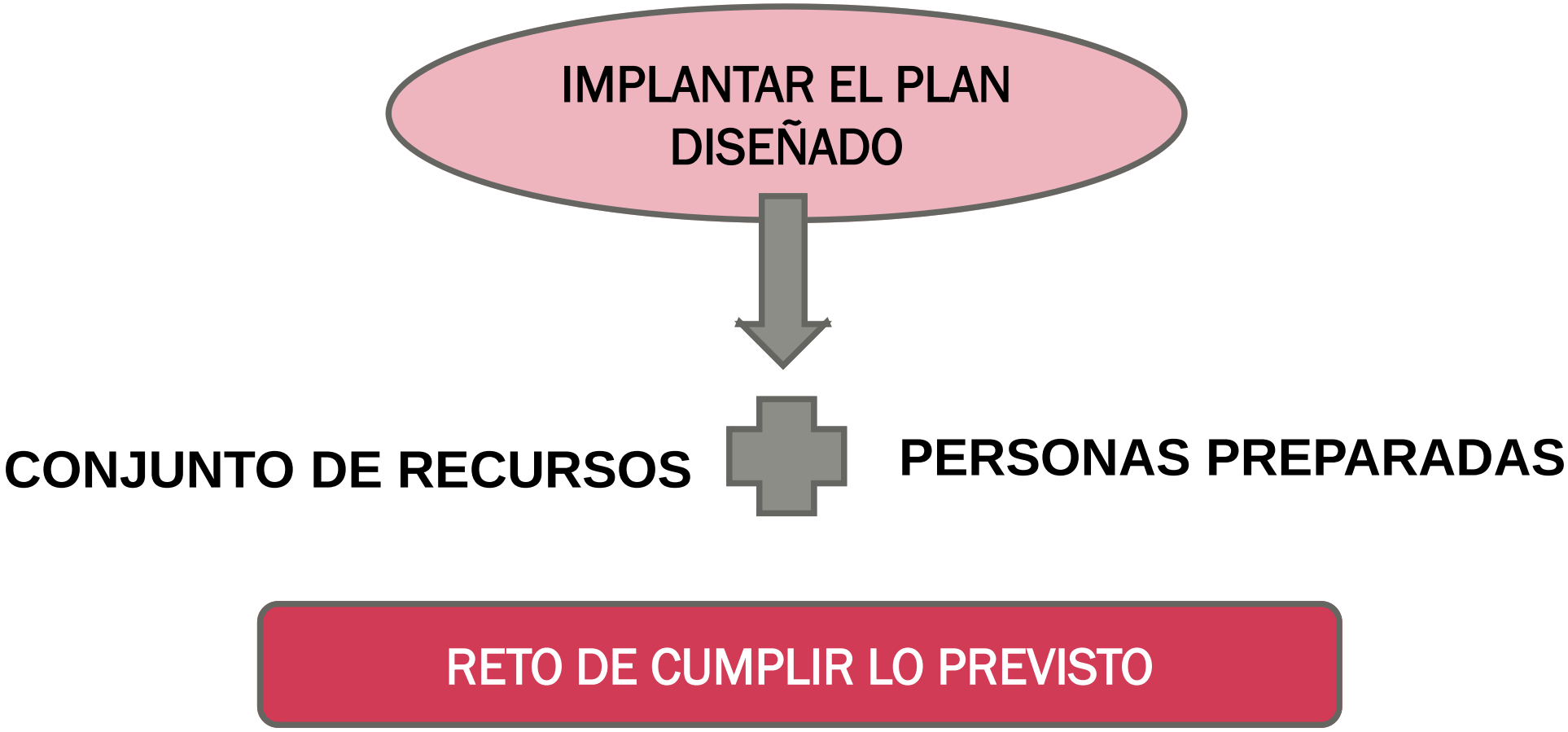
II. El poder de las palabras

III. Tipos de liderazgo

IV. Algunos pasos clave para mejorar la capacidad de liderazgo

3. Ejecución: Dirección y liderazgo

3. Ejecución: Dirección y liderazgo



3. Ejecución: Dirección y liderazgo

3. Ejecución: Dirección y liderazgo

FUNCIÓN DE DIRECCIÓN

Conjunto de acciones realizadas sobre las personas y los recursos para **conseguir llevar a cabo el plan previsto** para dar solución al problema identificado

CAPACIDAD DE LIDERAZGO

Especie de arte que hace que **las personas sientan como propio el objetivo** descrito y quieran, juntas, usar los medios disponibles para alcanzarlo

I. Los límites del liderazgo

I. Los límites del liderazgo

«El liderazgo no es la administración»
(Stephen R. Covey)

A pesar de sus limitaciones

«NINGÚN ÉXITO ADMINISTRATIVO PUEDE COMPENSAR EL FRACASO DEL LIDERAZGO»
(Stephen R. Covey)

I. Los límites del liderazgo

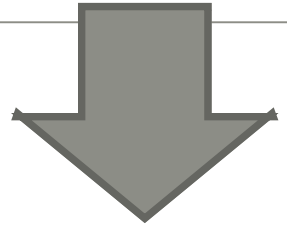
Por muy estables y fuertes que sean los cauces por los que discurre la energía de una organización, esta nunca podrá conseguir sus objetivos si esa energía no tiene el empuje, la fuerza suficiente

Importancia del liderazgo

II. El poder de las palabras

II. El poder de las palabras

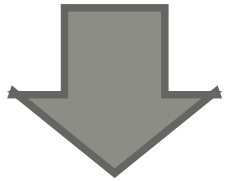
El estudio sobre la posibilidad de influir en otras personas y los modos en que es más conveniente hacerlo forman parte de una disciplina tremendamente antigua



LA RETÓRICA

II. El poder de las palabras

La enfermería ha caído repetidamente en el error de olvidar que toda teoría del liderazgo va siempre aparejada a una teoría del ser humano

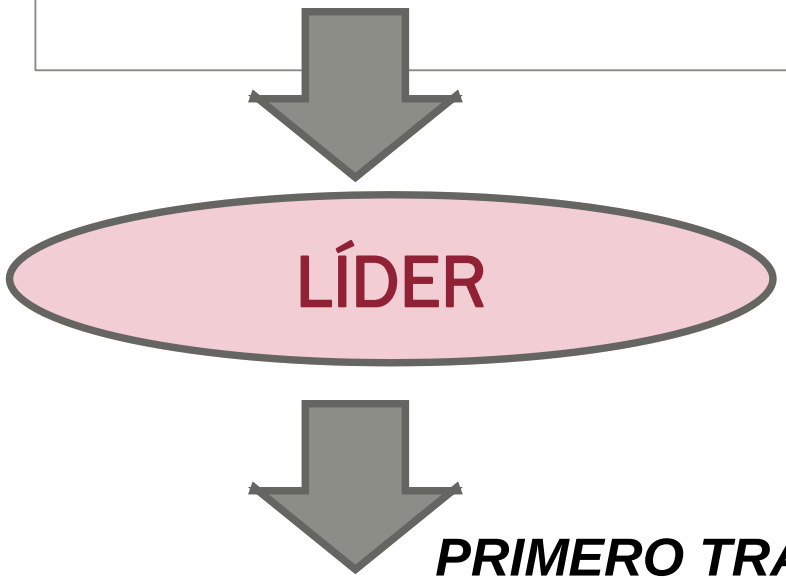


ANTROPOLOGÍA

II. El poder de las palabras

«EL CAMBIO, EL CAMBIO REAL, PROCEDE DE ADENTRO HACIA AFUERA»

(Stephen R. Covey)



PRIMERO TRABAJARSE A SÍ MISMO INTERIORMENTE

INFLUIR EN LOS DEMÁS Y LIDERARLOS POR MEDIO DE LAS PALABRAS

III. Tipos de liderazgo

III. Tipos de liderazgo

LA ENFERMERÍA ACTUAL PREFIERE HACER UNA **DESCRIPCIÓN DE LOS TIPOS DE LIDERAZGO** MÁS CEÑIDA A LA **TERMINOLOGÍA PSICOLÓGICA** Y DE LAS **CIENCIAS DE LA ADMINISTRACIÓN**

III. (1) *Liderazgo transformacional*

Se ocupa de favorecer en los trabajadores los factores intrínsecos o motivadores

Busca incentivar en las personas la sensación de estar haciendo algo valioso

III. (1) *Liderazgo transformacional*

Busca fomentar en las personas un **aumento de su autoestima** y el **desarrollo de sus capacidades intelectuales**

IMAGEN INSPIRADORA DEL LÍDER

EL MODELO A SEGUIR

III. (1) *Liderazgo transformacional*

Ayuda a conseguir la "*retention*"

Evita que los profesionales de **enfermería quieran abandonar** su puesto de trabajo e incluso la profesión

Difícil identificar entornos reales en los que este tipo de liderazgo sea algo estable y duradero

III. (2) *Liderazgo tóxico*

La idea de que puede haber un liderazgo tóxico es la asunción de que es posible que **la dinamización** de un grupo profesional no esté orientada a **un objetivo asumible como positivo**

III. (2) *Liderazgo tóxico*

IMPORTANTE

Las consecuencias que tiene la presencia del líder tóxico sobre **la productividad** de la organización y/o **la salud emocional** de sus empleados, lo que a su vez revierte en **la productividad y el equilibrio entre ingresos y gastos**

III. (3) *Liderazgo servidor*

- Empezó a ser estudiado con más atención en la **década de los años 60** del siglo XX.
- Se ha **consolidado como modelo teórico**
- **Actualmente se está investigando** sobre sus mecanismos de implantación y la evaluación de sus resultados.
- Una de sus características centrales es la **recuperación de la cercanía entre el líder y los miembros de su equipo**.

III. (3) *Liderazgo servidor*

- Aumenta la **sensación de pertenencia y participación** de los trabajadores respecto de la organización.
- A **diferencia del líder transformacional**, el líder servidor, si es necesario, **prioriza los intereses** de los **miembros de su equipo** sobre los de la organización y los suyos propios.
- Para una visión más completa puede consultarse la estupenda revisión de Eva *et al*. sobre el tema.

IV. Algunos pasos clave para mejorar la capacidad de liderazgo

IV. Algunos pasos clave para mejorar la capacidad de liderazgo

El éxito del liderazgo

El estudio atento a cómo ser mejor y cómo ayudar a ser mejores a los demás por medio de la palabra

IV.(1) Conocer tu incompetencia

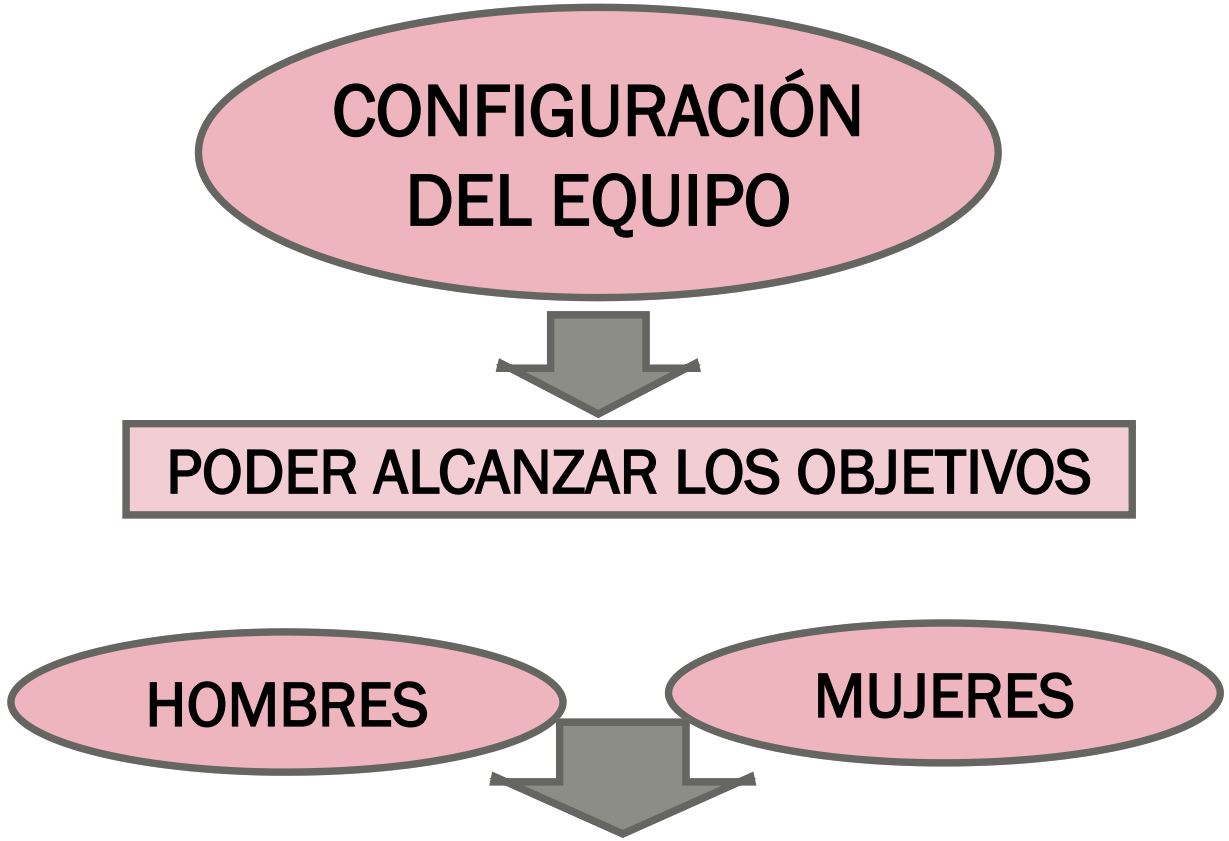
«Hemos de **lidiar con la incompetencia**, no sólo porque es más numerosa, sino porque la competencia apenas hay que gestionarla» GINEBRA, *Gestión de incompetentes*

«**Todos somos incompetentes porque somos mejorables**, porque estamos siempre en proceso de aprendizaje» GINEBRA, *Gestión de incompetentes*

IV.(1) Conocer tu incompetencia

«El primer y principal elemento para tener control sobre los demás es, por supuesto, **tener control sobre uno mismo**. Si no puedo encargarme de mí misma, no puedo encargarme de los demás» (Florence Nightingale)

IV.(2) Conocer a las personas



El número de hombres en los equipos enfermeros suele ser muy inferior al de mujeres

IV.(3) Empezar con buen pie

«LA PRIMERA IMPRESIÓN ES LA QUE CUENTA»

IV.(3) Empezar con buen pie

«la mala reputación es ligera y muy fácil de levantar, pero dura de soportar, y es casi imposible quitársela de encima. Ninguna reputación desaparece totalmente si mucha gente la corre de boca en boca» HESÍODO, *Trabajos y días*, 760

IV.(3) Empezar con buen pie

Evitar los errores no forzados

Asegurar victorias tempranas

IV.(3) Empezar con buen pie

«El mundo, es especial el mundo hospitalario, tiene tanta prisa, se mueve con tanta rapidez, que es demasiado fácil caer en malos hábitos antes de que nos demos cuenta»

(Florence Nightingale)

IV.(4) Atención a los detalles

«Las personas se unen por grandes motivos, pero fracasan por pequeñas nimiedades: por no saber escucharse, no encajar una humillación, fastidios habituales, faltas de agradecimiento, no aprender el arte de la comprensión…»

GINEBRA

IV.(4) Atención a los detalles

«las formas»

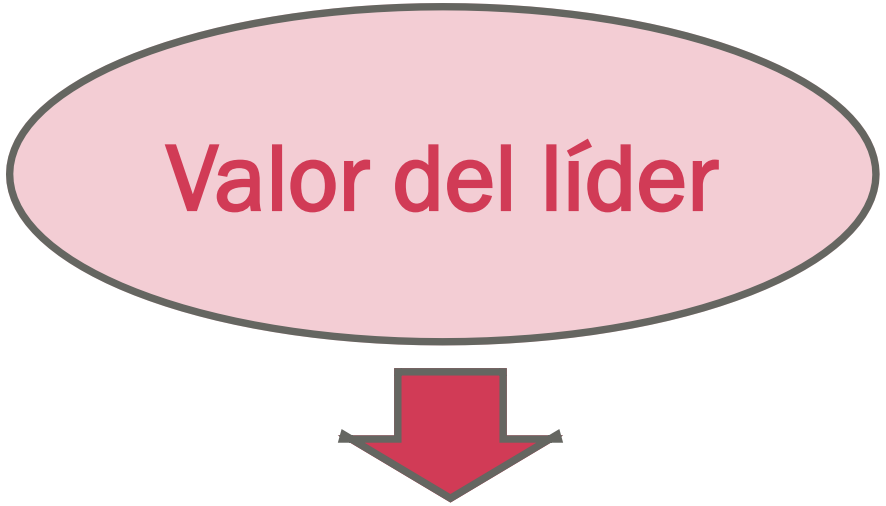
Esenciales para una buena convivencia en el equipo/centro

Una buena relación entre el gestor y las personas que integran su equipo

IV.(4) Atención a los detalles

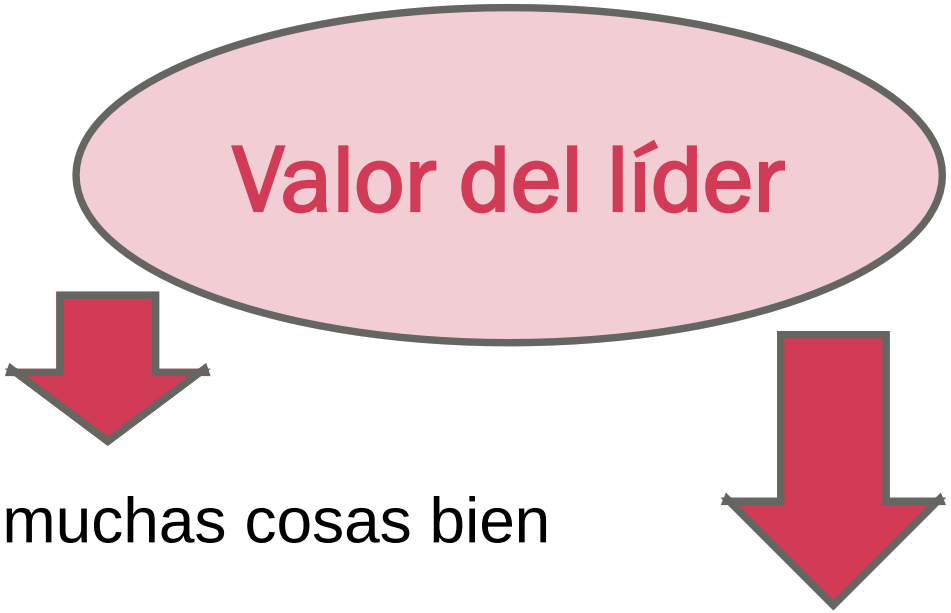
«En el fondo, todos buscamos cariño en el trabajo y nuestra conducta cambia de signo si lo encontramos… Las personas no se dirigen con conceptos, informes o procedimientos, se dirigen con relaciones» (GINEBRA)

IV.(5) Trabajar duro y bien



Capacidad de trabajo y habilidad para ejecutar las tareas enfermeras

IV.(5) Trabajar duro y bien



El gestor hace muchas cosas bien

El gestor es capaz de compartir su conocimiento con el equipo

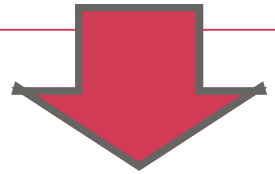
IV.(6) Controlar lo que dices

«Nadie puede maltratar a los demás y luego gobernarlos. Ganártelos constituye la mitad, o más bien diría la totalidad, del secreto de “estar al mando”. Si encuentras el camino que conduce a sus corazones, puedes hacer lo que quieras con ellos; y esa autoridad es la más completa y la menos percibida o reafirmada»

Florence Nightingale

IV.(6) Controlar lo que dices

GENERAR UNA RELACIÓN DE CONFIANZA ENTRE EL GESTOR Y LOS MIEMBROS DE SU EQUIPO



El gestor debe mejorar el autocontrol y aprender a ser más frío en las conversaciones

IV.(6) Controlar lo que dices

GENERAR UNA RELACIÓN DE CONFIANZA ENTRE EL GESTOR Y LOS MIEMBROS DE SU EQUIPO

El gestor debe aprender a respetar, incluso interiormente, la «presunción de inocencia» de cada trabajador

IV.(7) Marcar los límites

"Ser capaces de **mantener la distancia adecuada** con los compañeros y subordinados, que permita al gestor una **relación cordial**, pero que no le impida **ejercer su función de dirección**. Para ello es imprescindible una adecuada madurez personal, una buena autoestima y cierta capacidad para soportar la soledad"

(Florence Nightingale)

EL PROCESO ADMINISTRATIVO
4. EVALUACIÓN

ÍNDICE

4. Evaluación

I. ¿Qué se puede evaluar?

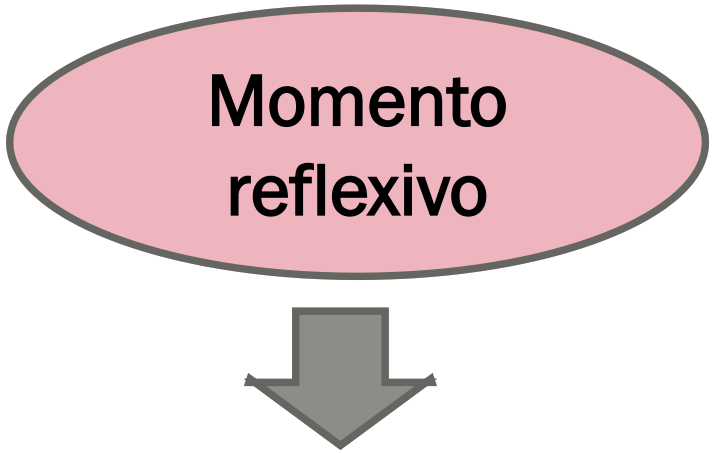
II. ¿Cómo evaluar?

4. Evaluación

4. Evaluación

Comprobar si efectivamente se ha conseguido el efecto deseado con las intervenciones realizadas

4. Evaluación



Consiste principalmente en volver a mirar lo ya observado en busca de cambios relacionados con nuestra intervención

4. Evaluación

«el propósito de conocer nuestros errores es tomar medidas para corregirlos o, todavía mejor, prevenirlos» (DONABEDIAN)

I. ¿Qué se puede evaluar?

I. ¿Qué se puede evaluar?

Cualquier actividad humana y desde muchas perspectivas posibles

I. ¿Qué se puede evaluar?

I. ¿Qué se puede evaluar?

Aspectos potenciales a evaluar respecto de la atención sanitaria

RESULTADOS

PROCESOS

ESTRUCTURAS

I. (1) Resultados

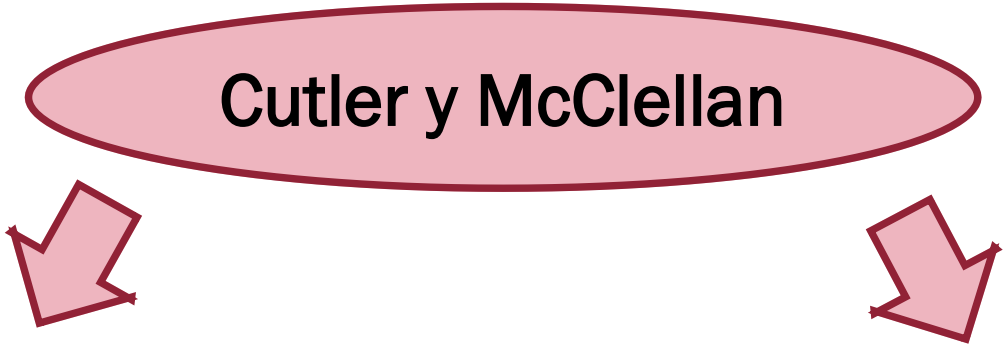
Aquellos elementos cuyo peso es mayor en la evaluación de la atención sanitaria

Su correlación directa con las actuaciones sanitarias es la más fácil de establecer

I. (1) Resultados

El problema surge cuando la relación entre la actuación y el resultado NO se puede establecer de forma directa

I. (1) Resultados

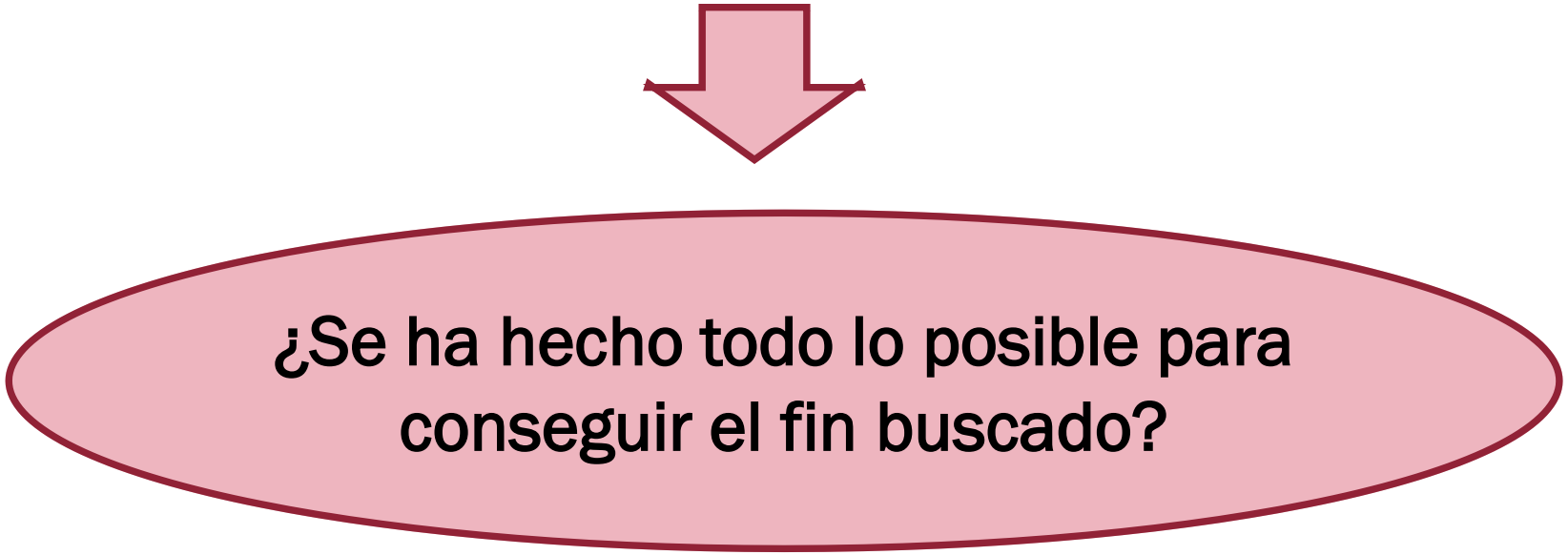


Los resultados que la atención sanitaria produce en la salud son de difícil medición

Los resultados que esta atención produce en las enfermedades, siendo también difíciles de medir, lo son menos

I. (2) Procesos

Cuando no es posible valorar con claridad el resultado de la acción que se está realizando



I. (2) Procesos

La evaluación de los procesos aporta a las organizaciones sanitarias una información muy valiosa sobre su propio modo de funcionar y les permite tener una mejor visión de conjunto sobre su acción.

I. (3) Estructuras

¿Se partía de las mejores condiciones posibles para conseguir el fin buscado?

I. (3) Estructuras

¿ QUÉ ES LA EVALUACIÓN DE LAS ESTRUCTURAS ?

La evaluación de factores independientes de los procesos, sobre todo a los que hacen referencia a la propia organización sanitaria

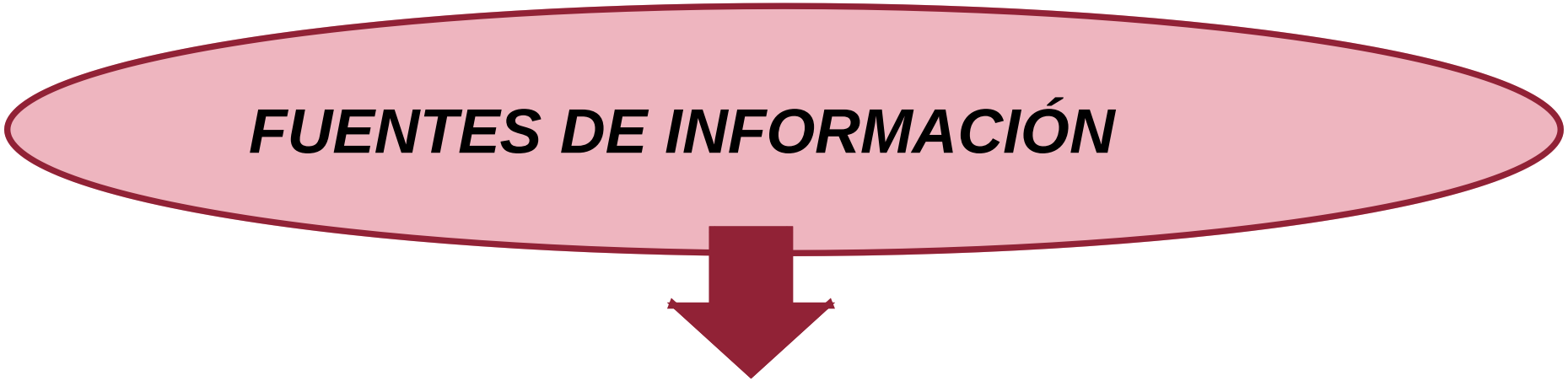
Prácticas asistenciales

II. ¿Cómo evaluar?

II. ¿Cómo evaluar?

FUENTES DE INFORMACIÓN

II. ¿Cómo evaluar?



Las historias clínicas, la observación directa y el estudio indirecto de las conductas y opiniones de los diferentes participantes del proceso sanitario

II. ¿Cómo evaluar?

El inmenso volumen de datos que es preciso tener en cuenta para una evaluación de la atención sanitaria

Uso de **diferentes técnicas estadísticas** que reduzcan grandes conjuntos de datos a un número menor de indicadores

INDICADORES

Deberán interpretarse en función de patrones que permitan emitir valoraciones completas

II. ¿Cómo evaluar?

empíricos

Derivan de la observación de una realidad en comparación con otra

(el índice de mortalidad perinatal habitual en dos poblaciones distintas)

normativos

Nacen de un consenso entre autoridades científicas

(la tasa de cesáreas que se consideraría adecuada)

II.(1) Dificultades habituales

II.(1) Dificultades habituales

Fiabilidad

Conclusiones de evaluación distintas al estudiar una misma organización o proceso, a pesar de utilizar **los mismos indicadores y patrones de medición ¿cómo podemos estar seguros de que esa evaluación es fiable?**

Para **reducir esta variabilidad**, los procedimientos de evaluación se han ido complicando con el paso del tiempo, convirtiéndose en complejas construcciones conceptuales y procedimentales.

II.(1) Dificultades habituales

Sesgos

Según el Diccionario de la Real Academia se entiende por sesgo el **«error sistemático en el que se puede incurrir cuando al hacer muestreos o ensayos se seleccionan o favorecen unas respuestas frente a otras»** . Su presencia en cualquier estudio de evaluación es altamente posible por lo que siempre hay que estar alerta para su detección y potencial reducción y/o eliminación.

II.(1) Dificultades habituales

Validez

El estudio de la validez es el de las asociaciones todavía no establecidas entre una **actuación y un resultado**. Dicho de otra forma, se trata de establecer una **vinculación directa entre determinados indicadores** relacionados con el proceso de atención sanitaria y algunos de los resultados esperados y buscados por esta.

EL PROCESO ADMINISTRATIVO
5. GESTIÓN DE LA CALIDAD

ÍNDICE

5. Gestión de la calidad

I. Definición de calidad

II. Indicadores de calidad

III. Evaluadores externos: certificados de calidad

I. Definición de calidad

I. Definición de calidad

«una **idea extraordinariamente difícil de definir**» y que «puede ser casi cualquier cosa que se quiera que sea, si bien por lo común es **un reflejo de los valores y metas vigentes en el sistema de atención médica y en la sociedad** más amplia de la que ésta es una parte» (Donabedian)

I. Definición de calidad

La calidad **no está descrita** por una serie de **principios objetivos, universalmente válidos y temporalmente estables**, sino que tiene mucho que ver con **los valores que cada sociedad acepta como válidos** en cada momento histórico (Donabedian)

DIFICULTAD PARA DEFINIRLA

I. Definición de calidad

«La **definición de la calidad** de la atención implica la especificación de tres factores: **1. el fenómeno que constituye el objeto de interés**, **2. los atributos del fenómeno sobre el que se va a emitir un juicio**, **3. los criterios y las normas** que coloquen a cada atributo en una escala que vaya de lo mejor posible a lo peor» (Donabedian)

II. Indicadores de calidad

II. Indicadores de calidad

Al **no ser posible evaluar** el funcionamiento de una entidad sanitaria

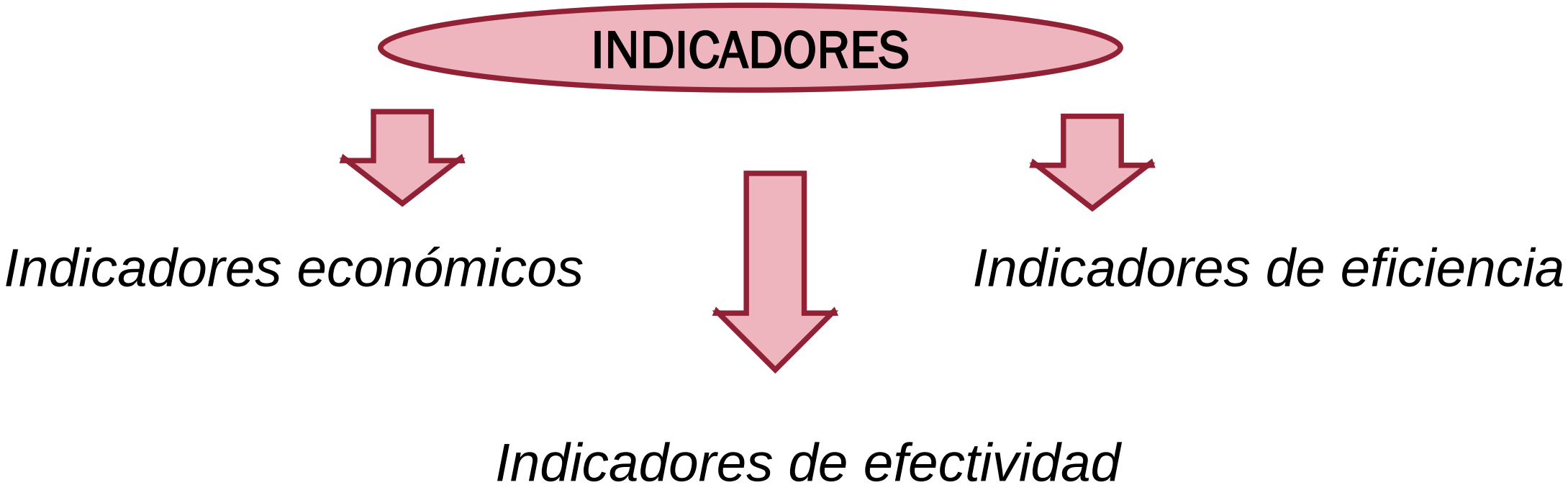
únicamente en función del **equilibrio entre gasto y beneficio**

Diferentes gobiernos y grupos e individuos responsables de las entidades sanitarias

Elaboración de medidas objetivas

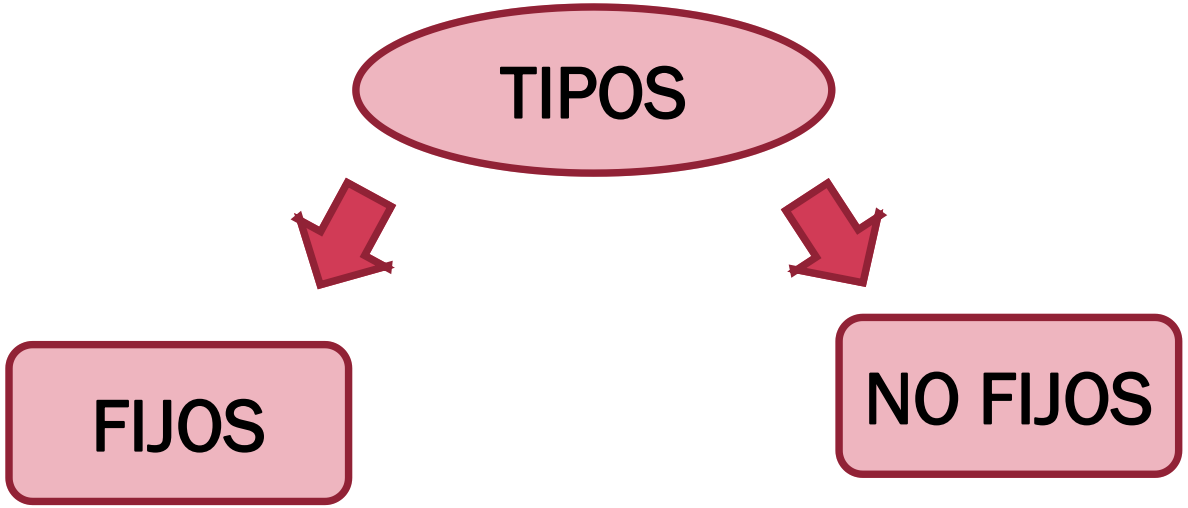
INDICADORES

II. Indicadores de calidad



II.(1) Indicadores económicos

El estudio de cuántos recursos económicos recibe la entidad sanitaria evaluada y en qué se los gasta



II.(1) Indicadores económicos

FIJOS

Se mantienen estables con el paso del tiempo (la posesión, por parte de la organización sanitaria, del edificio en que presta sus servicios)

II.(1) Indicadores económicos

NO FIJOS

Ejemplo **una partida presupuestaria** para afrontar la adquisición de nuevo equipamiento, el desarrollo de un plan de formación para el personal o la realización de obras de adecuación de espacios asistenciales.

II.(1) Indicadores económicos

Hay que tener en cuenta que toda atención sanitaria tiene un coste y que **«a cada incremento de la “calidad” corresponde un gasto monetario»**

II.(2) Indicadores de efectividad

Tratan de medir el grado de consecución de los objetivos de la atención sanitaria que presta la organización, es decir, de los objetivos de la organización

II.(2) Indicadores de efectividad

Informan de resultados

El número de partos atendidos en una unidad de Paritorio o la tasa de mortalidad de la UCI

Informan de procesos

Indicador que relacione el número total de exploraciones enfermeras de los pies de los diabéticos con el total de los diabéticos del Centro de Salud

Los más complejos

Combinar los resultados con los procesos llevados a cabo

II.(2) Indicadores de efectividad

Están siempre vinculados a las INTERVENCIONES que se llevan a cabo dentro del conjunto de la atención sanitaria

PROBLEMA

Gran variabilidad clínica ante un mismo o parecido problema de salud

DIFERENTES CRITERIOS DE ACTUACIÓN

→ **Criterio «categórico»**

→ **Criterio «contingente»**

II.(2) Indicadores de efectividad

Criterio «categórico»

Cuando un modo de actuar tiene el respaldo prácticamente unánime del conjunto de los profesionales que lo ponen en marcha

Criterio «contingente»

Modos de actuar sobre los que no habría tanto consenso

II.(3) Indicadores de eficiencia

La eficiencia, según la RAE, es la **«capacidad de lograr los resultados deseados con el mínimo posible de recursos».**

Por tanto, estos indicadores son aquellos que ponen en relación los costes (es decir, el uso de los recursos disponibles) y la consecución de los objetivos de la organización.

III. Evaluadores externos: certificados de calidad

III. Evaluadores externos: certificados de calidad

La complejidad de los sistemas de evaluación de la calidad de la actividad sanitaria

Han surgido diferentes **entidades de evaluación y acreditación** con la **misión de estudiar con detalle las estructuras, procesos y resultados de las organizaciones sanitarias**

III. Evaluadores externos: certificados de calidad

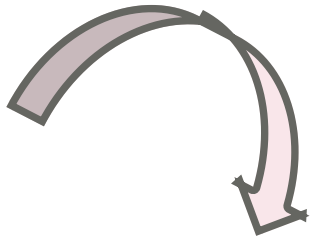
Necesidad de establecer **patrones comunes de evaluación**

para un mismo tipo de actividad

Esencial el uso de un **lenguaje compartido para la evaluación**

de la calidad de la atención sanitaria

Entidades que se dedican a la evaluación
de la calidad de la actividad sanitaria



Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA)

III. Evaluadores externos: certificados de calidad

Agencia de Calidad Sanitaria
de Andalucía (ACSA)

Forma parte de la Administración andaluza y es por tanto de carácter público, **se centra en el estudio de los niveles de calidad de diferentes actores del sistema sanitario**, como pueden ser los profesionales, los centros sanitarios, las actividades de formación, etc.

III. Evaluadores externos: certificados de calidad

Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA)

Manuales de acreditación para cada categoría profesional

Las prácticas profesionales que se consideran de un nivel de calidad

AVANZADO, EXPERTO O EXCELENTE.