

FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ



TRABAJO FIN DE MÁSTER

MEMORIA DE GESTIÓN EN UNA JEFATURA DE ÁREA DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL DE APOYO EN UNA GRAN CAPITAL EUROPEA

Alumno: Martín Chamorro, Eduardo

Tutor: Martínez Pérez, José Juan

Máster Universitario en Gestión Sanitaria

Curso: 2020-2021

ÍNDICE

1. PRESENTACIÓN.	2
2. PLAN ESTRATÉGICO.	2
2.1. Metodología.	2
MISIÓN ¹	2
VISIÓN ¹	3
VALORES ¹	3
2.2. Análisis de la situación.	4
2.2.1 Análisis externo.	4
2.2.2 Organización de la Asistencia Sanitaria en la Comunidad de Madrid.	4
2.2.3 Marco legislativo.	5
2.2.4 Análisis Demográfico.	6
2.3 Análisis Interno.	6
2.3.1 Estructura de la Institución.	7
2.3.2 Cartera de Servicios.	8
2.3.3 Estructura del Servicio o Unidad.	8
2.3.4 Actividad del Servicio.	10
2.3.5. Matriz DAFO.	13
3. OBJETIVOS.	14
4. PLAN DE ACTUACIÓN.	15
4.1. Acciones.	15
4.2. Recursos necesarios.	19
4.3. Funciones y características reseñables de un Jefe de Área.	19
5. BIBLIOGRAFÍA.	20
ANEXO I	21

MEMORIA DE GESTIÓN EN UNA JEFATURA DE ÁREA DE ENFERMERÍA DE UN HOSPITAL DE APOYO EN UNA GRAN CAPITAL EUROPEA

1. PRESENTACIÓN.

El propósito de este trabajo es una memoria del puesto de Jefatura de Área de enfermería de Hospitalización en el Hospital Santa Cristina de Madrid. A la vez realizar el Trabajo Fin de Máster para la Universidad Miguel Hernández para su "Máster en Gestión Sanitaria".

Trabajo como Jefe de Unidad de hospitalización quirúrgica en el Hospital Santa Cristina. Con este trabajo intento dar visibilidad a la necesidad de crear el puesto de Jefa de Área en hospitalización, para dar soluciones a todas las necesidades en las que no es necesario que intervenga la dirección de enfermería. Dichos problemas se centran principalmente en los recursos humanos y recursos materiales del área.

Para ello se realizará una memoria descriptiva de la organización, análisis de la situación, líneas estratégicas, objetivos, así como un plan de actuación.

2. PLAN ESTRATÉGICO.

2.1. Metodología.

MISIÓN¹

El Hospital Universitario Santa Cristina tiene como objetivo proporcionar una atención sanitaria de máxima calidad, adaptada en todo momento a las expectativas y necesidades de la población a la que atiende.

Es un hospital público que proporciona asistencia hospitalaria y ambulatoria de referencia para ginecología, garantizando la atención especializada, en coordinación con la atención primaria, para todos los pacientes de la Comunidad de Madrid. Además, el hospital es un centro de apoyo a las necesidades de la Consejería de Sanidad para otras especialidades.

El Hospital Universitario Santa Cristina es un hospital universitario docente para Ciencias de la Salud, integrado, desde el punto de vista académico, en la Universidad Autónoma y con conciertos con otras universidades. La labor docente se realiza en los ámbitos de pregrado, postgrado (incluyendo el programa MIR, EIR y PIR) y formación continuada de profesionales del propio hospital, del área y de otros ámbitos nacionales e internacionales.

El hospital es un hospital investigador, en el que se realiza investigación básica y aplicada y que se integra como organización de pleno derecho en el Instituto de Investigación Sanitaria del Hospital La Princesa.

VISIÓN¹

Queremos ser un hospital referente para los pacientes por su accesibilidad, excelencia en el trato, la calidad humana y técnica de sus profesionales y el confort de sus instalaciones

Queremos ser un hospital atractivo del que se sienten orgullosos sus trabajadores porque se les facilita el crecimiento personal, se está abierto a sus iniciativas y propuestas de mejora e innovación, se les respeta y valora

Queremos ser un hospital con una organización y gestión óptima y de máximo rendimiento, innovador, que se adapta con flexibilidad a las necesidades del Servicio Madrileño de Salud, comprometido con la docencia y la investigación.

VALORES¹

- Respeto a la dignidad, autonomía e intimidad de los pacientes.
- Respeto a los profesionales por parte de la organización, los usuarios y los propios compañeros.
- Integridad y Honestidad en la atención a pacientes, trabajadores y en el manejo de los recursos.
- Compromiso con la excelencia, la innovación y la competencia profesional.
- Flexibilidad para incorporar y adaptarse a los cambios tecnológicos, organizativos y sociales.

2.2. Análisis de la situación.

2.2.1 Análisis externo.

El hospital Santa Cristina es un hospital de apoyo, dependiente de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Como todo hospital de apoyo carece de población propia, los pacientes de Medicina Interna son derivados de los demás hospitales de la Madrid. Los usuarios que necesitan Cuidados Paliativos llegan a nuestro centro a través del PAL24, y pueden ingresar desde su domicilio o desde otra institución sanitaria. Los pacientes quirúrgicos son derivados de otros hospitales, al sobrepasar el tiempo de espera quirúrgica, aunque también pueden elegir nuestro hospital por la opción de libre elección de centro sanitario. Los pacientes de consultas externas son los únicos que no son derivados, eligen nuestro centro a través de la libre elección hospital, al tener Madrid Área Única de Salud. En el caso de las consultas de ginecología somos referentes para los usuarios del Hospital de la Princesa.

2.2.2 Organización de la Asistencia Sanitaria en la Comunidad de Madrid.

Hasta el año 2010 la Comunidad de Madrid (CAM) contaba con 11 áreas sanitarias, las cuales tenían al menos un hospital de referencia, centros de especialidades y numerosos centros de salud. En ese año la Comunidad pasó a ser Área Única de Salud. Los hospitales comenzaron a estar dirigidos por una gerencia y los centros de atención primaria (AP) por otra gerencia diferente, dividida a su vez en 7 Direcciones Asistenciales (Centro, Este, Noroeste, Norte, Oeste, Sur y Sureste – Anexo I-). Gracias a este cambio los usuarios tienen libre elección de médico y enfermera en AP y libre elección de hospital.

El Servicio Madrileño de Salud (SERMAS) cuenta con 34 hospitales públicos (Anexo II), divididos en generales, monográficos, de apoyo y media estancia, a los cuales están adscritos Centros de Especialidades y Centros de Salud Mental. Atención Primaria cuenta con 266 Centros de Salud y 163 Consultorios.

En 2010 nuestro hospital deja de pertenecer al Área 2 de salud, pierde su población asignada y se estrena como hospital de apoyo. En ese momento cede la maternidad y neonatología al H.G.U. Gregorio Marañón, y comienza a ser un hospital quirúrgico, con camas para medicina interna y cuidados paliativos.

En la actualidad el SERMAS cuenta con 83.401 profesionales de los cuales 822 trabajan en el Hospital Santa Cristina⁶.

2.2.3 Marco legislativo.

Constitución Española². La carta magna firmada en 1978 hace referencia al derecho a que nuestra salud sea protegida en su artículo 43, donde también afirma que es competencia de los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios (como pueden ser las campañas de vacunaciones). En su artículo 41 insta a los poderes públicos a mantener un régimen público de Seguridad Social para todos los ciudadanos, que garantice la asistencia y prestaciones sociales suficientes ante situaciones de necesidad.

Para poder desarrollar el principio rector del derecho a la protección de la salud del artículo 43 de la Constitución, se publica la Ley 14/1986, de 25 de abril, Ley General de Sanidad³, gracias a la cual España pasa de un sistema sanitario financiado por trabajadores y empresarios (Modelo Bismark) a un Sistema Nacional de Salud financiado a través de los Presupuestos Generales del Estado (Modelo Beveridge).

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Es una ley básica para todo el territorio nacional que viene a regular los derechos de los pacientes respecto a la información que deben recibir sobre su asistencia sanitaria y el consentimiento que debe prestar para que se les realice la asistencia de la que se les está informando.

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, tiene por finalidad dotar al Sistema Sanitario de un marco legal que haga posible la integración de los profesionales en el servicio sanitario, tanto si ejercen sus servicios en el ámbito público como en el privado.

Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud. La Ley General de Sanidad establece que se creen unas bases reguladoras para la relación especial del personal público dependiente del Sistema Nacional de Salud, que es el objeto de esta ley.

Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM)⁴. Esta ley regula el derecho a la protección de la salud en la CAM, según establece las competencias en materia de salud del Estatuto de Autonomía de la CAM.

Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la CAM⁵. Esta ley ordena un Área Única Sanitaria en toda la Comunidad, unificando las once áreas existentes, aunque la Gerencia de Atención Primaria se divide en siete Direcciones Asistenciales (Norte, Este, Sureste, Sur, Oeste, Noroeste y Centro). Esta unificación otorga a los usuarios la posibilidad de elegir médico y enfermera en todo el territorio autonómico.

2.2.4 Análisis Demográfico.

La CAM cuenta con una población con derecho a Asistencia Sanitaria de 6.859.181 habitantes⁶, de los cuales 5.826.178 son mayores de edad, éstos pueden ser derivados para cirugía, hospitalización en medicina interna o cuidados paliativos, además de la amplia cartera de consultas, o bien pueden elegirnos por la libre elección de hospital.

2.3 Análisis Interno.

El hospital Santa Cristina está en la madrileña calle O'Donnell, inaugurado por sus Majestades el Rey Alfonso XIII y la Reina Victoria Eugenia en 1924 (véase Anexo III). En sus inicios el centro era Escuela de Matronas y Casa de Salud para que las mujeres madrileñas tuvieran asistencia al parto en un hospital y no en su domicilio. Para ello, la Reina Victoria solicitó a la nobleza que acudieran a la Casa de Salud para ser tratadas durante el parto. En 1987 el hospital se integra en la red sanitaria del INSALUD como hospital de referencia en

la Especialidad de Obstetricia y Ginecología. Al transferir las competencias a la CAM, pasó a ser hospital monográfico materno-infantil del Área 2. Con la disminución de la natalidad en España y estando enfrente de la maternidad del H.G.U. Gregorio Marañón era difícil la viabilidad del centro como hospital materno-infantil, por ello aumentó su cartera de servicio para convertirse en Hospital General.

En el año 2019 se realizaron en el hospital 3.544 ingresos de los 525.430 realizados en la Comunidad de Madrid⁶. De las 458.665 intervenciones quirúrgicas del SERMAS⁶, se realizaron en Santa Cristina 8.442, de las cuales 2.217 fueron con ingreso, 6.225 sin ingreso y 22 intervenciones urgentes⁷.

2.3.1 Estructura de la Institución.

Santa Cristina es un hospital con encanto, mantiene la fachada de ladrillo rojo de principios del siglo pasado, todo el edificio antiguo gira en torno a un gran patio central. El patio era usado para los paseos de las parturientas y sus bebés, en la actualidad no es visitable, pero sus árboles centenarios y sus rosales ayudan a restablecer la salud de nuestros usuarios. Además su accesibilidad le hace muy atractivo.

El hospital cuenta con una superficie de 35.523 metros cuadrados distribuidos en dos edificios. El edificio A con una fachada más clásica, inaugurado por primera vez en 1924 y remodelado en 2006, cuenta con 19.523 metros cuadrados divididos en cuatro plantas, planta baja y sótano. Se ubica la hospitalización médica y quirúrgica, ocho quirófanos, la Unidad de Recuperación Postanestesia (URPA), cocina, almacenes, farmacia, cafetería, capilla, aulas y biblioteca. El hospital tiene una capacidad total de 192 camas, de las cuales se usan habitualmente 156 camas. El edificio B con 16.000 metros cuadrados consta de cinco plantas, planta baja, semisótano y tres sótanos dedicados a garaje. Acoge las consultas externas (29 consultas), radiología, gimnasio, laboratorios, sala de extracciones, endoscopias, tres quirófanos de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), unidades administrativas y la Dirección.

2.3.2 Cartera de Servicios.

- UNIDADES MÉDICAS⁸:

Análisis Clínicos	Anatomía Patológica
Cirugía General y Digestivo	Cirugía Plástica
Cirugía Ortopédica y Traumatología	Endocrinología
Endoscopias	Farmacia
Medicina Interna	Neumología
Neurofisiología	Oftalmología
Obstetricia y Ginecología	Psicología
Radiodiagnóstico	Unidad de Paliativos
Trastornos de la Conducta Alimentaria	Urología
Anestesiología-Reanimación y Terapia del Dolor	

- UNIDADES DE ENFERMERÍA⁸:

U. de Admisión	U. de Anatomía Patológica
U. de Atención al Paciente	U. de Bloque Quirúrgico
U. de Calidad	U. de Consultas Externas
U. de Cuidados Paliativos	U. de Esterilización
U. de Farmacia	U. de Fisioterapia
U. de Formación Continuada	U. de Hospitalización Médica
U. de Hospitalización Quirúrgica	U. de Laboratorio Clínico
U. de Radiodiagnóstico	U. de Reanimación
U. de Trastornos de la Conducta Alimentaria	

2.3.3 Estructura del Servicio o Unidad.

El área de hospitalización se distribuye en la segunda planta control A y B, tercera planta control A y B y cuarta planta control A.

En la segunda planta está emplazada la hospitalización quirúrgica, con las especialidades de traumatología, ginecología, urología, cirugía general y cirugía plástica.

Control A2, permanece abierto de lunes a domingo:

- Cuenta con 23 camas, todas en habitaciones dobles menos una de ella que es individual, principalmente para aislamientos.
- Control de enfermería con estar, cuarto de medicación, cuarto sucio y almacén.
- Habitación para exploración.
- Sala de familiares (actualmente clausurada).
- Barras paralelas y escaleras para la rehabilitación.

Control B2, abierto de lunes a viernes:

- Tiene 12 habitaciones dobles y una individual.
- Cuenta con un control de enfermería con estar, cuarto de medicación, cuarto sucio y almacén.
- Baño asistido.
- El despacho de supervisión.
- La capilla del hospital.

Entre los dos controles se encuentran los despachos y secretaría de traumatología, los montacargas de sucio y limpio para mercancías y cocina.

En la tercera planta se encuentra la especialidad de Medicina Interna.

Control A3:

- Posee 11 habitaciones dobles y 1 individual.
- Control de enfermería con estar, cuarto de medicación, cuarto sucio y almacén.
- El despacho de la supervisora.
- Despacho médico.

Control B3:

- Cuenta con 8 habitaciones dobles y 4 individuales que se usan para estudios del sueño en turno de noche de domingo a viernes.
- Cuenta con un control de enfermería con estar, cuarto de medicación, cuarto sucio y almacén.
- Baño asistido.

- Despacho médico para Medicina Interna.
- Despacho médico de Neumología y Cardiología.

Al igual que en la segunda planta, se encuentran los despachos y secretaría de cirugía general entre los dos controles, los montacargas de sucio y limpio para mercancías y cocina.

En la cuarta planta se encuentra la Unidad de Cuidados Paliativos (a cargo de Medicina Interna), entre los dos controles están los despachos de Medicina Interna y su secretaría, los montacargas de sucio y limpio para mercancías y cocina.

Control A4:

- Dispone de 16 habitaciones individuales con cama para el acompañante, que se extienden hasta parte del control B, pero atendidas desde el control A.
- Despacho de reuniones para el equipo de la Unidad.
- Cuarto de electromedicina.

Control B4:

- Despacho de la supervisora.
- Sala de familiares.
- Despachos médicos de Geriátría y Nutrición.
- Dormitorios y dependencias de la Unidad de Atención Domiciliaria (UDA) del SUMMA 112.
- Aulas de formación.

2.3.4 Actividad del Servicio.

El área de hospitalización está integrada por varios servicios. En la segunda planta están todas las especialidades quirúrgicas del hospital. Se ubicó en esa planta al estar junto a los quirófanos, incluidos los de urgencias y la Unidad de Recuperación. Las cirugías más complejas se ingresan en el control A al ser el más cercano a la U. de Recuperación y porque es el control que permanece

abierto todos los días de la semana. Cuando hablamos de cirugía compleja en un hospital pequeño me refiero a prótesis de cadera y rodilla, ginecología, oncoginecología, cirugía plástica y cirugía general (tiroidectomía, grandes eventraciones...).

En el control B2 ingresan las cirugías de corta estancia, intervenciones que son dadas de alta en 24 o 48 horas como son las colecistectomías, hernias inguinales, intervenciones pequeñas de traumatología, resección transuretral.... Aquellos pacientes que el viernes no pueden ser dados de alta son trasladados al control A2. Cerrar este control durante el fin de semana, con el ahorro en recursos materiales y R.R.H.H., es posible por la cantidad de cirugías ambulatorias que realiza el hospital, estas se concentran el jueves y el viernes posibilitando el alta de los pacientes ingresados.

La tercera y cuarta planta están a cargo de Medicina Interna con apoyo de dos geriatras. En el control A3 está ubicada la Unidad de Cuidados Continuados, ingresan pacientes procedentes de otros hospitales que necesitan una cama de paciente crónico, para una recuperación que no es posible en su domicilio. Habitualmente son usuarios con grandes úlceras que necesitan tratamiento quirúrgico (cirugía plástica), en su mayoría desnutridos y con mala adhesión al tratamiento. La estancia media en esta unidad supera los seis meses.

El control B3 está dedicado a pacientes de Medicina Interna con un perfil muy concreto. Antes de ser trasladados, nuestros médicos, leen la historia del paciente y se aseguran que no es susceptible de ingresar en una UVI, al carecer el hospital de ella, que no va a necesitar interconsultas con especialistas de los que nuestro hospital carece y no tener citas pendientes en su hospital habitual.

En este control se encuentran 4 habitaciones individuales usadas para estudios del sueño de domingo a viernes. Los usuarios ingresan a última hora del turno de tarde y acaban el estudio a las siete de la mañana, para que puedan continuar con su vida cotidiana.

Es la única planta con capacidad para oxigenoterapia a alto flujo. Tras la primera ola de COVID19 se mejoraron las instalaciones de oxígeno para poder hacer frente a enfermedades respiratorias.

La supervisora de ambas unidades es la “enfermera de enlace” del hospital. A través de ella nos llegan los cuidados que han recibido los pacientes, principalmente de esta planta, antes de llegar al hospital. Ante la inminente alta de un paciente, se pone en comunicación con la enfermera comunitaria o la enfermera del centro socio sanitario donde va a ser trasladado para informarle de los cuidados realizados y mantener una continuidad asistencial. Se intenta un contacto telefónico con la enfermera comunitaria a través del Centro de Salud, donde se le hace un resumen de la situación de los pacientes más vulnerables, con información de sus cuidados y posibles citas al alta. Si no fuera posible el contacto telefónico se envía un email al correo corporativo, donde informa del alta e insta a ver el seguimiento desde el programa Horus. Horus es un programa, que lejos de ser una Historia Electrónica común, nos permite visualizar todos los informes médicos de los pacientes de la región. Al tener Madrid un área única de salud, la enfermera de enlace tiene comunicación con todos los centros de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.

En la cuarta planta se instala la Unidad de Cuidados Paliativos, cuenta con 16 habitaciones individuales las cuales tienen cama para el acompañante. Es una unidad para pacientes de media estancia, no permite el ingreso de pacientes agudos por las características y carencias del centro. Los usuarios son derivados desde otros hospitales o desde su propio domicilio por el PAL-24, que coordina las necesidades y recursos de cuidados paliativos de la Comunidad de Madrid. Al estar en la última planta del edificio se crea una atmósfera de tranquilidad, donde los familiares hacen vida junto a los pacientes. El personal no adquiere el ritmo del hospital sino el de los usuarios de la unidad. Son los únicos pacientes que además del libre elección de menú, pueden solicitar otro tipo de comidas, incluso fuera de los horarios establecidos, esto es posible al tener cocina propia y estar abierta mañana y tarde.

En las aulas de esa planta se imparten talleres a los familiares. La “Escuela de Familiares” forma e informa sobre los cuidados paliativos, los tratamientos y cuidados domiciliarios. También ayuda a comenzar el duelo, evitando un probable duelo patológico. Estas reuniones semanales les ayudan a compartir experiencias y dudas.

2.3.5. Matriz DAFO.

<p style="text-align: center;">DEBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none">● Nula empatía entre el personal de las diferentes unidades del área.● No hacer pases de visita conjuntos.● Dificultad del personal para cambios de turno.● Escasa información al alta.● Programa informático con muchas deficiencias.● Reticencias al cambio.	<p style="text-align: center;">AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none">● No tener una población asignada.● No tener lista de espera quirúrgica propia.● No poseer todo tipo de especialistas.● Envejecimiento de la población.● No tener un flujo continuo de pacientes.
<p style="text-align: center;">FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none">● Excelente formación de los profesionales.● Escasas quejas y numerosas cartas de agradecimiento.● Gran adhesión del personal a las nuevas tecnologías.● Actualización continua de los protocolos de las unidades.● Contar con una “Enfermera de enlace”● Gran predisposición de la nueva gerencia al cambio y mejora.● Facilidad de las relaciones interpersonales al ser un hospital pequeño.	<p style="text-align: center;">OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none">● Accesibilidad del hospital.● Coordinación continua con otros niveles asistenciales.● Contar con el “Anillo Radiológico”.● Adaptabilidad del hospital a los cambios impuesto por la Consejería al ser un hospital de apoyo.

3. OBJETIVOS.

Ante la falta de unos objetivos claros en el área de hospitalización y gracias a lo aprendido en este máster he redactado los siguientes objetivos.

Atención centrada en el paciente con la mejor evidencia científica. El paciente es el centro de todo nuestro trabajo, por lo tanto, todo lo que no ofrezca un beneficio al paciente tendrá que ser valorado. La atención sanitaria tiene que ser integral, que garantice la satisfacción de sus necesidades, considerando sus aspectos físicos, psicológicos y sociales.

Fomentar la mejora continua de la humanización de la asistencia sanitaria. Todas las profesiones sanitarias intentan dar la mejor calidad asistencial a los usuarios, pero esa calidad no solo es el mejor diagnóstico, la mejor cirugía, ni el mejor tratamiento si por el camino perdemos la esencia de nuestro trabajo. Tenemos que trabajar para el paciente pero con el paciente. Antes se ejercía una sanidad paternalista, ahora tenemos que aumentar la humanización de esos cuidados y ayudar a un empoderamiento del paciente.

Potenciar la Calidad Total. A principios del siglo pasado cuando se hablaba de Calidad, solo se fijaban en la calidad del producto o servicio y por lo tanto en su mejora, sin contar con el cliente. Esta visión ha evolucionado hasta la definición de Tarí Guillón de Calidad Total⁹, para este autor significa producir bienes y/o servicios según especificaciones que satisfagan las necesidades y expectativas de los clientes, donde también contamos con nuestros clientes internos. Los objetivos de la Calidad Total es llegar a la Excelencia consiguiendo satisfacer de manera equilibrada las necesidades de todos los grupos de interés.

Hacer una gestión eficaz de los Recursos Humanos (R.R.H.H.) del área. Para ello fomentar el trabajo en equipo, no sólo dentro de la unidad, sino entre las unidades y con otros profesionales del hospital.

Promover una adecuada gestión de los recursos materiales.

Apoyo a la investigación y docencia.

4. PLAN DE ACTUACIÓN.

4.1. Acciones.

Tenemos que continuar con todos nuestros cuidados centrados en el paciente, para ello tomaremos una serie de medidas:

- Creación y actualización de protocolos y procedimientos de las Unidades asistenciales, además de su difusión entre todos los miembros del equipo.
- Establecer criterios unificados y personalizados de los cuidados de los usuarios, disminuyendo la variabilidad de los mismos.
- Dar una información clara y consensuada al paciente. Muchos de los usuarios expresan que la información cambia según el profesional que la comunique¹⁰.
- Creación de Planes de Cuidados Estandarizados para agilizar la burocracia de las enfermeras, los cuales tendrán que mejorarlos e individualizarse tras valorar al paciente.
- Insistir en la importancia de la evaluación del dolor como quinta constante y no solo en los pacientes quirúrgicos, lo cual es una costumbre, sino en todos los usuarios. Este registro se considera muy importante para una adecuada atención de salud y seguridad del paciente.¹¹
- Cooperar con otros profesionales para crear equipos multidisciplinares: Médicos, Psicólogos, Trabajador Social, Farmacia, Radiología...esta coordinación ayudará a reducir los tiempos de espera de los usuarios, además de aumentar su información y la de sus acompañantes.
- Mejora la seguridad de los pacientes implantando prácticas seguras en la atención sanitaria implicando a pacientes, familiares y profesionales.
- Planificar cuidados de enfermería relacionados con la seguridad: necesidad de barandillas en cama, iluminación del espacio, calzado adecuado... y un registro de las mismas.
- Implementar las precauciones en procedimientos habituales pero complejos como la administración de hemoderivados.
- Velar por el cumplimiento de normas, protocolos y procedimientos para la prevención y control de las Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria (IRAS). Según el Estudio ENEAS¹² el 25% de los efectos

adversos están relacionados con las IRA y más del 50% de estos efectos adversos podrían ser evitables con procedimientos tan sencillos como la Higiene de Manos entre los profesionales, pacientes y acompañantes.

- Evaluar casos concretos con el equipo, determinando si las medidas adoptadas eran suficientes y que otras medidas podríamos tomar.

Para asegurarnos que estas medidas se lleven a cabo, haremos junto con las Jefas de Unidad auditorías internas. Esta monitorización será bimensual e intervendrán personal de las otras unidades de hospitalización, no será punitiva, e informarán al profesional de las mejoras que se pueden hacer.

Garantizar la continuidad de los cuidados de enfermería:

- Con una adecuada educación del paciente y su cuidador.
- Realización y entrega de informes de enfermería al alta, donde irán detallados los cuidados de enfermería
- Informando al paciente de los cuidados tras su alta hospitalaria y a donde ir o a quien dirigirse en caso de necesidad, al no tener urgencias nuestro hospital.
- Siempre que se traslade a un usuario vulnerable o frágil, la enfermera de enlace (Jefa de Unidad de Medicina Interna) establecerá una rápida comunicación con la enfermera del otro centro (Atención Primaria, Especializada o centros sociosanitarios) para explicarle con todo tipo de detalles los cuidados realizados, mediante el uso de sistemas de lenguaje estandarizado. Asegurando una comunicación bidireccional.

Promover la mejora de la humanización de la asistencia sanitaria en la Unidad:

- Difundir y seguir el Plan Estratégico de Humanización en la Asistencia Sanitaria de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
- Realizar formación para los profesionales en habilidades de comunicación y relación de ayuda. La formación tiene que tener un “alto sentido humanístico, con valores, responsables, personas que tiendan a la realización personal y sensible a las necesidades humanas”.¹³
- Velar por una asistencia a pacientes y cuidadores con una actitud humanizada a través de la cercanía, identificando necesidades de apoyo emocional y psicológico.

Para poder asegurar que todos los cuidados están avalados por la mejor evidencia científica tendremos que mejorar los conocimientos, las competencias y aptitudes de los profesionales.

- Detectar necesidades de formación de los profesionales.
- Impulsar la formación continuada de los profesionales.
- No denegar ningún curso de formación, utilizando si es necesario los polivalentes del hospital
- Compartir el conocimiento por parte de los profesionales de aquellos aspectos técnicos y científicos que afectan a la profesión a través de píldoras formativas en la propia unidad y en todos los turnos.
- Informando a los profesionales a través de las Jefas de Unidad de cursos, jornadas, talleres, congresos... y facilitando su asistencia.

Tendremos una mejora continua de nuestra calidad total:

- Ofreciendo a nuestros usuarios y acompañantes los más altos niveles de calidad asistencial, cumpliendo los estándares de excelencia.
- Haciendo una evaluación constante de la Calidad Percibida.
- Velando por el cuidado de los profesionales en la búsqueda de su bienestar, control del estrés y prevención del desgaste profesional.
- Dedicando el tiempo necesario a escuchar a los profesionales, atendiendo sus dudas, quejas, sugerencias o problemas personales, estableciendo un clima de comunicación adecuado que les permita expresar libremente sus emociones. "Todos los profesionales tienen que sentirse importantes, saber que pueden colaborar y ayudar cuando se necesite".¹⁴

El mayor gasto de un hospital son los RRHH, una buena gestión de los mismos puede no encarecer el presupuesto anual.

- Hacer un seguimiento diario de la necesidad de personal de todas la Unidades Asistenciales, junto con los Jefes de Unidad.

Al ser un hospital de apoyo el ingreso de pacientes no es constante, por lo que el personal necesario tampoco debería de serlo. Según las necesidades asistenciales se podrá adecuar la cantidad de personal entre

las diferentes plantas, ahorrando personal en caso de alguna incapacidad temporal (IT).

- Seguimiento de los contratos por IT, haciéndoles una liquidación de días de manera mensual, así en el momento de su liquidación no tendríamos que abonar vacaciones ni días pendientes.
- Responsabilizar de los días libres a los propios trabajadores, publicando de manera mensual las horas objetivo y las horas trabajadas
- Continuar con la adecuación de las vacaciones estivales del personal con la bajada de la presión asistencial del hospital. Durante los meses de verano la presión asistencial en las unidades médicas se reduce un 33%, mientras que en las quirúrgicas se reduce en julio y septiembre un 25% y agosto un 50%.

Promover una gestión adecuada de los recursos materiales:

- Fomentar la participación de los profesionales en la gestión de recursos, garantizando una gestión responsable.
- Enviar a los Jefes de Unidad una relación de los gastos mensuales de su unidad, no para hacer un recorte de los recursos, sino para observar las tendencias y observar si se está haciendo una gestión adecuada de los mismos.
- Realizar un inventario de todo el material no fungible de las unidades y colocarlo a una carpeta común en intranet. De esta manera todos sabremos y podremos disponer de todo el material del hospital.

Fomentar la investigación y favorecer la docencia.

- Fomentar la creación de proyectos de investigación.
- Animar a las enfermeras y TCAEs a participar en proyectos de investigación que se realicen en el hospital.
- Difundir estas publicaciones en revistas científicas de alto impacto, comunicaciones orales o póster a congresos y la participación en reuniones científicas.

- Incentivar a los profesionales a colaborar con la Unidad de docencia, las diferentes Universidades y Escuelas de Formación Profesional con presencia en nuestro hospital.
- Animar a los estudiantes a participar en la realización de píldoras formativas a profesionales.

4.2. Recursos necesarios.

El área de hospitalización cuenta con una Jefa de Área y tres Jefas de Unidad: Supervisor de hospitalización quirúrgica, Supervisora de hospitalización médica. Supervisora de la Unidad de Paliativos.

En el área trabajan 49 enfermeras y 52 TCAEs (distribución en Anexo IV)

Además el Área cuenta con el personal polivalente del hospital, 5 DUE y 5 TCAE para incidencias.

El personal no sanitario, como son los celadores, dependen del jefe de personal subalterno. Este distribuye los recursos entre las unidades asistenciales según las necesidades.

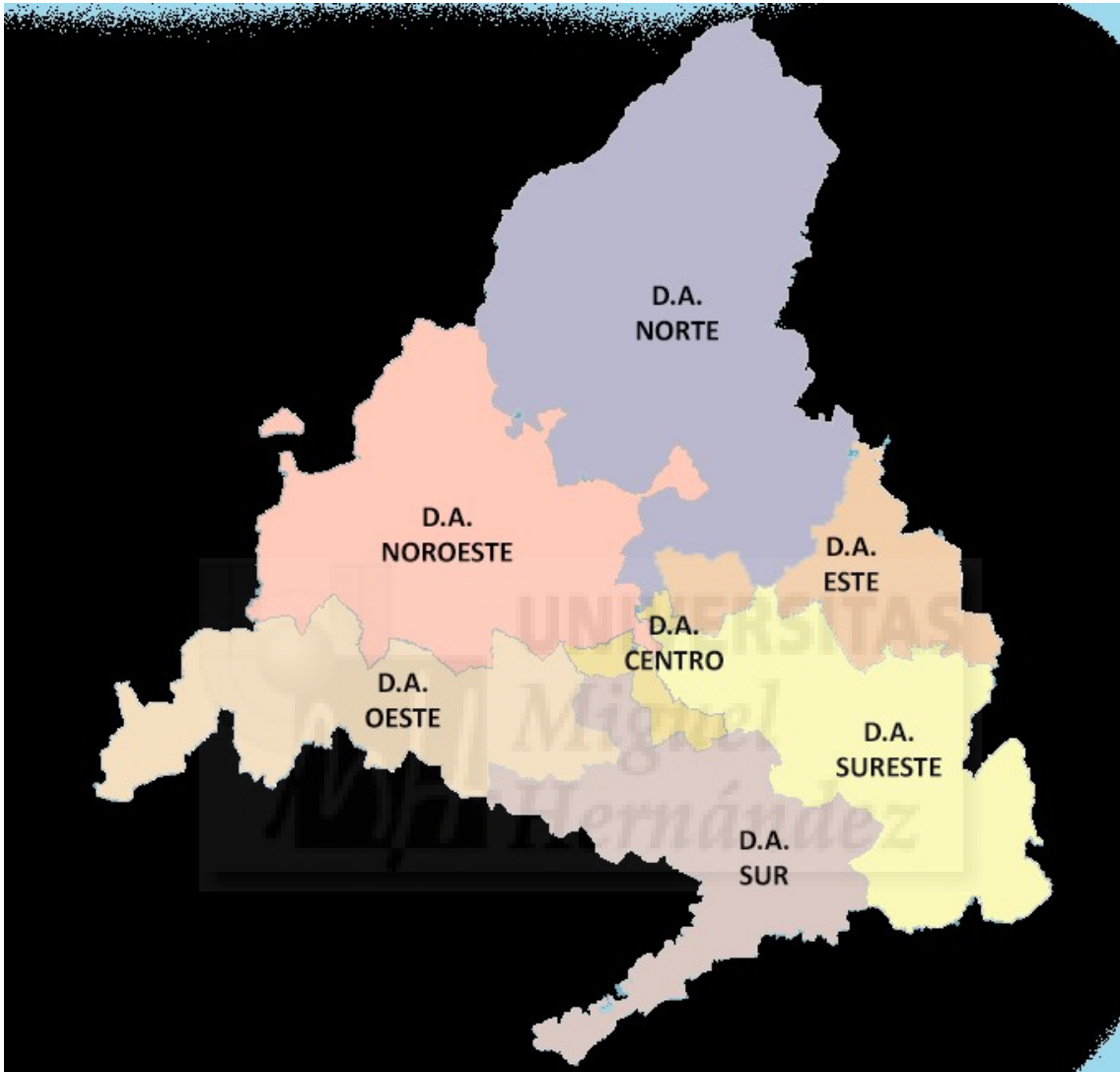
4.3. Funciones y características reseñables de un Jefe de Área.

- Control de la calidad asistencial aspirando al nivel de excelencia y con permanente valoración de resultados.
- Gestión de recursos humanos y materiales.
- Entrevistar a los nuevos profesionales, hacerles la acogida y una breve formación de su puesto.
- Fomentar la docencia y la investigación.
- Ser un líder apreciativo.
- Ejemplaridad en todas sus funciones.
- Resiliencia.

5. BIBLIOGRAFÍA.

1. Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid. Hospital Universitario Santa Cristina [Internet]. [Consultado 6 Mayo 2021]. Disponible en: [Misión, visión y valores | Hospital Universitario Santa Cristina \(comunidad.madrid\)](#)
2. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, número 311(29 de diciembre de 1978).
3. Ley 14/1986, de 25 de abril, Ley General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, número 201 (29 de abril de 1986).
4. Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid (LOSCAM). Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, número 306 (26 de diciembre de 2001).
5. Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad Autónoma de Madrid. Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid, número 274 (18 de noviembre de 2009).
6. Servicio Madrileño de Salud. Memoria 2019.
7. Hospital Universitario Santa Cristina. Memoria 2019
8. Hospital Universitario Santa Cristina. Contrato Programa 2019.
9. Tarí, Juan José. Calidad total: fuente de ventaja competitiva. Universidad de Alicante. Servicio de Publicaciones, 2000.
10. Benito Domingo ML, García Manzano AI, López Sagospe I, et al. Detección de necesidades de los familiares de pacientes ingresados en la Unidad de Ictus. Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol. 2012;35(1):6-11.
11. Camacho Barreiro L, Pesado Cartelle J, Rumbo-Prieto JM. Opinión de enfermería y concordancia entre las escalas visual analógica, verbal simple y numérica, en la valoración del dolor agudo como 5ª constante vital. Ene. 2016, vol.10, n.1.
12. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización: ENEAS 2005. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.
13. González-Juárez L, Velandia-Mora AL, Flores-Fernández V. Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica. Rev CONAMED. 2009;14(Supl: 1):40-43
14. March JC, editor. Liderar con corazón. Madrid: Ferrer; 2014.

ANEXO I



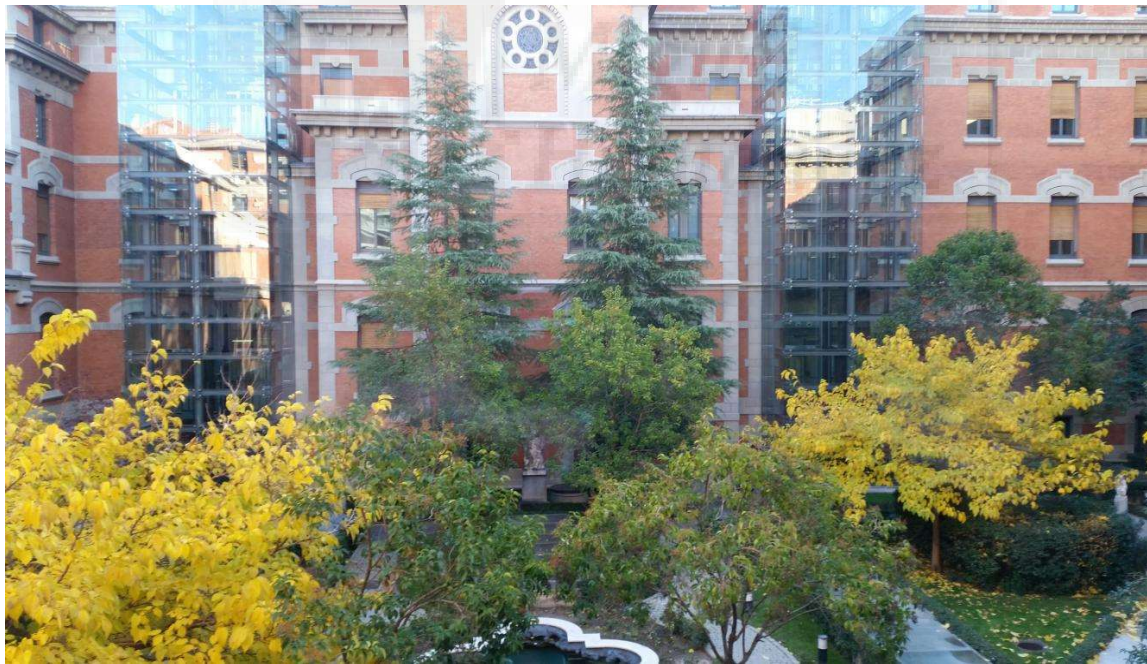
Fuente: SERMAS

ANEXO II



Fuente: SERMAS

ANEXO III





ANEXO IV

	TCAE	DUE
Segunda Planta	18	18
Control A3	12	12
Control B3	10	10
Control A4	9	12

