

ME New Medical Economics

AULA DE INNOVACIÓN EN POLÍTICA SANITARIA

UIC

barcelona

Instituto Universitario
de Pacientes

4

De la percepción
a la acción

8

Definición y puesta
en marcha de un
modelo de desarrollo
de personas

16

La atención
paliativa domiciliaria
y residencial:
propuesta de
colaboración
público-privada

23

Plan estratégico de
enfermería 2022-
2026 en unidades de
hospitalización del
sector público

janssen  PHARMACEUTICAL COMPANIES
OF 

En colaboración con Janssen España

EDITOR

Boi Ruiz García

boi.ruiz@uic.es

COORDINADOR GENERAL

Rafael Lledó Rodríguez

rlledo@fphag.org

DIRECTOR

José María Martínez García

jmmartinezgar@gmail.com

EDITA

Health Economics, S.L.

C/ Velázquez 157

28002 Madrid

ISSN: 2792-4033

EDITORIAL

Los aspectos ligados a la gestión de las personas tienen mucho que ver en la construcción y desarrollo de un modelo asistencial que, además de regirse por la evidencia científica, atiende a los factores de la dignidad y de la humanidad de las personas. El efecto espejo entre ambos aspectos es notable.

Los recursos humanos son algo más que los efectivos con que contamos, medidos en términos de horas de dedicación a una u otra responsabilidad o tarea. Es una obviedad, pero a veces es bueno referirse a ello.

Son los depositarios del talento natural, del talento potencial, de los conocimientos, de las habilidades y de las actitudes con las que desarrollar las tareas. El reconocimiento y el estímulo del buen hacer tienen mucho que ver con el desempeño de las actitudes

que deben tener quienes prestan la atención a las personas.

La empatía como valor y práctica en la gestión de los recursos humanos alimenta la empatía de estos en su relación con aquellos a los que atienden. Y todo puede empezar en los procesos de acogida que practiquen las organizaciones.

La estrategia en la organización de los servicios de enfermería en un hospital monográfico altamente especializado, la atención en cuidados paliativos o la organización de las agendas, objeto de los trabajos publicados en este número atienden en buena parte a todo lo referido.

Especial hincapié hace el trabajo que describe y propone un modelo de desarrollo del talento.

COMITÉ EDITORIAL

Llorenç Sotorres Bartolí
llsotorres@fundacio-puigvert.es

Joan Bosch Sabater
jboschs@uic.es

Joan María Ferrer Tarrés
jm.ferrer@fsm.cat

Candela Calle Rodríguez
ccalle@iconcologia.net

Xavier Mate García
xavier.mate@quironsalud.es

Isabel Amo Mora
iamo@uic.es

De la percepción a la acción



Patricia Novoa Collado

Enfermera Instrumentista de Quirúrgica Cirujanos Asociados. Máster Universitario en Gestión Sanitaria. Universitat Internacional de Catalunya (UIC). Barcelona 2018-2019.
patrizia07@hotmail.com



Joan Bosch

MD, PhD. Departament de Ciències Bàsiques. Facultat de Medicina i Ciències de la Salut. Universitat Internacional de Catalunya (UIC) Barcelona.
jboschs@uic.es

ABSTRACT

A common problem in most of medical centers is the waiting list. Long waiting times are usually the cause of dissatisfaction for patients.

The efficient management of waiting list involve lots of care workers and the knowledge to handle this difficult task. But it is important for both patients and medical staff satisfaction.

The aim of this Project is to analyse if a deficient wait list management can be one of the causes about patients and staff displeasure.

We have used the SWOT methodology and we concluded that several problems between the agendas are causes of this dissatisfaction. We made several suggestions to improve the agendas.

An efficient waiting list, involve the adaptation times to patients specific needs, so we can head the patient at the correct health care worker and use the efficient and precisely communication resources.

KEYWORDS

Waiting List, Patient Satisfaction, Professional Satisfaction, SWOT

RESUMEN

La lista de espera es uno de los problemas que existe en la mayor parte de los centros asistenciales y constituye una de las principales causas de insatisfacción de los pacientes.

Una buena gestión de la lista de espera que implique a todos los profesionales contribuirá a incidir no solo en la satisfacción de los pacientes sino también en la de los profesionales.

El objetivo de este proyecto es analizar si una de las causas de la insatisfacción de los pacientes y de los profesionales puede ser la gestión de las agendas. Aplicando el método DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) se concluye que sí y se proponen acciones para mejorar la gestión de agendas.

Una gestión eficiente de las agendas implica adaptarse a las necesidades de los pacientes, ajustar los tiempos de visita según el tipo de sesión, orientar el trabajo al profesional adecuado y utilizar los recursos de comunicación disponibles actualmente.

PALABRAS CLAVE

Lista de Espera, Satisfacción del Paciente, Satisfacción de los Profesionales, DAFO

INTRODUCCIÓN

Los primeros síntomas los detectan algunos profesionales en forma de cambios sutiles en el ambiente, de percepciones de que “algo está cambiando”. Siendo una cuestión importante comprobar la realidad de las percepciones y objetivar las causas.

El presente estudio es un trabajo final de máster de un caso real. Se trata de una empresa privada, creada en el año 1986, que ofrece sus servicios de salud en el ámbito quirúrgico. Tiene una actividad importante y un crecimiento acelerado en los últimos años; por lo que la propia empresa ha iniciado un proceso de reestructuración. Durante este tiempo, se han detectado anulaciones de visitas y situaciones que podrían conllevar a la disconformidad por parte de los pacientes y de los profesionales.

En este contexto, la empresa autorizó la realización de este trabajo a una enfermera de quirófano que tenía la percepción de que, además de las posibles tensiones que conlleva la reestructuración, posiblemente había otras causas podían contribuir a la desazón. La profesional justificaba sus apreciaciones con el hecho de que algunos pacientes no estaban de acuerdo con los retrasos y esperas, y de que algunos profesionales creían que la “organización” podía mejorar.

La finalidad de este trabajo es plantear un método de análisis para confirmar o no la realidad de las “percepciones”, buscar las causas y proponer acciones.

CONTENIDO

A la hora de escoger el método de trabajo se tuvo en cuenta que la empresa estaba en proceso de reformulación y que los aspectos económicos y de gestión al más alto nivel estaban reservados a la dirección. Hay que destacar que los datos de este estudio son anteriores a la epidemia de la COVID-19.

Para objetivar la situación se escogió la metodología DAFO recogiendo la información de los registros pertinentes y de foros informales^{3, 4}.

RESULTADOS

Se obtuvo la matriz de la Figura 1. Los distintos elementos se agruparon en cuatro ejes: económico, gestión, satisfacción de los pacientes y satisfacción de los profesionales.

Este trabajo se centra en los ejes de satisfacción de los pacientes y de los profesionales.

En el apartado de Debilidades se plasmaron una serie de situaciones que comportaban malestar tanto a los pacientes como a los profesionales y se llegó a la siguiente síntesis: los pacientes tienen que esperar y, por ello, optan por no acudir a las consultas o anularlas, lo que conlleva a tiempos muertos para los profesionales. Paralelamente, para contentar a algunos enfermos se admiten más pacientes en el mismo espacio de tiempo, provocándose sobrecargas puntuales para los profesio-

nales. En este segundo caso, los pacientes perciben un servicio deficitario y los profesionales una organización deficiente.

En el apartado de Amenazas se detectaron situaciones que preocupaban a los profesionales como la sensación de poca satisfacción en el trabajo y la percepción de pérdida de competitividad respecto a la competencia. Se llegó a la conclusión de que las amenazas que sentían los profesionales podían ser consecuencia de los hallazgos expuestos en el apartado de Debilidades y que un punto de unión entre las debilidades y las amenazas podía ser que la gestión de las listas de espera tenía muchos problemas. El sistema de gestión de agendas llevaba muchos años funcionando y, después de un pequeño análisis, se observó que, a pesar de los cambios puntuales y la dedicación del personal, el sistema probablemente ya no podía dar respuesta al volumen y a la complejidad actual.

La propuesta de acción fue mejorar el sistema de agendas, con la hipótesis de que esta mejora contribuiría a aumentar la satisfacción de pacientes y profesionales.

Para verificar la relación causa-efecto, se propone analizar las consultas anuladas, la satisfacción de los pacientes y de los profesionales antes y después de las modificaciones. Para la mejora de la gestión de las agendas se propone una serie de acciones concretas, adaptadas a la institución.

Conceptualmente estas acciones de mejora se pueden agrupar en grandes apartados:

- Diferenciar las listas en función de la necesidad del paciente, del tipo de cirugía, de la situación clínica, del tipo de prestación y de las preferencias personales.
- Personalizar las visitas en función de los profesionales.
- Asignar las visitas a los profesionales más adecuados con el apoyo necesario.
- Utilizar las tecnologías de la información para avisar, confirmar citas y facilitar la comunicación.
- Prever un sistema fácil e intuitivo que no presente dificultades para los pacientes.
- Utilizar los sistemas de comunicación informáticos para pruebas y resultados.
- Introducir las visitas telemáticas si el paciente las acepta.
- Establecer sistemas para resolver dudas de los pacientes de forma rápida y efectiva.

Para la implementación de estos cambios es necesario la implicación de la dirección, de los profesionales y un coste-beneficio adecuado.

CONCLUSIONES

Transformar las sensaciones en posibles acciones de mejora exige un proceso de estudio y análisis utilizando un método adecuado. En este trabajo se parte del análisis de las percepciones y de sus causas para llegar a

FORTALEZAS	DEBILIDADES
Equipo profesional de alta experiencia.	No hay una dirección estratégica clara.
Atención y seguimiento personalizado.	Los pacientes han de esperar.
Crecimiento en los últimos años y rentabilidad empresarial	Gran porcentaje de visitas anuladas.
Control de la actividad laboral a través de las TIC.	Los profesionales tienen tiempos muertos y esperas.
Acreditaciones de calidad: ISO 9001.	Saturación de visitas.
	Sobrecarga de trabajo.
	Estrés laboral.
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
Empresa en época de cambios.	Alto nivel de exigencia de los pacientes en cantidad y calidad de servicios.
Avances tecnológicos .	Competencia profesional con otras empresas.
Actualización constante de las TIC.	
Transformación digital.	

Figura 1. Matriz DAFO.

propuestas de acción. Se realiza un análisis DAFO estudiando datos objetivables y realizando entrevistas semiestructuradas a distintos profesionales. Se concretan las sensaciones, se sistematizan en conceptos, se ordenan y se relacionan⁵.

En el análisis conjunto se observa que el factor tiempo es un elemento subyacente en las debilidades y en las amenazas, y se sabe que la percepción del paso y la calidad del tiempo es un parámetro importante en la satisfacción. Los pacientes perciben el tiempo muerto de esperas y el tiempo de dedicación, y los profesionales perciben la dimensión del tiempo en tanto que les permita prestar la atención que creen necesaria^{6, 7}.

A partir de los resultados del análisis se llega a la conclusión de que una de las causas de la “alteración del clima” es la dificultad para canalizar el flujo de pacientes. Por lo tanto, se proponen acciones para mejorar la gestión de las agendas. Se postula que mejorando las agendas se avanzará en la consecución del objetivo final que es incrementar la percepción de calidad por parte de los usuarios y estimular el orgullo profesional y de pertinencia de los profesionales.

Se piensa que en este caso, como en otros muchos que se presentan en la gestión diaria de las empresas asistenciales, la metodología DAFO representa un método

aplicable que conduce a propuestas de acción y tiene una muy buena relación coste-beneficio.

Es importante tener presente que la atención sanitaria involucra a muchos profesionales que operan en entornos cambiantes y, cada vez más, es necesario un trabajo interprofesional. Paralelamente la sensibilidad de los pacientes cambia y la percepción del tiempo tiene dimensiones distintas en función de la personalidad y de las circunstancias.

Para la empresa, la gestión de las agendas no es sólo canalizar el flujo de los pacientes sino también dirigirlos al recurso más eficiente.

Este estudio corresponde a un trabajo final del máster universitario de gestión en el que los aspectos teóricos son relevantes. La empresa autorizó y facilitó la realización del trabajo que se materializó en unos puntos concretos. En una situación real, los aspectos económicos y de gestión de personal tendrían que ser analizados; sin embargo, después de hacer las averiguaciones oportunas, se puede decir que la no inclusión de los ejes financiero y personal, no restan validez ni al análisis ni a las conclusiones.

Los cambios no se han implantado todavía y faltaría el análisis de los resultados pre y post intervención para verificar la bondad de las conclusiones y de la propuesta de acción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Entitats d'assegurança sanitària lliure de Catalunya 2018-2019 Barcelona Departament de Salut Direcció General d'Ordenació Professional i Regulació Sanitària. © 2021, Generalitat de Catalunya.
2. Greiner LE (1989) Evolution and Revolution as Organizations Grow. In: Readings in Strategic Management. Macmillan Education UK, London, pp 373–387.
3. Helms M.M, Nixon J (2010) Exploring SWOT analysis – where are we now? *Journal of Strategy and Management* 3:215–251. <https://doi.org/10.1108/17554251011064837>.
4. Gürel E (2017) SWOT Analysis: A Theoretical Review *Journal of International Social Research* 10:994–1006. <https://doi.org/10.17719/jisr.2017.1832>.
5. Căprărescu G.S. (2013) The SWOT Analysis: between Myth and Reality *Knowledge horizons. Knowledge Horizons - Economics, Faculty of Finance* 5(1):38–42.
6. Janicijevic I.S. (2013) Healthcare workers satisfaction and patient satisfaction – where is the linkage? *HIP-POKRATIA* 17,2:157–162.
7. Pockros B, Nowicki S, Vincent C (2021) Is It Worth the Wait? Patient Perceptions of Wait Time at a Primary Care Clinic. *Family Medicine* 53:796–799. <https://doi.org/10.22454/FamMed.2021.790286>



Definición y puesta en marcha de un modelo de desarrollo de personas basado en competencias en un centro monográfico de cáncer



Ana Sedano Martínez
 Institut Català d'Oncologia
 Directora para las Personas.
asedano@iconcologia.net
[Linkedin](#)



Candela Calle Rodriguez
 Fundació Sant Francesc d'Assís
 Directora General.
ccalle@fsfa.cat
[Linkedin](#)

ABSTRACT

The most important asset of a national health system is its professionals because their competence is the main determinant of the quality of the services they provide.

It is not surprising, therefore, that the European Directive 2013/55/EU on professional qualifications urges member states to ensure that health professionals can update their skills to guarantee the safe and effective practice of their profession.

In this spirit, the ICO (Catalan Institute of Oncology), a public monographic cancer centre, has proposed in its strategic lines to deploy a people development model based on their competencies, in line with leadership and corporate values, which must allow us to know where the talent is to manage it.

The paradigm shift involves placing the focus on professional performance: work should be considered an activity to be carried out successfully and not a place to be. This model has a direct impact on the selection of people, initial training and integration into work teams, corporate training, annual evaluation and the establishment of variable remuneration, internal mobility processes, access to positions through internal promotion, the acquisition of different levels of professional career and other promotion or recognition systems.

KEYWORDS

Competency, Development, Talent, Leadership, Management

RESUMEN

El activo más importante de un Sistema Nacional de Salud lo constituye el conjunto de sus profesionales porque su competencia es el principal determinante de la calidad de los servicios que provee.

No es extraño, pues, que la Directiva Europea 2013/55/UE sobre calificaciones profesionales inste los estados miembros a velar por que los profesionales de la salud puedan actualizar sus competencias con el objetivo de garantizar un ejercicio seguro y eficaz de su profesión.

Con este espíritu, el ICO (Instituto Catalán de Oncología), centro público monográfico de cáncer, se ha propuesto en sus líneas estratégicas desplegar un modelo de desarrollo de personas basado en sus competencias, acorde con el liderazgo y los valores corporativos, que ha de permitir conocer dónde está el talento para poder gestionarlo. El cambio de paradigma pasa por poner el foco en el desempeño profesional: el trabajo debe ser considerado una actividad a realizar con éxito y no un lugar donde estar.

Este modelo tiene un impacto directo en la selección de personas, la formación inicial y la integración en los equipos de trabajo, la formación corporativa, la evaluación anual y el establecimiento de retribución variable, los procesos de movilidad interna, el acceso a plazas por promoción interna, la adquisición de los diferentes niveles de carrera profesional y otros sistemas de promoción o reconocimiento.

PALABRAS CLAVE

Competencias, Desarrollo, Talento, Liderazgo, Gestión

INTRODUCCIÓN

El Instituto Catalán de Oncología es un centro público y monográfico sobre el cáncer. Tiene un modelo territorial propio, con una organización multicéntrica y estructurada en una red con cuatro centros oncológicos monográficos, que trabajan con cuatro hospitales universitarios, y una veintena de hospitales más, distribuidos según la Figura 1. Actualmente, es el centro oncológico de referencia para cerca del 45% de la población adulta de Cataluña.

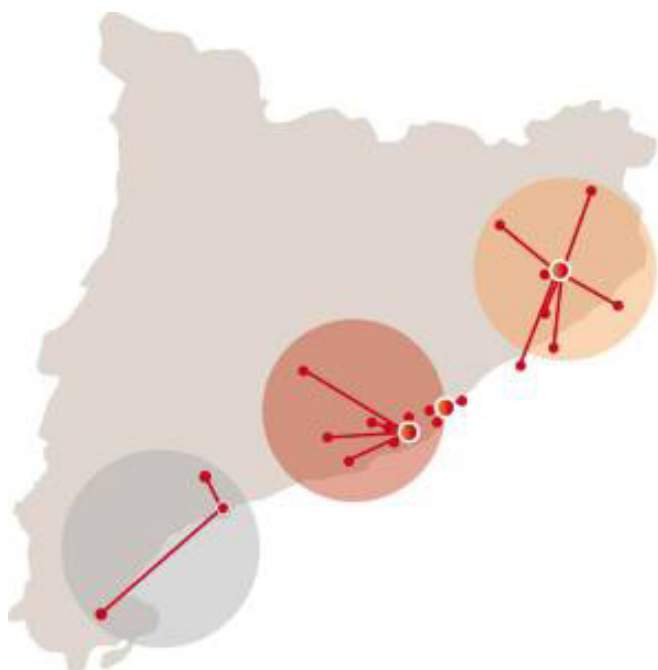


Figura 1. Distribución de centros oncológicos monográficos.

El compromiso institucional con los profesionales incluye ser líderes e innovadores en el ámbito de las personas: implantar fórmulas de gestión abiertas y conseguir la implicación y el compromiso de los profesionales mediante una comunicación activa y transparente. Asegurar la confortabilidad y empleabilidad de los profesionales permitirá hacer una organización atractiva e innovadora que fidelice el talento y que haga de imán para los nuevos profesionales.

En 2018, la encuesta de valoración psicosocial ISTAS (Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud), con la participación de 730 profesionales de la institución, puso de manifiesto la necesidad de un cambio de modelo para trabajar en la cultura de la valoración y el reconocimiento.

La apuesta estratégica es desplegar un modelo de actuación integral que base su razón de ser en las competencias de los profesionales. El modelo, cuya idea central es actuar de manera coherente y homogénea sobre todos los ámbitos del desarrollo profesional

vinculando todas las iniciativas ya existentes, tiene que ayudar a lograr los objetivos del ICO en términos de eficiencia y calidad y ha de implicar a los profesionales en la actuación del ICO.

En primer lugar, es necesario definir las competencias (corporativas y específicas) de los diferentes profesionales con la finalidad de asociar su desarrollo profesional al desempeño de las mismas, desde el inicio del contrato laboral y durante toda su trayectoria.

La definición y nivelación de competencias debe ser específica y concreta, definiendo conductas que reduzcan el grado de subjetividad presente a la hora de la evaluación, así como que también recoja no solo lo que hacen los profesionales actualmente sino lo que tendrían que hacer, atendiendo a la legalidad aplicable, estándares de calidad y seguridad y protocolos corporativos de aplicación.

Los objetivos más estratégicos son:

- Para la institución, disponer de un mapa de talento que le permita conocer dónde está el talento y cómo gestionarlo: selección, formación, promoción, carrera profesional y sucesión integrándolas en este modelo.
- Para los profesionales, saber dónde están ubicados dentro de ese mapa de talento, qué recorrido tienen en la institución, qué se espera de ellos y dónde está su aportación real y su área de mejora.

Este es el gran valor del modelo: una alta consistencia teórica y una alta eficacia práctica.

CONTENIDO

Para enmarcar el proyecto en un marco teórico que dé consistencia al mismo, ha sido necesario revisar la literatura científica relativa a competencias y, en concreto, modelos competenciales de enfermería, revisar el “estado del arte” de los modelos de gestión por competencias y realizar una comparativa (*benchmarking*) con otras instituciones que han implantado modelos de gestión por competencias similares.

Una competencia es un patrón de conducta (individual, estable e intencional) causalmente relacionado con el rendimiento superior en un puesto o una organización. Este concepto incluye conductas motoras (hacer), cognitivas (pensar) y emocionales (sentir) y siempre incluyen: intención, acción y resultado.

Las competencias se encuentran definidas en términos de conductas observables y se nivelan en función de criterios como la complejidad o los resultados. Un modelo de gestión basado en competencias permite identificar, valorar, desarrollar y gestionar precisamente aquellas conductas de los profesionales de las cuales depende

el éxito de la organización. Es capaz de alinear a las personas con los objetivos de la empresa a través de sus competencias.

Gracias al desarrollo de las propias profesiones sanitarias, la aportación de teorías y modelos, la aplicación del método científico, la definición de estándares de calidad, el adelanto tecnológico, la aparición de sociedades científicas y el desarrollo de las prácticas basadas en la evidencia se ha favorecido un cambio de paradigma de forma que los profesionales entienden que cada profesión tiene unas bases conceptuales sobre unas competencias comunes, casi universales, y otras específicas en función de la unidad, nivel de atención o ámbito asistencial.

Sin ánimo de hacer un estudio exhaustivo de los esfuerzos que están haciendo las comunidades autónomas en materia de acreditación y reconocimiento de las competencias profesionales, cabe destacar el programa de acreditación del Sistema Andaluz de Salud, puesto en marcha a través de la Agencia de Calidad Sanitaria. Su modelo de competencias profesionales plantea un modelo de certificación basado en la práctica real del trabajador, que reconoce los logros obtenidos a lo largo de su trayectoria y que favorece su desarrollo profesional.

En Cataluña, hay que destacar el instrumento COM-VA (Cuestionario de Evaluación de Competencias para Enfermeras asistenciales del Ámbito Hospitalario) que el ICS (Instituto Catalán de la Salud) realizó en 2007, enmarcado en las líneas estratégicas de la división hospitalaria y en el que participaron más de 500 profesionales de enfermería de los hospitales del ICS.

En 2016, el Consorci Sanitari de Terrasa inicia un proyecto de diseño y aplicabilidad de una matriz de competencias de los profesionales enfermeros de una organización sanitaria integral. Dicho proyecto se centra en diseñar un instrumento de gestión y evaluación de las competencias enfermeras atendiendo a las dimensiones básicas de la práctica profesional: asistencial, docencia, investigación, innovación y compromiso institucional.

En la actualidad existen en el ICO algunas iniciativas de desarrollo de personas implantadas con un grado de madurez alto, pero sin excesiva vinculación entre sí: catálogo de posiciones, descripción de puestos de trabajo (Dlts), valoración de la productividad asistencial, evaluación anual por objetivos (DPO), valoración de mandos intermedios, SIPDP (carrera profesional), programa de formación anual y valoración ISTAS.

Por ello, la propuesta pasa por alinear a las personas con los valores de la institución a través de las competencias y disponer de un modelo aplicable a todos los ámbitos de su desarrollo:

- Selección
- Evaluación del desempeño
- Promoción y planes de carrera
- Planes de sucesión
- Gestión del potencial
- Planes de formación

Si consideramos la gestión basada en competencias como una herramienta de gestión estratégica de personas, lo primero es definir un marco de actuación para propiciar el desarrollo de las personas de la organización. Es importante revisar la cultura organizacional y reenfoclarla al desempeño: el trabajo debe ser considerado una actividad a realizar con éxito y no un lugar donde estar.

Dicho modelo se concibe dentro del modelo de liderazgo por valores como una herramienta estratégica y de compromiso con los profesionales, y, en última instancia, con la sociedad a la que se sirve, cuyo objetivo final es identificar el talento de cada uno de los profesionales ICO y potenciarlo para maximizar los resultados.

El modelo se centra en que cada profesional pueda conocer su propio perfil de competencias en relación con el puesto que ocupa, sus áreas de mejora para trabajar en el plan de desarrollo o las competencias requeridas para un puesto determinado si quisiera acceder a él.

Para garantizar la credibilidad y la utilidad práctica del mismo, para el diseño del modelo se ha contado con la participación de los profesionales, de los miembros de la dirección y de los representantes sociales.

En el diseño y puesta en marcha de cada una de las fases del modelo se han utilizado tanto metodologías cualitativas como cuantitativas.

A nivel más operativo, el modelo completo se compone de las fases siguientes:

- Identificar las competencias corporativas, asociadas a los valores ICO que contemplan la dimensión asistencial, la docencia, la investigación, la innovación y el compromiso profesional.
- Identificar las competencias específicas para cada uno de los puestos de trabajo considerando los procesos de aplicación, protocolos, guías clínicas o ámbitos técnicos de actuación.
- Identificar las competencias nucleares (críticas) sin las cuales no es posible desempeñar un puesto de trabajo.
- Desplegar las competencias en niveles: desde principiante a experto (principiante – competente –

eficiente – experto) asociando a cada nivel evidencias observables y medibles de manera objetiva.

- Disponer del catálogo completo de puestos de trabajo de la institución, asociando a cada puesto un perfil competencial determinado.
- Cada profesional podrá seleccionar, del diccionario matriz de competencias, aquellas con las que se sienta más identificado, sean o no, correspondientes a su perfil competencial. Las competencias de su perfil le quedarán asignadas automáticamente.
- Una vez identificadas las competencias, es necesario validar las mismas para poder quedar asignadas a la persona. La validación se realizará mediante:
 - Pruebas objetivas de conocimientos (test).
 - Valoración 360º de actitudes: superior - iguales - miembros del equipo
 - Técnicas de simulación sobre habilidades concretas.
- Una vez realizadas las pruebas de validación de competencias, se asignarán unas recomendaciones de mejora.
- Cada competencia tendrá asignada un contenido de aprendizaje y un resultado de aprendizaje.
- Estos planes de desarrollo quedarán vinculados a la carrera profesional (SIPDP) de manera que se asegure el cumplimiento de estos como parte obligatoria de adquisición de niveles de carrera.
- Cada profesional podrá reacreditar sus competencias dentro de los plazos marcados para cada competencia. Ello favorecerá el aprendizaje continuado de los profesionales y la incorporación de la innovación como parte del proceso.

1. DESARROLLO

El desarrollo del modelo lleva aparejado el desarrollo tecnológico de un aplicativo que pueda dar soporte a las diferentes fases del modelo y que se integre con el ERP (gestor de personas) de donde se obtiene la información básica y nuclear cuantitativa de la plantilla y con el portal de formación.

Para la elaboración del Diccionario de Matriz de Competencias (DMC) se han utilizado diferentes fuentes de información:

- Competencias corporativas. Paneles de profesionales expertos para conocer la visión sobre la estrategia y cultura de la institución y los criterios de desempeño de los puestos. Los componen profesionales, mandos intermedios, miembros de dirección y representantes sociales.

- Se han utilizado también entrevistas y cuestionarios, para poder acceder a una muestra mayor.
- Se ha hecho una revisión comparativa externa (*benchmarking*) de competencias similares utilizadas en otras instituciones que pudieran ser de referencia.
- Competencias específicas. Identificadas y definidas mediante entrevistas de incidentes críticos y *focus-groups* con una muestra de profesionales con desempeño excelente. También se ha realizado una revisión de la literatura y documentación de aplicación.
- A partir de estas competencias, los propios profesionales han identificado las competencias nucleares (críticas) de cada puesto de trabajo.

Para asegurar el ajuste de las competencias dentro de la institución se ha verificado que sean:

- Adecuadas a la institución: con influencia directa en la misión y valores del ICO.
- Adaptables a la realidad presente y futura: que consideren la estrategia a futuro y sean adaptables, sin caer en la obsolescencia con rapidez.
- Operativa y medible. Cada competencia ha de permitir que se puedan identificar los 4 niveles. Las evidencias observables tienen que ser medibles y clasificables.
- Exhaustivas: sin que den lugar a equívocos o complejidad deben quedar recogidos todos los aspectos importantes del funcionamiento de la institución.
- De fácil identificación y comprensión: se debe utilizar un lenguaje y conceptos estándares para todas ellas. Los profesionales tienen que entender qué se espera de ellos y cómo serán valorados.

Para no perder la riqueza de talento existente en la institución, la propuesta de validación de competencias comienza con una auto-asignación personal de las mismas. Es decir, el profesional podrá seleccionar, además de la asignación automática en función de su perfil competencial y puesto de trabajo, una serie de competencias que considera tener, tengan relación o no con su perfil profesional, que le quedarán provisionalmente asignadas. Se entiende que un profesional además de las competencias requeridas para el desempeño del puesto puede tener desarrolladas otras de utilidad para moviéndose o promociones internas o para la institución si necesita cubrir un puesto con un profesional con

determinadas competencias. La intención de esta fase del modelo es aflorar el talento existente en la institución que permanece latente y no registrado.

Mediante el aplicativo cada profesional podrá acceder a:

- Las competencias asignadas por el puesto de trabajo que ocupa (que le serán asignadas automáticamente).
- El diccionario matriz de competencias (de libre elección).

A partir de la selección, la validación del perfil de cada profesional se realizará utilizando las siguientes herramientas:

- Pruebas objetivas de conocimientos (test).
- Valoración 360° de actitudes: superior - iguales – miembros del equipo. Validación de las competencias de libre elección por 5 colegas.
- Técnicas de simulación sobre habilidades concretas.

A partir de los resultados obtenidos, cada profesional tendrá su plan de desarrollo personal asociado, indicadores de aprendizaje, términos para completarlo y condiciones de las rúbricas o certificaciones.

Cuando se habla de planes de desarrollo hay que considerar que el desarrollo puede definirse como “estimular el crecimiento profesional de las personas, de acuerdo con su potencial, fomentando los aprendizajes necesarios y definiendo itinerarios de carrera que conjuguen las necesidades organizativas con los diferentes perfiles, expectativas y preferencias individuales”.

2. EVALUACIÓN

Con el fin de medir y evaluar el desarrollo del proyecto, en primera instancia y del modelo en sí, posteriormente, se ha definido un conjunto mínimo de indicadores.

Indicadores relacionados con el despliegue del modelo:

- Número de profesionales implicados en la definición de competencias / número de profesionales totales.
- Porcentaje de competencias aprobadas / competencias presentadas.
- Número de DLLTS realizadas / número de puestos de trabajo totales identificados en denario / número de profesionales de la organización.
- Número de perfiles competenciales / número de DLLTs / número de profesionales.
- Número de competencias definidas.

- Desviación del proyecto (en tiempo): cronograma real / cronograma previsto.
- Grado de satisfacción de los profesionales implicados.
- Grado de aplicabilidad identificada por los profesionales implicados.

Indicadores relacionados con la gestión del talento:

- Número de profesionales valorados / número de profesionales totales.
- Porcentaje de profesionales en cada rango (déficit – mejorable – adecuado -excelente) de perfil competencial.
- Porcentaje de profesionales en cada nivel y competencia.
- Distribución de talento por categorías.
- Número de planes de desarrollo definidos / número de profesionales valorados.
- Número de planes de desarrollo completados / número de planes de desarrollo definidos.
- Numero de planes de desarrollo incluidos en la valoración de SIPDP/ número de SIPDPS presentadas.
- Coste económico anual del modelo / número de profesionales valorados.
- Horas de formación realizadas dentro de los planes de desarrollo.

RESULTADOS

El principal resultado de este modelo es disponer de un marco de agrupación de todas las iniciativas en materia de personas como se representa en la Figura 2.

En términos de aplicabilidad se hace referencia a:

1. Selección y cobertura de vacantes
2. Mayor y mejor definición del perfil a seleccionar.
3. Promoción y movilidad:
 - Promoción ascendente en función de la comparación con aquellas competencias propias del puesto al que se opta.
 - Posibilidad de promocionar horizontalmente (movilidad) ocupando otros puestos que permitan desarrollar competencias nuevas.
 - Promoción en función de evidencias de competencias

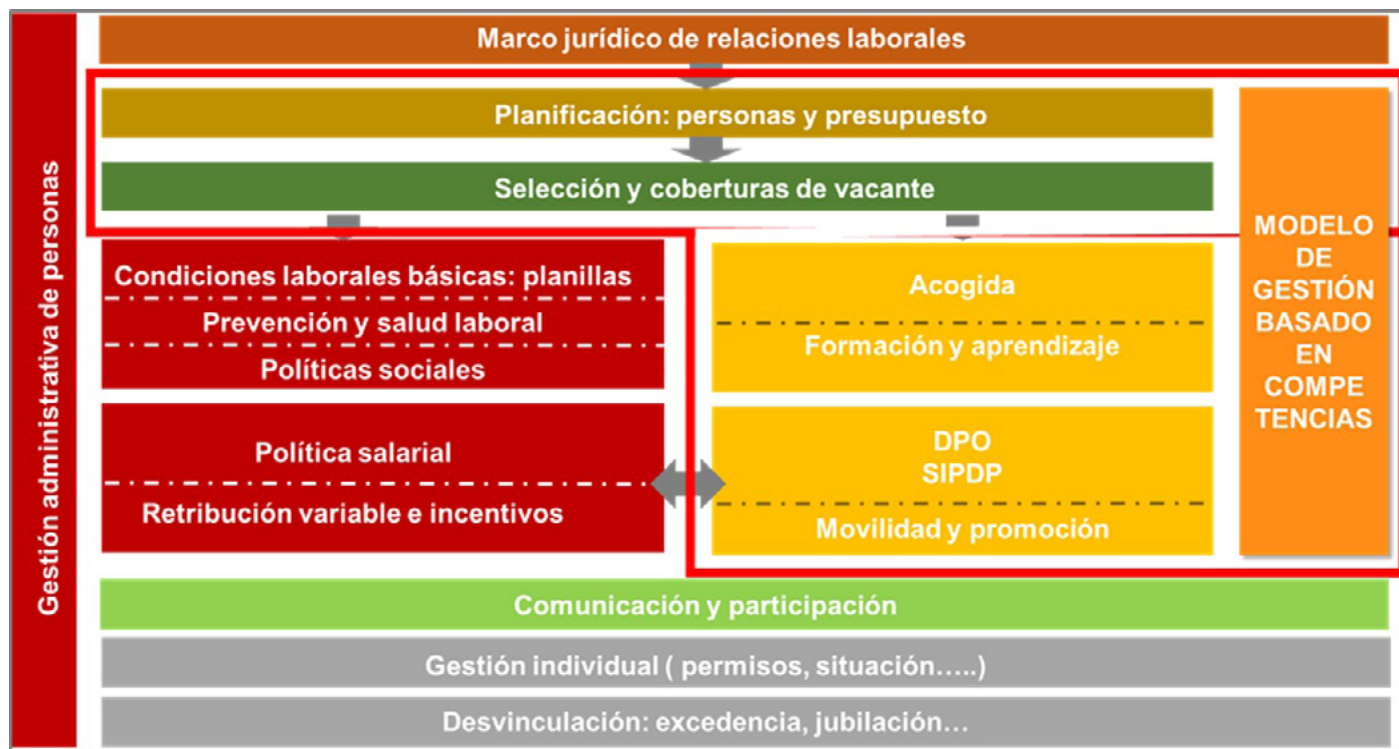


Figura 2. Agrupación de todas las iniciativas en materia de personas.

necesarias para ocupar un puesto, especialmente de gestión y coordinación.

- Promociones conectadas con el desarrollo a partir de niveles básicos de competencias.

4. Formación:

- Permite entender el desarrollo como un proceso personalizado, utilizando diferentes metodologías (coaching individual, *mentoring*, trabajo en grupos).

5. Gestión del desempeño:

- Posibilidad de medir no solo el qué se consigue (resultados) sino también el cómo se consigue (comportamientos).

6. Gestión de talento y potencial:

- Permite evaluar el potencial de los profesionales en relación con competencias corporativas, perfiles específicos de altos potenciales y desarrollar nuevos comportamientos haciendo esfuerzos en colectivos o personas clave.
- Permite disponer de planes de sucesión en relación con las vacantes y competencias a cubrir.
- Favorece la mejora competitiva de toda la institución.

Los resultados tangibles son:

- Catálogo completo de descripción de puestos de trabajo.
- Diccionario matriz de competencias (definición y niveles).
- Perfiles competenciales por puesto.
- Herramientas de identificación de competencias.
- Herramientas de valoración de perfiles competenciales.
- Valoraciones personales perfil/puesto.
- Mapa de conocimiento institucional:
 - Personas por competencias.
 - Competencias por personas.
 - Mapa competencial por servicio/unidad organizativa.
 - Identificación de "zonas fuertes" y zonas "débiles" por competencia.
- Plan de talento y sucesión definido.
- Planes de desarrollo personales vinculados a la carrera profesional.

- Contenidos de aprendizaje vinculados a competencias.
- Herramienta de asignación de contenidos de aprendizaje por niveles de competencia.

CONCLUSIONES

La necesidad de reordenar los servicios sanitarios para mejorar la calidad y eficiencia de la oferta sanitaria pública puede encontrar uno de sus mejores ejemplos en la concentración de procedimientos complejos e infrecuentes en los pacientes con cáncer. Desde el punto de vista de atención integral en salud, que el ICO ofrezca una atención oncológica que abarca desde la prevención a los cuidados paliativos, incluyendo la investigación, da respuesta al concepto más amplio de cuidado de los pacientes y cuidado de la enfermedad; a la vez que, parece cada vez más evidente, asociar un número elevado de pacientes a un mismo centro de referencia hace que éste pueda ser más eficaz y eficiente. El ICO cumple este modelo, es un centro innovador y de excelencia, que se dota de recursos centralizados para hacer frente a la enfermedad y que da un carácter multidisciplinar a la atención sanitaria.

Dentro de estos parámetros, la calidad de la organización es la que permite la equidad y la eficiencia, por tanto, se trata de innovar también en modelos organizativos para que los profesionales puedan trabajar con comodidad de forma inter y multidisciplinaria y para que la primera decisión terapéutica se tome con la opinión de todos los especialistas que han de intervenir y que intervienen a partir de las líneas establecidas en las oncoguías y protocolos.

Una institución como el ICO, con un modelo de atención oncológica basado en la excelencia y con un foco central en la calidad y calidez de atención al paciente, parece evidente que debe dotarse de procesos de gestión y modelos de organización que favorezcan esta eficiencia y eficacia.

Para maximizar la eficacia de la institución y conseguir los resultados deseados se debe gestionar adecuadamente el cambio a través de las personas. Las competencias son una herramienta que pueden ayudar a gestionar este cambio realizando acciones en las palancas clave: cultura y valores, liderazgo, procesos, diseño de equipos multidisciplinarios y roles, competencias, reconocimiento y sistemas de dirección.

Las competencias deben entenderse como aquellas características personales que diferencian a las personas que obtienen resultados excelentes de aquellas que logran resultados adecuados en un mismo puesto y el perfil competencial tiene que estar estrechamente relacionado con la estructura, estrategia y cultura de la institución que son el marco general de los puestos de trabajo.

El valor añadido está en que la gestión basada en competencias permitirá trabajar en el desarrollo de los profesionales para que puedan lograr la máxima adecuación dentro de la institución, no exclusivamente en su puesto.

Al utilizar la denominación de modelo de Gestión “basada en competencias”, en vez del tradicional “por competencias” se consolida el fundamento que basarse en competencias implica una forma nueva de entender y valorar a las personas de la institución y que hay otros factores externos a los profesionales, internos a la institución o incluso como consecuencia del entorno socio económico o del sector, que pueden configurar parte de las decisiones en materia de personas.

Factores clave

El compromiso de la dirección es imprescindible para la implantación de un proyecto clave como este:

- Por su impacto directo sobre la cultura y el clima organizativo.
- Por su función de motor en la institución como líder de los proyectos transversales.
- Por la necesidad de transmitir credibilidad y confianza en el proyecto.
- Por la importancia de desarrollar a través de este modelo, una gestión integral de los recursos humanos, que no puede impulsarse únicamente desde la dirección de personas.

El papel de la dirección de personas debe ser:

- Un papel de facilitador, experto en las herramientas y la metodología.
- Un papel de buen gestor, que vele por la eficacia, calidad y eficiencia del modelo.
- Un papel de transmisor, que asegure la correcta y oportuna información a todos los profesionales que pueden participar.
- Un papel de transformador, implicado en la estrategia de la institución y convencido de que ésta se implanta a través de las personas.

La comunicación es un elemento clave de éxito:

- No crear expectativas que no se puedan gestionar posteriormente.
- Invertir el tiempo necesario para comunicar a todos los interesados cuál es el proyecto, cómo van a participar en él y cómo les puede afectar en el futuro.

- La metodología de identificación y validación de competencias requerirá de la participación de muchas y diferentes personas. La mejor manera de involucrarles es hacerles partícipes desde el inicio del proyecto.
- Los profesionales de la institución no son especialistas en recursos humanos, las competencias y el modelo deben ser fáciles de entender sin necesidad de tener formación específica.
- Se deben traducir las competencias en comportamientos observables acercando el concepto a la realidad, haciéndolo más objetivo y tangible.

Para conseguir esta adecuación, una de las primeras líneas a trabajar es que los valores institucionales puedan traducirse en comportamientos observables y, en consecuencia, en competencias.

Las competencias individuales y de los equipos, así como el estilo de liderazgo que se quiera compartir debe fomentar la transmisión de esos valores y deben apoyar una cultura acorde con la estrategia. Por parte de la dirección de personas, el lenguaje de las competencias debe permitir comunicar a los profesionales los resultados a obtener y gestionar las expectativas sobre los comportamientos a desarrollar. Los sistemas de gestión deben apoyar y facilitar la consecución de los resultados, como modo de alcanzar los objetivos estratégicos.

Ayudar al equipo directivo, de manera precisa y definida, a orientar a los equipos hacia la consecución de un desempeño excelente y ayudar a los profesionales a desarrollar sus competencias dentro de los equipos multidisciplinares para abordar el cuidado de los pacientes con cáncer con calidad y calidez, debería ser la contribución excelente de una dirección de personas: Implicar – Explicar – Aplicar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hay Selección. Gestión Integral de Recursos Humanos: Modelo de gestión por competencias. Abril 2008
2. Levy-Leboyer, Claude. Gestión por competencias. Ediciones Gestión 2000. Barcelona, España 2000
3. Carrillo Algarra Ana Julia, García Serrano Lucila, Cárdenas Orjuela Claudia, Marcela Díaz Sánchez Ingrid Rocío, Yabrudi Wilches, Nataly. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. Review of P. Benner's philosophy in clinical practice. 2013; 32: 346-360
4. Jove M^a Eulalia, Farrero Sara, Matud Cristina, Monterde David, Fierro Gemma, Marsal Remei, Reyes Celia, García Vidal Benito, Pons Asunción, Arnau M^a José, Martínez Luque Rosa, Flores Carmen. ¿Cómo definen los profesionales de enfermería hospitalarios sus competencias asistenciales? Nursing 2007;25-7: 51-61
5. Ocupabilitat i competències dels graduats recents en infermeria. Principals resultats de l'estudi 2015 als centres sanitaris. AQU Catalunya 2016.
6. Jove M^a Eulalia, Huguet Mateu, Monterde David, SanMartin M^a José, Martí Nuria, Cuevas Blanca, de la Fuente Carlos, Álvarez Guillem. Marco teórico y conceptual para la definición y evaluación de competencias del profesional de enfermería hospitalario. Nursing 2007;25-4: 57-61
7. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Pla de Desenvolupament professional continu. 2017
8. Institut Català d'Oncologia. Avance Memoria de Sostenibilidad 2017
9. EONS Cancer Nursing Education Framework (2018).
10. Institut Català d'Oncologia. Pla de Acció 2018
11. Comellas Montserrat, Villalba Antonia, Andrés Carme. Disenya i aplicabilitat d'una matriu de competències de les /dels professionals infermeres/rs d'una organització sanitària integral. Terrasa: Consorci Sanitari de Terrasa; 2017.
12. Bersin by Deloitte Development LLC. The State of Career Management. Industry Study. 2017

La atención paliativa domiciliaria y residencial: una propuesta de colaboración público-privada



María José Casas Gúdel

Gerent de CUIDES UIC Barcelona

Clínica Universitària de Suport en Malalties Avançades i

Cures Pal·liatives

Universitat Internacional de Catalunya (UIC)

mjcasas@uic.es

ABSTRACT

Palliative care in Catalonia has always ensured its basic principles of care. More than 26% of the population have difficulties accessing some of the specialized palliative care resources, including home care. 25% of the population has a private health policy and no palliative care coverage; in addition, 8% of this population are state civil servants who have chosen the insurance companies for their universal health care coverage.

The realization of a strategic plan is the main objective of the project that, as strategic lines to be developed arising from the SWOT, show the need for multidisciplinary home care and propose cost-efficient economic evaluation indicators and innovative public-private collaboration in which the population, the health system and insurers benefit.

KEYWORDS

Palliative Care, Home Care Services, Sustainable Financing, Effectiveness Palliative Care

RESUMEN

Los cuidados paliativos en Catalunya siempre han asegurado sus principios básicos de atención. Más del 26% de la población tiene dificultades para acceder a algunos de los recursos especializados de atención paliativa, entre ellos la atención domiciliaria. Un 25% de la población posee una póliza de salud privada sin cobertura en atención paliativa; además, el 8% de esta población son funcionarios públicos del estado que han escogido las compañías aseguradoras para la cobertura de su asistencia sanitaria universal.

La realización de un plan estratégico es el objetivo principal del proyecto que, como líneas estratégicas a desarrollar surgidas del DAFO, muestran la necesidad de una atención domiciliaria multidisciplinar y plantea indicadores de evaluación económica coste-eficientes y una colaboración público-privada innovadora para que la población, el sistema de salud y las aseguradoras salgan beneficiadas.

PALABRAS CLAVE

Cuidados Paliativos, Atención Domiciliaria, Sostenibilidad Financiera, Efectividad de los Cuidados Paliativos

INTRODUCCIÓN

El despliegue de los cuidados paliativos (CP) en España y específicamente en Catalunya asegura una adecuada accesibilidad, equidad y asistencia integral al paciente y familia^{1,2}. Desde el punto de vista poblacional, se estima que esta red de asistencia pública no llega a toda la población que lo necesita³. Los estudios más recientes siguen incidiendo en que un porcentaje de la población, que supera el 26% entre pacientes oncológicos y no oncológicos, no tiene acceso a este servicio⁴⁻⁸.

Los pacientes con un seguro médico privado representan un 25% de la población catalana; de este porcentaje los funcionarios públicos representan el 8% de los asegurados⁹. La asistencia sanitaria universal de estos (por tanto, pública) se ofrece a través de algunas compañías aseguradoras. Para este colectivo sus coberturas y prestaciones difieren del sistema público, que en el caso de la atención paliativa tiene un menor número de prestaciones y si se focaliza en la asistencia domiciliaria, es realmente deficitaria en despliegue y calidad ofrecida.

La cobertura de los cuidados paliativos no se contempla en las compañías aseguradoras. El porcentaje de casos con atención domiciliaria para este tipo de pacientes

y familias con un abordaje específico, al margen de la atención domiciliaria de urgencia, es escaso y anecdótico; la mayoría de las compañías aseguradoras no tienen resuelta esta demanda. En el caso de los funcionarios del estado, MUFACE, tienen un seguimiento básicamente a nivel médico y control de síntomas sin prestación de acompañamiento psicosocial.

Otra población que requiere atención domiciliaria paliativa lo constituyen las personas mayores que viven en centros específicos o residencias, siendo consideradas estas como el domicilio. En ellas se encuentran mayoritariamente personas de edad avanzada con pluripatologías - perfil de paciente crónico complejo o con Enfermedad Crónica Avanzada (MACA) – cuya atención paliativa tendría que estar resuelta con los profesionales que forman parte de sus equipos asistenciales. La dimensión, en general pequeña, de estos centros y las ratios definidas para cubrir la actividad hacen que profesionales como médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales, tengan una presencia parcial y sea difícil realizar esta atención de forma completa. Se estima que la población afectada, que debería tener una atención específica, es del 60% y están recibiendo cuidados estándar¹⁰.

Así pues, se cuenta con diversos colectivos que, teniendo los mismos derechos que el resto de la población a

FORTALEZAS	DEBILIDADES
Modelo asistencial: precoz, preventivo, integrado	Jerarquización de procesos
Atención psicosocial	Enlentecimiento de los procesos de selección
Buena gobernanza UIC; estabilidad, cantera de RRHH	Inversiones
Política de RRHH y convenio mejor que clínicas privadas. Salarios similares al SISCAT	Baja financiación de los servicios
Equipo y estilo de liderazgo	Ingresos irregulares
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
Nicho poblacional con necesidades paliativas no atendidas	Situación sociopolítica no favorable
Las tendencias del sector CPP inciden en prevenir la complejidad, adaptarse a las necesidades del paciente	Prejuicios colaboración público-privada
Se requiere un tipo de atención domiciliaria en etapas más tempranas y precoces	Normativas con rigidez. El paciente transita entre dos tipos de normativa (sanitaria y social). Problemas de integración y coordinación
	La no cobertura de las compañías aseguradoras

Tabla 1. Matriz DAFO.

una asistencia sanitaria universal (incluyendo la paliativa) y específicamente a una asistencia domiciliaria paliativa (PADES), se encuentran discriminados: si el asegurado permanece en el sistema privado no tiene atención paliativa y si migra hacia el sistema público accede tarde, si es funcionario del estado no tiene una prestación similar al del sistema público y si la persona vive en una residencia obtiene una atención estándar, cuando sus necesidades y las de la familia son mucho más complejas.

La financiación de los servicios de salud es uno de los problemas más importantes que tiene el CatSalut; cada vez hay más población, nueva tecnología, mayor número de prestaciones solicitadas, demora en el acceso a los servicios, ... promover sinergias innovadoras entre instituciones públicas y privadas podría ofrecer a ciertos colectivos soluciones efectivas y viables.

CONTENIDO

Hipótesis

El punto de partida del proyecto lo constituye la hipótesis de que la colaboración público-privada puede ser un buen modelo coste-efectivo y de calidad de asistencia domiciliaria paliativa para la población.

Objetivo

Realización de un plan estratégico de atención domiciliaria en el municipio de Sant Cugat del Vallès.

Propuesta

La propuesta se centra en el municipio de Sant Cugat del Vallès, siendo una iniciativa de CUIDES UIC Barcelona Clínica Universitaria de Suport en Malalties Avançades i Cures Pal·liatives que ha impulsado la Universidad Internacional de Catalunya. Este proyecto se ubica tanto en el ámbito sanitario como en el social de la asistencia paliativa en la que los pacientes transitan buscando atención y apoyo. En la actualidad ambos sectores muestran aspectos excluyentes que no benefician a las personas y familias, haciéndolas subsidiarias de atención sanitaria o social, cuando realmente su variedad y complejidad de síntomas (físicos, psicológicos o sociales) hace que estos síntomas agraven la situación de vulnerabilidad y fragilidad de la persona.

DAFO

Del análisis interno, en el que se definen las fortalezas y las debilidades, y el análisis externo, que muestra las amenazas y oportunidades, se ha realizado un cuadro resumen DAFO (Tabla 1).

Líneas y objetivos estratégicos

Del análisis DAFO y el posterior análisis CAME (Corregir, Adaptar, Mantener y Explotar), que permite estudiar las acciones futuras a modificar, potenciar o reorientar, surgen cinco líneas estratégicas.

Se realiza la selección de los objetivos más relevantes para el proyecto de atención domiciliaria con sus indicadores y los resultados previstos (Tabla 2).

RESULTADOS

Los resultados van ligados al cumplimiento de los indicadores diseñados; y tienen especial relevancia, si se pretende una negociación con un ente público o compañía aseguradora, los análisis de evaluación económica y de resultados en salud. Se plantean cuatro tipos de análisis:

1. Análisis de minimización de costes: la finalidad estriba en que el tratamiento propuesto (CUIDES UIC Barcelona atención domiciliaria) sea de coste inferior o similar al estándar.
2. Análisis coste efectividad (ACE): mostraría que la tecnología se va a realizar aporta algún beneficio sobre la salud. Se plantea la mejoría de los síntomas según Edmonton Scale. Esta evaluación económica también debe compararse con los cuidados estándar y debe realizarse un análisis entre ambas alternativas; esta ratio (incremental) indicará los recursos adicionales que se deben invertir para obtener un beneficio adicional en términos de salud (desde la perspectiva del financiador sanitario: solo costes sanitarios y para un horizonte temporal de 76 días que representa la media de días de atención domiciliaria del paciente paliativo).

Su formulación¹¹ sería la siguiente:

$$\text{Ratio coste efectividad incremental} = \frac{\Delta \text{ Costes} / \Delta \text{ Efectos}}{(\text{costes hospitalización} + \text{costes de atención estándar}) - (\text{costes hospitalización} + \text{costes de domiciliaria}) / \text{valor Edmonton (at. estándar)} - \text{valor Edmonton (at domiciliaria)}}$$

El valor de esta ratio deberá estar posicionado en los cuadrantes B2 o C de la Figura 1. En el cuadrante C (sureste), la atención propuesta tiene más beneficios y costos más bajos que su comparador, representa la situación ideal. En el cuadrante B2 la intervención tendría menos beneficios y mayores costos; la adopción de esta intervención podría ser potencialmente aceptable si no sobrepasa el umbral de voluntad de pago del pagador.

TIPO DE INDICADOR	DEFINICIÓN	ESTÁNDAR
Línea estratégica 1	Modelo asistencial interdisciplinar, integrado e integral	
Objetivo	Promover el modelo asistencial a la sociedad, entidades colaboradoras, centros o instituciones asistenciales	
Calidad asistencial	Hospitalización evitable	7%
	Monitorización indicadores asistenciales	75%
Línea estratégica 2	Colaboración público-privada	
Objetivo	Establecer alianzas y convenios de colaboración entre entidades públicas o privadas	
Accesibilidad	Número de pacientes asistidos	Número de visitas realizadas/año
	Establecer convenios con instituciones u organismos colaboradores de la red pública	Número de convenios firmados
Línea estratégica 3	Financiación y sostenibilidad del proyecto	
Objetivo	Promover un proyecto sostenible en el tiempo. Mejorar cuenta de resultados público-privada	
Funcionamiento- rendimiento productivo	Ingresos/gastos de explotación	>1
Solvencia económico financiera	EBITDA y <i>cash flow</i>	Positivo al tercer año
Evaluación económica de la salud	Minimización de costes y coste beneficio	Ver explicaciones
	Coste efectividad (2024 y 2025)	
Resultados en salud	AVAQ o QALIS	No hay estándar. La mejora viene dada por una mejora global en los resultados (escala pre y post intervención)
	Mejorar los síntomas del paciente paliativo (Edmonton scale)	
Línea estratégica 4	Innovación y tecnología	
Objetivo	Potenciar la cadena de valor	
Creación de nuevos servicios	Experiencias inmersivas	Sí/No
	Diseño de atención a residencias	
Aumentar prestigio del centro	Plan de comunicación	Número de impactos
	Fidelización clientes- satisfacción. Publicación	
	Experiencia del paciente: inclusión en espacios de bioética	
Línea estratégica 5	Personas y equipo	
Objetivo	Ser referentes en atención paliativa, docencia e investigación	
Gestionar el equipo para potenciar su nivel competencial	Gestión por competencias	Sí/No
	Profesionales docentes e investigadores	Sí/No
Ser referentes en atención en docencia y formación especializada paliativa	Actividad	Incremento sostenido de actividad
	Número de alumnos formados	
	Plan de comunicación	

Tabla 2. Líneas estratégicas con sus objetivos e indicadores.

3. Coste utilidad: ACU. Se utilizará como medida de evaluación económica los QALY (*Quality Adjusted Life Year*). Los QALYs (AVAC en español) muestran cuantos meses o años extra puede ganar una persona con una calidad de vida aceptable mediante la aplicación de una atención paliativa domiciliar de calidad. La calidad de vida del paciente se mediría mediante el cuestionario EQ5DL (que tiene asociado un conjunto de utilidades o “tarifa”). Este método sirve para ajustar los recursos sanitarios a favor de aquellas tecnologías que proporcionen más AVAC por unidad monetaria de

gasto (importante para negociar con aseguradoras o con el financiador). La fórmula sería similar a la de coste utilidad (AVAC en el denominador) comparando intervenciones.

4. Coste beneficio: en este tipo de análisis se valoran tanto los costes como los resultados en unidades monetarias. Es un estudio complejo que se utilizaría como complemento del ACE y ACU ya que se requiere una valoración monetaria apropiada de los efectos sobre la salud de las intervenciones evaluadas que

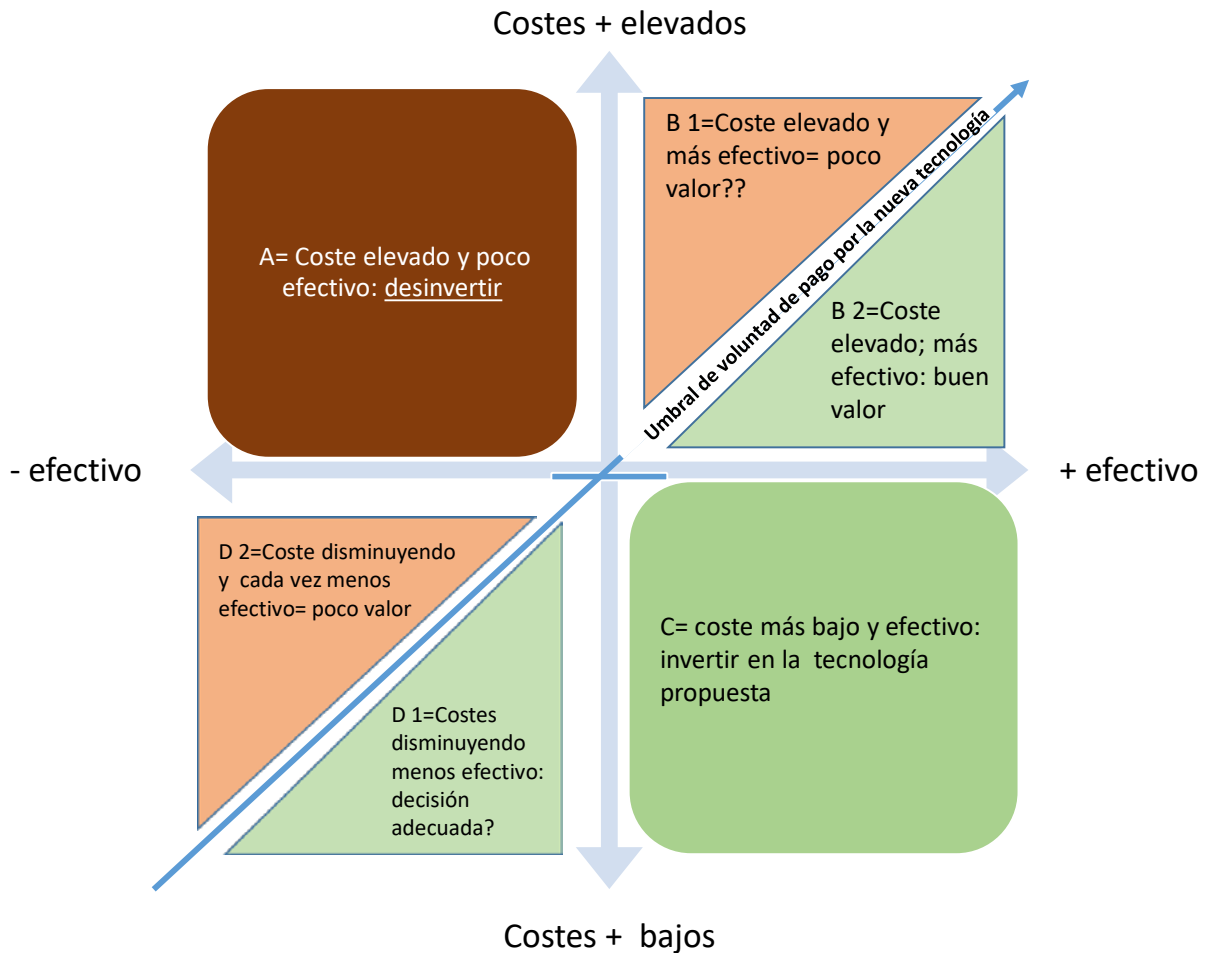


Figura 1. Gráfico coste-efectividad.

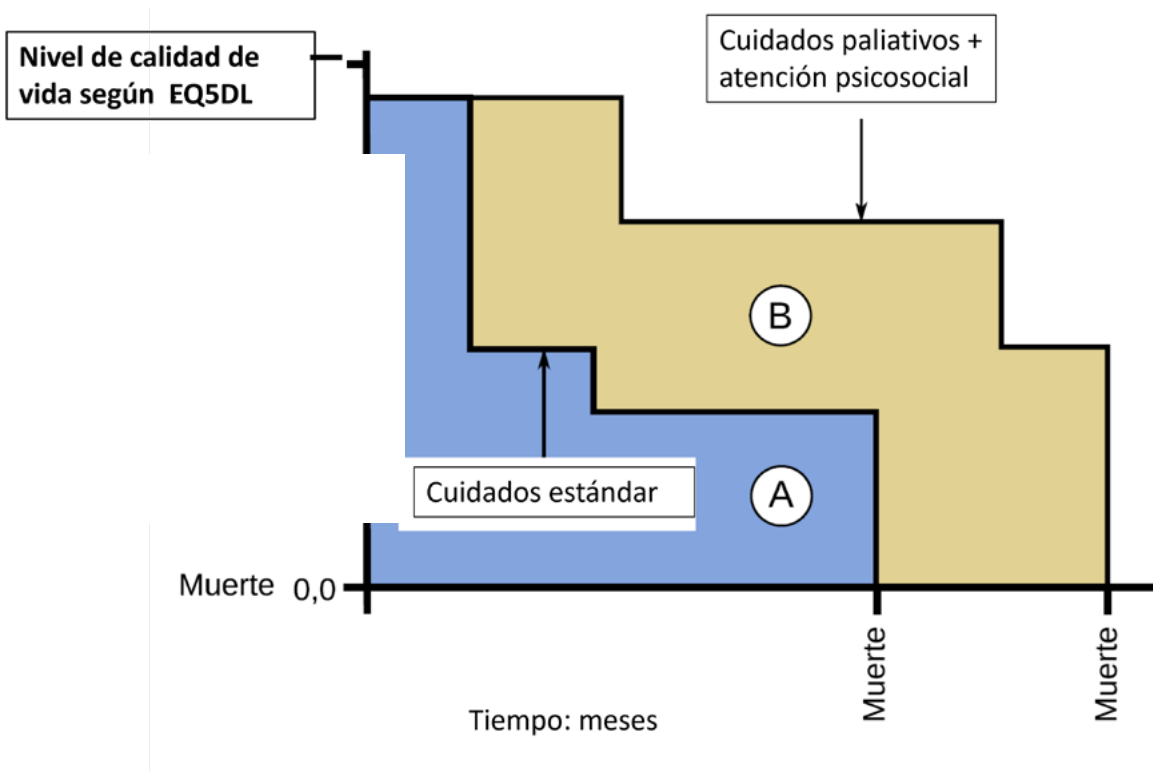


Figura 2. Representación gráfica AVAC con y sin intervención.

sean suficientemente relevantes a lo largo del proceso (mejora de los síntomas, tiempo vivido en un mejor estado de salud); puede ayudar en momentos de negociación con organizaciones sanitarias ya que facilitaría la evaluación del programa CUIDES de atención domiciliaria¹².

CONCLUSIONES

Las líneas estratégicas del modelo CUIDES muestran el compromiso de desarrollar unos CP tempranos, integrados en un equipo interdisciplinar. Dentro de la sanidad privada, el desconocimiento existente sobre los CP pone de manifiesto las derivaciones tardías de estos pacientes y también su abordaje, restándole posibilidades terapéuticas o de acompañamiento. El reduccionismo sobre los CP focalizándolo solo en el proceso de final de vida, reduce las posibilidades terapéuticas y la calidad de vida¹³ a un elevado número de pacientes y familias. Esta desinformación es predominante tanto en los hospitales como en las compañías aseguradoras y, por extensión, a todas las personas que están presentes en las tomas de decisiones en estos ámbitos.

El sector sanitario privado en el que las compañías aseguradoras operan este tipo de atención no es valorado por las mismas. Estas alegan que la asistencia paliativa tiene un coste mucho más bajo que una estancia de medicina interna convencional. Llama la atención el concepto administrativo utilizado y el referido por algunas compañías de seguros que consideran los CP como atención de carácter social y, por tanto, excluyente de las coberturas de su póliza. La controversia estriba en que, para las compañías, las necesidades complejas y cambiantes del paciente paliativo son consideradas sociales o estrictamente de final de vida, ignorando que el motivo de ingreso (o su permanencia en un centro hospitalario) es debido a una enfermedad grave y avanzada en la que existen otros factores que influyen y condicionan la salud. La paradoja estriba en que las compañías tienen reguladas ciertas prestaciones mucho más onerosas como la asistencia especializada en el extranjero o últimas terapias, pero obvian este aspecto de la vida ante una enfermedad amenazadora o edad avanzada.

El continuum asistencial que constituye un nivel asistencial imprescindible dentro de la atención paliativa no está definido en la sanidad privada: ofrecer una asistencia sanitaria domiciliaria para estos pacientes es anecdótico (únicamente existe la visita de urgencia). Otra controversia que aflora es que algunas compañías aseguradoras tienen definida cierta asistencia paliativa domiciliaria reconocida para pacientes funcionarios del estado, pero no para el máximo de sus afiliados con necesidades complejas.

Un reto sobre los CP domiciliarios es conocer si son coste-eficientes: existen pocos estudios en nuestro territorio

que lo confirmen, pero es necesario remarcar que mejorar la atención actual estándar que se realiza en el ámbito domiciliario facilitaría la toma de decisiones de pacientes y familias, permitiría un mejor seguimiento de los casos y evitaría ingresos innecesarios. Se requieren estudios e investigaciones para la toma adecuada de decisiones.

El entorno residencial presenta un sistema organizativo y de financiación diferente en el que las personas residentes no reciben en su centro los cuidados especializados que debieran. La necesidad de establecer prioridades de atención ante pacientes con enfermedades complejas en un colectivo que requiere un abordaje diferente y la insuficiente coordinación sociosanitaria hace que se desconozca el plan de atención personalizado y las decisiones previas de las personas que viven en residencias por lo que, al ser derivados a los servicios de urgencias, estos aspectos son obviados. Una atención domiciliaria adecuada (incluso en personas que viven en residencias) evitaría ingresos innecesarios y una atención orientada a los deseos establecidos con el equipo disciplinar especializado en atención paliativa y el equipo residencial.

Otro punto que destacar reside en la colaboración público-privada. Cuando se habla de colaboración público-privada habitualmente se intenta derivar la actividad asistencial hacia entidades privadas que replican en ocasiones al SNS o al CatSalut en Catalunya. La colaboración público-privada tiene que ir más lejos, se debería entender como un *win to win* de todos los actores participantes: Sistema Nacional de Salud o su equivalente autonómico, la población y el capital privado (aseguradoras u otras entidades que quieran invertir en algún aspecto asistencial ya sea por necesidad, misión o por su Responsabilidad Social Corporativa).

Desde el punto de vista de algunas consultoras, el sector asegurador debe hacer un cambio en los próximos 15 años para reestructurar su cadena de valor¹⁴. Este factor implica muchas acciones a desarrollar, como una mayor colaboración con los agentes implicados y centrarse en proporcionar a los clientes experiencias integrales adaptadas a sus necesidades.

En la actualidad se habla mucho de que el paciente debe estar en el centro del sistema. Una de las líneas estratégicas desarrolladas muestra la necesidad tener en cuenta la experiencia del paciente o cliente. En el entorno al que se hace referencia existe un gran impacto emocional debido a la enfermedad y las soluciones deben ser personalizadas, adecuadas en cuanto a tiempo de respuesta y calidad de estas. El sistema privado debería ofrecer unas prestaciones más amplias para estos colectivos y mejorar los servicios que ofrece: continuum asistencial, atención paliativa, etc. Por otra parte, colaborar con la red pública no quiere decir competir por un nicho poblacional y sacar beneficio de este; sino, como hacen otros países¹⁵, resolver casos de mayor o menor complejidad y

ser retribuido proporcionalmente o pagar por los resultados obtenidos; por lo que sería necesario poder equiparar servicios y para ello el sector sanitario privado debería desarrollar las mismas prestaciones que tiene definidas la red pública asistencial.

El paciente con póliza de salud privada no tiene una atención domiciliaria integrada y multidisciplinar. Las pólizas de salud tienen carencias en cuanto a coberturas de necesidades complejas y cambiantes. Unos CP integrados podrían producir una disminución de su frecuentación a urgencias, estancias óptimas y menor fragmentación de la asistencia.

Es posible una atención domiciliaria paliativa siempre y cuando se evalúe esta atención bajo criterios de resultados en salud o de economía de la salud; para ello es necesario realizar estudios que muestren el coste de un paciente paliativo en el entorno de la sanidad privada.

Las compañías aseguradoras deben crear nuevas vías de atención y servicios basados en las necesidades de los pacientes y familias y sus experiencias (experiencia del paciente) para mejorar su cadena de valor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. DOGC. 2000;3278 (Ordre del 29 de novembre de 2000):15457–8.
2. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. DECRET 163/2002, d'11 de juny, pel qual es regula l'activitat d'avaluació integral ambulatoria en geriatria, cures pal·liatives i trastorns cognitius que pot contractar el Servei Català de la Salut. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya. 2002;3660:11128–30.
3. Pascual A. La estrategia en cuidados paliativos del sistema nacional de salud. *Psicooncología*. 2008;5(2–3):217–31.
4. Clark D, ten Have H, Janssens R. Common threads? Palliative care service developments in seven European countries. *Palliative Medicine* [Internet]. 2000 Sep;14(6):479–90. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1191/026921600701536408>.
5. Biasco G (Guido), Centeno C (Carlos), Bolognesi D (Deborah). Specialisation in Palliative Medicine for Physicians in Europe 2014 - A supplement of the EAPC Atlas of Palliative Care in Europe. 2014 [cited 2021 Jan 3]; Available from: <https://dadun.unav.edu/handle/10171/35972>.
6. Hjerstad MJ, Aass N, Aielli F, Bennett M, Brunelli C, Caraceni A, et al. Characteristics of the case mix, organisation and delivery in cancer palliative care: a challenge for good-quality research. *BMJ Supportive & Palliative Care* [Internet]. 2018 Dec [cited 2020 Dec 17];8(4):456–67. Available from: <https://spcare.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjspcare-2015-000997>.
7. Gérvas J, Rico A. Innovación en la Unión Europea (UE-15) sobre la coordinación entre atención primaria y especializada. *Medicina Clínica* [Internet]. 2006;126(17):658–61. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025775306720504>.
8. Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Central de Resultats. Àmbit sociosanitari. Dades 2017. Central de Resultats Àmbit Sociosanitari Dades 2017 [Internet]. 2018; Available from: http://www.researchgate.net/profile/Julietta_Corral/publication/279059768_Resultats_en_la_cirurgia_oncolgica_digestiva/links/5589628008ae9076016f85f7.pdf.
9. Departament de Salut, Direcció General d'Ordenació i Regulació Sanitàries. Entitats d'assegurança sanitària lliure de Catalunya. 2012 [Internet]. 2013. Available from: <http://www.gencat.cat/salut/pdfviewer/Assegurances2012/documents/assegurances2012.pdf>.
10. Espinosa J, Gómez-Batiste X, Picaza JM, Limn E. Equipos de soporte domiciliario de cuidados paliativos en España. *Medicina Clínica*. 2010;135(10):470–5.
11. Oliva Moreno J. Economía de la salud. Madrid: Pirámide; 2018. (Economía y Empresa (Pirámide)).
12. Puig-Junoy J, Oliva-Moreno J, Trapero-Bertrán M, Abellán-Perpiñán JM E Al. Guía y recomendaciones para la realización y presentación de evaluaciones económicas y análisis de impacto presupuestario de medicamentos en el ámbito del CatSalut. Generalitat de Catalunya Departament de Salut Servei Català de la Salut: Barcelona, 2014. 2014;9–11.
13. Temel JS, Greer JA, El-Jawahri A, Pirl WF, Park ER, Jackson VA, et al. Effects of early integrated palliative care in patients with lung and gi cancer: A randomized clinical trial. *Journal of Clinical Oncology*. 2017;35(8):834–41.
14. PricewaterhouseCooper. HealthCast 2020: Creando un futuro sostenible. 2011;64.
15. Roeder F, Labrie Y. The private sector within a public health care system: The German example. *Health Care*. 2012;(February 2012):3.

Plan estratégico de enfermería 2022-2026 en unidades de hospitalización del sector público de la Fundació Puigvert “Cambiar, avanzar y mejorar”



Laura García Porras

Coordinadora de Enfermería, Fundació Puigvert

lauragarciaporras@gmail.com

ABSTRACT

The general objective of this study is to develop a Strategic Plan for the public sector Hospitalization Units at Fundació Puigvert.

It is carried out based on a mixed and descriptive design divided into four stages. In the first stage, a SWOT analysis is carried out with the participation of the hospitalization middle managers, to obtain the necessary information for decision-making and to be able to design the strategy. In the second stage, the objectives are to know the pre-implantation job satisfaction of direct care professionals and middle managers, located in hospitalization, through surveys. In the third stage, it is intended to seek the opinion of nursing professionals on the management of middle managers, through qualitative questionnaires. In the fourth stage, in order to know the opinion of hospitalized patients, the 2020 Perceived Quality report is requested from the Customer Service Technical Office.

From the analysis of the results, the strategic planning for hospitalization is designed. In conclusion, we can say that the development of a strategic plan for hospitalization nursing will help to progress in the job satisfaction of professionals, in care and in the perceived quality of the patient.

KEYWORDS

Strategic Planning, Organization and Administration, Job Satisfaction, Nursing

RESUMEN

El objetivo general de este estudio es elaborar un Plan Estratégico para las Unidades de Hospitalización del sector público en la Fundació Puigvert.

Se realiza en base a un diseño mixto y descriptivo dividido en cuatro etapas. En la primera etapa, se elabora un análisis DAFO con la participación de los mandos intermedios de hospitalización, para obtener información necesaria para la toma de decisiones y poder diseñar la estrategia. En la segunda etapa, los objetivos son conocer la satisfacción laboral pre-implantación de los profesionales de atención directa y de los mandos intermedios ubicados en hospitalización, a través de encuestas. En la tercera etapa, se pretende buscar la opinión de los profesionales de enfermería sobre la gestión de los mandos intermedios, mediante cuestionarios cualitativos. En la cuarta etapa, con el fin de conocer la opinión de los pacientes hospitalizados, se solicita el Informe de Calidad Percibida 2020 a la Oficina Técnica de Atención al Cliente.

Del análisis de los resultados se diseña la planificación estratégica para hospitalización. Como conclusión, se puede decir que la elaboración de un plan estratégico de enfermería de hospitalización ayudaría a progresar en la satisfacción laboral de los profesionales y en los cuidados y en la calidad percibida del paciente.

PALABRAS CLAVE

Planificación Estratégica, Gestión, Satisfacción, Enfermería

INTRODUCCIÓN

El mando intermedio en enfermería es el responsable de gestionar, es decir, de planificar, organizar y crear entornos que fomenten el trabajo en equipo de las enfermeras¹. Sus resultados son clave para el logro de las metas de las organizaciones sanitarias, subrayando como objetivo principal la salud y el bienestar de los pacientes². Esta afirmación se sustenta en su responsabilidad en la organización de recursos y en la participación de las estrategias de la organización dirigidas a mejorar los resultados en cuidados³.

La gestión no solo aporta una forma concreta para que la planificación sanitaria se ponga en marcha, sino que además pretende encontrar cuál es la mejor manera de adecuar la estructura a los procesos y al resultado: determinar el trabajo a realizar, los medios necesarios, la forma de realizarlos, las líneas de responsabilidad, el contenido de cada puesto de trabajo, la participación de todos los elementos y los canales de comunicación y

coordinación. La organización hospitalaria debe estar estructurada para alcanzar los objetivos fijados y estos se determinarán teniendo en cuenta las necesidades reales de los clientes internos y externos⁴.

Elaborar una planificación estratégica aumenta la velocidad de adaptación al cambio para coordinar las diferentes actividades de las Unidades de Hospitalización (UH), asegurando que se trabaja el presente mirando el futuro sin olvidar el pasado y garantizando al máximo el éxito del proyecto minimizando los riesgos posibles.

Este instrumento pretende ser un modelo de planificación y gestión, con voluntad de mejora y que considera prioritaria la participación de los diferentes actores de la cadena de valor. Debe buscar un cambio en las Unidades de Hospitalización públicas, actualizar las maneras de hacer y gestionar, y conseguir la excelencia en los cuidados, objetivo que forma parte del Plan Estratégico Institucional e implica un cambio en la gestión de los mandos intermedios (MI) responsables de los cuidados de enfermería de las Unidades de Hospitalización públicas.

DEBILIDADES		AMENAZAS
Escasa tecnología incorporada a la gestión.	Cúmulo de tareas de escaso valor para la gestión enfermera y responsabilidad de roles de otros departamentos.	Incertidumbre ante la situación de cambios institucionales.
Insuficiente inversión en formación en gestión a los cargos intermedios.	Insuficientes datos para la gestión.	Posibilidad de contratación de cargos intermedios externos y con formación en gestión.
Poca inversión en formación de personal.	Comunicación ineficaz.	Falta de profesionales de enfermería.
Desmotivación.	Ausencia de reuniones: con los profesionales, entre el equipo gestor y con la Dirección de Enfermería.	
Falta de tiempo para el soporte asistencial.	Necesidad de implantar una práctica basada en la evidencia.	
Elevada inversión a la gestión de ausencias de profesionales.	Trabajos inacabados.	
Destacada presión de los equipos.	Dificultad para evaluar con el personal de base los problemas y determinar las soluciones conjuntamente.	
Retribución a mandos intermedios por debajo de la media del sector.		
FORTALEZAS		OPORTUNIDADES
Ganas de cambio y de evolucionar.	Bajo absentismo.	Cambio en la organización y gestión del departamento de Recursos Humanos.
Alto compromiso.	Cercanía al equipo asistencial.	Inicio de la gestión conjunta de las ausencias de los profesionales.
Equipo implicado y unido.	Trabajo en equipo.	

Tabla 1. Análisis DAFO.

La importancia de este planteamiento es poder evolucionar en las dinámicas de trabajo del equipo y conseguir dar visibilidad a la gestión enfermera. En la actual era de cambio se debe dirigir la energía hacia una asistencia basada en la transparencia, participación y colaboración,

orientada a resultados y así conseguir ser mejores para el objetivo principal: los pacientes y su familia.

La hipótesis que se formula es que el desarrollo de un Plan Estratégico (PE) de enfermería para las Unidades de Hospitalización del sector público de la Fundació Pui-

	Enfermera	TCAI	Sanitario	MI	TOTAL
A. RELACIONES MANDO, INTERPERSONALES Y PARTICIPACIÓN					
Cree que en su servicio o unidad se valora y reconoce el trabajo bien hecho	3,2	3	3	3,3	3,2
Consideración de la capacidad de su superior directo para ejercer las funciones	3,8	3,7	4,6	3,8	3,8
Su mando directo le da las orientaciones y apoyo para el desempeño de su trabajo	3,8	3,7	3,3	3	3,6
Trato personal que su superior directo tiene respecto usted	4,5	4,3	4,3	3,8	4,4
Valoración de relación profesional con superior directo	4,3	3,9	4,6	4	4,1
Posibilidades de participación en las decisiones cotidianas que afectan a su actividad y entorno	3,3	3,1	1,7	3,2	3,1
Posibilidades de participar en la mejora del funcionamiento de su unidad/servicio	2,9	3	2	3,2	2,9
Su mando directo trabaja con el equipo los proyectos y cuestiones que afectan a su unidad o servicio, y propicia la aportación de propuestas y sugerencias	3,2	3,1	2,6	2,8	3,1
La relación entre compañeros y el ambiente de trabajo existente en su servicio o unidad	4,5	4,3	4,3	4,1	4,3
La información que se le da para la correcta ejecución de su trabajo	3,4	3,6	3,6	3,2	3,5
Considera que las sugerencias y aportaciones que realiza para la mejora del servicio son adecuadamente escuchadas y consideradas	3	3,1	3,3	3,3	3
Su nivel de conocimiento sobre los objetivos, proyectos, resultados, etc. de su unidad/servicio	3,5	3,8	4	2,6	3,6
B. FORMACIÓN, PROMOCIÓN Y RETRIBUCIÓN					
La formación que ha recibido en el Hospital para el desarrollo de su puesto de trabajo le ha resultado	3,3	3,6	2,6	2,8	3,3
Las posibilidades de formación para su desarrollo profesional que el ofrece el Hospital le parecen	2,7	3	2,6	2,6	2,8
La respuesta del Hospital a las necesidades y peticiones de formación de los trabajadores	2,7	2,8	2,6	2,8	2,7
Considera que en el Hospital existen, a igualdad de méritos y capacidades, iguales oportunidades de promoción y desarrollo profesional	2,3	2,4	3,3	3,1	2,5
Considera que en el Hospital va a poder satisfacer sus expectativas de promoción o desarrollo	3	3,1	2,6	3,3	3,1
Cree que en el Hospital se valora a las personas en función de la calidad en el cumplimiento de sus responsabilidades	3,1	2,7	3,3	3,1	2,9
La retribución total que recibe en comparación con la del resto de categorías, le parece	2,7	1,9	1,7	1,8	2,2

C. ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO					
Cree que recibe una información suficiente y adecuada sobre las decisiones tomadas por la Dirección del Hospital que le afecten	2,8	2,7	2,6	2,3	2,7
En general, las decisiones que está tomando el equipo directivo del Hospital le parecen	2,7	2,7	3,3	2,3	2,7
Cree que la dirección del Hospital es receptiva a los problemas y demandas de los trabajadores	2,5	2,7	3,3	2,3	2,6
En su opinión, la organización del trabajo en su unidad o servicio es	3,5	3,4	3,6	3	3,4
La coordinación entre los distintos servicios del Hospital para la prestación de un buen servicio	2,8	3	3	3,2	2,9
Considera que los esfuerzos realizados por el Hospital para mejora su funcionamiento son	2,8	2,9	3,3	2,5	2,8
El nivel de colaboración que existe entre su servicio y otros servicios, con los que debe relacionarse por razones de trabajo es	3,3	3,2	4	3	3,2
Su nivel de conocimiento sobre los objetivos, proyectos, resultados, etc del Hospital es	2,8	3,18	3,3	2,5	3
TOTAL MEDIA	3,2	3,1	3	3	3,1

Tabla 2. Informe encuesta de satisfacción laboral.

gvert modificará la gestión enfermera, mejorará la satisfacción laboral de los profesionales de enfermería y tendrá un impacto en la aplicación de los cuidados.

Como objetivo principal se plantea elaborar un Plan Estratégico del departamento de enfermería de las Unidades de Hospitalización de atención pública de la Fundació Puigvert. Y como objetivos secundarios se establecen los siguientes:

- Conocer la satisfacción laboral de los mandos intermedios en enfermería de las UH.
- Identificar la satisfacción laboral de los profesionales de enfermería de las UH públicas.
- Analizar la opinión de los profesionales de enfermería sobre la gestión enfermera.
- Proponer acciones para modificar la gestión enfermera de las Unidades de Hospitalización en la Fundació Puigvert del sector público.
- Conocer la calidad percibida de los pacientes.

CONTENIDO

El estudio que se propone es mixto y descriptivo, realizado en el centro hospitalario Fundació Puigvert, en la ciudad de Barcelona. Pretende hacer un análisis de la

situación a nivel de enfermería en las Unidades de Hospitalización del sector público, mediante reuniones de equipo de los mandos intermedios, encuestas de satisfacción laboral y encuestas de opinión de los profesionales de mayo a julio del 2021. En base a ello, se elaborará el Plan Estratégico de enfermería de las UH del 2022 al 2026.

Para el estudio cualitativo se cuenta con una muestra de 174 profesionales, 7 mandos intermedios de enfermería y 167 profesionales de atención directa en Unidades de Hospitalización públicas. Se realiza una aleatorización de la muestra, siendo finalmente la muestra de 109 profesionales de enfermería (6 gestores enfermeros y 103 profesionales de enfermería). De estos, se seleccionan 13 profesionales, según características y perfil competencial, para el análisis cualitativo hasta saturación de los datos. Los criterios de inclusión son estar asignados a las UH y tener una experiencia superior a 6 meses.

Los datos son tratados bajo el cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. En todo momento la participación es voluntaria y se respeta la decisión de los profesionales de base y de los cargos intermedios que no quieren participar, manteniendo los principios de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. El estudio se realiza siguiendo los principios de buena práctica y todas las consideraciones éticas, según la declaración de Helsinki, 2013 Fortaleza.



Figura 1. Encuesta de opinión.

La intervención que se propone se divide en cuatro etapas:

Primera etapa: se realiza un análisis DAFO con el equipo de mandos intermedios de hospitalización.

Segunda etapa: se considera imprescindible conocer la satisfacción laboral previa la implantación, tanto de los profesionales de atención directa como de los mandos

intermedios en enfermería, mediante una encuesta de satisfacción laboral. Este cuestionario se utiliza para medir la satisfacción previa y posterior a la implantación del Plan Estratégico.

Tercera etapa: se busca la opinión de los profesionales de enfermería de base sobre la gestión enfermera mediante un cuestionario de opinión.

PLAN ESTRATÉGICO	
MISIÓN	En la unidades de hospitalización del sector público de la Fundació Puigvert se aplican cuidados de máxima calidad especializados en urología, nefrología, andrología y reproducción asistida. Se da atención de salud de forma integral con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los usuarios.
VISIÓN	Se pretende ser unidades de hospitalización integradas, investigadoras, docentes e innovadoras para dar visibilidad a los cuidados enfermeros especializados en urología, nefrología y andrología; y obtener reconocimiento interno, comprometido con los objetivos institucionales, que se adaptan a los nuevos tiempos y a las necesidades cambiantes de las personas.
VALORES	<p>Actitud positiva: ver las cosas con optimismo y esperanza.</p> <p>Responsabilidad: cumplir con las obligaciones y ser cuidadoso en la toma de decisiones, compromiso.</p> <p>Respeto: valor humano fundamental cuando se interactúa con otras personas.</p> <p>Honestidad: actuar con sinceridad</p> <p>Compromiso: conciencia de la importancia que tiene cumplir con el desarrollo del trabajo dentro del tiempo estipulado para ello.</p> <p>Transparencia: ser sincero y asumir las consecuencias de los actos generando confianza.</p> <p>Empatía: capacidad que tiene una persona para percibir los sentimientos, pensamientos y emociones de los demás.</p> <p>Autocrítica: reflexión personal de los propios actos o comportamientos, para un mayor autoconocimiento de sus habilidades.</p>

Tabla 3. Diseño del plan estratégico.

LÍNEA ESTRATÉGICA	DEFINICIÓN	PLANES DE ACCIÓN
1	Cuidar de los profesionales del departamento de enfermería de las	
Objetivo	Crear ambientes de trabajo donde los profesionales se sientan partícipes y orgullosos:	
	Mejorar del clima laboral. Aumentar la participación, proximidad y transversalidad.	Plan de recursos humanos.
	Invertir en conocimiento.	Plan de impulso a la generación de conocimientos.
2	Proceso de atención al paciente hospitalizado	
Objetivo	Ser vistos como unidades de hospitalización que apuestan por la humanización, la calidad y seguridad, con un modelo asistencial que se adapta a las necesidades de los pacientes:	
	Progresar en la atención del paciente hospitalizado. Mejorar el proceso de alta hospitalaria. Asegurar la atención integrada.	Plan de atención al paciente hospitalizado.
	<i>Empowerment</i> paciente y familia.	Plan de empoderamiento al paciente y familia.
3	Gestión clínica de las UH	
Objetivo	Garantizar la calidad y seguridad de las unidades de hospitalización:	
	Revisar y crear protocolos basados en evidencia científica. Revisar y elaborar indicadores de calidad.	Plan de calidad asistencial.
	Mejorar la calidad percibida de los usuarios.	Plan de desarrollo en gestión.
	Identificar las opciones de mejora relacionada con la seguridad del pacientes.	Plan de calidad percibida paciente.
4	Gestión enfermera	
Objetivo	Modernizar la gestión, avanzar hacia un modelo de gestión participativo, trabajo en equipo y evaluación de resultados:	
	Reorganizar el equipo de mandos intermedios.	Plan de modernización de la gestión enfermera.
	Avanzar en al gestión de personas conjunta con Recursos Humanos.	Plan de transición en la gestión de recursos humanos.
	Dar visibilidad a la gestión enfermera.	Plan de visibilidad a la gestión enfermera.
5	Comunicación efectiva	
Objetivo	Originar canales de comunicación útiles para que la información fluya de forma ágil y eficiente:	
	Mejorar la comunicación interna.	Plan de comunicación.
	Actualizar los sistemas de informatización.	Plan de modernización de la intranet respecto al departamento de Enfermería de las UH.

Tabla 4. Líneas estratégicas.

Cuarta etapa: con el objetivo de obtener la valoración de los pacientes hospitalizados se analiza el Informe de Calidad percibida 2020 y los datos en relación con quejas y reclamaciones.

RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados obtenidos de las encuestas elaboradas y de los datos analizados correspondientes a la situación actual en enfermería de

hospitalización, pre-implantación del PE (Tabla 1). Estos datos serán de nuevo recogidos tras la implantación del PE y se podrá realizar la comparación post-implantación. Estos serán significativos y se tendrán en consideración para definir la estrategia.

De la segunda etapa resulta la satisfacción laboral de los mandos intermedios y profesionales de enfermería de las UH sector público, siendo la satisfacción laboral media de los profesionales de 3,1 (mínima satisfacción es 1 y máxima 5). (Tabla 2)

Sobre la opinión de los profesionales sobre gestión enfermera, de la encuesta de opinión se categorizan grandes temas comunes: proceso, cuidados de enfermería, perfil del líder, formación e investigación, recursos, comunicación y clima laboral. En la Figura 1 se detalla la información extraída.

En cuanto a la calidad percibida del usuario, el índice de satisfacción de los usuarios de la organización del estudio fue de 8,6 en 2020. Respecto a la fidelidad en los pacientes es del 94,1% en 2020 y del 97,9% en 2018, siendo el índice de fidelidad de las personas usuarias en atención hospitalaria con internamiento de los hospitales SISCAT en el 2018 del 88,5%.

De las preguntas realizadas en relación con la hospitalización del sector público y el Departamento de Enfermería, se destacan varios puntos para tener en cuenta como necesidad de mejora en el PE:

- Trato del personal de enfermería y personal con otras funciones.
- Control del dolor
- Higiene personal.
- Competencia enfermería y personal con otras funciones.
- Organización.
- Información sobre enfermedad.
- Tranquilidad ambiental y silencio.

CONCLUSIONES

La elaboración de un plan estratégico puede facilitar el conocimiento de la situación de partida y los resultados obtenidos tras su implantación definirán su aplicabilidad.

En primer lugar, se espera poder implantar el Plan Estratégico planteado en el término determinado.

En este estudio se conoce la actual satisfacción laboral de los mandos intermedios, así como se identifica la de los profesionales de enfermería de hospitalización pública, como referencia pre-implantación. Por otro lado, se analiza la opinión de los profesionales de enfermería con relación a la gestión enfermera, donde se concluyen grandes bloques a considerar para la elaboración del PE.

A nivel específico se aportan estrategias de progreso en la gestión enfermera de las Unidades de Hospitalización del sector público, para poder evolucionar y proyectar hacia una mejora continua. Tras conocer la calidad percibida de los pacientes, se confía en que este PE tenga un impacto positivo en los resultados en las encuestas de calidad de los usuarios en los próximos 4 años. Como consecuencia de lo citado, posiblemente se observe un impacto en los resultados de salud de los pacientes.

Este Plan Estratégico será el referente de trabajo para los próximos años. El éxito se logrará con la cooperación de las personas implicadas en todo momento ya que los cambios impulsados desde iniciativas propias o vividas como tal son más exitosos.

Se considera el PE como un instrumento capaz de actualizar, dinamizar y priorizar. Se propone como elemento de coordinación entre los mandos intermedios y como el inicio del camino que llevará hacia un cambio en el futuro.

BIBLIOGRAFÍA

1. González A., Marqués-Sánchez P., Modelo de competencias para la gestora enfermera. 2019.
2. Shuman CJ, Ploutz-Snyder RJ, Titler MG. Development and Testing of the Nurse Manager EBP Competency Scale. West J Nurs Res. 2018; 40(2):175-90.
3. Weatherford B, Bower KA, Vitello-Cicciu J. The CNO and Leading Innovation: Competencies for the Future. Nurs Adm Q. 2018; 42(1):76-82.
4. Ayuso D. La gestión de enfermería y la división médica como dirección asistencial. Libro electrónico 2012. Ediciones Diaz de Santos, S.A. Madrid.



En colaboración con Janssen España